

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية (دراسة في الجغرافيا الطبية)

د/ أمال حلمى سليمان
مدرس الجغرافيا البشرية
معهد البحوث والدراسات الإفريقية
جامعة القاهرة

الإنسانيات
آداب دمنهور
العدد الثلاثون
مارس ٢٠٠٩ م



آمال حلمي سليمان



آداب دمنهور



دورية الإنسانيات

The Geography of health care تعد جغرافية الرعاية الصحية من أهم اتجاهات الدراسة في مجال الجغرافية الطبية، فهي أحد شقى الدراسة فى مجال الجغرافية الطبية التى تنقسم إلى جغرافية الأمراض وجغرافية الرعاية الصحية، وتهتم الرعاية الصحية بدراسة كافة العناصر أو مجموعة الأنشطة المرتبطة بالصحة العامة للإنسان بالإضافة إلى تسهيلات الرعاية الصحية من موارد مادية وبشرية ومدى العدالة فى توزيعها على كافة شرائح السكان وبين المناطق والبيئات المختلفة ، ودرجة الاستفادة منها وسهولة الوصول إليها.

وللرعاية الصحية ثلاثة مستويات،الأول ويطلق عليه الرعاية الصحية الأولية Primary health care ويشمل مرافق الخدمات العامة المتنقلة والمستوصفات والعيادات والمراكز الصحية، ويقدم هذا المستوى الخدمات العلاجية Curative بجانب الخدمات الوقائية Preventive وخدمات صحة البيئة، أما المستوى الثانى هو الرعاية الصحية الثانوية Secondary health care وتهتم بالرعاية العلاجية فقط من خلال المستشفيات العامة التى يوجد بكل منها قسم داخلي وآخر خارجي ويحول معظم مرضى القسم الداخلي إلى تلك المستشفيات من مقدمي الرعاية الصحية الأولية، ويسمى المستوى الثالث بالرعاية الصحية الثلاثية Tertiary health care ويقدم رعاية متقدمة ومرتفعة المستوى من خلال المستشفيات والمراكز المتخصصة فى علاج حالات مرضية معقدة والمستشفيات التعليمية التى يوجد بها فريق طبي متخصص وآخر معاون، وتستقبل هذا المستشفى المرضى المحولين من خدمة الرعاية الصحية الثانوية- (Fajewonyomi,B.A.,1983:525-526).



وقد حدد إعلان ألما آتا في جمهورية كازاخستان (١٩٧٨) تعريف الصحة بأنها حالة كاملة من الصحة والسلامة البدنية والذهنية والجسدية للفرد، وطبقا لتقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP فإن الحالة الصحية في أي بلد تتحدد نتيجة لثلاثة عوامل (علي سعيد البرغثي وأنس أبو بكر بعيره ، ٢٠٠٧ : ٤) هي :-

- ١- الأوضاع العامة داخل الدولة وتشمل (الوضع السياسي ، حالة الاقتصاد الوطني ، نمط الإنتاج والتوزيع والاستهلاك ، وطبيعة تطور النظام التعليمي) .
- ٢- الأوضاع البيئية (مدى نظافة الجو والمياه والتربة).
- ٣- فاعلية النظام الصحي وسياساته العامة القائمة داخل الدولة .

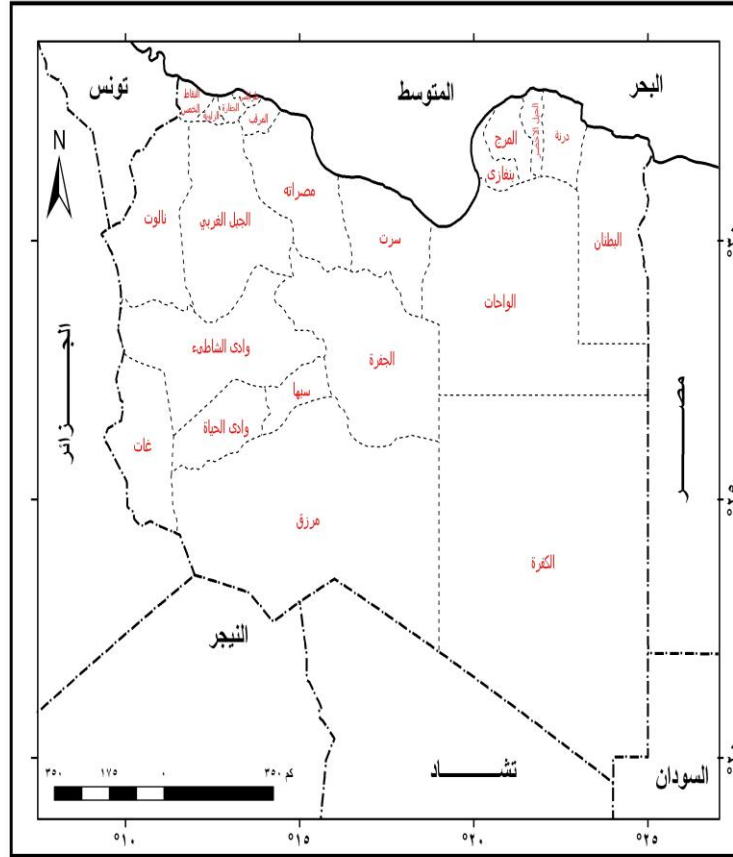
وتهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

- ١- معرفة ورصد الوضع الصحي والمؤشرات المرتبطة بالصحة العامة في ليبيا(الرعاية الصحية الأولية) مقارنة مع دول إقليم شمالي إفريقيا وشرق البحر المتوسط .
- ٢- توزيع الموارد المادية والبشرية على شعبيات الجماهيرية، ومدى العدالة في توزيعها.
- ٣- حساب وقياس معدلات الخدمة بالمؤسسات الصحية وكذلك للعمالة الطبية لمعرفة مدى تغطية الخدمات الصحية للسكان.
- ٤- التعرف على الميزانية الصحية، واستراتيجية التنمية الصحية في ليبيا وما يواجهها من تحديات.
- ٥- توضيح دور الأبعاد المكانية Spatial dimensions في تلقى الخدمة الصحية بدرجاتها.

وتنقسم الدراسة إلى ثلاثة مباحث، المبحث الأول بعنوان الرعاية الصحية الأولية، والثاني بعنوان الخدمات الصحية، والثالث بعنوان استراتيجية التنمية الصحية في ليبيا.

ويوضح شكل (١) الخريطة الإدارية للجماهيرية العربية الليبية الشعبية الإشتراكية العظمى، وهي مقسمة إلى ٢٢ شعبية معتمدة عام ٢٠٠٧.

شكل (١) الخريطة الإدارية لليبيا عام ٢٠٠٧.



مصدر الخريطة: - اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة



والبيئة ٢٠٠٧، مركز المعلومات والتوثيق ، طرابلس .
 - أمانة التخطيط، ١٩٧٨: الأطلس الوطني للجماهيرية العربية الليبية الشعبية
 الاشتراكية،مصلحة المساحة ، طرابلس.

المبحث الأول : الرعاية الصحية الأولية :

يتكون نظام الرعاية الصحية الأولية Primary health care system من مجموعة من العناصر المميزة والمرتبطة ببعضها البعض (Meade,M., et al ,1988 : 258)، وهي العناصر الفردية والجماعية أو مجموعة الأنشطة ذات الصلة بالصحة العامة للسكان، والتي بتوفرها يتهيأ جو صحي للسكان وبيئة صحية تساعد على الوقاية من الإصابة بالأمراض المختلفة .

وقد جاء في التقرير السنوي للمدير الإقليمي بمنظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٠ العناصر المرتبطة بالصحة الأساسية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٠: ٢٥) وتشمل ما يلي :-

- ١- التثقيف الصحي أو الوعي الصحي .
- ٢- الغذاء الجيد .
- ٣- الإمداد الكافي بالمياه النقية والصرف الصحي الجيد .
- ٤- رعاية صحة الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة .
- ٥- التطعيم .
- ٦- الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها .
- ٧- تقديم العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة .
- ٨- توفير الأدوية الأساسية .

وتعد تلك المؤشرات ذات الصلة المباشرة بصحة الإنسان من أهم الأهداف التي ترمى إليها الألفية الثالثة بهدف تحسين الوضع الصحي والتنمية في إفريقيا ككل بحلول عام ٢٠١٥، وكان من أهم تلك الأهداف، تقليل نسبة الذين يعانون من الجوع إلى النصف بين عامي

١٩٩٠ و ٢٠١٥ ، وتحسين صحة الأم والطفل عن طريق تخفيض معدل وفيات النساء خلال فترة الحمل والوضع بنسبة ٧٥% (ثلاثة أرباع ما كانت عليه عام ١٩٩٠)، وتقليل وفيات الأطفال دون الخامسة بنهاية عام ٢٠١٥ إلى ثلثي ما كانت عليه عام ١٩٩٠، ومكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة وعلى رأسها الإيدز والملاريا، وتحسين صحة البيئة وتأمين الوصول إلى المياه النقية Safe drinking water والصحة العامة الأساسية Basic sanitation ، والتحصين ضد الأمراض. (The World Bank,2006:18).

وبالتالي تشمل الرعاية الصحية الأولية على خدمات صحة البيئة والخدمات الوقائية والخدمات العلاجية البسيطة. وقد حرصت الاستراتيجية الصحية الليبية على الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية أو الأساسية Basic وإعطائها أولوية بإنشاء مراكز للرعاية الصحية الأولية على المستويين المركزي والمحلي (بالشعبيات) وشملت الدعامات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، التعليم والتثقيف الصحي وخدمات صحة الطفل والأم وخدمات الصحة المدرسية، النظام الغذائي، وبرامج حماية البيئة وبرامج التحكم والوقاية من الأمراض المعدية Communicable diseases والمتوطنة Endemic diseases وتدعيم البنية الأساسية الصحية Healthy infrastructure لمواجهة الزيادة السكانية، ويدعم الرعاية الصحية الأساسية القطاع العام، وبلغت قيمة النفقات حوالي ٤٠% من إجمالي الإنفاق العام على قطاع الصحة في الشعبيات (C.A.I.MED,2005:12)^(١).



ويتناول هذا المبحث خدمات صحة البيئة والخدمات الوقائية، أما مرافق الرعاية الصحية الأولية فسيتم تناولها في المبحث الثاني ضمن الموارد المادية والبشرية.

أولاً : المياه والصرف الصحي :

إن فرص الحصول على الماء الآمن Safe water supply وكذلك الصرف الصحي المناسب لهما تأثير مباشر على الحالة الصحية، وذكر المؤتمر العالمي عن الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألما آتا بكازاخستان ١٩٧٨ أن العناصر الأساسية للصحة الأولية هي إمدادات المياه النقية والصرف الصحي الجيد ، فالعديد من الأمراض الجلدية وأمراض العيون التي تسببها البكتريا والأترية والفطريات تزول عن طريق غسل الجسم بالمياه والصابون (Sebina,D.B.,1980:5). فكمية المياه المستخدمة في غسل الأيدي مثلاً لها علاقة مباشرة بخفض نسب انتشار الأمراض خاصة المعوية مثل الإسهال، ويؤدي وجود المياه المحسنة إلى خفض نسب الإصابة بالإسهال بمقدار ٦-١٠% بين الأطفال دون الثالثة من العمر، وكذلك بالنسبة للأسر التي تتوفر لها وسائل الصرف الصحي (البنك الدولي، ٢٠٠٤: ٢٨) وقد ذكر كل من إيسرى Esrey وهابشت Habicht أن تحسين إمدادات المياه النقية وكمية المياه المستخدمة لصحة المنزل أكثر أهمية من نوعية المياه للتحكم في أمراض الإسهال وقد وجد أن الحالة الصحية أحسن حالاً عند الأطفال الذين تستخدم أسرهم كمية كبيرة من المياه (Esrey,S.,&Habicht,j.p., 1986:124)، وعلى الرغم من أن الحصول على المياه المأمونة أسوأ ما يكون في قارة إفريقيا، فإن دول شمال إفريقيا أحرزت تقدماً ملحوظاً في مجال

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

الحصول على المياه خلال عقد الثمانينيات خاصة الجماهيرية الليبية (فاتن محمد البناء، ١٩٩٤: ١٣).

جدول (١) بعض مؤشرات الرعاية الصحية الأولية في ليبيا مقارنة بدول شمال إفريقيا والشرق الأوسط.

نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل -١٩٩٦-٢٠٠٤*	معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف (١٩٩٠-٢٠٠٤)	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الألف ٢٠٠٤	تحصن النساء الحوامل ضد التيتانوس ٢٠٠٤	نسبة الحالات التي تم علاجها من الدرن ٢٠٠٣	نسبة تحصن الأطفال (١٢-٢٣ شهر) ٢٠٠٤		نسبة السكان الحاصلين على صرف صحي جيد ٢٠٠٢	نسبة السكان الحاصلين على مياه نقية ٢٠٠٢	الدولة
					الحصبة	الثلاثي DPT			
٤٥	٧٧	٢٠	٤١	٦٢	٩٩	٩٧	٩٧	٩٥ (**)	ليبيا
٦٠	٨٤	٣٦	٧١	٨٠	٩٠	٩٣	٦٨	٩٨	مصر
٦٦	٦٩	٢٥	-	٩١	٩٥	٩٧	٨٠	٨٢	تونس
٥٧	١٢٠	٤٠	-	٩٠	٨٦	٨١	٩٢	٨٧	الجزائر
٦٣	٢٣٠	٤٣	-	٨٦	٩٥	٩٧	٦١	٨٠	المغرب
٦٣	١٠٠	٣١	-	٩٢	٩٦	٩٢	٩٨	١٠٠	لبنان
٤٤	٢٩٠	-	٧٠	٨٥	٩٠	٨١	٨٠	٨١	العراق
٧٤	٣٧	٣٨	-	٨٤	٩٦	٩٩	٨٤	٩٣	إيران
٤٨	٦٥	١٦	-	٨٨	٩٨	٩٩	٧٧	٧٩	سوريا
٢٣	٣٧٠	١١١	٢١	٨٢	٧٦	٧٨	٣٠	٦٩	ج.اليمن



٥٤	١٤٥	٥٥	-	٨٤	٩٢	٩٣	٧٥	٩٠	شمال إفريقيا والشرق الأوسط
----	-----	----	---	----	----	----	----	----	-------------------------------------

(**)WHO , 2006 :Country cooperation strategy for WHO and the Libyan Arab

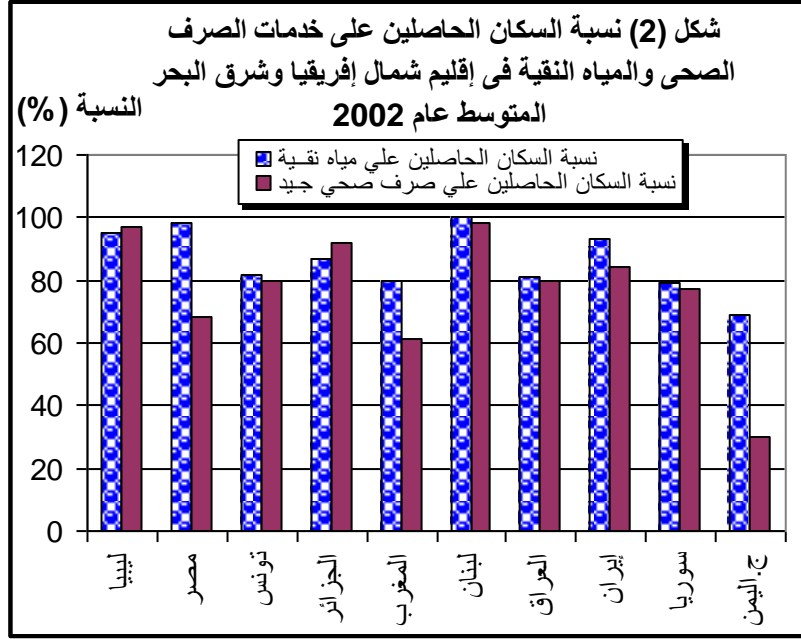
Jamahiriya 2005 – 2009 : 21 .

- The World Bank, 2006 : 104 – 106 ,25 .
- World population data sheet 2000 , Population Reference Bureau , June , 2000.
- WHO,2006:Core health indicators.

* (% من النساء ١٥-٤٥ عاماً).

ويلاحظ من جدول (١) وشكل (٢) أن حوالي ٩٥% من السكان في الجماهيرية الليبية يحصلون على مياه مأمونة وأن حوالي ٥% فقط من السكان يفتقرون إلى المياه النقية، ولا يتفوق على ليبيا سوى لبنان ومصر، وهي تعد معدلات مرتفعة مقارنة بباقي دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط ، ويأتي بعد ذلك إيران حيث يحصل ٩٣% من سكانها على المياه النقية والمأمونة، فيما عدا ذلك فمعظم دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط يحصل أقل من ٩٠% من سكانها على المياه وهو المتوسط العام في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط.





ويلاحظ من جدول (٢) أن نسبة السكان الليبيين الذين يحصلون على مياه نقية للشرب وصلت إلى ٩٨% عام ٢٠٠٧ (اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨: ٢٠). وهذا يعني أن الجماهيرية الليبية من الدول التي تحصل نسبة كبيرة من سكانها على مياه نقية تزيد عن المتوسط العام في شمال إفريقيا والشرق الأوسط ويرجع ذلك إلى قيام مشروع النهر العظيم The Great Man-made River الذي بدء العمل فيه جدول (٢) مؤشرات ذات علاقة بالرعاية الصحية الأولية في ليبيا عام ٢٠٠٧.

المؤشر	نسبة التغطية
نسبة السكان الذين تتوفر لديهم خدمات الرعاية الصحية الأولية المحلية (الريف والحضر)	١٠٠%
نسبة السكان الذين تتوفر لديهم إمداد مياه الشرب	٩٨
نسبة السكان الذين تتوفر لديهم خدمات التخلص من الفضلات	٩٩



١٠٠	التطعيم ضد الدرن
٩٨.٣	التطعيم ضد الثلاثى البكتيرى (جرعة واحدة)
٩٦.٧	التطعيم ضد الثلاثى البكتيرى (ثلاث جرعات)
٩٦.٧	التطعيم ضد شلل الأطفال (ثلاث جرعات)
٩٥.٤	التطعيم ضد الالتهاب الكبدى الفيروسي (ثلاث جرعات)
٩٢.٩	التطعيم ضد الحصبة (جرعة واحدة)
٩٠.٩	التطعيم ضد الحصبة (جرعتان)
٤٥	نسبة الحوامل اللاتي تلقين جرعتين ضد التيتانوس
٩٦.٣	نسبة الحوامل اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل
٩٩	نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون مدريون
٥٣.٧	نسبة النساء المتزوجات (١٥-٤٥ سنة) اللاتي يستخدمن موانع الحمل

المصدر: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨: التقرير الإحصائي السنوى لقطاع الصحة والبيئة عام ٢٠٠٧، مركز المعلومات والتوثيق، طرابلس: ٢٠٠٠

١٩٨٤ لنقل المياه النقية عبر أنابيب من خزانات المياه الجوفية في الجنوب الشرقي إلى المناطق الحضرية الكبرى في الشمال التي تعاني من ندرة المياه النقية ، ورغم ذلك لا يعد النهر العظيم حلاً نهائياً لمواجهة الاحتياجات من المياه في ليبيا ، ومن ثم بدأت الحكومة في إنشاء ١١ مصنع لتحلية المياه Desalination (24 - 23 : WHO, 2006)، وفي الواقع أن مشكلة المياه في ليبيا تكمن في تعرض مصادر المياه الجوفية إلي التلوث Pollution واستنزاف المياه في المدن الكبرى والريف .

أما بالنسبة للصرف الصحي في الجماهيرية فيحصل عليه نسبة كبيرة من السكان ٩٧% عام ٢٠٠٢ كما يتضح من شكل (٢) وهي نسبة تفوق المتوسط العام في شمال إفريقيا والشرق الأوسط (٧٥%) بينما نجد تلك النسبة في الجزائر نحو ٩٣% وتونس حوالي ٨٠% في حين تتدنى نسبة الحصول على الصرف الصحي الكافي في مصر والمغرب واليمن، في الوقت الذي تعد فيه لبنان من أكثر دول الشرق

الأوسط وشمال إفريقيا في حصول نسبة كبيرة من سكانها ٩٨% على الصرف الصحي الكافي أو المناسب .

عموماً قد شهد قطاع الإمداد بالمياه والصرف الصحي تغيرات ملحوظة في الجماهيرية الليبية خلال السنوات القليلة الماضية، فقد بلغت نسبة السكان الذين يتوفر لديهم خدمات للتخلص من الفضلات نحو ٩٩% عام ٢٠٠٦ كما يوضح جدول (٢)، لكن يحتاج هذا القطاع إلى معالجة نقاط الضعف وتأمين الإمداد بالمياه والصرف الصحي والربط بين برامج التحكم في الأمراض خاصة الإسهال Diarrhoeal وعدوى الجهاز التنفسي الحادة Acute Respiratory Infections وبرامج

التحكم في نواقل المرض وتأمين الغذاء وصحة الطفل (WHO,2006:24) حيث ثبت أن تلوث المياه والغذاء سبب رئيسي في حدوث حالات الإسهال وقد يحدث تلوث الغذاء والمياه في البيئة المحلية بمعنى أنه حتى لو كان مصدر المياه آمناً فإن تلوثها يحدث بين انتقالها من المصدر إلى المنزل أو إلى مكان الاستهلاك، كما أن تلوث الأيدي عند تناول وإعداد الطعام إضافة إلى أكل الخضروات والفاكهة المروية بمياه ملوثة دون غسلها كل ذلك له دور في انتشار أمراض الإسهال والأمراض المعوية، ويساهم تلوث الغذاء بنسبة تتراوح بين ١٥ - ٧٠ % في حدوث حالات الإسهال (Huttly,S.,R.A;1990:121).

ثانياً : الحالة الغذائية في ليبيا :

للنظام الغذائي علاقة واضحة بصحة الأفراد، ليس فقط لأن الغذاء هو مصدر الطاقة الوحيد لدى الإنسان الذي يمدّه بالسعرات



الحرارية لبذل أي جهد بشري، بل إن نقص الغذاء يؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض ويساعد على بقاء واستمرار المرض عند الفرد ، كما أن الإصابة ببعض الأمراض تؤدي إلى زيادة حالة مريض سوء التغذية Malnutrition حدة ، فوجود أمراض الإسهال والأمراض المعوية الأخرى قد تكون سبباً رئيسياً في الإصابة بمرض الكواشيوكور، وقد تتسبب بعض الأمراض في قلة الاستفادة من البروتين والغذاء الحاصل عليهما الفرد ، خاصة الديدان الطفيلية مثل ديدان الإسكارس التي تلتهم الغذاء، كما أن الدودة الخطافية "Hook worm" مسئولة عن أنيميا نقص الحديد ، وهذا يدل على تشابك العلاقة بين النظام الغذائي وصحة الإنسان بل يتعدى أثر سوء ونقص التغذية على الجهاز المناعي للإنسان ، فقد ثبت أن ٧٥% من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية ونقص البروتين قد قلت لديهم المناعة (Cook ,G.C.,1996:442) (443) -. ويمكن إجمال آثار سوء ونقص التغذية على الجهاز المناعي للإنسان (فيليب عطية، ١٩٩٢ : ١٩٩٢، ٨٩، ٩٢) فيما يأتي :

- إن سوء التغذية أكثر الأسباب التي تؤدي إلى نقص المناعة الثانوي ويحدث ذلك مع نقص الغذاء العام أو مع النقص أو الإفراط في أحد العناصر الغذائية .

- إن سوء التغذية عند الحوامل يؤدي إلى نقص تغذية الجنين مما يؤثر على قدرة الطفل بعد مولده في مقاومة الأمراض المعدية ، وقد يستمر هذا القصور في الجهاز المناعي لأمد طويل.

- إن تمتع الطفل بحالة غذائية ملائمة أمر ضروري حتى يؤدي التحصين فائدته المرجوة ، وإن عدم تمتعه بحالة غذائية جيدة يمثل عقبة أمام نجاح التحصين ضد الأمراض .
- للسيطرة المثلى على الأمراض المعدية لابد من تحسين الوضع الغذائي
- تؤدي الإصابة بالأمراض المعدية الحادة والمزمنة والأمراض الطفيلية إلى درجة من درجات القصور في الجهاز المناعي .
- كما يؤدي نقص وسوء التغذية إلى وجود عواقب وخيمة على الفرد والأسرة مثل ضعف النمو وزيادة خطر الوفاة وانتشار الأمراض، وانخفاض النمو الاقتصادي، كما يؤدي إلى الإعاقة العقلية والبدنية، بالإضافة إلى التأثير على مقاييس الحجم البشري Anthropometric مثل وزن الأم ووزن وطول المواليد بالنسبة للعمر ومحيط الرأس وغيرها من مقاييس الجسم البشري (Ashworth,A.& Dowler,E;1991:122).

ويعد سوء التغذية الناتج عن عدم أخذ ما يكفي من الطاقة الحرارية مشكلة تؤدي إلى تخلف النمو وحالات التقزم Stunting والهزال عند الأطفال Underweight وولادة أطفال قليلي الوزن Low birth weight babies مما يزيد مخاطر تعرضهم للوفاة، ويشير الوضع الغذائي في ليبيا إلي انخفاض نسبة انتشار نقص التغذية Undernourishment بين السكان لمتوسط الفترة من ٢٠٠١ - ٢٠٠٣ وبلغت تلك النسبة ٣ % بين السكان ونفس الوضع في مصر وتونس



ولبنان، وتقترب النسبة في كل من سوريا وإيران من الدول المذكورة وهو معدل منخفض عن المتوسط العام في إقليم شمال إفريقيا والشرق الأوسط، في حين ترتفع تلك النسبة في باقي الدول الموضحة بجدول (٣) عن المتوسط العام في الإقليم، وكذلك تقل نسبة الأطفال دون الخامسة الأقل من الوزن الطبيعي بالنسبة لأعمارهم في ليبيا عن المتوسط العام في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط كما يوضح شكل (٣) حيث بلغت هذه النسبة ٤.٧% لمتوسط الفترة من ١٩٩٥-٢٠٠٤، ولا يتفوق على ليبيا سوى مصر (٤%) ولبنان (٣%)، وبالمثل تقل نسبة المواليد منخفضي الوزن في ليبيا عن المتوسط العام في شمال إفريقيا والشرق الأوسط وبلغت تلك النسبة ٧%، ولا يتفوق على تلك النسبة سوى المغرب (٤%) وسوريا (٦%) وذلك لأن ليبيا تتبنى سياسة غذائية وصحية، وهذا ما جعلها تحتل مكانة متقدمة بين جدول (٣) مؤشرات الوضع الغذائي في ليبيا مقارنة مع بعض دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط.

الوضع الغذائية الدولة	نسبة انتشار نقص التغذية بين السكان (٢٠٠٣-٢٠٠١)	نسبة سوء التغذية من الأطفال دون الخامسة (١٩٩٥ - ٢٠٠٤)		متوسط المواليد دون الوزن الطبيعي من إجمالي المواليد (١٩٩٨-٢٠٠٤)
		دون الوزن الطبيعي	دون الطول الطبيعي	
ليبيا	٣	٤.٧	١٥.١	٧
مصر	٣	٨.٦	١٥.٦	١٢
تونس	٣	٤	١٢.٣	٧
الجزائر	٥	١٠.٤	١٩.١	٧
المغرب	٦	١٠.٢	١٨.١	٤

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

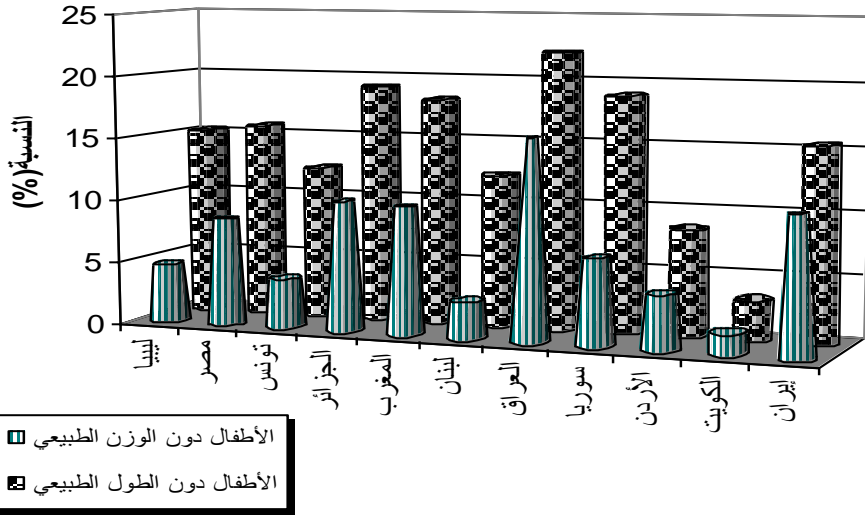
٦	١٢.٢	٣	٣	لبنان
١٥	٢٢.١	١٥.٩	٧.١ (٢٠٠٦)	العراق
٦	١٨.٨	٦.٩	٤	سوريا
٨	٨.٥	٤.٤	٧	الأردن
٧	٣.٢	١.٧	٥	الكويت
١٠	١٥.٤	١٠.٩	٤	إيران
٨	١٤.٦	٧.٣	٤.٥	المتوسط

- The World Bank , 2006 : World Development Indicators 112 – 114 .
- The World Bank ,2005 : World Development Indicators : 112 – 114
- WHO,2006 : Core health Indicators.

دول شمال إفريقيا. ومن ناحية أخرى تزيد نسبة التقزم أو الأطفال دون مستوى الطول بالنسبة لأعمارهم حيث بلغت تلك النسبة ١٥.١% من إجمالي الأطفال دون الخامسة لمتوسط الفترة من ١٩٩٥ – ٢٠٠٤، وهو معدل مرتفع عن المتوسط العام في شمال إفريقيا والشرق الأوسط (١٤.٦) ويرجع ذلك لأسباب وراثية، بينما يوجد أعلى معدل في العراق (٢٢.١%) والجزائر (١٩.١%).



شكل (3) نسبة الأطفال (دون الخامسة) دون الوزن والطول الطبيعي في دول إقليم شمال إفريقيا والشرق الأوسط لمتوسط الفترة من 1995-2004.



جدول (٤) تأثير سوء التغذية ونقصها علي بعض المقاييس الجسمية للأطفال دون الخامسة حسب نمط المعيشة والنوع في ليبيا (متوسط ١٩٩٥ - ٢٠٠٤).

نسبة الأطفال دون المقاييس الطبيعية (حسب النوع)		نسبة الأطفال دون المقاييس الطبيعية (حسب نمط المعيشة)		مقاييس الجسم
إناث	ذكور	حضر	ريف	

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

٤.٤	٥	٤.٢	٥.١	دون الوزن الطبيعي بالنسبة للعمر
١٣.٨	١٦.٤	١٣	١٧.١	دون الطول الطبيعي (التقزم)
٢.٧	٢.٧	٢.٥	٣.٣	انخفاض الوزن بالنسبة للطول (الهزال)

- WHO, 2005 :Global database on child growth and malnutrition,
Libyan Arab Jamahiriya :1.

يلاحظ من جدول (٤) اختلاف المقاييس الجسمية للأطفال دون الخامسة في الجماهيرية الليبية حسب نمط المعيشة (ريف - حضر) حيث ترتفع نسبة الأطفال منخفضي الوزن بالنسبة للعمر في الريف عن الحضر فقد بلغت في الريف ٥.١ % من إجمالي الأطفال دون الخامسة وبلغت نفس النسبة في الحضر نحو ٤.٢ %، وكذلك ترتفع نسبة الأطفال دون الطول الطبيعي (التقزم) بالنسبة لأعمارهم في الريف عن الحضر حيث بلغت نحو ١٧.١ % ، ١٣ % من إجمالي الأطفال دون الخامسة في كل من الريف والحضر على التوالي، كما ترتفع نسبة الهزال أو انخفاض الوزن بالنسبة للطول لدى الأطفال في الريف عنه في الحضر، وبلغت تلك النسبة ٣.٣ %، ٢.٥ % من إجمالي الأطفال دون الخامسة في الريف والحضر على التوالي، وهذا يظهر مدى معاناة أطفال الريف من سوء ونقص التغذية عكس أطفال الحضر، وأن أطفال الريف في حاجة إلى مزيد من الاهتمام بحالتهم الغذائية .

أما بالنسبة لتأثير الحالة الغذائية على المقاييس الجسمية للأطفال حسب النوع فنلاحظ من الجدول ارتفاع نسبة التقزم عند الذكور



عن الإناث فهي ١٦.٤% من إجمالي الأطفال دون الخامسة عند الذكور بينما تبلغ نحو ١٣.٨% عند الإناث، وكذلك ترتفع نسبة انخفاض الوزن بالنسبة للعمر لدى الأطفال الذكور عنه عند الإناث، وبلغت تلك النسبة ٥%، ٤.٤% من إجمالي الأطفال دون الخامسة عند الذكور والإناث على التوالي، وهذا يعني أن ما يحتاجه الفرد من السرعات الحرارية يختلف بين الذكور والإناث .

ونلاحظ من توزيع نسب الأطفال دون الخامسة طبقاً لوزن وطول الطفل بالنسبة لعمره علي شعبيات ليبيا، ارتفاع نسبة الأطفال منخفضي الوزن بالنسبة لأعمارهم في شعبيات سرت والجبل الغربي وسبها عن المتوسط العام في الدولة، وبلغ في كل منهما ٦.٧% من إجمالي الأطفال دون الخامسة بينما بلغت تلك النسبة على مستوى الدولة ٤.٧%، كذلك ترتفع نسبة التقزم

جدول (٥) متوسط نسبة الأطفال* دون المقاييس الطبيعية بالنسبة للطول والوزن في بعض شعبيات الجماهيرية الليبية (١٩٩٥-٢٠٠٤).

نسبة الأطفال منخفضي الوزن بالنسبة للطول	نسبة الأطفال منخفضي الطول بالنسبة للعمر (التقزم)	نسبة الأطفال منخفضي الوزن بالنسبة للعمر	نسبة الأطفال الشعبية
٢.٠	١١.١	٣.٨	بنغازي
١.٥	١٢.٤	٣.٨	طرابلس
٣.٧	١٥.٠	٣.٨	الزاوية
٤.٧	١٨.٢	٦.٧	سرت
٢.١	٢١.٠	٤	الجبل الأخضر

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

٣.٣	٢٠.٢	٦.٧	الجبل الغربي
٥.٤	١٢.٥	٦.٧	سبها
٢.٧	١٥.١	٤.٧	إجمالي الدولة

-WHO, 2005, op cit :1.

* الأطفال دون الخامسة.

في الزاوية وسرت والجبل الغربي والجبل الأخضر عن المتوسط العام في الدولة، وبلغت تلك النسب ١٥ ، ١٨.٢ ، ٢٠.٢ ، ٢١.٢% من إجمالي الأطفال دون الخامسة علي الترتيب، كما ترتفع نسبة الأطفال منخفضي الوزن بالنسبة لأطوالهم في كل من الزاوية والجبل الغربي وسرت وسبها عن المتوسط العام في الدولة.

وهذا يشير إلى ضرورة تناول كافة الجوانب الأخرى المكملة لحالة السلامة الغذائية والصحية، خاصة فيما يخص السعرات الحرارية التي يحصل عليها الفرد وكافة العناصر الغذائية المطلوبة. وبالنسبة للسعرات الحرارية فإن متوسط نصيب الفرد منها في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط يتجاوز ٣٠٠٠ سعر حراري، وتشير أرقام عام ٢٠٠١، أن هذا المتوسط بلغ في ليبيا ٣٣٣٣ سعراً، وفي مصر ٣٣٨٥ سعراً، ويتراوح بين ٣٢٩٣ - ٣٠٣٨ سعراً في كل من تونس ولبنان والكويت والمغرب وسوريا، وبالتالي فالسعرات الحرارية التي يحصل عليها الفرد في الجماهيرية الليبية يتجاوز الحد الأدنى للفرد البالغ في الأقاليم المعتدلة (وهو ٣٢٠٠ سعر حراري)، أما بالنسبة للبروتين الحاصل عليه الفرد فهو يزيد عن ٩٠ جراماً يومياً في ليبيا ومصر والكويت والإمارات العربية المتحدة وتونس بينما يتراوح بين ٨٠-٨٥ جراماً



يوميًا في لبنان والمغرب والجزائر، ما بين ٧٢ - ٧٧ جم في السعودية والأردن، ويقل عن ذلك في اليمن (٥٨ جراماً/يوم) وبلغ متوسط الدهون الحاصل عليه الفرد في ليبيا ما بين ١٠٠ - ١٠٤ جرام للفرد يوميًا وكذلك الحال في الإمارات والكويت وسوريا بينما يزيد هذا المتوسط في لبنان وبلغ نحو ١١٣ جرام، في حين يقل في باقي دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط عن ١٠٠ جرام، وبالتالي تعد الحالة الغذائية في ليبيا حالة جيدة مقارنة مع دول شمال إفريقيا، وإن كان متوسط مساهمة الأغذية الحيوانية أو البروتين الحيواني قليلة وتتراوح بين ١٧ - ٣٠% من إجمالي البروتين الحاصل عليه الفرد في حين تزيد تلك النسبة عن ٥٠% في دولة الإمارات العربية المتحدة والكويت، وتتراوح بين ٣٠ - ٥٠% في السعودية والأردن (3-1:2003, FAO)، ويعني ذلك أن معظم السكان يعتمدون بصورة أساسية علي المصادر النباتية في توفير الطاقة اللازمة.

كما يشارك في رسم الحالة الغذائية أيضا العناصر الغذائية والمعادن التي يحصل عليها الفرد، ففي معظم دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط يوجد نقص في عنصري الحديد واليود، اللذين يترتب عليهما الإصابة بالأنيميا وتضخم الغدة الدرقية Goiter وترتفع نسبة الأنيميا خاصة عند النساء والأطفال.

وأظهرت بيانات منظمة الصحة العالمية عن الأنيميا ونقص الهيموجلوبين في الدم في ليبيا، ارتفاع النسبة عند الإناث منه عند الذكور للأعمار من ٦ - ٢٠ عاماً، وكانت عند الإناث ٣.٦% من

إجمالي تلك الفئة العمرية في حين كانت ١.٩ % عند الذكور (WHO,2005:2) وذلك بسبب أمراض الحمل والولادة. أما تضمم الغدة الدرقية الناجم عن نقص اليود فهو سائد ومنتشر في المناطق الجبلية في كل سوريا والمغرب و الصومال والسودان ، حيث يتعرض ثلث سكان شمال إفريقيا والشرق الأوسط لمخاطر الإصابة بالأمراض الناجمة عن نقص اليود ، ويقل انتشاره في ليبيا وباقي دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط لأن معظم تلك الدول بدأت برامج إضافة اليود إلي ملح الطعام منذ سنوات عديدة ماعدا تونس وإيران(www.fao.org) .

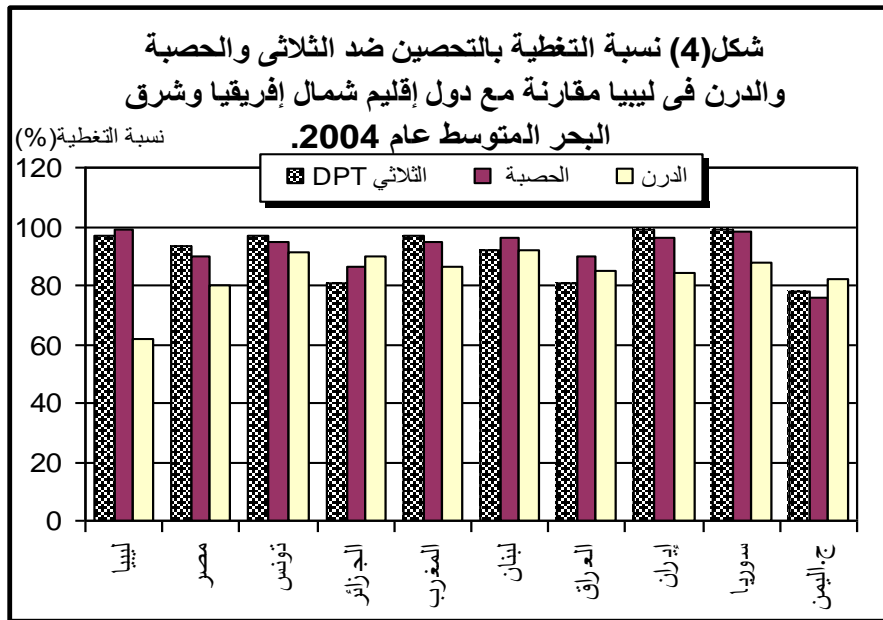
ثالثاً : التحصين ضد الأمراض Immunization ومكافحتها :

يلاحظ من جدول (١) وشكل (4) أن نسبة تحصين الأطفال (١٢- ٢٣ شهراً) ضد الثلاثي DPT^(١) بلغت في ليبيا ٩٧% من إجمالي الأطفال في الفئة العمرية (١٢ - ٢٣ شهراً) وهي نسبة تغطية تفوق المتوسط العام في شمال إفريقيا والشرق الأوسط (٩٣%) عام ٢٠٠٤، وتماثل نسبة التغطية ضد الثلاثي في ليبيا نسبة التغطية في كل من تونس والمغرب، في حين تتفوق عليهم كل من إيران وسوريا وبلغت ٩٩% من الفئة العمرية المستقبلية للتحصين، وتقل نسبة التغطية عن المتوسط العام في باقي الدول الموضحة بالجدول، أما بالنسبة للتحصن ضد الحصبة Measles في ليبيا فبلغت نسبة التغطية نحو ٩٩% من إجمالي الفئة العمرية (١٢- ٢٣ شهراً) وهي نسبة تفوق

(*) Tetanus التيتانوس , Pertussis السعال الديكي , Diphtheria الدفتريا.



نسبة التغطية في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط بنحو ٧% وهذا يدل على الاهتمام بتحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة حيث بلغت نسبة التغطية ضد مرض شلل الأطفال Poliomyelitis نحو ٩٨%.



أما نسبة التحصين ضد الدرن Tuberculosis بمصل (BCG) في ليبيا فبلغت حوالي ٩٩% عام ٢٠٠٦ بالرغم من تفاقم مشكلة الدرن في دول العالم اليوم نتيجة ظهور مقاومة Resistance للأدوية التقليدية، ولمصاحبة الدرن لمرض الإيدز وذلك طبقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية واليونسيف والبيانات الرسمية للدولة، كذلك بلغت نسبة التحصين ضد الالتهاب الكبدي الوبائي بي Hepatitis B نحو ٩٨%



الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

وبلغت نسبة التغطية والتحصين ضد الالتهاب السحائي Cerebro-Spinal Meningitis في ليبيا حوالي ٩٨% (WHO,2007:1-2)، أما بالنسبة لتحصين النساء الحوامل ضد التيتانوس فبلغت نحو ٤١% فقط في ليبيا عام ٢٠٠٤ وقد زادت في عام ٢٠٠٦ إلى تغطية نحو ٤٥% من إجمالي النساء الحوامل كما يبين جدول (٢) مقارنة بنحو ٧١% في مصر و ٧٠% في العراق .

ونظراً لانتشار الأمراض المعدية وغير المعدية Communicable & Noncommunicable diseases ، قد حدد مركز مكافحة الأمراض ثلاث أولويات هي، مكافحة الإيدز وفيروسه HIV/AIDS ، ومكافحة الدرن ومراقبة الأمراض المعدية والتنبؤ بانتشارها، ويوضح جدول (٦)

جدول (٦) حالات الإصابة ببعض الأمراض في ليبيا الأعوام ٢٠٠٠ ، ٢٠٠٣ ، ٢٠٠٧ .

المرض	حالات الإصابة			معدل الإصابة (لكل ١٠٠ ألف نسمة)
	٢٠٠٧	٢٠٠٣	٢٠٠٠	
الملاريا	٢١	٣٨	١١٧	٠.٦٧
الدرن	٧٧٢	٧٦٣	٦٨٩	١٣.٤
الحصبة	٥٩	٢١٨٣	-	٣٨.٣
الإيدز	٣٦٦	١٢٣٨	١٢٦١	٢١.٧
الالتهاب الكبدي الوبائي (بي)	٢٩١٣	٢٧٥٦	٢٦	٤٨.٤
الالتهاب الكبدي الوبائي (سي)	٢٢٨٣	١٨٩٧	-	٣٣.٣

- المعدل من حساب الباحثة ومصدر البيانات :

-WHO, 2006: Country Cooperation Strategy For WHO and the Libyan Arab Jamahiriya ,op.cit:18.



حالات الإصابة ببعض الأمراض في ليبيا، حيث بلغت حالات الإيدز في نهاية عام ٢٠٠٣ ، ١٢٣٨ حالة، وجد أن ٨٧% من الحالات نتجت عن تعاطي المخدرات بطريقة الحقن الوريدي المشتركة، كما يوضح جدول (٧) الأمراض الخمسة عشر الأولى في ليبيا حسب حالات ومعدل الإصابة عام ٢٠٠٧، ويلاحظ أن أمراض الإسهال والأنفلونزا والالتهاب الكبدي الوبائي (بي) تأتي على القمة، بينما يحتل الإيدز الرتبة الثالثة عشرة كما يوضح شكل (٥).

جدول (٧) تراتب حالات الإصابة بالأمراض الخمسة عشر الأولى في ليبيا عام ٢٠٠٧.

الرتبة	المرض	عدد الحالات	معدل الإصابة * (لكل ١٠٠ ألف من السكان)
١	الإسهال	١١٢٢٠	٢٠٧
٢	الأنفلونزا	٥٨٠٣	١٠٧
٣	الالتهاب الكبدي الوبائي (بي)	٢٩١٣	٥٤
٤	القرحة الشريفة	٢٣٠٦	٤٣
٥	الالتهاب الكبدي الوبائي (سي)	٢٢٨٣	٤٢
٦	الجديري	٢١٥٥	٤٠

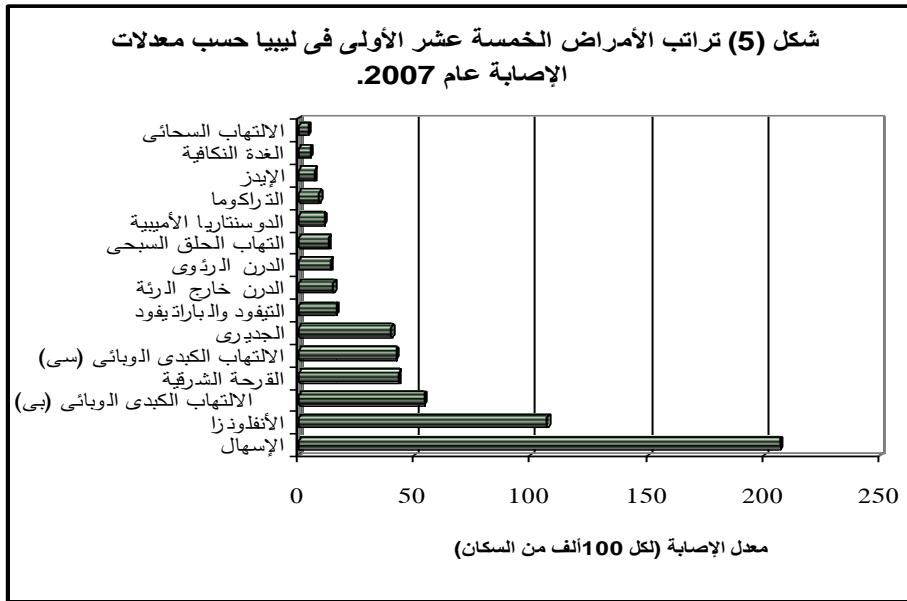


الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

٧	التيفود والباراتيفود	٨٧٣	١٦
٨	الدرن خارج الرئة	٨٢٤	١٥
٩	الدرن الرئوى	٧٧٢	١٤
١٠	التهاب الحلق السبحى	٧١٨	١٣
١١	الدوسنتاريا الأميبية	٥٨٤	١١
١٢	التراكوما	٤٦٦	٩
١٣	الإيدز	٣٦٦	٧
١٤	الغدة النكافية	٢٤٩	٥
١٥	الالتهاب السحائى	٢١٠	٤

* معدل الإصابة من حساب الباحثة والمعدل لأقرب رقم صحيح.

مصدر الجدول: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٣٢.



وقد نجحت استراتيجية مكافحة الإيدز وفيروسه من تقليل معدل الإصابة، حيث تشكلت لجان لمكافحة المرض على مستوى الشعبيات في نهاية عام ٢٠٠٤، وتشمل استراتيجية مكافحة المرض من ٢٠٠٥ إلى



٢٠٠٩ برامج تقليل آثار المرض وعمل اختبارات على بعض المتطوعين في المدن الكبرى، وتوجيه المناهج الدراسية لمكافحة المرض في عام ٢٠٠٥، وتدعم الاستراتيجية الليبية هيئات ومنظمات حكومية وغير حكومية مثل المركز القومي لمكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة، وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، أما استراتيجية مكافحة الدرن فهذفت إلى ثلاثة أهداف رئيسية هي إنجاز إعطاء الجرعات التحصينية كما حددتها منظمة الصحة العالمية، مراجعة وتحديث التسهيلات الطبية طبقاً لما ورد في اجتماع منظمة الصحة العالمية في بيروت ٢٠٠١ ، وتحسين معامل تشخيص الدرن وتزويدها بالعلاج واستخدام التقنيات المتقدمة في التشخيص. وبرغم أن برنامج مكافحة الدرن بدأ في عام ١٩٩٨ فإنه نجح في تغطية حوالي ٩٧% من المصابين بالمرض عام ٢٠٠٢ وحقق العلاج نجاحاً بنسبة ٧٦% عام ٢٠٠٢ (WHO,2006:19, 34) ونحو ٦٢ % عام ٢٠٠٣ وهو معدل منخفض مقارنة بباقي شمال إفريقيا والشرق الأوسط كما يوضح جدول (١) حيث بلغت نسبة الحالات التي تم علاجها من الدرن في تونس ٩١ % وفي الجزائر ٩٢ %.

ويوجد مركز لمراقبة الأمراض في زليطن، وللمركز دور كبير في الأنشطة التدريبية والإرشادية عن جمع المعلومات والبيانات. وقد تم تطوير وتدعيم هذا المركز والاهتمام بنظام التسجيل على مستوى الشعبيات بظهور حالات جديدة سواء للأمراض المعدية أو غير المعدية فقد أصبحت الأمراض غير المعدية من أكثر أسباب الوفاة ، حيث زاد

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

انتشارها خلال العشرين عاماً الماضية مثل أمراض القلب Cardiovascular diseases ، وارتفاع ضغط الدم ومرض البول السكري ومرض السرطان ، وقد سجلت منظمة الصحة العالمية أن أمراض القلب مسئولة عن ٣١% من الوفيات في ليبيا، يليها ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٥% وتمثل الأمراض العشرة الأولى نحو ٥٤% من إجمالي أسباب الوفاة كما يتضح من جدول (٨) وتمثل تلك الأسباب نحو ٥٨%

جدول (٨) الأسباب العشرة الأولى للوفيات في ليبيا عام ٢٠٠٢.

سنوات العمر المفقودة %	% من أسباب الوفاة	أسباب الوفاة
٢٠	٣١	أمراض القلب والأوعية الدموية
٣	٥	ارتفاع ضغط الدم
٨	٥	أمراض الجهاز التنفسي
١١	٤	أمراض الحمل والولادة
٧	٤	حوادث الطرق
٢	٣	التهاب الكلي
٢	٢	تليف الكبد
١	٢	مرض الرئة المزمن*
٤	٢	الإسهال
٥٨%	٥٤%	الإجمالي

-WHO, 2006: Mortality country Fact sheet 2006, World Health Statistics.

Chronic obstructive pulmonary disease

من إجمالي سنوات العمر المفقودة بسبب المرض حيث تمثل أمراض القلب والأوعية الدموية ٢٠% من إجمالي سنوات العمر المفقودة، وهذا



يعني أن ليبيا قد حدث فيها تحول وبائي Epidemiologic Transition وأن المجتمع السكاني في المرحلة الأخيرة من النظرية وهي مرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر، وتتميز تلك المرحلة بانخفاض معدلات نمو السكان ومعدلات الوفيات، ومن أهم أمراض الشيخوخة أمراض القلب والسرطان وضغط الدم وأمراض الكبد وغيرها من الأمراض التي ترتبط بالتحضر، وبالتالي يختلف فيها نمط المرض Disease pattern عن باقي دول القارة الإفريقية (حيث ما زالت الأمراض المعدية والطفيلية مسيطرة على نمط

المرض، ولا زالت بعض هذه الدول في المراحل الأولى من مراحل نظرية التحول الوبائي) ويرجع ذلك إلى تغير نمط الحياة وزيادة المخاطر التي يتعرض لها السكان، حيث يمارس عادة التدخين حوالي ٣٠ % من الشباب بانتظام معظمهم في سن الدراسة (١٣-١٥ عاماً)، كما أصبحت السمنة مشكلة صحية كبيرة بالإضافة إلى أن حوالي ١.٢ % من السكان يعانون من العمى، كما تتوطن التراكوما في بعض المناطق في الدولة، لذلك تهدف استراتيجية مكافحة الأمراض إلى تحسين وتطوير البنية الأساسية الصحية والموارد البشرية، بالإضافة إلى وضع استراتيجية لتأمين الطرق البرية ونشر خدمات الطوارئ Emergency services للمصابين في الحوادث التي تؤدي إلى وفاة ما بين ٤ - ٥ حالات يومياً، مما يزيد من عبء المرض Burden of disease (WHO,2006:19-20) .

هذا بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض الوراثية Genetic Diseases بين السكان في ليبيا والدول العربية عموماً خاصة المجتمعات البدوية، وذلك بسبب ارتفاع نسبة زواج الأقارب عن بقية أقاليم العالم مما يسهم في زيادة نسبة الإصابة بتلك الأمراض، ومن هذه الأمراض مرض الثلاسيميا B (Thalasemia) وهي أنيميا البحر المتوسط ، ومن أمراض عيوب الجين المنفرد أو مجموعة جينية معينة (أمراض الهيموجلوبين)، وتتباين في ليبيا نسبة حدوث الثلاسيميا B فتتراوح بين ١-١٥ % ففي شرقها بلغت نسبة الإصابة ١١.٢% خلال التسعينيات بينما كانت في جنوبها نحو ٣.٢% وفي شمالها الشرقي نحو ٠.٩٢ % فقط (محمد مدحت جابر، ٢٠٠٤: ٣٦٣، ٣٦٦).

رابعاً : صحة الأم والطفل :

تعد صحة الأم والطفل أحد العناصر الأساسية الثمانية للرعاية الصحية الأولية، وهي ذات أهمية خاصة للحد من المشكلات الصحية التي تواجه الأم والطفل، وينصب الاهتمام بها على رعاية الأم ومتطلباتها خلال فترة الحمل والولادة والرضاعة وتحصين الطفل والأم ضد الأمراض، وطرق أو وسائل تنظيم الأسرة، كل ذلك بهدف تقليل معدلات وفيات الأمهات والأطفال، لذلك اتجهت العديد من الدول إلى إنشاء مراكز الأمومة والطفولة ومراكز لتنظيم الأسرة لتتبع بصحة الأم والطفل وقد جاء مشروع ميثاق حقوق الطفل العربي الليبي متضمناً الإعلان العالمي لحقوق الطفل وتناول المشروع في بدايته تعريف الطفولة "وهي مرحلة من عمر الإنسان تبدأ منذ



ولادته حتى إتمامه سن الخامسة عشرة وهي المرحلة الأساسية في بناء الفرد الذي يتأثر بالعوامل الوراثية والبيئية لذلك تتطلب هذه المرحلة عناية خاصة كي يتحقق النمو المتكامل للطفل“ (اللجنة الوطنية الدائمة لرعاية الطفولة، ١٩٨٤: ١٨).

وبالتالي فالرعاية الصحية أحد الحقوق التي يحصل عليها الطفل وتأكيداً لأهميتها للطفل والأم، وتضمنت تلك الحقوق ما يلي: الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية حق مقرر في المجتمع لكل طفل ولكل حامل ومرضع ولكل أم تربي أطفالاً ، ويجب أن تؤدي هذه الخدمات الصحية بصورة تكفل سلامة الطفولة والأمومة وحماية الأطفال والأمهات في مختلف المراحل من العلل والأمراض وعلاجهم حتى تنشأ الأجيال المقبلة قوية البنية صحيحة الجسم سليمة العقل، كما تناولت الرعاية الصحية للطفل أهمية التوعية الصحية والتطعيم والفحص الدوري والصحة والتغذية المدرسية والصحة النفسية للأطفال ورعاية المعوقين منهم(اللجنة الشعبية العامة للإعلام والثقافة، ١٩٩٤: ٧٠٢)، والزيارات المنزلية لاستكمال الرعاية الصحية للطفل ودراسة أسباب المشكلات الصحية وعلاجها في بيئة الطفل، وتنفيذاً لهذه السياسة نحو تحقيق الرعاية الجيدة للأمومة والطفولة زادت مراكز رعاية الأمومة والطفولة من ٤٨ مركزاً عام ١٩٧٠ إلى ٩٦ مركزاً عام ١٩٧٥ أي بلغت نسبة الزيادة ١٠٠% ثم زادت المراكز إلى ١٤٨ مركزاً عام ١٩٨٠ بنسبة زيادة قدرها ٥٤% منذ عام ١٩٧٥، ووصل عدد المراكز عام ١٩٨٥ إلى ٢٤٨ مركزاً بنسبة زيادة ٦٧% منذ عام ١٩٨٠ ثم بلغ العدد ٢٥٥ مركزاً عام ٢٠٠٧ بنسبة زيادة ٢.٨% عن عام ١٩٨٥، عموماً زاد عدد

مراكز رعاية الأمومة والطفولة خلال ٣٧ عاماً بنحو ٤٣١ % أي تضاعف أربع مرات ونصف تقريباً مما يدل على التوجه نحو الاهتمام بصحة الأم والطفل، وزيادة عدد الزائرات الصحيات إلى المنازل وزيادة جرعات تحصين الأطفال، كما انخفضت الوجبات الغذائية من الحليب المجاني بنسبة ٧٣% مما يدل على تحسن الأوضاع الاقتصادية وقلّة المحتاجين من الأطفال لتلك الوجبات المجانية، وزاد وعي المواطنين وخاصة النساء مما انعكس على زيادة الولادات التي تتم تحت الإشراف الطبي بالمؤسسات الصحية، وزيادة نسبة النساء التي تستخدم وسائل منع الحمل Contraception وقد بلغت تلك النسبة نحو ٤٥% في ليبيا لمتوسط الفترة بين ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٤، وهي ما زالت نسبة منخفضة بالنسبة للمتوسط في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط، حيث ترتفع نسبة النساء المستخدمات لتلك الوسائل في باقي دول شمال إفريقيا، فهي في مصر ٦٠ % ، ٦٦ % في تونس ، ٦٣ % في المغرب، ٥٧ % في الجزائر، كما ترتفع في إيران إلى ٧٤% بينما تنخفض في باقي الدول الموضحة بجدول (١) عن المتوسط العام. فقد اتضح من المسح الوطني الليبي لصحة الأسرة عام ٢٠٠٧ أن نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ عاماً) ويستخدمن وسيلة من وسائل منع الحمل قد بلغت ٤١.٩% منهم نحو ٢٠.٤% يستخدمن وسائل حديثة ، ٢١.٥% يستخدمن وسائل تقليدية- (المشروع العربي لصحة الأسرة، ٢٠٠٨: ٢٣). عموماً قد زاد الاهتمام بخدمات صحة الأم والطفل في ليبيا خلال العشرين عاماً الماضية مما انعكس ذلك على انخفاض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة من ٧٠ في الألف عام ١٩٨٠ إلى ٢٠ في الألف



عام ٢٠٠٤ (WHO,2006)، ثم إلى ١٩.٦ في الألف عام ٢٠٠٦ في ليبيا (اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة ، ٢٠٠٨ : ٢١)، وهو يعد من أقل المعدلات بين دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط كما يظهر من بيانات جدول (١)، ولا يقل هذا المعدل في دولة أخرى سوى سوريا (١٦ في الألف)، بينما يرتفع في المغرب إل ٤٣ في الألف و ٣٦ في الألف في مصر ويصل إلي ١١١ في الألف في جمهورية اليمن، أما عن وفيات الرضع فقد بلغت نحو ١٩.٨ في الألف عام ٢٠٠٢ في ليبيا وانخفضت إلى ١٤.٤% في الألف عام ٢٠٠٦ (اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨ : ٢١). وترجع أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في الجماهيرية الليبية إلى عدة أسباب يوضحها جدول (٩) حيث يظهر من البيانات أن الأسباب المتعلقة بالولادة Neonatal تستحوذ علي ٥٦% من إجمالي أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة كما يوضح شكل (٦)، وهي نسبة مرتفعة جداً مقارنة بالمتوسط في إقليم شمال إفريقيا والشرق الأوسط حيث بلغت تلك النسبة ٤٣% على المستوى الإقليمي وهذا يشير إلى ضرورة الاهتمام بالأم أثناء وخلال فترة الحمل والولادة. ثم يأتي بعد ذلك الالتهاب الرئوي كثاني أسباب وفيات الأطفال بنسبة ١٩%، يلي ذلك الإسهال بنسبة ٨% من إجمالي أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة، وهي معدلات منخفضة مقارنة بالمتوسط الإقليمي التي تصل إلى ضعف ذلك تقريباً ويرجع إلى الاهتمام بعلاج الطفل وتحصينه ضد أمراض الطفولة حيث يغطي التحصين نسبة كبيرة من الأطفال، في حين تستحوذ باقي الأسباب علي ٢٤% من إجمالي أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة.



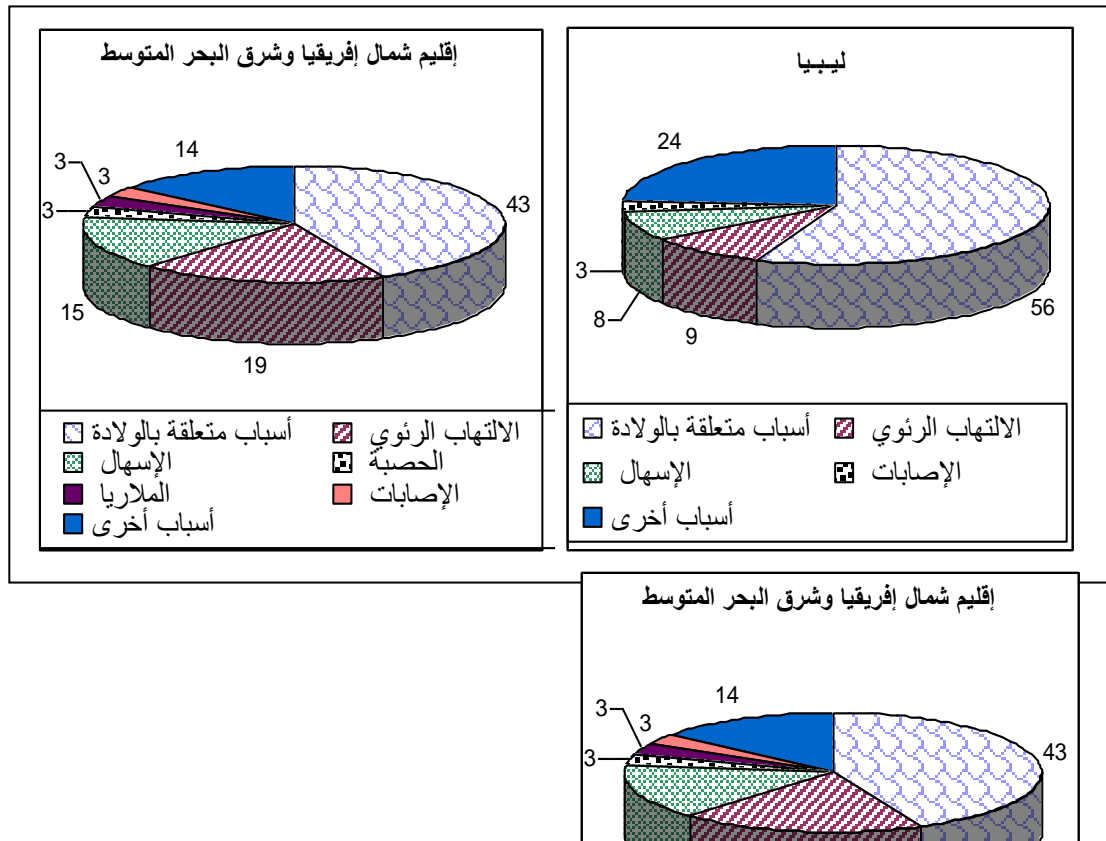
الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

جدول (٩) التوزيع النسبي لوفيات الأطفال دون الخامسة في ليبيا حسب السبب لمتوسط الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٣.

سبب الوفاة	نسبة وفيات الأطفال في ليبيا	المتوسط الاقليمي
أسباب متعلقة بالولادة	٥٦	٤٣
الالتهاب الرئوي	٩	١٩
الإسهال	٨	١٥
الحصبة	-	٣
الملاريا	-	٣
الإصابات	٣	٣
أسباب أخرى	٢٤	١٤
إجمالي وفيات الأطفال	%١٠٠	%١٠٠

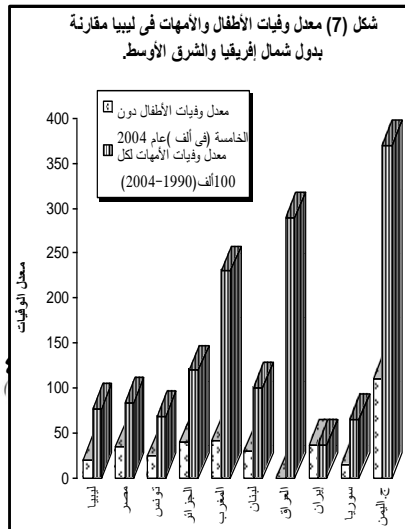
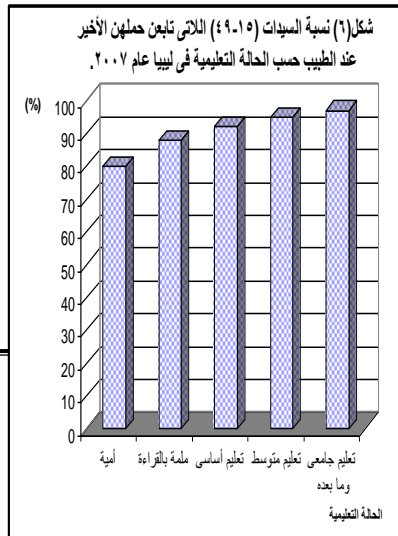
- WHO, 2006 :op. cit .

شكل (٦) مقارنة أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في ليبيا بإقليم شمالى إفريقيا وشرق البحر المتوسط (متوسط الفترة من ٢٠٠٠-٢٠٠٣).





أما عن وفيات الأمهات Maternal mortality فقد عرفتھا منظمة الصحة العالمية في تصنيف الأمراض الدولي (١٩٧٧) " بأنها وفاة المرأة خلال فترة الحمل وبعد نهاية الحمل بنحو ٤٢ يوماً لأسباب متعلقة بالحمل والولادة وليس بسبب الحوادث"، ولذلك فوفيات الأمهات مرتبطة بفئات عمرية محددة وهي فترة الخصوبة عند المرأة (من ١٥-٤٩ عاماً) (Graham,W.J.,1991:15). وتموت حوالي ١٥٠ ألف امرأة سنوياً بسبب الحمل والولادة ، ومن تحليل بيانات جدول (١) وشكل (٧) يلاحظ أن معدل وفيات الأمهات في ليبيا بلغ ٧٧ لكل ١٠٠ ألف مولود حي لمتوسط الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠٠٤ ثم انخفض إلي ٤٠ لكل ١٠٠ ألف عام ٢٠٠٦ وهو يعد من المعدلات



المنخفضة بين دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط حيث بلغ نفس المعدل نحو ٨٤ لكل ١٠٠ ألف في مصر و ٦٩ لكل ١٠٠ ألف في تونس ، و ١٢٠ في الجزائر و ٢٣٠ في المغرب ، و يقل هذا المعدل في بعض دول إقليم شمال إفريقيا والشرق الأوسط حيث بلغ ٣٧ في إيران بينما يزيد عن ذلك بكثير في العراق واليمن، وعموما فمعدل وفيات الأمهات في ليبيا هو معدل منخفض مقارنة بالمتوسط العام في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط ، ويرجع ذلك إلى الاهتمام برعاية الأمومة والطفولة وزيادة الوعي لدى المواطنين بضرورة متابعة الأم الحامل مع الطبيب المختص، فكما يوضح جدول (٢) أن نسبة الحوامل اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بلغت نحو ٩٦.٣% من إجمالي الحوامل، كما بلغت نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون مدربون نحو ٩٩% من إجمالي الولادات عام ٢٠٠٦، وتبين من نتائج المسح الوطني الليبي لصحة الأسرة عام ٢٠٠٧ أن نسبة السيدات في عمر (١٥ - ٤٩ سنة) اللاتي أنجبن مولودهن الأخير خلال السنوات الخمس السابقة على المسح وتابعن حملهن عند الطبيب تزداد مع زيادة



المستوى التعليمي (المشروع العربي لصحة الأسرة، ٢٠٠٨: ٢٥). كما يوضح شكل (٨).

خامساً : التثقيف الصحي :

يرتبط التثقيف الصحي بصحة الأم والطفل والأسرة ككل فهو يهدف إلى رفع زيادة الوعي لدى المواطنين بالوضع الصحي والبيئة الصحية التي يجب أن يعيشوا فيها، ويحدث الوعي الصحي عن طريق مد المواطنين أو السكان بالمعلومات الصحيحة بغرض إحداث تغيير إيجابي في ممارساتهم وعاداتهم حتى يكون لهم دور في تحسين أحوالهم الصحية والتغلب على المشاكل التي تواجههم، ويساعد التعليم الصحي السكان على كسب معارف ومهارات جديدة من خلالها يمكن تهيئة بيئة اجتماعية وسياسية لتحسين صحتهم والحفاظ عليها، ويقوم بعملية التثقيف الصحي عمال الصحة Health workers من خلال اتجاهين، اتجاه التنمية المجتمعية عن طريق وضع برامج وأولويات للتحكم في الأمراض المتوطنة، والثاني اتجاه التواصل وتعديل السلوك من خلال معرفة أثر السلوك على نقل الأمراض والاستفادة من وسائل الإعلام في ذلك (Brieger, W.R., 1996:93-94)، ويأخذ التثقيف شكلين على المستوى الشخصي وعلى المستوى الجماعي ويهتم التثقيف الصحي بالنقاط الآتية (آمال حلمي سليمان، ١٩٩٥: ١٧٨ - ١٧٩):-

١- التعريف بالأمراض وأعراضها وخطورتها ونتائج الإصابة بها وطرق الوقاية منها .



٢- التعريف بأهمية التحصين ضد الأمراض والتطعيم وفوائده خاصة للأطفال والحوامل .

٣- تقديم معلومات للأمهات عن معالجة الأطفال المصابين بالإسهال وتثقيف الأم في مجال التغذية وتعريفها بالغذاء الصحي الذي يجب أن تقدمه لأسرتها، مع التركيز على أهمية الرضاعة الطبيعية والأغذية المناسبة للطفل عن الفطام، بالإضافة إلى توعية الأم بطرق ووسائل تنظيم الأسرة .

ويمثل نقص المواد التعليمية بمجال الصحة عائقاً أمام تدريب العاملين الصحيين في معظم الدول الأعضاء بإقليم شرق البحر المتوسط ، فأغلب العاملين بالمناطق النائية يفتقرون إلى المكتبات والمراجع والإشراف المباشر، وهذا بدوره يؤثر على نوعية ما يقدمونه من رعاية صحية بالرغم من أن عبء هذه الرعاية الصحية يقع على عاتق هؤلاء العاملين بالصحة الذين يتوقف على كفاءتهم إمكانية توفير الصحة للجميع (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٠ ، ٣٦) .

ويعد الاهتمام ببرامج التثقيف الصحي على جميع مستوياته وبالوسائل الإعلامية المختلفة مقروءة ومسموعة ومرئية من أهم الاستراتيجيات العامة لقطاع الصحة في ليبيا ، وقد تطور الاهتمام بمجال الإرشاد والتعليم الصحي عن طريق الاهتمام بوحدة صحة الأسرة والمجتمع ، خاصة مراكز رعاية الأمومة والطفولة والعاملين بها (اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ١٩٩٤ : ٥٧٣)، من زائرات وقابلات لأنهن يقمن بتوعية الأم في مختلف المجالات التي تتعلق بصحتها وصحة أطفالها



وأسرتها لذلك، فمركز المعلومات والتوثيق العام في طرابلس يمد المكتبات الطبية بالمعلومات الصحية، بالإضافة إلى أن المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية يقوم بتدعيم برامج التوعية من خلال تقديم دورات تدريبية للعاملين بالمكتبات الطبية، ويقوم مركز المعلومات الليبي في طرابلس بتقديم الأنشطة التالية (WHO,2006, Country cooperation strategy:23) :-

- تدريب خريجي كليات الطب .
- تطوير نظام المراقبة والإشراف في الدولة.
- تقديم دورات في نظم المعلومات الصحية .
- مراقبة الأمراض وتحليل اتجاهاتها ودراسة أعباء المرض، والاهتمام بأبحاث البيئة الطبية، والبعثات العامة والخاصة، والاهتمام بالبيئة الصحية .

و يتولى قسم مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً أحد الأقسام التابعة للمركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها في ليبيا، الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً و مكافحتها ، وإعداد وتنفيذ برامج الوقاية والمكافحة وتقديم الدعم الفني لكافة شرائح المجتمع للحيلولة دون انتشار المرض حيث يقوم بإلقاء المحاضرات وإقامة الندوات العلمية والتنقيفية، كذلك القيام بإعداد المناهج التدريبية وتقديم الدعم الفني لعدد من الشعبيات فخلال عام ٢٠٠٤ قام القسم بالعديد من النشاطات التي كللت بالنجاح المتمثلة في إلقاء المحاضرات العلمية حول الإيدز والحد من انتشاره في العديد من المؤسسات العلمية والقطاعات المختلفة، كما أقام القسم ملتقيات علمية ببعض الشعبيات لتدريب

الأخصائيين في كيفية المعالجة وحث المواطنين بالشعبيات التابعين لها بضرورة أخذ الحيطة من هذا المرض. وقد بلغ عدد المحاضرات داخل المؤسسات التعليمية حوالي ٦٦ محاضرة في ٤٦ مؤسسة تعليمية وعدد المتلقين نحو ١٧٥٣٤ في خلال الفترة من يناير ٢٠٠٤ حتى يونية ٢٠٠٤، في حين بلغ عدد المحاضرات التثقيفية لوحدات الشعب وكان عدد المستهدفين بالمحاضرات ٩٣٧٨ (متدرب - جندي - ضابط)، وفي شركات الاتصالات السلكية واللاسلكية ١١٥١٠ موظف، وفي الهيئة العامة للأوقاف (مساجد - مدارس قرآنية) وبلغ عدد المستهدفين بالمحاضرات ٤٤٩٤ فرد وكان إجمالي عدد من تم تثقيفهم عن طريق المحاضرات في مجال الوقاية من الإيدز هو ٣٢٥٦٦ فرد، بالإضافة إلى توعية العاملين في حقول البترول، كما ساهمت الشعبيات عبر وسائل إعلامها المختلفة في إحياء اليوم العالمي لمكافحة الإيدز كمشاركة إيجابية وفعالة لتبصير أفراد المجتمع في نطاق الشعبية عن مخاطر مرض الإيدز الجسمية والاقتصادية والاجتماعية ومعرفة مدى مساهمة الأفراد في إنجاح البرنامج الوطني للإيدز، وقد نظم المركز دورات لتشكيل لجان مكافحة مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في حوالي " ١١ " شعبية مختلفة (المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها، ٢٠٠٤: ٤-١١).

المبحث الثاني : الخدمات الصحية :



يعد التوزيع المكاني أو الجغرافي للخدمات من أهم الموضوعات التي اهتم بدراستها الجغرافيون وذلك للتعرف على مدى عدالة Equity التوزيع أو المساواة Equality وعدم المساواة Inequality في توزيع الخدمات الصحية من خلال التعرف على علاقة توزيع الخدمات بحجم السكان ومعرفة معدلات الخدمة للوصول إلي مدى تغطية الخدمات الصحية للسكان في مكان ما، وقد تناولت دراسات عديدة تلك الجوانب منها دراسة ماكجلاشان عن توزيع السكان والخدمات الطبية في ملاوي وركز فيها على توزيع السكان ومراكز الخدمة الصحية ودرس مناطق نفوذ المستشفيات من خلال معياري عدد الأسرة وعدد المترددين على تلك المستشفيات (McGlashan, N.D., 1972: 89-95).

وإنطلاقاً من ضرورة إتاحة الخدمة الصحية للجميع فإن عدالة توزيعها يعد مطلباً أساسياً لتحقيق استفادة السكان من تلك الخدمة، وإن لم يتحقق هذا الهدف فسوف يهيمن قانون الرعاية العكسية والذي يعني أسوأ الخدمات الصحية كماً ونوعاً توجد في أكثر المناطق حاجة لها، حيث يستفيد من الخدمات الصحية غير المحتاجين لها بينما يبقى المحتاجون محرومين منها (نجاه محمد رضا إسماعيل، ١٩٩٣: ٧٦). ويهتم هذا المبحث بتوزيع الموارد المادية (المنشآت الصحية) والموارد البشرية (العمالة الصحية) أو ما يطلق عليها التسهيلات الصحية ويعني بها كل المنظمات أو المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية وتتضمن المستشفيات بأنواعها وأحجامها المختلفة وكذلك مراكز تقديم الرعاية الصحية الأولية التي من خلالها يتم الاتصال بين مقدمي الخدمة



الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

Providers ومستهلكي الخدمة Consumers (عبد الحميد حسن يوسف، ١٩٩٦: ١٧٥)، ومدى تطور تلك الموارد من الناحية الكمية والنوعية ومدى العدالة والمساواة في توزيع تلك الخدمات وحساب معدلات الخدمة ومعرفة العوامل الجغرافية التي أثرت وتؤثر في توزيعها .

أولاً : الموارد المادية :

بلغ عدد المرافق الصحية الحكومية والخاصة نحو ٢١٩٠ (غير شاملة الصيدليات) ونحو ٣٧٧٣ شاملة الصيدليات كما يوضح جدول (١٠) عام ٢٠٠٧ في ليبيا، وتمثل المنشآت الحكومية

جدول (١٠) التوزيع العددي والنسبي لمؤسسات الرعاية الصحية في شعبيات

ليبيا

حسب الملكية عام ٢٠٠٧.

المؤسسات الشعبية	مؤسسات حكومية		مؤسسات خاصة		الجملة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
البطنان	٦٩	٤.٥	٥٢	٢.٣	١٢١	٣.٢
درنه	٦٠	٣.٩	٥٠	٢.٢	١١٠	٢.٩
الجبل الأخضر	٦٥	٤.٣	٨٩	٣.٩	١٥٤	٤.١
المرج	٧٤	٤.٩	٥٨	٢.٥	١٣٢	٣.٥
بنغازي	٨٩	٥.٩	٢٤١	١٠.٧	٣٣٠	٨.٧
الواحات	٥١	٣.٤	٦٤	٢.٨	١١٥	٣.٠
الكفرة	١٨	١.٢	١٩	٠.٨	٣٧	١.٠
سرت	٤٤	٢.٩	٦٨	٣.٠	١١٢	٣.٠



٠.٩	٣٥	٠.٩	٢١	٠.٩	١٤	الجفرة
٢.٩	١١١	٣.٧	٨٣	١.٨	٢٨	سبها
٢.٦	٩٩	١.٣	٣١	٤.٥	٦٨	وادي الشاطيء
٢.٠	٧٦	٠.٩	٢١	٣.٦	٥٥	مرزق
١.٥	٥٥	٠.٧	١٨	٢.٤	٣٧	وادي الحياة
٠.٥	١٨	٠.١	٤	٠.٩	١٤	غات
٧.٧	٢٩٠	٩.٤	٢١٢	٥.١	٧٨	مصراته
٧.٥	٢٨٢	٦.٢	١٤٠	٩.٣	١٤٢	المرقب
١٦.٦	٦٢٨	٢٢.٤	٥٠٦	٨.٠	١٢٢	طرابلس
٨.١	٣٠٥	٨.٧	١٨٢	٨.١	١٢٣	الجفاره
٥.٢	١٩٦	٥.٩	١٣٤	٤.١	٦٢	الزاوية
٦.٠	٢٢٨	٦.٠	١٣٦	٦.١	٩٢	النقاط الخمس
٦.٩	٢٥٩	٤.١	٩٢	١١.٠	١٦٧	الجبل الغري
٢.١	٨٠	١.٤	٣٢	٣.٢	٤٨	نالوت
%١٠٠	٣٧٧٣	%١٠٠	٢٢٥٣	%١٠٠	١٥٢٠	الإجمالي

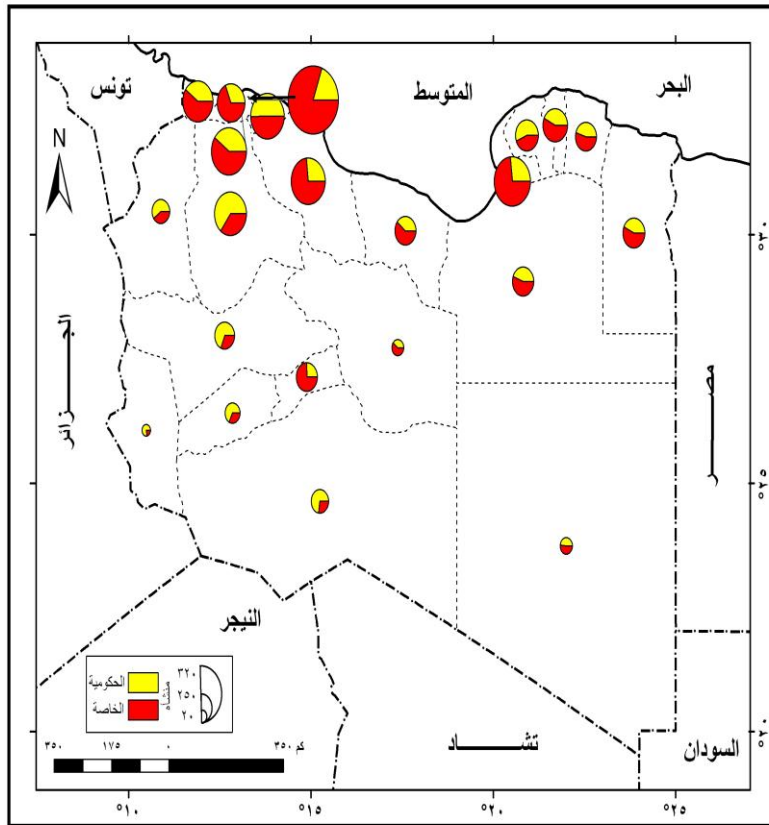
- اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٧٢، ٤٢٠.

٦٩.٤% من إجمالي المرافق الصحية^١، ووجد أكبر عدد من المؤسسات الصحية في شعبية طرابلس (٦٢٨ مؤسسة) ٨٠% منها قطاع خاص والنسبة الباقية قطاع عام، وهذا يدل على جذب العاصمة

^١ غير شاملة الصيدليات.

للاستثمارات في قطاع الخدمات الصحية، وكذلك الوضع في شعبيتي بنغازي والجفارة، في حين وجد أدنى عدد من المؤسسات الصحية في شعبية غات (١٨ مؤسسة) ٧٧.٨% منها مؤسسات قطاع عام ، وهذا يدل على عدم جذب الشعبيات الجنوبية للاستثمارات في قطاع الصحة ، وأن معظم المنشآت تنتمي للقطاع الحكومي خاصة في شعبيات نالوت ووادي الشاطيء ووادي الحياة وغات ومرزق كما يوضح شكل (٩).

شكل (٩) التوزيع الحجمي والنسبي للمؤسسات الصحية حسب الملكية
على شعبيات ليبيا عام ٢٠٠٧.





مصدر البيانات جدول (١٠).

وتمثل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية قاعدة الهرم الصحي، حيث تقدم الرعاية الصحية إلى أقرب نقاط ممكنة من السكان في جميع المناطق ولكافة الشرائح والطبقات الاجتماعية، وركزت السياسة الصحية على التوسع الأفقي بحيث أصبح للتجمعات السكانية التي تقل عن ١٠٠٠ ساكن وحدة للرعاية الصحية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية في ليبيا ، ١٩٩٩).

جدول (١١) التطور العددي لمؤسسات الرعاية الصحية الحكومية والأسرة في ليبيا خلال الأعوام

١٩٦٩ ، ١٩٨٧ ، ٢٠٠٧ .

السنة	١٩٦٩	١٩٨٧	٢٠٠٧	نسبة الزيادة (%)		
				-١٩٦٩ ٢٠٠٧	-١٩٨٧ ٢٠٠٧	-١٩٦٩ ١٩٨٧
مؤسسات الرعاية الصحية	٤١٤	١٠٣٨	١٥٢٠	٢٦٧	٤٦	١٥١
الأسرة	٦٤٢١	١٩٦٦١	٢٠٧٦٩	٢٢٣	٥.٦	٢٠.٦

- اللجنة الشعبية العامة للإعلام والثقافة، ١٩٩٤: ليبيا الثورة في ٢٥ عاماً ١٩٦٩-١٩٩٤

التحولات السياسية والاقتصادية

والاجتماعية، الدارة الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان بنغازي : ٦٠٠ ، ٦٠٣ .

- اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٤٢٠، ٧٢.

شهدت المؤسسات الصحية تطوراً ملحوظاً علي الصعيدين الوقائي والعلاجي خلال الفترة من ١٩٦٩ حتى عام ٢٠٠٧ حيث زادت مرافق الرعاية الصحية من ٤١٤ مؤسسة أو مرفق إلى نحو ١٥٢٠ مؤسسة خلال تلك الفترة وبلغت نسبة الزيادة نحو ٢٦٧% ويعني ذلك أن المؤسسات الصحية قد تضاعفت حوالي مرتين ونصف، كما تضاعفت الأسرة بنسبة ٢١٦% خلال تلك الفترة (أي تضاعفت مرتان وربع تقريباً). وقد أدى ذلك إلى تحسن ملحوظ وسريع في المستوى الصحي للمواطنين وهذا ما يعكسه الانخفاض المستمر في معدلات وفيات الأطفال والمعدلات العامة للوفيات وكذلك التحسن في مستويات الحياة العامة وأمد الحياة، لكن يلاحظ أن معدل الزيادة خلال الفترة من ١٩٦٩ حتى عام ١٩٨٧ كان يفوق بكثير معدل الزيادة خلال الفترة من ١٩٨٧ حتى ٢٠٠٧ لكل من المؤسسات الصحية والأسرة وذلك بسبب تغير الوضع الاقتصادي للدولة وظهور البترول الذي انعكس على كافة قطاعات التنمية وإنشاء العديد من المؤسسات والمرافق الصحية في البلاد ، حيث كانت تفتقر جهات عديدة إلى تلك المرافق خاصة المناطق النائية منها .

[١] التباينات المكانية في توزيع مؤسسات الرعاية الصحية

الحكومية :

يلاحظ من شكل (٩) وجود اختلافات وتباينات إقليمية في توزيع المؤسسات الصحية داخل الجماهيرية الليبية، حيث يوجد أكبر عدد في شعبية الجبل الغربي كما يوضح جدول (١٢) وهو نحو ١٦٧



مؤسسة عام ٢٠٠٧ ويمثل ذلك العدد ١١% من إجمالي مؤسسات الرعاية الصحية في الجماهيرية، ويرجع ذلك إلى ارتفاع الكثافة السكانية في ذلك الجزء الذي يقع إلى الجنوب من شعبية طرابلس بينما يوجد أدنى عدد لمؤسسات الرعاية الصحية الحكومية في شعبيتي غات والجفرة وبلغ عدد المؤسسات في كل منها ١٤ مؤسسة بنسبة ٠.٩%

من إجمالي المؤسسات عام ٢٠٠٧ ويرجع السبب إلى انخفاض

جدول (١٢) التوزيع العددي والنسبي للسكان ومؤسسات الرعاية الصحية

الحكومية (حسب نوع المنشأة)

في شعبيات ليبيا عام ٢٠٠٧.

الشعبية	السكان		الوحدات الصحية		المراكز الصحية		المستشفيات		العيادات المجمعّة		عيادات الأسنان		جملة المؤسسات الصحية	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
البطنان	١٥١٠٥٥	٢.٨	٤٦	٥.٥	١٨	٣.٤	٣	٣.١	١	٢.٧	١	٦.٧	٦٩	٤.٥
الجيل الأخضر	١٩١٥٩٦	٣.٦	٤٠	٤.٨	١٧	٣.١	٤	٤.٢	٣	٨.١	١	٦.٧	٦٥	٤.٣
درنة	١٥٦٦٠٦	٢.٩	١٣	١.٦	٤١	٧.٧	٣	٣.١	٢	٥.٤	١	٦.٧	٦٠	٣.٩
المرج	٢١٥٥٩١	٤.٠	٣٣	٣.٩	٣٧	٦.٩	٤	٤.٢	٠	٠	٠	٠	٧٤	٤.٩
الواحات	١٦٢٣٠٤	٣.٠	٢١	٢.٥	٢٥	٤.٧	٣	٣.١	١	٢.٧	١	٦.٧	٥١	٣.٤
الكفرة	٤٢٨٨٨	٠.٨	٧	٠.٨	٩	١.٧	٢	٢.١	٠	٠	٠	٠	١٨	١.٢
سرت	١٣١٣٥٢	٢.٥	٢٩	٣.٥	١١	٢.١	٢	٢.١	١	٢.٧	١	٦.٧	٤٤	٢.٩
الجفرة	٤٦٤٩٩	٠.٩	٧	٠.٨	٥	٠.٩	٢	٢.١	٠	٠	٠	٠	١٤	٠.٩
وادي الشاطئ	٧٣٥٨٣	١.٤	٤٢	٥.٠	٢٣	٤.٣	٣	٣.١	٠	٠	٠	٠	٦٨	٤.٥
سبها	١٢٠٣٢٦	٢.٣	١٦	١.٩	٨	١.٥	٢	٢.١	١	٢.٧	١	٦.٧	٢٨	١.٨
وادي الحياة	٧١٠٧٤	١.٣	٢٤	٢.٩	١٢	٢.٢	١	١.٠	٠	٠	٠	٠	٣٧	٢.٤
مرزق	٧٢٣٨٢	١.٤	٣٥	٤.٢	١٧	٣.٢	٢	٢.١	١	٢.٧	٠	٠	٥٥	٣.٦
غات	٢١٣٩٩	٠.٤	٦	٠.٧	٧	١.٣	١	١.٠	٠	٠	٠	٠	١٤	٠.٩
مصراته	٣٤٤٨٧٥	٦.٥	٣٠	٣.٥	٣٧	٦.٩	٦	٦.٣	٤	١٠.٨	١	٦.٧	٧٨	٥.١
المرقب	٥٨٧٩٠٧	١١	٨٥	١٠.٢	٤٩	٩.٢	٦	٦.٣	٢	٥.٤	٠	٠	١٤٢	٩.٣
الجفارة	٢٨٢٣٠٨	٥.٣	٨٢	٩.٨	٣٩	٧.٣	٢	٢.١	٠	٠	٠	٠	١٢٣	٨.١
الزاوية	١٩٣١٧٩	٣.٦	٥٠	٦.٠	٧	١.٣	٢	٢.١	٢	٥.٤	١	٦.٧	٦٢	٤.١

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

٢.٦	٦.١	٩٢	٢٠	٣	٢.٧	١	٥.٢	٥	٨.٤	٤٥	٤.٥	٣٨	٦.٦	٣٤٩٤٦٣	النقاط الخمس
٥.٨	١١	١٦٧	٠	٠	٢.٧	١	٩.٤	٩	٥.٦	٣٠	١٥.٢	١٢٧	٥.٥	٢٩٠٣٣٥	الجبل الغربي
٥.٥	٣.٢	٤٨	٠	٠	٠	٠	٥.٢	٥	٣.٤	١٨	٣.٠	٢٥	١.٦	٨٧١٢٩	نالوت
١.١	٨.٠	١٢٢	٢٠	٣	٢٩.٧	١١	١٥.٦	١٥	٩.٩	٥٣	٤.٨	٤٠	٢١.٦	١١٤٧٩٥٦	طرابلس
١.٥	٥.٩	٨٩	٦.٧	١	١٦.٢	٦	١٤.٦	١٤	٥.٠	٢٧	٤.٩	٤١	١١.٠	٥٨٤١٨٤	بنغازي
٢.٩	١٠٠	١٥٢٠	١٠٠	١٥	١٠٠	٣٧	١٠٠	٩٦	%١٠٠	٥٣٥	%١٠٠	٨٣٧	%١٠٠	٥٣٢٢٩٩١	الإجمالي

المصدر: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ١١، ٤٢، ٧٢.

* المعدل لكل ١٠ آلاف نسمة.

الكثافة السكانية لأنهما شعبيات داخلية صحراوية حيث تقع غات في أقصى جنوب غرب الجماهيرية بالقرب من حدودها مع الجزائر ، وتقع شعبية الجفرة إلى الجنوب من شعبية سرت في وسط ليبيا .

ويستنتج من توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الحكومية أن أكثر من ثلثي (٣٦.٤%) المؤسسات تتركز في أربع شعبيات هي الجبل الغربي والمرقب والجفارة وطرابلس وكلها تقع في غرب الجماهيرية في منطقة الثقل السكاني والاقتصادي .

* توزيع المؤسسات الحكومية حسب نوع المنشأة :

توجد هيراركيه في توزيع المؤسسات الصحية الحكومية في ليبيا حيث تأتي الوحدات الصحية في قاعدة الهرم الصحي حيث تعد الأكثر انتشاراً وعدداً، يبلغ عددها ٨٣٧ وحدة صحية وتمثل ٥٥ % من إجمالي المؤسسات الصحية الحكومية عام ٢٠٠٧، تأتي بعدها المراكز الصحية وعددها ٥٣٥ مركز صحي و يمثل ٣٥% من المؤسسات الصحية الحكومية ثم تحتل المستشفيات بأنواعها أعلى قمة الهرم وبلغ عددها ٩٦ مستشفى بنسبة ٦.٣%.



ومن تحليل شكل (١١) وجدول (١٢) يلاحظ وجود تباين في توزيع المؤسسات الصحية وفقاً لنوع المنشأة وأن الوحدات الصحية التي تمثل قاعدة الهرم الصحي تتركز أيضاً في الشعبيات التي توجد حول إقليم العاصمة في الجبل الغربي والمرقب والجفارة حيث يوجد بها ٢٩٤ وحدة صحية يمثل ذلك العدد نحو ٣٥.٢ % من إجمالي الوحدات الصحية في الجماهيرية عام ٢٠٠٧، و ذلك لأنها شعبيات تقع في شمالي الدولة حيث يتركز السكان والنشاط الاقتصادي، في حين يوجد أدنى عدد في شعبية غات (ست وحدات صحية) كما بلغ عدد الوحدات الصحية في الشعبيات الثلاثة الأخيرة (وهي غات والجفرة والكفرة) نحو ٢٠ وحدة ويمثل ذلك العدد نحو ٢.٤ % من إجمالي توزيع الوحدات الصحية في الجماهيرية، لأنها شعبيات صحراوية منخفضة الكثافة السكانية، وهذا يعني وجود اختلافات في توزيع الوحدات الصحية .

كما يوجد أكبر عدد من المراكز الصحية في شعبية طرابلس وبلغ ٥٣ مركزاً صحياً، جاءت بعدها شعبية المرقب التي تقع شرقي طرابلس، وبلغ عدد المراكز بها نحو ٤٩ مركزاً صحياً، ثم شعبية النقاط الخمس ٤٥ مركزاً التي تقع غربي شعبية طرابلس وبلغت نسبة المراكز الصحية في الشعبيات الثلاث نحو ٢٧.٥ % من إجمالي المراكز الصحية في الجماهيرية، وهذا يعني جذب العاصمة والمناطق المحيطة بها لمراكز الخدمات الصحية، في حين يوجد أقل عدد من المراكز الصحية في شعبية الجفرة (خمسة مراكز) ولا يمثل هذا العدد إلا ٠.٩ % من إجمالي المراكز الصحية في الجماهيرية .

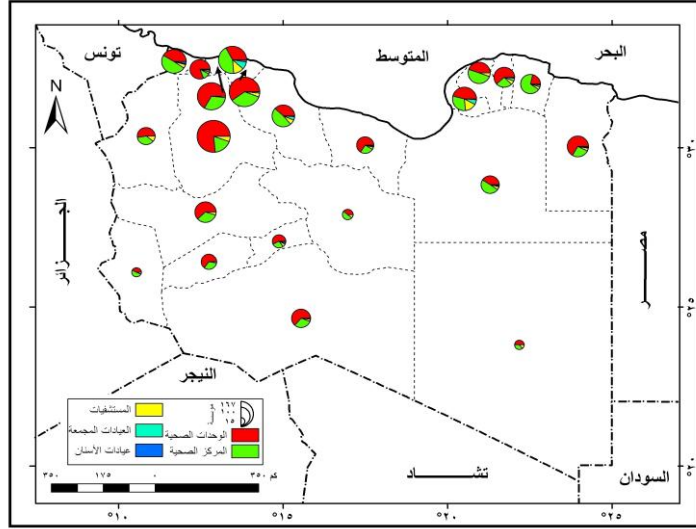
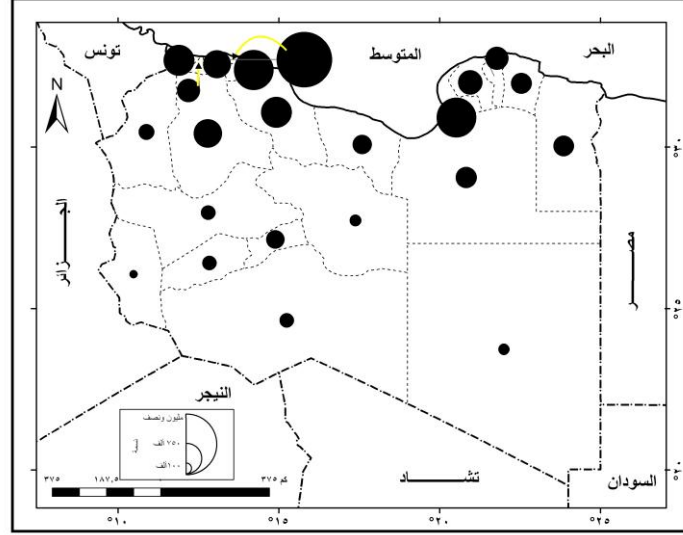


شكل (١٠)

توزيع السكان في شعبيات ليبيا طبقاً للحجم عام ٢٠٠٧. توزيع مؤسسات الرعاية الصحية (حسب نوع المنشأة) في شعبيات الجماهيرية الليبية عام ٢٠٠٧.

شكل (١١)

توزيع مؤسسات الرعاية الصحية (حسب نوع المنشأة) في شعبيات الجماهيرية الليبية عام ٢٠٠٧.



وبالمثل تتركز المستشفيات في شعبية طرابلس وقد بلغ عددها ١٥ مستشفى بنسبة ١٥.٦% من إجمالي المستشفيات في الجماهيرية كما

تستحوذ بنغازي علي ١٤ مستشفى ثم الجبل الأخضر علي تسعة مستشفيات وتبلغ النسبة في الشعبيات الثلاث ٣٩.٦ % ، أي ما يفوق علي ثلثي المستشفيات في الجماهيرية ، بينما لا يوجد إلا مستشفى واحد في كل من شعبية غات وشعبية وادي الحياة ، ومستشفيان في سبع شعبيات تقع معظمها في جنوبي ليبيا، كما تستحوذ شعبية طرابلس علي حوالي ٣٠% من العيادات المجمعّة في الجماهيرية حيث يوجد بها ١١ عيادة مجمعّة، كما يوجد في شعبية بنغازي ٦ عيادات مجمعّة بنسبة ١٦.٢% من إجمالي العيادات المجمعّة في الجماهيرية في حين لا توجد عيادات مجمعّة في شعبيات المرج والكفرة والجفرة وغات ووادي الحياة ووادي الشاطئ والجفارة ونالوت، ومعظم هذه الشعبيات تقع في وسط وجنوب الجماهيرية ، ويرجع عدم التوازن في توزيع المؤسسات الصحية الحكومية إلي تركيز السكان في النطاق الشمالي الساحلي من الدولة واخللة السكان في النطاق الجنوبي.

لكن لا يدل التوزيع العددي والنسبي على مدى تغطية السكان بتلك الخدمة لذلك تم حساب معدل الخدمة^(١) لإجمالي مؤسسات ومرافق الخدمة الصحية في الشعبيات وتبين وجود ست شعبيات في حاجة ملحة إلى مزيد من مرافق ومؤسسات الرعاية الصحية وهي طرابلس، بنغازي، سبها ، مصراته ، المرقب ، والنقاط الخمس ، حيث ينخفض معدل الخدمة لمؤسسات الرعاية الصحية في تلك الشعبيات

^(١) يحسب معدل الخدمة وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{معدل الخدمة} = \frac{\text{عدد مؤسسات الرعاية الصحية}}{\text{عدد السكان}} \times ١٠٠ \text{ ألف}$$



عن المعدل العام في الدولة الذي بلغ ٢.٩ مؤسسة صحية لكل ١٠ آلاف نسمة في حين يتعادل توزيع المرافق الصحية مع حاجة السكان في شعبية الجفرة فقط، وتزيد عن حاجة السكان في ١٥ شعبية وهي الشعبيات الباقية الموضحة بالجدول، وهذا يعني عدم عدالة التوزيع وأن الشعبيات التي في حاجة إلى مرافق صحية هي مناطق الكثافة السكانية العالية ويظهر ذلك من مقارنة الخريطة السكانية بخريطة معدلات الخدمة للمؤسسات مجتمعة، هذا ويختلف حاجة كل شعبية إلى نوعية المؤسسات الصحية المطلوبة سواء كانت مستشفى أو مركزاً صحياً أو عيادة .

جدول (١٣) معدلات الخدمة* بمؤسسات الرعاية الصحية وأسرة المستشفيات في ليبيا مقارنة مع دول إقليم شرق البحر الأبيض المتوسط عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦.

الدولة	معدل الخدمة لمؤسسات الرعاية الصحية	معدل الخدمة السريرية (سرير/نسمة)
الإمارات العربية المتحدة	٤.٠٠	١٨.٨٠
عمان	٣.٧٠	٢١.٠٠
جمهورية إيران الإسلامية	٣.٤٠	١٧.٢٠
قطر	٢.٧٠	٢٥.٢٠
الجمهورية العربية الليبية	٢.٦٠	٣٧.٠٠
الأردن	٢.٤٠	١٩.٠٠
مصر	٢.١٩	٢٢.٠٠
تونس	٢.١٠	١٩.٨٠
الجمهورية العربية السورية	٠.٩١	١٤.٧٠
المغرب	٠.٩٠	٨.٧٠
المملكة العربية السعودية	٠.٨٢	٢٣.٠٠
لبنان	-	٣٦.٠٠
البحرين	-	٢٧.٤٠
المتوسط	٢.٠٠	٢٢.٣

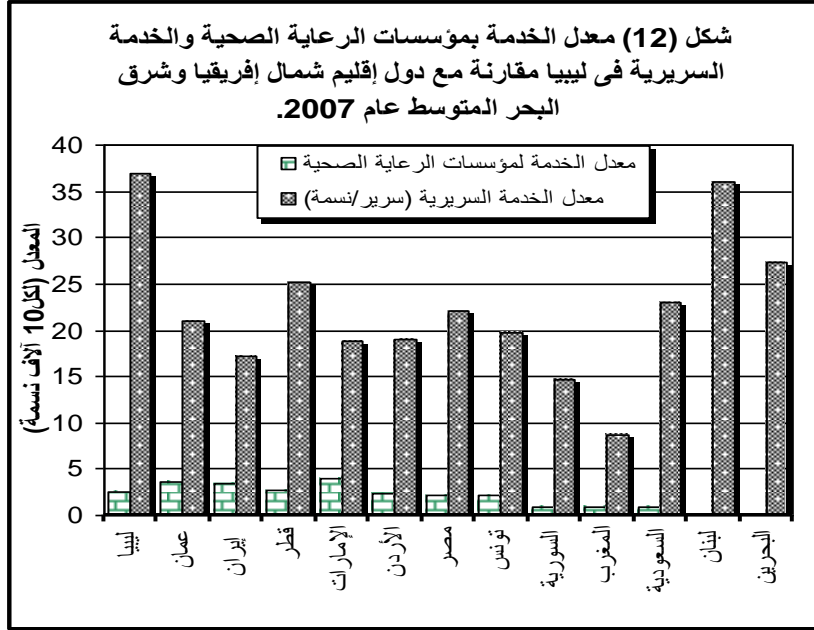
الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

* المعدل لكل ١٠ ألف نسمة. - البيانات غير متوفرة

المصدر: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق : ٧٣.

ومن مقارنة معدلات الخدمة بمؤسسات الرعاية الصحية في ليبيا مع دول إقليم شرق البحر المتوسط عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦، يلاحظ من جدول (١٣) أن معدل الخدمة لمؤسسات الرعاية الصحية بلغ ٢.٦ مؤسسة لكل ١٠ آلاف نسمة في ليبيا، وهو معدل مرتفع عن المتوسط العام في الإقليم لكن يتفوق عليها كل من الإمارات العربية المتحدة وعمان وجمهورية إيران حيث بلغ معدل الخدمة في كل منها ٤ ، ٣.٧ ، ٣.٤ مؤسسة لكل ١٠ آلاف نسمة علي الترتيب ، وفي نفس الوقت يعد المعدل في ليبيا من أعلي المعدلات التي توجد بين دول شمال القارة الإفريقية ، حيث تتفوق علي مصر والمغرب وتونس .

أما بالنسبة لمعدل أسرة المستشفيات في ليبيا فهو يفوق باقي المعدلات في دول الإقليم كما يوضح شكل (١٢) حيث بلغ نحو ٣٩ سريراً لكل ١٠ آلاف نسمة وجاءت لبنان بعد ليبيا بالنسبة لنفس المعدل الذي بلغ فيها ٣٦ سريراً لكل ١٠ آلاف نسمة، ثم جاءت البحرين في المركز الثالث ٢٧.٤ سريراً لكل ١٠ آلاف أسرة ، بينما تمثلت أدنى معدلات خدمة الأسرة في المغرب حيث بلغ المعدل ٨.٧ أسرة لكل ١٠ آلاف نسمة وعموما تفوق المعدل في خمس دول عن المتوسط العام بالإقليم الذي بلغ ٢٢.٣ سرير لكل ١٠ آلاف نسمة وقل معدل الأسرة عن المتوسط العام في الإقليم في باقي دول الإقليم الموضحة بالجدول .



* توزيع المستشفيات حسب نوعها ومعدلات الخدمة بها :

يلاحظ من جدول (١٤) أن المستشفيات القروية تأتي في قاعدة الترتيب الهرمي للمستشفيات، حيث يبلغ عددها ٣٢ مستشفى قرويا ويوجد أكبر عدد منها في شعبية الجبل الغربي، بينما تحرم منها ست شعبيات هي وادي الحياة وغات والجفارة والزاوية والنقاط الخمس وطرابلس وذلك لأن هذه الشعبيات يتركز معظم سكانها بالحضر خاصة طرابلس فيما عدا وادي الحياة وغات وبالتالي تعد المستشفيات القروية أكثر توزيعاً وانتشاراً بها على مستوى الشعبيات حيث توجد في ١٦ شعبية من إجمالي ٢٢ شعبية عام ٢٠٠٧ م .

أما المستشفيات العامة فتأتي بعد المستشفيات القروية من حيث التوزيع على الشعبيات حيث توجد المستشفيات العامة وعددها ٢١

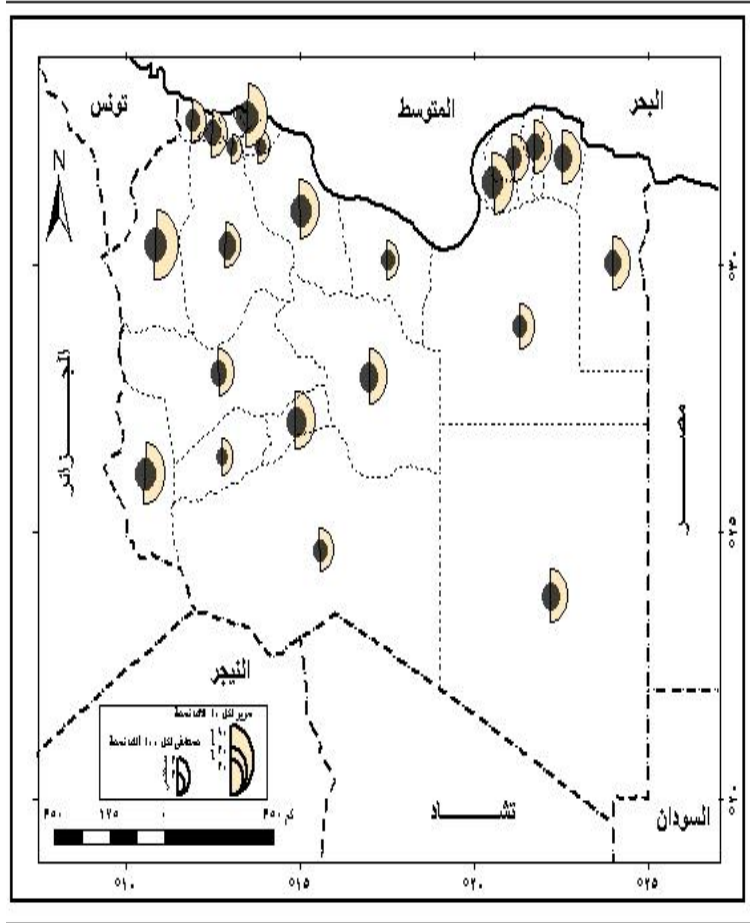
مستشفى في ١٦ شعبية أيضا ويخلو منها ست شعبيات ويوجد أكثر عدد منها في شعبية النقاط الخمس وهو نحو ثلاث مستشفيات، في حين تنتوزع المستشفيات المركزية علي ١٣ شعبية وتخلو منها تسع شعبيات، وهذا يدل علي مركزية هذه المستشفيات وخدمتها لعدد كبير من السكان، وتأتي المستشفيات التخصصية علي قمة هرم الرعاية الصحية حيث تتميز بشدة مركزيتها فتتوزع علي ست شعبيات فقط هي الجبل الأخضر ومصراته والجفارة والنقاط الخمس وطرابلس وبنغازي، وما يدل علي شدة مركزيتها أن ٢٠ مستشفى من إجمالي ٢٥ مستشفى توجد في كل من شعبيتي طرابلس وبنغازي، وبالتالي فهما يستحوذان علي ٨٠% من إجمالي المستشفيات التخصصية، فتوجد في كل منها ١٠ مستشفيات، ويرجع ذلك لأنها أكبر مراكز تجمع حضري وعمراني ويوجد بهما أكبر المدن حيث تعد طرابلس عاصمة البلاد وبنغازي عاصمة الإقليم الشرقي، بينما تخلو ١٦ شعبية من المستشفيات التخصصية وهذا هو الوضع الطبيعي في توزيع المؤسسات الصحية حيث تأتي المستشفيات التخصصية في قمة هرم الرعاية الصحية وتأتي مراكز الرعاية الأولية في قاعدة الهرم لوجودها بالقرب من المستفيدين من الخدمة .

جدول (١٤) التوزيع العددي للمستشفيات (حسب نوعها) والأسرة ومعدلات الخدمة* بهما في ليبيا عام ٢٠٠٧.

* معدل الخدمة بالمستشفيات :



يلاحظ من تحليل جدول (١٤) وشكل (١٣) أن معدل الخدمة بالمستشفيات في ليبيا عموماً بلغ نحو ١.٨ مستشفى لكل ١٠٠ ألف نسمة عام ٢٠٠٧، لكن يختلف هذا المعدل من شعبية شكل (١٣) توزيع معدلات الخدمة بالمستشفيات ومعدل الخدمة السريرية في شعبيات ليبيا عام ٢٠٠٧.



مصدر البيانات جدول (١٤).



لأخرى، كما يختلف معدل الخدمة طبقاً لنوع المستشفى، فقد بلغ هذا المعدل في المستشفيات القروية نحو ٠.٦ مستشفى لكل ١٠٠ ألف من السكان وذلك لأنها أكثر عدداً وانتشاراً بين السكان، ثم جاءت المستشفيات التخصصية في المرتبة الثانية من حيث معدل الخدمة حيث بلغ نحو ٠.٥ مستشفى لكل ١٠٠ ألف ثم تأتي المستشفيات العامة في المرتبة الثالثة من حيث معدل الخدمة، وتأتي المستشفيات المركزية في المرتبة الأخيرة من حيث معدل الخدمة الذي بلغ ٠.٣ مستشفى مركزي لكل ١٠٠ ألف نسمة ويرجع ذلك إلى قلة عددها .

أما عن توزيع معدل الخدمة بالمستشفيات علي مستوى الشعبيات فبلغ أعلى المعدلات في شعبية نالوت التي توجد في شمالي غرب ليبيا وكان ٥.٧ مستشفى لكل ١٠٠ ألف نسمة ويرجع ذلك إلى أن الشعبية يوجد بها ٥.٢ % من إجمالي المستشفيات علي مستوى الجماهيرية في حين لا يوجد بها إلا ١.٦ % فقط من السكان، بينما توجد أدنى المعدلات في شعبية الجفارة وتقع غربي طرابلس وبلغ المعدل ٠.٧ مستشفى لكل ١٠٠ ألف نسمة، ويرجع السبب إلي تركيز نسبة كبيرة فيها من السكان ٥.٣ % في حين لا يوجد بها إلا ٢.١ % من إجمالي المستشفيات وبالتالي فإن المستشفيات لا تغطي حاجة السكان في الشعبية، وعموماً فإن معدل الخدمة بالمستشفيات يفوق المعدل العام في الدولة في ١٢ شعبية وهي نالوت، غات، الكفرة، الجفرة، وادي الشاطئ ، الجبل الغربي، مرزق، بنغازي، الجبل الأخضر، البطنان، درنة والمرج علي الترتيب ، بينما يقل ذات المعدل عن المعدل العام في تسع



شعبيات هي مصراتة، سبها، سرت، وادي الحياة ، النقاط الخمس، طرابلس، المرقب، الزاوية والجفارة علي الترتيب ، في حين يتعادل المعدل مع المعدل العام في شعبية الواحات . ويمكن أن نخلص من ذلك بأن الشعبيات التي يدور المعدل فيها حول المعدل العام يعني وجود عدالة بها في توزيع المستشفيات علي السكان نظرا لتقارب نسبة توزيع المستشفيات والسكان في تلك الشعبيات، بينما يوجد سوء توزيع للمستشفيات في الشعبيات التي يرتفع فيها معدل الخدمة بكثير وتلك التي ينخفض فيها معدل الخدمة عن المعدل العام، لأن ذلك يعني وجود نسبة كبيرة من السكان مع نسبة قليلة من المستشفيات أو العكس، وتلك الشعبيات تكون في حاجة إلي إعادة توزيع الخدمات والمستشفيات بها وفقاً لحجم السكان والطلب على الخدمة .

* الأسرة والخدمة السريرية :

يلاحظ من التوزيع العددي للأسرة وجود حوالي ٦٤٩٧ سرير في شعبية طرابلس (موزعة علي ١٥ مستشفى منها عشر مستشفيات تخصصية وأربعة مستشفيات مركزية ومستشفى عام) ويمثل هذا العدد نحو ٣١.٣ % من إجمالي الأسرة على مستوى الجماهيرية، ويأتي في الترتيب الثاني من حيث عدد الأسرة شعبية بنغازي فقد بلغ عدد الأسرة بها ٣٢٤٥ سرير (موزعة علي أربعة عشرة مستشفى منها عشر مستشفيات تخصصية)، ويمثل هذا العدد نحو ١٥.٦ % من إجمالي الأسرة على مستوى الجماهيرية، واحتلت شعبية مصراتة المركز الثالث من حيث عدد الأسرة الذي بلغ نحو ١٨٤٠ سرير وبنسبة ٨.٨ % من

إجمالي الأسرة ، وهذا يعني أن الثلاث شعبيات السالف ذكرهم يستحوذون على ٥٥.٧ % من إجمالي الأسرة بالجماهيرية أي ما يزيد على نصف الأسرة بالدولة، وهذا يدل على سوء توزيع الخدمات الصحية وعدم وجود عدالة في التوزيع فتركز معظم المستشفيات والأسرة في النطاق الساحلي للدولة خاصة إقليم طرابلس والجبل الغربي في غربي ليبيا وبنغازي في شرقها، بينما يقل عدد الأسرة في الشعبيات الجنوبية ليصل أقل عدد في شعبيتي غات ووادي الحياة (١٢٠ سرير في كل منهما) .

وقد تم حساب معدل الخدمة السريرية لمعرفة مدى العدالة في توزيع الأسرة على الشعبيات. فمن جدول (١٤) يلاحظ أن أعلى معدل للخدمة السريرية توجد في شعبية نالوت وهو ٦٣.٣ سريراً لكل ١٠ آلاف نسمة ويرجع ذلك لوجود ٢.٧ من إجمالي الأسرة بالشعبية بينما لا يوجد فيها سوى ١.٦ % من السكان بالجماهيرية، في حين يوجد أدنى معدلات الخدمة السريرية في شعبية الجفارة، وبلغ ١٤.٢ سريراً لكل ١٠ آلاف نسمة والسبب وجود حوالي ١.٩ % من إجمالي الأسرة بها في حين يسكنها ٥.٣ % من إجمالي السكان بالجماهيرية، وهذا يدل على وجود سوء توزيع للأسرة وعدم وجود عدالة في توزيعها علي مستوى السكان والشعبيات ، ونلاحظ أن الشعبيات التي تقترب فيها الخدمة السريرية من المعدل العام في الدولة (٣٩ سرير لكل ١٠ آلاف نسمة) تتقارب فيها نسبة الأسرة ونسبة السكان مما يدل علي عدالة التوزيع فيها مثل شعبيات الجبل الأخضر، درنة، الكفرة، الجفرة و سبها،



بينما يوجد عدم عدالة في توزيع الأسرة في الشعبيات التي تبتعد عن المعدل العام بالزيادة أو النقص .

* نشاط الأقسام الداخلية للمستشفيات :

ويعني به حركة المرضى بالأقسام الداخلية للمستشفيات، ويمكن التعرف عليه عن طريق استخدام بعض المؤشرات مثل عدد المترددين أو مرضى القسم الداخلي وعدد الأسرة وبعض المقاييس التي تدل علي مدى الاستخدام الفعلي للأسرة وكفاءة الخدمة بالمستشفى مثل دورة السرير ، ونسبة التشغيل ومتوسط مدة البقاء بالمستشفى ويتناول البحث نشاط المستشفيات بكل من الريف والحضر في إجمالي ٨٤ مستشفى منهم ٢٦ مستشفى قرويا و ٥٨ مستشفى حضريا .

وبلغ إجمالي المترددين علي القسم الداخلي بكل منهما حوالي ٥٩٠ ألف مريض عام ٢٠٠٧، وكان إجمالي المترددين علي العيادات الخارجية نحو ٥.٩ ملايين، كما بلغ عدد الأسرة بتلك المستشفيات نحو ١٨٤٥ سرير ، ومن حساب دورة السرير بلغ متوسطها نحو ٣٢.٢ مريضاً لكل سرير لكن يوجد اختلافات بين الريف والحضر في الأنشطة الداخلية بالمستشفيات .

نشاط القسم الداخلي لمستشفيات الحضر :

يلاحظ من جدول (١٥) أن عدد المترددين علي العيادات الخارجية بمستشفيات الحضر بلغ ٤.٦ ملايين عام ٢٠٠٧ موزعة على ٥٨ مستشفى في ٢٢ شعبية، وإن كان ثلثا هذه المستشفيات أو ما يزيد

توجد في شعبيتي طرابلس وبنغازي (٢٣ مستشفى) يوجد أكبر عدد من المترددين علي العيادات الخارجية في مستشفى طرابلس الطبي حيث بلغ ٦١٤ ألف ويمثل هذا العدد نحو ١٣.٣ % من إجمالي المترددين علي العيادات بمستشفيات الحضر، أما عدد المترددين علي القسم الداخلي فقد بلغ ٥٤٥.٥ ألف مريض ويمثل هذا العدد نحو ٩٢.٣ % من إجمالي مرض القسم الداخلي بكل من الريف والحضر ، وهذا يدل علي وجود معظم الخدمات الصحية وخاصة المستشفيات التخصصية والمركزية في الحضر، ووجد أعلي عدد من المترددين علي القسم الداخلي في مركز طرابلس الطبي (٦٥٣٦٨ مريض) بينما وجد أدنى عدد في مستشفى الأمراض



جدول (١٥) نشاط القسم الداخلي للمستشفيات في حضر ليبيا عام ٢٠٠٧.

عدد العمليات	حالات الولادة	دورة السرير* (مريض/سرير)	عدد الأسرة	مرضى القسم الداخلي	المترددین علی القسم الخارجي	المستشفى
٤٤٢٠	٥٥٣٠	٥٨.٥	٤٢٠	٢٤٥٨٤	٣٣٢٦٠	- مركز البطنان الطبي
٠	٠	٤٨.٠ ٦.٧	٤٦٢ ١٧٠	٢٢١٨٤ ١١٣٤	٩٤٢٥٥ ٢٨٢٤٤	- الثورة البيضاء - شحات
١٣٢٧	٣٧٢٥	٢٨.٣	٥١٢	١٤٥١٦	٩٨٤٥٩	- الوحدة المركزية/درنه
٤٧٤	٢٩١٣	١٩.٥	٤٣٥	٨٤٨٧	٨٣٤٤	- الفاتح/ المرج
٥٢٩٧	٣٩٨٧	٤٩.٧	٢٨٢	١٤٠٢٠	٤٢٥٨٩	- محمدالمقريف/اجدابيا
٢٣١	١١٠٧	٢٦.٤	١٢٠	٣١٦٧	٩٤١٥٢	- الشهيد عطية الكاسح/
١٢٣٠	٢٧٨٢	٤٧.٦	٢٢٣	١٠٦٢٠	٠	- بن سينا / سرت
٧٣٤	١٤٠٣	٣٤.٢	١٣٦	٤٦٥١	٦٢٢٣٠	- العافية / هون
٣٧١	١٤٠٧	١٠.٤	١٢٠	١٢٤٨	١٧٤٠١٥	- براك العام
٠	٥٢٩٤	٤٠.٣	٤٨٠	١٩٣٤٩	٦٨٢٢١	- ٢مارس/ سبها
٤٠٢	٢٣٨٩	٣٦.١	١٢٠	٤٣٣٦	٥٨٤٢٨	- أوياري العام
٨٠٤	١٤١٠	٣٤.٤	١٢٠	٤١٣٢	٦١١٠٨	- مرزق العام
١١٧	٣٧٥	١٧.٥	١٢٠	٢١٠٠	١٠٠١٠	- الفاتح / غات
٧١٧٩	٦٤٠٦	٥٦.٢	٤٨٠	٢٦٩٩٨	٦٤٣٨٦	- مصراته المركزي
٨٤٧	٠	٢٠.٣	١٠٠	٢٠٣٣	٩٥١٥	- لمعهد القومي لعلاج الأورام
٠	٠	٢.١	١٢٠	٢٤٧	٢٢٦٨٨	- الأمراض الصدرية
١٦١٢	٢٥٠٣	٢٦.٩	٤٨٠	١٢٩٠٨	١٢٩٤١٨	- زليتن
١٦٤٠	١٧٠٤	٩١.٨	١٢٠	١١٠١٨	٦٦٠٣١	- بنى وليد العام

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

١١٣٠	٥٣٧٩	٦٠.٥	٢٨٢	١٧٠٥١	٤٨٧٢٠	- الخمس التعليمي
١٢٨٣	٣٣٧٦	٤٣.٩	٢٠١	٨٨٢٠	١٥٠٥٤٦	- ترهونة
٦٧٢	١٤١٩	٣٣.٨	٢٠١	٦٧٨٩	١٢٦١٩٤	- مسلاتة المركزي
٧٤٢	١٩٥٣	٣٢.٧	٢٠١	٦٥٧٨	٨٠٢٩٧	- الزهراء
٢٠٤٣	٢٥١٦	٤٨.٧	٢٠١	٩٧٧٩	٨٨٠٥٣	- علي عمر عسكر
٢٣٠٦	٥٩٨٤	٤٠.٤	٤٨٠	١٩٣٩٨	١٢٥١٠٥	- الزاوية التعليمي
١٤٤٣	١٩٦٣	٣٦.٠	١٣٦	٤٨٩١	١٤١٦٦٧	- صرمان العام
١٦٢	٠	٤.٤	٢٨٢	١٢٤٤	١٠٨٤٦٨	- زواره البحري (مقفل)**
٥٩٩	٢٢٣٤	٦٨.٧	١٢٠	٨٢٤١	١١٥٠٩١	- العجيلات العام
١٢٣٠	٢٨٥٨	٧٩.٥	١٢٠	٦٥٤٢	١٣٤٤٢٣	- الجميل
١٥٩٩	٥٦٦٦	٦٤.٠	٢٠١	١٢٨٥٥	٧١٢٣٦	تابع جدول (١٥)
٣٠٥	٠	٢٦.٧	١٢٠	٣٢٠٩	١٥٥٤٩	- المعهد الإفريقي للأورام/صبراته
١٤٨٩	٤٧٢٠	٢٩.٦	٤٨٠	١٤١٩١	٤١٦٦٦	- غريان المركزي
٧٠	٨٤٧	٣٢.٢	١٥٠	٤٨٣٣	٠	- يفرن العام
٧٢٣	١٠٢٥	٢٦.٨	١٢٠	٣٢١٦	٢٣٠٣٣٥	- مزدة العام
١٣٧٠	٢٩١١	٢٢.٩	٢٣٦	٥٤٠٧	١٢٣٥٦٦	- نالوت المركزي
٨٥	٣٠٩	١٦.٨	١٣٦	٢٢٩١	٤٧٨٧٩	- غدامس العام
٣١٩٥	٠	١٤.٩	٢٣٦	٣٥٢٢	٤٧١٧٠	- مركز الحروق والتجميل
٠	٠	٢٩.٢	٢٠٠	٥٢٤٣	٥٥٦٠٠	- الجلاء للأطفال
٢٥٧٣	٨٧٠٤	٢٥.١	٤٨٠	١٢٠٤٤	٤٠٠٥٨	- الجلاء للولادة
٠	٠	٤.٢	٢١٩	٩١٣	١١٠٤٤	- أبي ستة للأمراض الصدرية
٠	٠	١٧.٧	١٠٠	١٧٦٨	٢١٠٠٥٩	- السكر والغدد الصماء
٤١٠٣	٠	٩.٨	٤٨٠	٤٧٠٤	١٨٧٩٨	- الحوادث (أبو سليم)
٤٩٦٧	٦٦٦٨	٢٧.٦	٦٠٠	١٦٥٣٧	١١٤٣٥٣	- الخضراء
٦٧٣٨	٠	١٤.٧	٩٢٥	١٣٥٦٩	١٦١٨٦٦	- طرابلس المركزي



٠	٠	٤.٧	٤٠٠	١٨٨٨	٤٣٢٤٧	-الرازي للأمراض النفسية
٩٨٣٢	١٤٠٥٩	٤٥.٥	١٤٣٨	٦٥٣٦٨	٦١٤٥١٣	- مركز طرابلس الطبي
٤٩٥	١١٧٩	٢٤.٤	٢٨٢	٦٨٨٣	١٢١٩٠٤	-مركزالقلب/تاجوراء
١٤٥	٠	٣٧.٦	٣٥٠	١٣١٧٦	٦٠٠٠٠	-الفتاح طب وجراحة الأطفال
٠	٠	٦.٧	٤٥٠	٢٩٩٧	٥٨٨٥٣	- الأمراض النفسية
٤٤١١	٠	٣٧.٤	٤٨٠	١٧٩٤٨	٥٨٨٥	- الجلاء للحوادث
٣٧٩٣	١٨٨٦٢	٦٢.٦	٥١٥	٣٢٢٤٠	١١٣٨٧١	- الجماهيرية
٣٨٠	٠	٢٠.٧	١٥٠	٣١٠٠	٢٠٣١٣	- الكوييفية للأمراض الصدرية
٢٢٢٢	٠	٢٦.٥	١٢٠	٣١٨٥	٤٨٤٧١	- النهر الصناعي للعيون
٣٦٥	٠	١٣.٨	٥٠٠	٦٩١٣	٢٦٥٨٣	-السابع من إبريل(مقل)
٢٨٥	٠	٣٥.٦	٢٠٠	٧١٢٩	٣١٥١٧	-السابع من أكتوبر
١٣	٠	٢٦.٥	٤٠	١٠٦٠	٧٨٠٠	م.الأمراض السارية والمناعة
١٠٢٤	٠	-	-	١٢٩٦	١٢٢٠٩	-مركز طب وجراحة القلب
٠	٠	١٠.٤	١٠٠	١٠٤٣	٧٣٠٩	- مركز الكلى
٨٨٤٧٨	١٣٥٥٦٧	٣٢.٢ (***)	١٦٩٥٢	٥٤٥٥٩٣	٤٦٠٥٥٧١	٥٨ مستشفى

جدول (١٥) نشاط القسم الداخلي للمستشفيات في حضر ليبيا عام ٢٠٠٧.

* جملة مرضى القسم الداخلي خلال فترة زمنية معينة

دورة السرير =

** مقل لغرض

جملة الأسرة خلال نفس الفترة الزمنية

*** متوسط دورة السرير

مصدر البيانات: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٧٦-٧٨.

الصدرية في مصراتة وكان ٢٤٧ مريض في القسم الداخلي، وهذا يدل على قلة مرضى الصدر والجهاز التنفسي حيث لم تأتي ضمن الأمراض الخمسة عشر الأولى كما وضع جدول (٧)، بلغ عدد الأسرة في مستشفيات الحضر نحو ١٦٩٥٢ سرير بنسبة ٩٢% من إجمالي عدد

الأسرة في كل من مستشفيات الريف والحضر، وهذا يعني أنه لا يوجد سوى ٨% فقط من الأسرة في الريف، ويسيطر مركز طرابلس الطبي علي عدد كبير من الأسرة (١٤٣٨ سرير)، بينما وجد أدنى عدد من الأسرة في مستشفى الأمراض السارية والمناعة في بنغازي (٤٠ سريراً) وهذا بلا شك ينعكس علي دورة السرير التي تختلف من مستشفى لآخر وبالتالي من شعبية لأخرى، ومن حساب دورة السرير وجد أن المتوسط العام في مستشفيات الحضر بلغ ٣٢.٢ مريضاً لكل سرير لكن يختلف هذا المتوسط من مستشفى لآخر وفقاً لعدد مرضى القسم الداخلي وعدد الأسرة بكل مستشفى، فتوجد أعلى دورة للسرير في مستشفى بني وليد العام في مصراتة ٩١.٨ مريضاً للسرير الواحد ويرجع ذلك لوجود عدد من المرضى بالقسم الداخلي يفوق طاقة الأسرة Bed capacity المخصصة لعلاج حالات مرضية معينة^(١) مما يعني وجود ضغط علي الأسرة بتلك المستشفى في حين تبلغ أدنى دورة للسرير في مستشفى أبي ستة للأمراض الصدرية في طرابلس وهي ٤.٢ مريضاً للسرير الواحد مما يعني عدم وجود ضغط من قبل المرضى علي الأسرة بتلك المستشفى، عموماً ترتفع دورة السرير عن المتوسط العام في نحو ١٣ شعبية وتقل عن المتوسط العام في تسع شعبيات .

أما عن حالات الولادة التي تمت بمستشفيات الحضر فقد بلغ عددها ١٣٥٥٦٧ حالة عام ٢٠٠٧ وهي تمثل ٩٥% من حالات الولادة

(١) هي أكبر عدد من الأسرة يمكن أن تسعه المستشفى في وقت محدد حسب مساحة المستشفى. راجع (صلاح الدين النقادى، ١٩٧٣: دراسة شاملة للتخطيط والتقييم للمستشفيات، مذكرة داخلية رقم ٣٣١، معهد التخطيط القومي، القاهرة: ١٦).



بالريف والحضر، وكانت أعلى الأعداد توجد في مستشفى الجماهيرية بينغازي (١٨٨٦٢ حالة ولادة) ثم مستشفى مركز طرابلس الطبي (١٤٠٥٩ حالة ولادة)، بينما سُجلت أقل الحالات في مستشفى غدامس العام (٣٠٩ حالة) ومستشفى الفاتح بشعبية غات (٣٧٥ حالة) ويرجع ذلك لأن تلك المستشفيات توجد في مناطق مخلخلة سكانياً أو ذات كثافة سكانية منخفضة، وقد بلغ إجمالي العمليات الكبرى التي تمت بمستشفيات الحضر عام ٢٠٠٧ نحو ٨٨٤٧٨ عملية وهي تمثل ٩٩% من إجمالي العمليات التي تمت بمستشفيات الجماهيرية، وقد استحوذ مركز طرابلس الطبي علي إجراء أكبر عدد من العمليات وبلغ ٩٨٣٢ عملية، بينما وجد أقل عدد من العمليات في مستشفى الأمراض السارية والمناعة في بنغازي (١٣ عملية) لنفس العام .

نشاط الأقسام الداخلية لمستشفيات الريف :

بلغ عدد مرضى القسم الداخلي بالمستشفيات الريفية نحو ٤٥٢٣١ مريض عام ٢٠٠٧ ويمثل هذا العدد نحو ٧.٧% من إجمالي مرضى القسم الداخلي بمستشفيات الريف والحضر معاً وهذا يدل على أن النشاط الداخلي للمستشفيات القروية محدود جداً مقارنة بمستشفيات الحضر، وكانت مستشفى المجاهد إِمحمد أبو منيار(العقورية) في شعبية المرج تستقبل أكبر عدد من مرضى القسم

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

الداخلي على مستوى المستشفيات القروية، ووجد أقل عدد من مرضى القسم الداخلي في مستشفى الجغبوب في شعبية البطنان (٣٥ مريض) ولم تسجل مستشفيات قرى شعبية المرقب حالات دخول وكذلك مستشفى الحرابة القروي في شعبية نالوت ومستشفى سلوق القروي في شعبية بنغازي .

جدول (١٦) النشاط الداخلي للمستشفيات القروية في ليبيا عام ٢٠٠٧.

جدول (١٦) النشاط الداخلي للمستشفيات القروية في ليبيا عام ٢٠٠٧.

الشعبية	المستشفى القروي	المتريدين على القسم	مرضى القسم	عدد الأسرة	دورة السرير (مريض/سرير)	حالات الولادة	عدد العمليات
---------	-----------------	---------------------	------------	------------	-------------------------	---------------	--------------

مارس ٢٠٠٩

٢٤٧

العدد الثلاثون



				الداخلي	الخارجي		
البطنان	-عائشة بن نيران/البردى - الجغبوب	١٦٤٢٠	١٧٧٥	٦٠	٢٩.٦	١٥٠٠	٠
الجبل الأخضر	- عمر المختار	٨٢٠٠	١٥٢٠	٦٠	٠.٦	٦٤	٠
درنه	- الأبرق - القبة - التميمي	٤٩٨١١	١٤٣	-	-	٩٨	٠
المرج	- الأبيار -المجاهد إمام محمد أبو منيار	١٣٣٩٧٧	٩٨٠	٦٠	٦.٦	٢٨١	٢
الواحات	- جالو العام - البريقة	٢٢١٩١	٤١٣٩	٦٠	٣.٠	١٥٠	٠
الكفرة	- تازربو	٤٥٣٠٠	٤٨٠	٦٠	١٦.٣	٢٢٧	٧
سرت	- بن جواد	٧٠٧٣١	٩٠٧	٦٠	١٥٣.٠	١٧	٠
وادي الشاطيء	- برفق - أدري	٤٣٠٥٣	٨٢٠٠	٦٠	٦٩.٠	٧٦٠	١٩٦
مصراة	- تاورغاء	٣٥٢٥٦	٣١٠	٦٠	٩.١	٧٧	٢٥
المرقب	- الداوون - القره بولي - سوق الخميس	٩١٧٠	٠	٦٠	٨.٠	٢١٠	١٠٩
الجبل الغربي	- الأصابعة - الزنتان - جادو - القريات - الشويرف	٩٩٢٥	٨٩٨	٦٠	١٥.١	١٨٥	٢٠٤
نالوت	- نيجي - الحرابية	١٨٧٦٤٢	٥٥٦	٦٠	١٤١.٧	٨٣٦	١٢٥
بنغازي	- سلوق	٦٨١٨٧	٠	٦٠	٧١.٧	٧١٢	٠
الإجمالي	٢٦ مستشفى	١٣٤٨٢٩٣	٤٥٢٣١	١٥٠٠	٣٠.١ (متوسط)	٧٢٥٩	٩٧٨

مصدر البيانات: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٧٦-٧٨.

أما عن إجمالي عدد الأسرة بالمستشفيات القروية فقد بلغ ١٥٠٠ سرير بنسبة ٨.١ % من إجمالي الأسرة وهي نسبة متوافقة إلى حد كبير مع نسبة المستشفيات بالريف، إلا أنه لم يراع في توزيع الأسرة حجم السكان وعدد المترددين على المستشفيات حيث يتم توزيع الأسرة بنسب

متساوية على كل المستشفيات القروية، مما انعكس علي وجود اختلافات كبيرة في دورة السرير لتصل إلي ١٥٣ مريض للسرير الواحد في مستشفى المجاهد إمحمد أبو منيار وهي تفوق أعلى دورة للسرير في مستشفيات الحضر بأكثر من مرة ونصف (حيث توجد أعلى دورة للسرير في مستشفى بني وليد العام في شعبية مصراتة وبلغت ٩١.٨ مريضاً للسرير الواحد)، وهذا دليل علي حاجة مستشفيات سكان الريف إلى مزيد من التجهيزات الطبية وزيادة السعة السريرية لبعضها.

ويتضح من جدول (١٦) أن إجمالي حالات الولادة التي تمت في المستشفيات بلغ ٧٢٥٩ حالة ولادة وتمثل ٥.٤ % من إجمالي حالات الولادة بمستشفيات الحضر والريف معاً ، وسُجل أكبر عدد من حالات الولادة في مستشفى عائشة بن نيران (البردي) بشعبية البطنان وكان ١٥٠٠ حالة ولادة وبنسبة ٢٠.٧ % من إجمالي حالات الولادة بالمستشفيات القروية، أما أقل عدد ولادات سُجل في مستشفى القرّة بولي في شعبية المرقب وكانت ثلاث حالات فقط خلال العام ٢٠٠٧، أما عن إجمالي العمليات فقد بلغت ٩٧٨ عملية بالمستشفيات القروية وهي لا تمثل إلا ١.١ % فقط من إجمالي العمليات علي مستوى المستشفيات بالجماهيرية ويرجع ذلك إلى فقر المستشفيات القروية في المتخصصين ونقص الأجهزة الطبية المطلوبة لإجراء العمليات الكبيرة .

[٢]- توزيع المؤسسات الصحية غير الحكومية (التشاركية

والخاصة):



بلغ إجمالي المراكز الصحية والعيادات الخاصة نحو ٤٩٣ بالإضافة إلى ١٥٨٤ صيدلية و١٧٦ مختبر عام ٢٠٠٧ في الجماهيرية الليبية، وكان مجموع عدد المراكز الصحية ٦٦ مركزاً موزعاً على ١٣ شعبية من إجمالي ٢٢ شعبية بينما تملأ باقي الشعبيات من المراكز الصحية التشاركية والخاصة كما يوضح جدول (١٧). ووجد أكبر عدد من تلك المراكز في شعبية طرابلس ٢٤ مركزاً بنسبة ٣٦.٤% من الإجمالي، كما استحوذت شعبية بنغازي على ١٢ مركزاً بنسبة ١٨.٢% من الإجمالي وبالتالي نجد أن شعبيتي طرابلس وبنغازي تجذب حتى الاستثمارات الخاصة في مجال الرعاية الصحية لكونهما مناطق جذب سكاني في حين تملأ الشعبيات الجنوبية من تلك المراكز لكونها مناطق طرد سكاني، وقد بلغ إجمالي عدد الأسرة بتلك المراكز نحو ١٢٤٦ سرير تتركز منها ٣٨.٣% في شعبية طرابلس، وتعد شعبيات طرابلس وبنغازي والنقاط الخمس والجفارة ومصراتة أكثر الشعبيات جذباً للعيادات الخاصة التي بلغ عددها ٢٦٨ عيادة، وكذلك تتركز عيادات الأسنان في شعبية طرابلس وبنغازي ومصراته والمرقب بينما يقل نصيب الشعبيات الصحراوية الجنوبية مثل الجفرة ووادي الحياة والواحات ونالوت ومرزوق .

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

جدول (١٧) التوزيع العددي للمراكز الصحية والعيادات التشاركية والخاصة في ليبيا عام ٢٠٠٧.

الجملة	عدد المختبرات	عدد الصيدليات	عيادات الأسنان	عدد العيادات	عدد الأسرة	المراكز الصحية	الشعبية	الجملة	
								العدد	%
البطنان	٥	٣٩	١	٧	٠	٠	٠	٥٢	٢.٣
درنه	١	٣٤	٠	١٣	٦٠	٢	٢	٥٠	٢.٢
الجبيل الأخضر	١	٦٨	٩	١٠	٢٠	١	١	٨٩	٤.٠
المرج	٤	٣٨	٤	١٢	٠	٠	٠	٥٨	٢.٦

مارس ٢٠٠٩

العدد الثلاثون



بنغازي	١٢	١٥٩	٢٧	٢٠	١٦٠	٢٢	٢٤١	١٠٠٧
الواحات	٠	٠	١٣	٢	٤١	٨	٦٤	٢٠٨
الكفرة	٠	٠	٢	٠	١٥	٢	١٩	٠٠٨
سرت	١	١١	٧	٣	٥٢	٥	٦٨	٣٠٠
الجفرة	٠	٠	٦	٢	١٢	١	٢١	٠٠٩
سبها	٤	٦٥	٥	٥	٥٧	١٢	٨٣	٣٠٧
وادي الشاطيء	٢	٣	٤	٠	٢٢	٣	٣١	١٠٤
مرزق	٠	٠	١	٢	١٥	٣	٢١	٠٠٩
وادي الحياة	٠	٠	٥	٢	١٠	١	١٨	٠٠٨
غات	٠	٠	٠	٠	٣	١	٤	٠٠٢
مصراته	٧	١٢٣	٢٤	١٦	١٥٠	١٥	٢١٢	٩٠٤
المرقب	٤	٧٩	١٥	١٦	٩٢	١٣	١٤٠	٦٠٢
طرابلس	٢٤	٤٧٧	٣٦	٤٤	٣٦٢	٤٠	٥٠٦	٢٢٠٥
الجفارة	١	١٤	٢٠	٦	١٤٤	١١	١٨٢	٨٠١
الزاوية	٢	٧٣	١٩	١٣	٩٣	٧	١٣٤	٥٠٩
النقاط الخمس	٥	١٦٢	٢٦	٥	٨٧	١٣	١٣٦	٦٠٠
الجبل الغربي	١	٠	١١	٦	٦٨	٦	٩٢	٤٠١
نالوت	٠	٠	٥	٣	٢٢	٢	٣٢	١٠٤
الإجمالي	٦٦	١٢٤٦	٢٦٨	١٥٩	١٥٨٤	١٧٦	٢٢٥٣	١٠٠%

مصدر البيانات: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٧٤.

ويلاحظ من توزيع الصيدليات أن أكثر من ٢٢% منها (٣٦٢ صيدلية) يوجد في شعبية طرابلس ، ثم تأتي شعبية بنغازي في المركز الثاني (١٦٠ صيدلية) ومصراته (١٥٠) ثم شعبية الجفارة (١٤٤ صيدلية)، أما أدنى عدد من الصيدليات يوجد في شعبية غات وعددها ثلاثة صيدليات، أما المختبرات فقد بلغ عددها عام ٢٠٠٧ نحو ١٧٦

مختبر ٤٠ منها في شعبية طرابلس بينما يوجد مختبر واحد في كل من شعبيات درنة والجبل الأخضر والجفرة ووادي الحياة وغات .
ومن تحليل بيانات جدول (١٧) يلاحظ تركيز أكثر من نصف المرافق الصحية التشاركية والخاصة في أربع شعبيات هي على الترتيب طرابلس ٢٢.٥% ، بنغازي ١٠.٧% ، مصراتة ٩.٤% و الجفارة ٨.١% وتقع كل هذه الشعبيات في شمالي ليبيا. بينما تتوزع باقي المرافق علي ١٨ شعبية وهذا يشير إلى مدى المعاناة التي يلاقيها سكان جنوبي ليبيا في الحصول على الخدمة نظرا لتبعثر هذه الخدمات و طول المسافات التي يقطعها المواطن حتي يصل إلى الخدمة في الوقت التي تتكدس فيه الخدمات والمرافق الصحية في شمالي البلاد ولذلك تتعرض الكثير من الحالات الحرجة إلى الوفاة قبل أن تصل إلى مستشفيات شمالي ليبيا التي تعد أحسن حالا في نوعية الخدمة من مستشفيات الجنوب، وما يقال عن المؤسسات الخاصة ينطبق على المؤسسات الحكومية .

ثانياً : الموارد البشرية :

تضم الموارد البشرية كل العاملين بالقطاع الصحي من الأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيدلة وهيئة التمريض والقابلات وفني المعامل والعاملين بالإدارة والخدمات ، ويتم تناول العمالة الصحية الحكومية شاملة العناصر الوطنية وغير الوطنية ، وقد بلغ إجمالي العمالة الطبية في ليبيا ٥٨٩٠٦ عام ٢٠٠٧ بعد أن كان ٩٦٤١ عام ١٩٧٣، وبالتالي قد زاد عدد العمالة الطبية بنحو ٤٩٢٦٥ أي تضاعف



العدد إلى ما يزيد على خمس مرات خلال ٣٤ عاماً كما يوضح جدول (١٧) أن نسبة الزيادة لإجمالي العمالة الطبية بلغت ٥١١ % وهذا دليل على الطفرة التي حدثت خلال تلك الفترة بسبب تحسن الأوضاع الاقتصادية للبلاد التي انعكست على الخدمات عامة والخدمات الصحية خاصة .

[١]- تطور العمالة الطبية حسب التخصص :

قد زاد عدد الأطباء من ١٨٦٣ عام ١٩٧٣ إلى ٥٦٨٧ عام ١٩٨٧ ثم إلى ١٠٣٦٧ عام ٢٠٠٧ ، وبلغت الزيادة العددية بين عامي ١٩٧٣ و ٢٠٠٧ نحو ٨٥٠٤ طبيب، وهذا يعني تضاعف العدد أكثر من أربع مرات ونصف حيث بلغت نسبة الزيادة (٤٥٦.٥ %) والسبب في ذلك زيادة عدد الفنيين والمساعدين الطبيين بسبب الاهتمام بالتعليم الفني والمدارس الطبية .

جدول (١٨) التطور العددي والنسبي للعمالة الطبية في ليبيا خلال الأعوام

١٩٦٩ و ١٩٨٧ و ٢٠٠٧

جدول (١٨) التطور العددي والنسبي للعمالة الطبية في ليبيا خلال الأعوام

١٩٦٩ و ١٩٨٧ و ٢٠٠٧

نوع العمالة	الأطباء(*)	الصيدالة	هيئة التمريض	الفنيون والمساعدون	الإجمالي
-------------	------------	----------	--------------	-----------------------	----------

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

السنة	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
١٩٧٣	١٨٦٣	١٩.٣	٦٨	٠.٧	٧٢٩٢	٧٥.٦	٤١٨	٤.٣	٩٦٤١	١٠٠
١٩٨٧	٥٦٨٧	٢١.٠	٥٦١	٢.١	١٧٠١٩	٦٢.٧	٣٨٥٥	١٤.٢	٢٧١٢٢	١٠٠
٢٠٠٧	١٠٣٦٧	١٧.٦	١٠٣٥	١.٨	٣١٩٩٩	٥٤.٣	١٥٥٠٥	٢٦.٣	٥٨٩٠٦	١٠٠
الزيادة بين ٢٠٠٧-١٩٧٣	٨٥٠٤	٤٥٦.٥	٩٦٧	١٤٢٢	٢٤٧٠٧	٣٣٨.٨	١٥٠٨٧	٣٦٠.٩	٤٩٢٦٥	٥١١.٠

المصدر: - علي سعيد البرغثي وأنس أبو بكر بعيرة ، ٢٠٠٧ : تقويم السياسات الصحية في ليبيا
،المؤتمر الطبي الأول للسياسات العامة في ليبيا، ١١ - ١٣ يونية ٢٠٠٧ : ١٣ .
- اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة ، ٢٠٠٧ ، مرجع سابق : ٩٣ .
(*) يشمل عدد الأطباء البشريين وأطباء الأسنان .

أما الصيدالة فقد زاد عددهم من ٦٨ صيدلياً عام ١٩٧٣ على مستوى الجماهيرية إلى ١٠٣٥ صيدلي عام ٢٠٠٧ حيث تضاعف العدد إلى ما يفوق ١٤ مرة خلال تلك الفترة ، وقد زادت نسبة الصيدالة من ٠.٧% من إجمالي العمالة الطبية عام ١٩٧٣ إلى ٢.١% عام ١٩٨٧ ثم تناقصت مرة أخرى إلى ١.٨ من إجمالي العمالة عام



٢٠٠٧، كما زاد عدد هيئة التمريض من ٧٢٩٢ عام ١٩٧٣ إلى ٣١٩٩٩ عام ٢٠٠٧ حيث بلغت الزيادة نحو ٢٤٧٠٧ بنسبة زيادة تقترب من ثلاث مرات ونصف (٣٣٨.٨ %) ولكن انخفضت نسبة مساهمة هيئة التمريض في إجمالي العمالة الطبية لصالح التخصصات الأخرى بعد أن كانت تسيطر على أكثر من ثلاثة أرباع العمالة عام ١٩٧٣ ، ويرجع ذلك إلى زيادة عدد الفنيين والمساعدين الطبيين من ٤.٣ % من إجمالي العمالة الطبية عام ١٩٧٣ إلى ٢٦.٣ % عام ٢٠٠٧ ، حيث تضاعف عددهم إلى ما يزيد على ٣٦ مرة خلال تلك الفترة .

وقد تبين من مقارنة معدلات الخدمة للقوى العاملة الطبية في ليبيا مع دول إقليم شرق البحر المتوسط أن معدل الخدمة للأطباء في ليبيا بلغ ١٩.٧ طبيباً لكل ١٠ آلاف نسمة خلال عامي ٢٠٠٦/٢٠٠٧ وهو يعد من المعدلات المنخفضة بين دول الإقليم كما يوضح جدول (١٨)، حيث بلغ هذا المعدل أعلاه في لبنان (٣٨.٢) وقطر (٣٣.٤) والأردن (٣٢.٧) والبحرين (٣١.٧) ومصر (٢٧.٧) وفاقت هذه المعدلات المتوسط العام في الإقليم (الذي بلغ ٢٢.٧)، بينما كان المعدل في ليبيا دون المتوسط العام في الإقليم مثل بعض الدول كالإمارات العربية المتحدة وعمان والكويت، مما يعني الحاجة إلى مزيد من الأطباء لتغطية هذا النقص .

الدراسة في الجغرافيا الطبية" الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية

جدول (١٩) مقارنة معدل الخدمة* للعماله الطبية في ليبيا مع دول إقليم شرق البحر الأبيض المتوسط عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧.

الدولة	الأطباء (طبيب/نسمة)	الصيدالة (صيدلي/نسمة)	هيئة التمريض (ممرض/نسمة)
الإمارات العربية المتحدة	٢٠.١	٥.٨	٢٩.١
عمان	١٩.٨	٣.١	٣٧.٧
جمهورية إيران الإسلامية	١٠.٨	٢.٦	١٤.١
قطر	٣٣.٤	١٢.٦	٧٣.٨
الجماهيرية العربية الليبية	١٩.٧	٢.٠	٥٠.٠
الأردن	٣٢.٧	١٢	٣٣.٠
مصر	٢٧.٧	١٢.٥	٣٣.٥
تونس	١١.٣	٢.٠	٣١.٤
الجمهورية العربية السورية	٢٢.٢	٦.٥	١٨.٨
المغرب	٦.٧	٢.٣	٩.٠
المملكة العربية السعودية	٢٢.١	٣.٥	٣٤.٦
لبنان	٣٨.٢	١٣.٨	١٣.٢
الكويت	٢١.٠	٢.٠	٣٧.٠
البحرين	٣١.٧	٨.٣	٥٥.٠
المتوسط	٢٢.٧	٦.٤	٣٣.٦

* معدل الخدمة لكل ١٠ آلاف نسمة

مصدر الجدول : اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٩٨.

ونفس الحال لمعدل الخدمة بالنسبة للصيدلي ، فالمعدل في ليبيا يعد من أدنى المعدلات على مستوى الإقليم ، حيث بلغ صيدليين لكل ١٠ آلاف نسمة بينما كان المتوسط على مستوى الإقليم ٦.٤ صيدالة لكل



١٠ آلاف نسمة في حين وجد أعلى معدل في لبنان (١٣.٨) وقطر (١٢.٦) ومصر (١٢.٥) والأردن (١٢) مما يعني أيضاً وجود نقص واضح في هذه الفئة من المتخصصين في الجماهيرية، هذا في الوقت الذي يوجد فيه وفرة في هيئة التمريض والقابلات بالجماهيرية حيث يعد معدل الخدمة لهيئة التمريض من أعلى المعدلات بين دول الإقليم حيث بلغ ٥٠ ممرضاً/ممرضة لكل ١٠ آلاف نسمة، ولا يتفوق عليها إلا قطر (٧٣.٨) والبحرين (٥٥) وهي معدلات تفوق المتوسط العام في الإقليم وهو ٣٣.٦ ممرضاً/ممرضة لكل ١٠ آلاف نسمة.

[٢]- التوزيع المكاني للعمالة الطبية :

تتركز معظم العمالة الطبية من أطباء وصيادلة وهيئة التمريض والفنيين والمساعدين الطبيين في شعبيتي طرابلس وبنغازي، فيوجد بهما ٣١.٨% من إجمالي العمالة الطبية على مستوى الجماهيرية وهذا يعني تركز ثلث العمالة تقريباً بالشعبيتين وسبب ذلك أن ثلث السكان تقريباً يتركز في هاتين الشعبيتين ، كما يرتفع حجم العمالة الطبية في معظم الشعبيات الشمالية من ليبيا مثل الجفارة والبطنان ومصراته والمرقب والنقاط الخمس والجبل الأخضر ودرنه والجبل الغربي، في حين يقل حجم العمالة الطبية عموماً في شعبيات جنوب الدولة ليصل أداها في شعبيتي غات والكفرة وتقعان في أقصى الجنوب الغربي والجنوب الشرقي من الدولة ، كما يوجد بهما أقل حجم سكاني على مستوى الشعبيات وهذا يعني أن توزيع العمالة الطبية ككل يتحكم فيه حجم السكان وكثافتهم إلى حد كبير، لكن توجد اختلافات في توزيع تلك العمالة حسب التخصص بين الشعبيات ، ويتضح من تحليل جدول (٢٠) ما يلي :

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

جدول (٢٠) التوزيع العددي والنسبي ومعدلات الخدمة للعمالة الطبية في ليبيا عام

٢٠٠٧

(معدل الخدمة لكل ١٠ آلاف نسمة).

جدول (٢٠) التوزيع العددي والنسبي ومعدلات الخدمة للعمالة الطبية في ليبيا عام

٢٠٠٧

(معدل الخدمة لكل ١٠ آلاف نسمة).

الإجمالي	الفنيون والمساعدون	هيئة التمريض*	الصيدلة	الأطباء	
----------	--------------------	---------------	---------	---------	--

مارس ٢٠٠٩

٢٥٩

العدد الثلاثون



معدل الخدمة	%	العدد	معدل الخدمة	%	العدد	معدل الخدمة	%	العدد	معدل الخدمة	%	العدد	معدل الخدمة	%	العدد	الشعبية
٢٣٠.٤	٥.٩	٣٤٨١	٦٤.٩	٦.٣	٩٨٠	١٤٩.٥	٧.١	٢٢٥٩	١.٧	٢.٤	٢٥	١٤.٤	٢.١	٢١٧	البطنان
١٤٥	٤.٧	٢٧٧٨	٥٤٢	٦.٧	١٠٣٨	٧٦.١	٤.٦	١٤٥٩	١.٢	٢.٢	٢٣	١٣.٥	٢.٥	٢٥٨	الجبيل الأخضر
١٧١.٦	٤.٦	٢٦٨٨	٥٠.١	٥.١	٧٨٦	١٠٣.٣	٥.١	١٦١٧	٢.٩	٤.٤	٤٦	١٥.٣	٢.٣	٢٣٩	درنة
٩٤.٢	٣.٤	٢٠٣٠	٢٤.١	٣.٣	٥١٩	٦١.٤	٤.١	١٣٢٤	١.٢	٢.٥	٢٦	٧.٥	١.٦	١٦١	المرج
١٠٤.٧	٢.٩	١٧٠٠	٢٨.٨	٣.٠	٤٦٧	٦٢.٢	٣.٢	١٠١٠	١.٦	٢.٥	٢٦	١٢.١	١.٩	١٩٧	الوحدات
١٣٥	١.٠	٥٧٩	٣٦.٤	١.٠	١٥٦	٨٣.٩	١.١	٣٦٠	٠.٥	٠.٢	٢	١٤.٢	٠.٦	٦١	الكفرة
١٠٧.٧	٢.٤	١٤١٥	٢٤	٢.٠	٣١٥	٥٥.٣	٢.٣	٧٢٦	١.٨	٢.٣	٢٤	٢٦.٦	٣.٤	٣٥٠	سرت
١٠٤.٧	٠.٨	٤٨٧	٣٠.٣	٠.٩	١٤١	٥٥.١	٠.٨	٢٥٦	١.٣	٠.٦	٦	١٨.١	٠.٨	٨٤	الجفرة
٢٢٢.١	٢.٨	١٦٣٤	٦٨.٩	٣.٢	٥٠٧	١٤١.٥	٣.٢	١٠٤١	١.٥	١.١	١١	١٠.٢	٠.٧	٧٥	وادي الشاطئ
١٠٥.٨	٢.٢	١٢٧٣	٢٣.٩	١.٩	٢٨٧	٦٧.١	٢.٥	٨٠٧	١.٥	١.٧	١٨	١٣.٤	١.٦	١٦١	سبها
١٤٧.٩	١.٨	١٠٥١	٤٣.٦	٢.٠	٣١٠	٨٩.٣	٢.٠	٦٣٥	٠.٤	٠.٣	٣	١٤.٥	١.٠	١٠٣	وادي الحياة
١٨٦.٦	٢.٣	١٣٥١	٤٨.٢	٢.٣	٣٤٩	١٢٨.٥	٢.٩	٩٣٠	٠.١٣	٠.١	١	٩.٨	٠.٦	٧١	مرزق
٢٣٠.٩	٠.٨	٤٩٤	٨٥.١	١.٢	١٨٢	١٣٥.١	٠.٩	٢٨٩	٢.٣	٠.٥	٥	٨.٤	٠.٢	١٨	غات
٩٥.٨	٥.٦	٣٣٠٥	٢٩.٥	٥.٩	٩١٣	٤٩.٤	٥.٣	١٧٠٥	١.٨	٦.٠	٦٢	١٨.١	٦.٠	٦٢٥	مصراته
٥٥.١	٥.٥	٣٢٣٧	١٣.٧	٥.٢	٨٠٥	٣٤.٩	٦.٤	٢٠٥١	٠.٨	٤.٥	٤٧	٥.٧	٣.٢	٣٣٤	المرقب
١٢٧.٧	٦.١	٣٦٠.٦	٣١.٢	٥.٧	٨٨٠	٧٤.٧	٦.٦	٢١١٠	٤.٢	١١.٥	١١٩	١٧.٦	٤.٨	٤٩٧	الجفارة
١٠٨.٧	٣.٦	٢١٠٠	٢٣.٨	٣.٠	٤٦٠	٥٥.٩	٣.٤	١٠٧٧	٢.٢	٤.١	٤٢	٣٠.٠	٥.٠	٥٢١	الزاوية
٨٩.٥	٥.٣	٣١٢٨	٢٤.٦	٥.٥	٨٦٠	٥٤٧	٦.٠	١٩١٢	١.٦	٥.٤	٥٦	٨.٦	٢.٩	٣٠٠	النقاط الخمس
٨٧.٤	٤.٣	٢٥٣٨	٢٢.٧	٤.٣	٦٦٠	٥٣.٩	٤.٩	١٥٦٦	١.٦	٤.٥	٤٧	٩.١	٢.٦	٢٦٥	الجبيل الغربي
١٥١.٤	٢.٢	١٣١٩	٢٦.١	٢.٢	٣٣٧	١٠٠.٨	٢.٧	٨٧٨	٢.٩	٢.٢	٢٣	٩.٣	٠.٨	٨١	نالوت
١٠.٨	٢١.١	١٢٤٠.٢	٢٦.٦	١٩.٧	٣٠٥٢	٤٣.٨	١٥.٧	٥٠٣١	٢.٤	٢٧	٢٨٠	٣٥.٢	٣٩.٠	٤٠٣٩	طرابلس
١٠.٨	١٠.٧	٦٣١٠	٢٥.٧	٩.٧	١٥٠١	٥٠.٦	٩.٢	٢٩٥٦	٢.٤	١٣.٨	١٤٣	٢٩.٣	١٦.٥	١٧١٠	بنغازي
١١٠.٦	١.٠	٥٨٩٠.٦	٢٩.١	١.٠	١٥٥٠.٥	٦٠.١	١.٠	٣١٩٩٩	١.٩	١.٠	١٠٣٥	١٩.٥	١.٠	١٠٣٦٧	الإجمالي

* تشمل القابلات

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

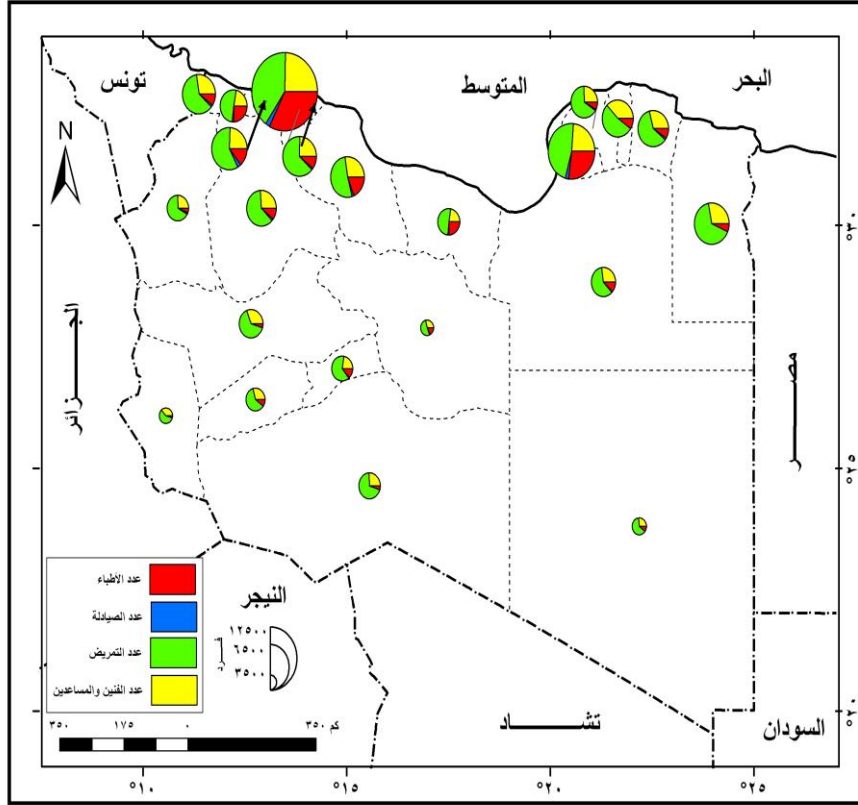
مصدر البيانات: اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ٩٤-٩٦.

- تستحوذ شعبية طرابلس على أكثر من ثلث الأطباء على مستوى الجماهيرية فقد بلغ عدد الأطباء بالشعبية ٤٠٣٩ طبيب ونسبة ٣٩% من إجمالي الأطباء في الوقت الذي لا يوجد بالشعبية سوى ٢١.٦% من السكان ويرجع لتركز عدد كبير بها من المرافق الصحية ولكونها مقراً للعاصمة السياسية والإدارية للدولة، وتأتي شعبية بنغازي في المركز الثاني من حيث عدد الأطباء فيوجد بها ١٧١٠ طبيب بنسبة ١٦.٥% وذلك لأنها مناطق جذب سكاني وارتفاع الكثافة السكانية بها، وبالتالي يوجد بالشعبيتين أكثر من نصف عدد الأطباء في الجماهيرية ٥٥.٥% في حين بلغت نسبة السكان بهما ٣٢.٦%، مما يعني ميل توزيع الأطباء عن التوزيع العادل أو المثالي، في حين توزع النسبة الباقية من الأطباء ٤٥.٥% علي عشرين شعبية بين شمالي ليبيا وجنوبها، ويوجد أدنى عدد للأطباء في الشعبيات الجنوبية في كل من غات و الكفرة والجفرة ومرزق .

شكل (١٥) التوزيع الحجمي والنسبي للعمالة الطبية (حسب

نوعها) في

شعبيات ليبيا عام ٢٠٠٧.



مصدر البيانات جدول (٢٠).

- وبالمثل يتركز عدد كبير من الميادلة في شعبية طرابلس وبلغ عددهم ٢٨٠ صيدلي بنسبة ٢٧% من إجمالي الميادلة وهذا يعني الهيمنة الحضرية Urban dominance خاصة هيمنة العاصمة وسيطرتها على نسبة كبيرة من العمالة، وتأتي بنغازي في المركز الثاني من حيث توزيع الميادلة ثم شعبية الجفارة، وبلغت نسبة الميادلة في الشعبيات الثلاث نحو ٥٢.٣% من إجمالي رغم وجود ٣٧.٩% بها من إجمالي السكان مما يعني عدم وجود عدالة في توزيع الميادلة وفقا

لحجم السكان . بينما توجد أقل أعداد للصيادلة في شعبيات وادي الحياة والكفرة ومرزق حيث بلغت الأعداد ٣ ، ٢ ، ١ علي الترتيب وبالتالي لا توجد بهم سوى ٠.٦% فقط من إجمالي الصيادلة في الوقت الذي يتركز بها ٣.٥% من إجمالي السكان مما يعنى حاجة تلك الولايات إلي الصيادلة لتلبية الحاجة إلي الخدمة الطبية .

- وعلى العكس من توزيع الأطباء والصيادلة نلاحظ أنه رغم وجود الأعداد الكبيرة من هيئة التمريض والفنيين والمساعدين في كل من شعبية طرابلس وبنغازي إلا أنها لا تواجه حاجة السكان، حيث يوجد بهما ٢٤.٩% من هيئة التمريض ونحو ٢٩.٤% من إجمالي الفنيين والمساعدين في حين يوجد بهما ٣٢.٦% من إجمالي السكان، بينما تقل أعداد هيئة التمريض والفنيين المساعدين في شعبيات الكفر والجفرة وغات، وبلغت النسب نحو ٢.٨% من إجمالي هيئة التمريض في الشعبيات الثلاث، ونحو ٣.١% من إجمالي الفنيين المساعدين، وبرغم انخفاض تلك النسب فإنها تواجه حاجة السكان وتقوم حيث بلغت نسب السكان بتلك الشعبيات مجتمعة ٢.١% من إجمالي السكان .

نستنتج مما سبق ذكره تركيز الأطباء والصيادلة وزيادتهما عن حاجة السكان في الشعبيات الشمالية بما فيها طرابلس وبنغازي -وهي الفئة من العمالة الطبية التي تقوم بتشخيص الأمراض وعلاج المرض وتقديم أو توفير الأدوية والعلاج المناسب- بينما تقل هيئة التمريض والفنيين والمساعدين الطبيين عن حاجة السكان في الشعبيات الشمالية، في حين ينقلب الوضع في الشعبيات الجنوبية التي يوجد فيها نقص في



الأطباء والصيادلة وزيادة في هيئة التمريض والمساعدين الطبيين عن حاجة السكان .

معدل الخدمة للعمالة الطبية :

لا تعبر معدلات الخدمة العامة لإجمالي العمالة عن الاختلافات الداخلية في الجماهيرية ، فقد تكون مرتفعة في بعض الشعبيات لكنها تنخفض في بعضها الآخر وفقاً لتخصص العمالة، ويمكن أن نخرج بالنتائج التالية من تحليل جدول (٢٠) وشكل (١٦) :-

- بلغ معدل الخدمة للأطباء في ليبيا عموماً نحو ١٩.٥ طبيباً لكل ١٠ آلاف نسمة عام ٢٠٠٧، ويرتفع معدل الخدمة عن هذا المعدل العام في أربع شعبيات هي حيث بلغ معدل الخدمة للطبيب نحو ٣٥.٢، ٣٠، ٢٩.٣، ٢٦.٦ طبيباً لكل ١٠ آلاف نسمة على الترتيب في طرابلس، الزاوية، بنغازي وسرت، بينما ينخفض هذا المعدل عن المعدل العام في ١٨ شعبية ويوجد أدنى المعدلات في شعبية المرقب وبلغ ٥.٧ أطباء لكل ١٠ آلاف نسمة و ذلك لأن نسبة الأطباء لا تلبى الطلب عليها من قبل السكان، فقد بلغت نسبة الأطباء بالشعبية ٣.٢% من إجمالي الأطباء في حين يوجد بها نحو ١١% من إجمالي السكان، وهذا يعنى نقص عدد الأطباء في تلك الشعبية.

- بلغ معدل الخدمة للصيديلي نحو ١.٩ صيدلي لكل ١٠ آلاف نسمة كمعدل عام في ليبيا عام ٢٠٠٧، ويرتفع معدل الخدمة للصيديلي في سبع شعبيات هي على الترتيب الجفارة ، درنة ، نالوت ، بنغازي ، طرابلس ، غات والزاوية ، وتقع كل هذه الشعبيات في شمالي ليبيا ما عدا

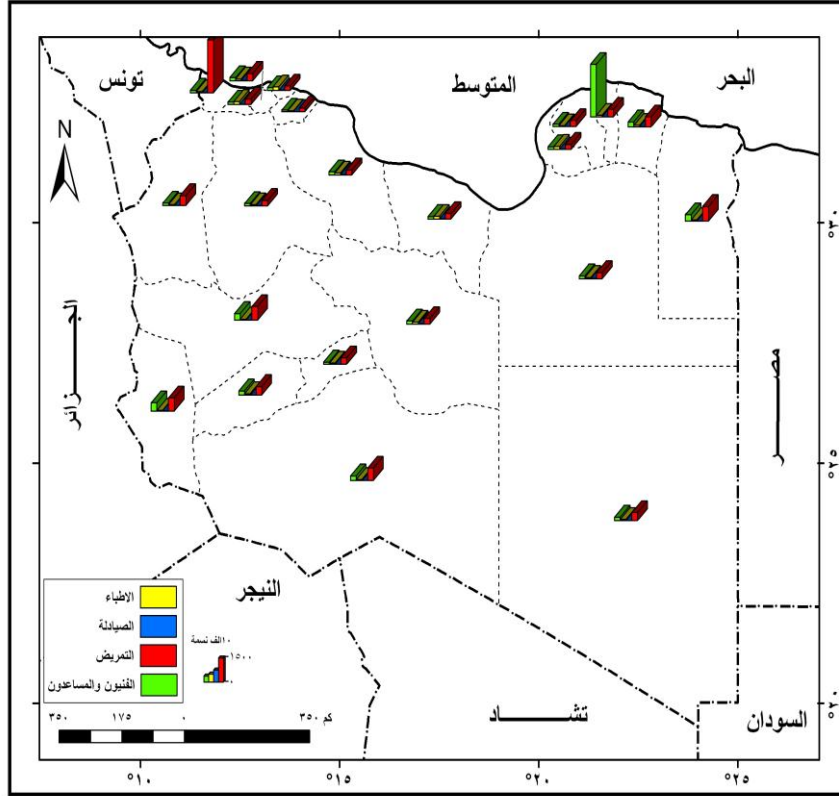
شعبية غات، في حين يقل المعدل عن المعدل العام في ١٥ شعبية ليصل أدنى المعدلات إلى نحو ٠.١٣ صيدلي في شعبية مرزق وبالتالي فهي في حاجة ملحة إلى الصيدالة حيث لا يوجد بها إلا ٠.١% من الصيدالة على مستوى الجماهيرية في حين يسكنها ١.٤% من إجمالي السكان .

- يعد معدل الخدمة لهيئة التمريض في ليبيا من أعلى المعدلات في الشرق الأوسط إلا أن توزيع هيئة التمريض على شعبيات الجماهيرية غير متوازن، فقد بلغ المعدل العام في الدولة نحو ٦٠ ممرض/ممرضة لكل ١٠ آلاف نسمة، وزاد عن ذلك المعدل العام في ١٣ شعبية ، في حين قل عن المعدل العام في تسع شعبيات هي على الترتيب : الزاوية ، سرت ، الجفرة ، النقاط الخمس ، الجبل الغربي ، بنغازي ، مصراتة ، طرابلس والمرقب ، وتعد شعبية المرقب أكثر الشعبيات حاجة إلى هيئة التمريض .

شكل (١٦) التباين الجغرافي في توزيع معدل الخدمة للعمالة

الطبية

في شعبيات ليبيا عام ٢٠٠٧ .



مصدر البيانات جدول (٢٠).

- ويرتفع معدل الخدمة للفنيين والمساعدين الطبيين عن المعدل العام في الدولة في نحو ١١ شعبية بينما يقل عن المعدل العام في ١١ شعبية، وبالتالي تكون هذه الشعبيات في حاجة إلى مزيد من الفنيين والمساعدين الطبيين وهي على الترتيب: الواحات، طرابلس، نالوت، بنغازي، النقاط الخمس، المرج، سرت، سبها، الزاوية، الجبل الغربي والمرقب، وتقع معظم هذه الولايات في شمالي ليبيا .

نخلص مما سبق بعدة نتائج عن توزيع الخدمات الصحية في الجماهيرية الليبية وهي كالتالي :

١- تتركز مؤسسات الرعاية الصحية من الناحية العددية والنسبية في الشعبيات التي تقع في شمالي غرب ليبيا وشمالها الشرقي وتقل أعدادها في الشعبيات الواقعة في جنوبي الدولة .

٢- اتضح من إدخال مؤشر السكان والحاجة إلى الخدمة وحساب معدلات الخدمة لمؤسسات الرعاية الصحية أن تلك الشعبيات الشمالية مازالت في حاجة إلى مزيد من مؤسسات الرعاية الصحية وذلك لأن الأعداد الموجودة لا تقابل حاجة السكان ويرجع ذلك إلى ارتفاع الكثافة السكانية في شمالي الدولة عن جنوبها .

٣- وينعكس الوضع مع إدخال عامل المساحة والمسافة التي يقطعها المريض للوصول إلى الخدمة، فإن الشعبيات الجنوبية تكون أيضاً في حاجة إلى مزيد من المرافق الصحية خاصة المستشفيات التخصصية حيث لا يوجد بالشعبيات الجنوبية أي مستشفى تخصصي، مما يضطر المرضى إلى قطع مسافات طويلة للوصول إلي المستشفيات التخصصية في طرابلس أو بنغازي.

٤- زيادة الأطباء عن حاجة السكان في الشعبيات الشمالية حيث تستحوذ شعبيات طرابلس وبنغازي والزاوية وسرت على أكثر من نصف الأطباء ، في حين تحتاج باقي الشعبيات إلي الأطباء ويتطلب ذلك إعادة توزيع الأطباء .



٥- تحتاج ١٥ شعبية إلى مزيد من الصيادلة نظراً لانخفاض معدل الخدمة فيها عن المعدل العام في الدولة ومنها سبع شعبيات في جنوبي ليبيا.

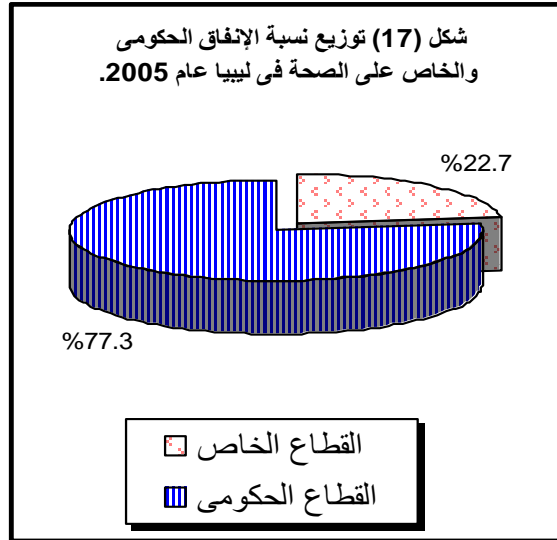
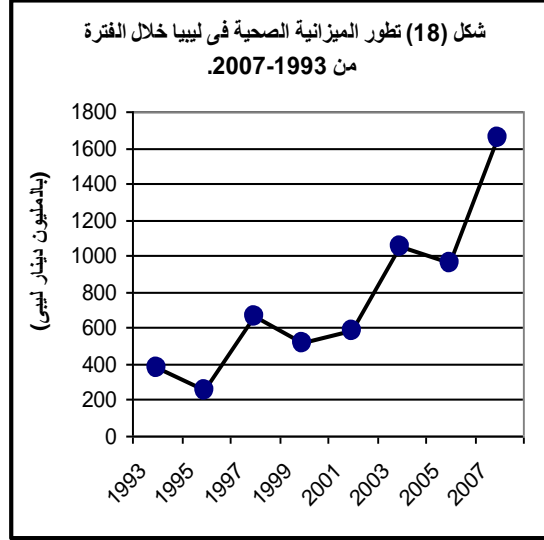
٦- تحتاج تسع شعبيات إلى مزيد من هيئة التمريض وتقع كلها في شمالي الدولة، كما تحتاج ١١ شعبية إلى مساعدين وفنيين وتقع تلك الشعبيات في شمالي الدولة .

٧- والخلاصة أن الشعبيات الشمالية تحتاج إلى مزيد من هيئة التمريض والهيئة المساعدة في حين تحتاج الشعبيات الجنوبية إلى مزيد من الأطباء ، وتحتاج معظم شعبيات ليبيا إلى مزيد من الصيادلة لوجود نقص واضح في هذا التخصص .

المبحث الثالث: استراتيجية التنمية الصحية في ليبيا:

أولاً : الميزانية الصحية :-

بلغ نصيب قطاع الصحة نحو ١٦% من إجمالي الميزانية العامة في ليبيا ، ونحو ٣.٣% من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) عام ٢٠٠٥ ، وتأتي معظم النفقات من القطاع الحكومي الذي يسهم بنحو ٧٧.٣% من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي (اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة ، ٢٠٠٥ : ٦٩) ، بينما يساهم القطاع الخاص بنسبة ٢٢.٧% فقط كما يوضح شكل (١٧).



مصدر البيانات: اللجنة الشعبية العامة للبيئة والصحة، ٢٠٠٥: ٦٩. مصدر البيانات جدول (٢١).

وقد زاد حجم الميزانية الصحية في ليبيا من ٥٠ مليون دينار ليبي عام ١٩٧٠ إلى ٣٧٩ مليون دينار عام ١٩٩٣ ثم إلى ١٦٥٦ مليون دينار عام ٢٠٠٧، وبالتالي زادت الميزانية خلال تلك الفترة نحو ١٥٧٥



مليون دينار بنسبة زيادة قدرها ٣٠.٩٤% ، وهذا يعنى تضاعف الميزانية الصحية خلال ٣٧ عاماً إلى أكثر من ثلاثين مرة ، وذلك بسبب خطط التحول الاجتماعى والاقتصادى التى وضعتها ثورة الفاتح لمحاولة توفير المرافق الصحية الأساسية لتقديم كافة الخدمات الصحية بجميع مستوياتها ولجميع السكان فى كافة مناطق الجماهيرية. ويوضح شكل (١٨) تطور الميزانية الصحية خلال الفترة من ١٩٩٣ حتى ٢٠٠٧ .

جدول (٢١) تطور الميزانية الصحية فى ليبيا خلال الفترة من ١٩٩٣ - ٢٠٠٧ (بالمليون دينار لىبى).

السنة	١٩٩٣	١٩٩٥	١٩٩٧	١٩٩٩	٢٠٠١	٢٠٠٣	٢٠٠٥	٢٠٠٧
إجمالى الميزانية	٣٧٩	٢٥١	٦٦١	٥٠٧	٥٨٥	١٠٤٥	٩٥٩	١٦٥٦

اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨ ، مرجع سابق: ١١١ .

وتقدر مخصصات الأدوية والمستلزمات الطبية بنحو ١٨.١% من إجمالى الميزانية الصحية عام ٢٠٠٧ ، وقد زادت تلك المخصصات من ٧٥ مليون دينار عام ٢٠٠١ إلى ٢٥٠ مليون عام

جدول (٢٢) قيمة الأدوية والمستلزمات الطبية من إجمالى الميزانية الصحية فى ليبيا

خلال الفترة من ٢٠٠١-٢٠٠٧ .

السنة	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧
قيمة الأدوية والمستلزمات	٧٥	١٦١	٢٥٠	٢٥٠	٢٥٠	٢٦٠	٣٠٠

الرعاية الصحية في الجماهيرية الليبية "دراسة في الجغرافيا الطبية"

الطبية (بالمليون دينار)							
متوسط نصيب الفرد من الأدوية (بالدينار)	١٥	٢٩	٤٤	٤٦	٤٩	٤٩	٥٥

اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٨، مرجع سابق: ١١١.

٢٠٠٤ ثم إلى ٣٠٠ مليون عام ٢٠٠٧، بنسبة زيادة ٣٠٠ % أى أن تلك المخصصات قد تضاعفت ثلاث مرات خلال تلك الفترة. كما زاد متوسط نصيب الفرد من الأدوية والمستلزمات الطبية من ١٥ ديناراً عام ٢٠٠١ إلى ٥٥ ديناراً عام ٢٠٠٧ كما يوضح جدول (٢٢)، وإن كان التغير في سعر الصرف للدينار الليبي مقابل العملات الأخرى يقلل من تلك القيمة.

ثانياً : استراتيجية التنمية الصحية في ليبيا:-

يقوم النظام الصحي Health system في أية دولة على أساس عدة أهداف ووسائل ومؤسسات لرعاية صحة الإنسان وتعزيز صحته وقدرته على الإنتاج، والمقصود بالنظام الصحي هو "جملة المنظمات والمؤسسات التنفيذية والموارد المكرسة لتحقيق وتحسين السلامة الصحية" وللنظام الصحي هدفان أولهما : بلوغ أفضل مستوى صحي ممكن - أي تحقيق الجودة في تقديم الخدمة- وثانيهما الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية (علي سعيد البرغثي وأنس أبو بكر بعيرة ، ٢٠٠٧ : ٥) - أي إتاحة العدالة في الحصول علي الخدمة.



وقد تبلورت استراتيجية التنمية في قطاع الصحة الليبي في تحقيق أهداف أساسية خلال العقود الماضية (اللجنة الشعبية للإعلام والثقافة، ١٩٩٤: ٥٧٢ - ٥٧٣) هي :

- ١- اتخاذ الوسائل التنظيمية والإدارية والتشريعية التي تكفل الترابط بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى ذات العلاقة المباشرة والمكملة لها مثل خدمات التغذية والإسكان وحماية البيئة ومراقبة المحلات العامة وتوفير الأمن وغيرها من الخدمات .
- ٢- توفير الخدمات الصحية والرفع من مستواها كما وكيفاً للوصول إلي معدلات مثلى تنافس بها الدول الأخرى في عدد الأسرة والمنشآت والمرافق الطبية والفئات الطبية المختلفة .
- ٣- مراعاة عدالة توزيع الخدمات الصحية العلاجية منها والوقائية بين مناطق الجماهيرية مع إعطاء أولوية للمناطق النائية .
- ٤- التركيز علي مشروعات الصحة الوقائية بتحصين مختلف الأفراد في المجتمع ضد الأمراض و نشر الوعي الصحي والغذائي السليم بينهم، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع التلوث بجميع أنواعه، ووضع نظم دقيقة لحماية البلاد من الأمراض الوبائية ومنع تسربها إلي الداخل، لذلك تم إقامة ما يزيد على ١٥ محجراً طبياً و ١٤٣ مختبر طبي مجهزة بأحدث التقنيات العلمية الحديثة في جميع أنحاء ليبيا .
- ٥- القضاء على الأمراض السارية والمتوطنة كأعراض الدرن و البلهارسيا والتراكوما وغيرها .

- ٦- تجهيز وتطوير وتدعيم المؤسسات الصحية والطبية القائمة بالأجهزة الحديثة.
- ٧- التوسع في إيفاد البعثات العلمية والتدريبية لتوفير احتياجات المرافق الصحية من المهارات والخبرات الوطنية اللازمة لتحل محل الأجانب .
- ٨- الاهتمام بالمعاهد الصحية ومدارس التمريض رأسيا وأفقيا.
- ٩- 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 تنظيم صحة الأسرة والمجتمع.
- ١٠- الاهتمام بالبحوث والدراسات العلمية المتعلقة بالخدمات الصحية والعوامل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على المستوى الصحي وذلك للاستفادة منها في تطوير نوع الخدمات وتحسينها .
- وفي الواقع أن هذه الاستراتيجية لم تتحقق كلها، فقد أخذت الدولة خطوات جادة في المجالات التالية :
- أ- ساعد الوضع الاقتصادي للدولة على مد المؤسسات الصحية بالأدوية والعلاج والأجهزة التكنولوجية المطلوبة .
- ب- أن الرعاية الصحية أصبحت متاحة لكل السكان ومجانية في القطاع العام .
- ج - بدء العمل في القطاع الخاص في المجال الصحي .



د - حققت الدولة تقدماً ملحوظاً في تقليص نسبة الأمية مقارنة بدول شمال إفريقيا .

هـ - وجود زيادة مستمرة في الميزانية الصحية .

و - اتباع استراتيجية متطورة لمكافحة الإيدز وفيروس HIV/AIDs ومرض الدرن TB .

وقد وقفت عدة عقبات أمام تطبيق بعض جوانب

الاستراتيجية (WHO,2007:1-2) وهي :

أ- تعد الموارد البشرية أحد العقبات التي تقف أمام التخطيط الصحي وتحقيق الإنجازات الصحية.

ب- يحتاج نظام المعلومات الصحية Information health system إلى تطوير شامل لخدمة مناطق توزيع خدمات الرعاية الصحية .

ج - وقف نقص الدعم الدولي عقبة أمام تحسين نظام الإدارة ، لكن من المتوقع تغير ذلك الدعم بعد فك الحصار الاقتصادي .

د - مازالت معدلات الإصابة ببعض الأمراض غير المعدية (السارية) مرتفعة كما تمثل بعض الأمراض عقبة أيضاً أو مشكلة صحية مثل الإيدز ، الحصبة ، الإلتهاب الكبدي و الدرن .

هـ - ارتفاع نسبة التدخين وحوادث الطرق تعد عقبة أمام قطاع الصحة والقطاعات الأخرى .

وبعد فك الحصار الاقتصادي على ليبيا وعودة العلاقات مع الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا ، ساهمت الهيئات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية مع ليبيا في مكافحة مرض الإيدز منذ عام ٢٠٠٣ ،

وكذلك ساعد برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على سرعة وصول العلاج والأدوية غير المتوفرة إلى ليبيا، كما يوجد تعاون تكنولوجي مع إيطاليا وقد وضعت منظمة الصحة العالمية استراتيجية صحية بالتعاون مع الجماهيرية العربية الليبية فيما بين عامي ٢٠٠٥ - ٢٠٠٩ ، وتشتمل تلك الأجندة (WHO / EMRO, 2006 : 47 - 53) على الآتي :

● **تحسين الصحة ونوعية الحياة للفرد والمجتمع** على أساس أن المسؤولية الصحية مشاركة بين الأفراد والمجتمعات والمهارات الطبية ، وأن الخدمات الصحية تحتاج إلى دفعة لزيادة الخدمات الوقائية والعلاجية والتركيز على عمال الصحة في تحسين نمط الحياة عن طريق الاستمرار في برامج التنقيف الصحي ، مع إمكانية قيام الشعبيات بدور مثالي في تحسين وتطوير القطاع الصحي.

● **التنمية المؤسسية والحكومية** Governance & Institutional Development وتدعيم اللامركزية Decentralization، وسوف تدعم منظمة الصحة العالمية الشعبيات بالتكنولوجيا المطلوبة مع مناقشة الموضوعات المتعلقة بالنظام الخاص مثل الخصخصة والتأمين الصحي واللامركزية ، وهذا يتطلب ضرورة التعاون بين الهيئات المحلية مثل اللجان القومية للصحة ومراكز الأبحاث وغيرها وضرورة الاتصال بين المؤسسات المحلية والمركزية لتصحيح أو لعدالة توزيع التسهيلات الصحية من أطباء وأسرة وعلاج ومتطلبات طبية .



- **تنمية الموارد البشرية** بما أنها مسؤولة عن تحسين وتغيير النظام الصحي، وتوجد أربعة مداخل لتطوير الموارد البشرية وهي :
 - وضع خطة طويلة المدى لتنمية الموارد البشرية كجزء من السياسة القومية والتخطيط الاستراتيجي .
 - إعادة هيكلة الهيئة الصحية عن طريق التدريب مع التأكيد على ضرورة الممارسة وإعطاء المزيد من الفرص بفرض نظام التدريب .
 - تغيير الطرق أو النظم حتى يصبح المتخصصون قادرين على التغييرات التي تسهل توصيل الخدمة بانتظام وجدية المحتاجين لها .
 - استخدام نظام المكافأة لدعم التغييرات في توزيع الرعاية مع الاحتفاظ بدورها بين المتخصصين والهيئات .

● إعادة هيكلة نظام الرعاية الصحية:

- ويتطلب ذلك تغيير البيئة التي يعمل فيها الهيئات والمتخصصون من خلال خمسة أبعاد هي :
 - تطبيق دليل توزيع الرعاية الصحية ووضع إرشادات وتعريفات للممارسات الجيدة .
 - التكامل المستمر بين مستويات الرعاية الصحية، مع وضع بروتوكول لنظام التحويل Referral بين الرعاية الأولية والثانوية والثلاثية .

- المزج بين القطاع العام والخاص لبناء علاقة تبادلية من أجل تقديم رعاية مرتفعة المستوى تتمشى مع الأولويات الصحية القومية .

- إيجاد ثقافة إدارية جديدة تعتمد على المشاركة المعلوماتية والمعرفية حتى يكون هناك تواصل بين المستويات المختلفة للرعاية ، مع وضعه مبادئ للقادة تشتمل على خرائط توضيحية للتسهيلات الصحية وبرامج التغطية الصحية .

- الاهتمام ببرامج رعاية الأسرة ، لتوصيل الخدمات العلاجية Curative والوقائية Preventative والتأهيلية .Rehabilitation

● الاهتمام بنوعية الخدمة من ناحية التمييز السريري وإدارة إنجاز الأعمال، عن طريق التدريب السريري القياسي أوالمثالي وعمل بروتوكولات لدعم البرامج الطبية الوطنية لتأمين وسلامة المريض ، كما أن مقدمي الخدمة لابد أن يساهموا في تطوير تسهيلات الرعاية الصحية الأولية خاصة المراكز الصحية ومستشفيات المقاطعات أو الشعبيات .

● تمويل الرعاية الصحية Health care financing :

فالموارد المالية من أهم العوامل التي تساعد صناع القرار Decision-makers والمخططين، لذلك يجب أن تتوفر الموارد المالية مع ضرورة كفايتها واستمرار ونقل الدعم المالي وفاعلية استخدامه في دعم نظام التأمين الصحي Health Insurance مع وضع خطة طويلة



المدى للسياسة المالية تسيير جنباً إلى جنب مع التحسين النوعي للخدمات ، مع توفير سيولة مالية لخدمات الرعاية الصحية بمستوياتها المختلفة، وتحسين الإدارة المالية داخل المستشفيات لزيادة وتحسين الأعمال التي يتم إنجازها، وزيادة وعي الفريق الطبي والسكان بتكلفة الرعاية الصحية المقدمة والتكلفة المتاحة .

● تطوير نظام المعلومات الصحية :

يتطلب نظام المعلومات الصحية الحالي والتسجيل المنتظم إعادة هيكلة لمسيرة الاتجاهات السائدة في هذا المجال، فيجب أن تتطور الاستراتيجية القومية لجمع البيانات وتصنيفها وتوثيقها طبقاً لعدة أولويات هي :

- أن يستخدم صناع القرار ومنفذوا المشروعات المعلومات لتدعيم إدارة القطاع الصحي بمستوياته المختلفة .
- الاهتمام بنظم تجميع المعلومات أو البيانات في مجال تسهيلات الرعاية الصحية لضمان التسجيل المنتظم ومراقبة الأمراض وتسجيل المسوحات الصحية .
- دعم مقدمو الخدمة الصحية للحفاظ على نظام التسجيل والتوثيق الطبي طبقاً للمعايير العالمية .
- رفع قدرة الموارد البشرية لاستخدام شبكة المعلومات لتدعيم الباحثين والمعلمين وكل الممارسين في مجال الرعاية الصحية .

- إنشاء بنك معلومات مركزي لجمع وتوثيق البيانات الصحية القومية .

● دمج تكنولوجيا الاتصال والمعلومات في مجال الرعاية الصحية، ليدخل في الحياة اليومية لمديري الصحة والهيئة الطبية بشكل واقعي، ويتطلب ذلك خطوات جادة في بنية تكنولوجيا الاتصال والمعلومات على مستوى صغير ومتاح في كل تسهيلات الرعاية الصحية شاملاً الاتصال بشبكة المعلومات الدولية ، ولذلك يجب تشكيل لجنة قومية تهتم بتنفيذ سياسة التطوير، ويحتاج هذا إلى تحديد متطلبات مشاريع الاتصال الطبي Telemedicine projects والخدمات مع ضرورة الدمج والترابط بين خطط الاتصال والمعلومات القومي والسياسة الصحية القومية، ويجب أن يسبق ذلك مشروعات استطلاعية ودراسة في منطقة أو أكثر محددة جغرافياً حتى تؤخذ خبرة قبل التحرك على نطاق واسع، ويمكن عملية تسجيل المعلومات الطبية في كافة المؤسسات والمشاريع وإدخال تكنولوجيا نظم المعلومات الجغرافية GIS في رسم خرائط الأمراض والتسهيلات الصحية لتسهيل وضع خطط التطوير ومساعدة متخذي القرار في الإستخدام الملائم للموارد .

● الدواء وتكنولوجيا الصحة:

يساهم الدواء وتكنولوجيا الصحة في زيادة تكاليف الرعاية الصحية لذلك يجب الاهتمام باختيار الدواء والأمصال والمتطلبات الأخرى، ومن ثم يجب أن تغطي استراتيجية الدواء وتكنولوجيا الصحة النواحي التالية :



- إنشاء لجنة قومية لتنمية تكنولوجيا الصحة وتقييمها .
- توفير البيانات الأساسية عن المتطلبات الطبية المطلوبة وأماكنها لتدعيم الاستراتيجية .
- العلاج جزء مهم من النفقات على الرعاية الصحية، لذلك فمفتاح تطبيق الاستراتيجية يتوقف على التعاون بين القطاعين العام والخاص لتوفير العلاج والمستلزمات الطبية شاملاً التوزيع والأسعار والنوعية .
- إنشاء مكتب لتسجيل كل المنتجات الطبية المهمة والمحلية.

● **تقليل عبء المرض Alleviating the burden of disease:**

حيث يعد نمط الأمراض المنتشرة في ليبيا الأمراض غير المعدية Noncommunicable والحوادث المرورية، فيأتي على قمة أسباب الوفيات أمراض القلب وحوادث الطرق ومرض السكر والسرطان ، كما توجد أمراض الإيدز والدرن ويرجع انتشار الإيدز بسبب الحقن لمدمني المخدرات والهجرة غير الشرعية من المناطق التي ينتشر فيها المرض لذلك تحتاج خطة مكافحة الإيدز للفترة من ٢٠٠٥ - ٢٠٠٩ إلى دعم تكنولوجي ومالي. ولذلك حدد المركز القومي لمكافحة الأمراض المعدية هذين المرضين لكي يكونا أساس برامج مكافحة في السنوات القادمة مع مراقبة الأمراض المعدية الأخرى مثل الالتهاب الكبدي الوبائي والملاريا والحصبة وبالتالي يتطلب تقليل عبء المرض عدة خطوات تشتمل على ما يلي :

- وضع خطة لحصر ومعرفة الأسباب الرئيسية لانتشار الأمراض والوفيات والعجز Disability مع وضع الدور الحاسم للشعبيات في الاعتبار .
- دمج الاستراتيجية القومية لمكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية في الشعبيات سوف يقوي الاتجاه نحو تقليل الخطر، كما أن توزيع أسباب الوفيات والأمراض والعجز على خرائط في كل شعبية سوف يكون خطوة أولى في طريق التنمية، وطبقاً للإطار العام فإن كل شعبية ستضع هدفاً خاصاً لتقليل عبء المرض كجزء من الهدف القومي، وهذا يتطلب تدعيماً تكنولوجياً ومالياً ووضع جدول زمني في كل الشعبيات .
- تحديد مدى انتشار الأمراض والوفيات والعجز بالأمراض المعدية وغير المعدية سوف يساعد على تحسين خطة تقليل عبء المرض والإمداد المستمر بشتى وسائل الرعاية الصحية .
- عمل مسح لعبء المرض يعد خطوة أساسية في إرشاد السياسة الصحية وتحديد أو وضع قرارات مؤثرة ومحسوبة التكلفة -Cost effective decision making للتحكم في الثلاثة أمراض الكبرى في عبء المرض .
- مراقبة ظهور وانتشار الأوبئة من خلال خطة قومية للمراقبة تشارك فيها منظمة الصحة العالمية للوقاية من الأوبئة ومكافحتها.



وعلى الرغم من أن النظام الصحي قد مر بالعديد من التغييرات التكنولوجية والاقتصادية والاجتماعية السريعة فإنه يحتاج إلى تحسين في نوعية الخدمة، ويقف أمام ذلك عدة عقبات وتحديات (WHO / EMRO, 2006 : 24 -25) يجب التغلب عليها أولاً ، أهمها:

- ١- ضعف الموارد المادية (المؤسسات) والموارد البشرية (العمالة الطبية) وعدم قدرتها على إنجاز البرامج الصحية ، حيث لا توجد خطة واضحة بالأعداد أو الفئات المطلوبة ، كما يوجد نقص في برامج التدريب ونظام الاعتماد واستمرارية برامج التعليم للهيئة الطبية وعدم كفاية التدريب في الإدارة ، وعدم توازن توزيع الهيئة الطبية في المناطق الحضرية والمستشفيات.
- ٢- غياب نظام المعلومات الصحية على مستوى الدولة ، وعدم مصداقيتها مما يكون سبباً في تضليل النتائج المترتبة عليها، خاصة فقر المؤشرات الصحية المرتبطة بأسباب الوفيات والأمراض .
- ٣- عدم كفاية الميزانية الصحية في مجال العناية وغياب نظام التأمين الصحي .
- ٤- زيادة خطورة مرض الإيدز والالتهاب الكبدي الوبائي .
- ٥- ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والسكر والسرطان .
- ٦- ارتفاع معدلات الوفيات والعجز نتيجة لإصابات وحوادث الطرق .

٧- غياب الأبحاث والتطوير في مجال النظام الصحي كجزء مكمل أو متمم لتنمية الصحة القومية .

٨- عدم الإدارة الجيدة في مجال الإمداد بالأدوية وتوزيعها .

٩- عدم وجود خبرات ومهارات تقود عملية التطوير ، وضعف نظام المكافآت للعاملين في مجال الرعاية الصحية .

١٠- فشل السياسة الصحية في إيجاد تعاون بين المؤسسات القومية للوصول إلى تطبيق الخطة الاستراتيجية .

الخاتمة ونتائج الدراسة:

تناولت الدراسة ثلاثة مباحث، اهتم المبحث الأول بمؤشرات الرعاية الصحية الأولية والتي شملت على الإمداد بالمياه النقية والصرف الصحي والحالة الغذائية للسكان والتحصين ضد الأمراض ومكافحتها، وصحة الأم والطفل والتثقيف الصحي، وتناول المبحث الثاني الخدمات الصحية من موارد مادية وبشرية وتوزيعها على مستوى الشعبيات والسكان، وحساب معدلات الخدمة لمعرفة مدى العدالة في توزيعها، أما المبحث الثالث فقد تناول الميزانية الصحية واستراتيجية التنمية الصحية وما يواجهها من معوقات وتحديات، وقد خلص البحث إلى النتائج التالية:-

(١) يحصل نسبة كبيرة من السكان في ليبيا على مياه نقية وخدمات الصرف الصحي مقارنة بدول إقليم شمالى إفريقيا وشرق البحر المتوسط.



(٢) تقل نسبة ناقصى التغذية فى ليبيا عن المتوسط العام فى شمالى إفريقيا وشرق البحر المتوسط. وبالمثل تقل نسبة الأطفال دون الوزن الطبيعى، لكن تختلف تلك المقاييس بين ريف وحضر الجماهيرية حيث ترتفع نسبة منخفضى الوزن والطول عن المعدل الطبيعى فى الريف عنه فى الحضر، لذلك فالريف فى حاجة إلى مزيد من الاهتمام بالحالة الغذائية خاصة لدى الأطفال.

(٣) ترتفع نسبة تحصين الأطفال ضد الثلاثى والحصبة عن المتوسط العام فى شمالى إفريقيا وشرق البحر المتوسط، فى حين تنخفض نسبة تغطية السكان بمصل BCG ضد الدرن، كذلك تنخفض نسبة تحصين النساء الحوامل ضد التيتانوس.

(٤) تأخذ أمراض الإيدز والدرن والأمراض المعدية أولوية فى برنامج مكافحة الأمراض، بالرغم من أن أمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم تأتى على قمة أسباب الوفيات فى ليبيا.

(٥) ينخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فى ليبيا عن المتوسط العام فى شمالى إفريقيا وشرق البحر المتوسط، كما ينخفض معدل وفيات الأمهات عن المتوسط العام فى الإقليم ويرجع ذلك إلى الاهتمام برعاية الأم والطفل وإنشاء العديد من مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

- ٦) تبين من توزيع مؤسسات الرعاية الصحية على شعبيات الجماهيرية وعلى السكان وجود نقص واضح في تلك الخدمة في شعبيات شمالي الدولة عن جنوبها وذلك بسبب ارتفاع الكثافة السكانية في شمالي الدولة عن جنوبها، في الوقت الذي تعاني منه الشعبيات الجنوبية من صعوبة الوصول للخدمة الصحية بسبب طول المسافة التي يقطعها الفرد نظراً لاتساع مساحة الشعبيات الجنوبية وتبعثر السكان.
- ٧) تعاني شعبيات شمالي ليبيا من وجود نقص في هيئة التمريض والفنيين والمساعدين الطبيين ، في حين تحتاج الشعبيات الجنوبية إلى مزيد من الأطباء المتخصصين .
- ٨) يوجد نقص عام في فئة الصيادلة على مستوى الجماهيرية.
- ٩) بالرغم من وجود استراتيجية صحية واضحة في ليبيا فإن تطبيق تلك الاستراتيجية يواجهها عدة عقبات أهمها، ضعف الموارد المادية والبشرية وعدم قدرتها على إنجاز البرامج الصحية، وعدم كفاية الميزانية الصحية لتطبيق برامج التطوير، وعدم وجود نظام تكنولوجي جيد لتسجيل المعلومات الصحية خاصة لرصد معدلات الأمراض والوفيات، وزيادة خطورة بعض الأمراض وارتفاع إصابات وحوادث الطرق ، ونقص الخبرة الفنية التي تقود عملية التطوير وعدم الإدارة الجيدة وفشل السياسة الصحية في إيجاد تعاون بين المؤسسات المختلفة.



المراجع العربية :

- ١- البنك الدولي ، ٢٠٠٤ : تقرير عن التنمية في العالم ٢٠٠٤ ، جعل الخدمات تعمل لصالح الفقراء .
- ٢- اللجنة الوطنية الدائمة لرعاية الطفولة، ١٩٨٤ : مشروع ميثاق حقوق الطفل العربي الليبي، أمانة اللجنة العامة للضمان الاجتماعي ، طرابلس .
- ٣- اللجنة الشعبية العامة للإعلام والثقافة، ١٩٩٤ : ليبيا الثورة في خمسة وعشرين عاماً- التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، مصراته .
- ٤- اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، ٢٠٠٥ : التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة ٢٠٠٥ ، مركز المعلومات والتوثيق ، طرابلس .
- ٥- — ، ٢٠٠٨ : التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة ٢٠٠٧ ، مركز المعلومات والتوثيق ، طرابلس .
- ٦- المشروع العربي لصحة الأسرة، ٢٠٠٨ : المسح الوطني الليبي لصحة الأسرة، التقرير الأولي، جامعة الدول العربية /المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها/ اليونيسيف/ اللجنة العليا للطفولة/والهيئة العامة للمعلومات.
- ٧- المركز الطبي للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها ٢٠٠٤ تقرير حول نشاطات قسم مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً ، طرابلس .

- ٨- آمال حلمي سليمان خليل، ١٩٩٥: السودان - دراسة في الجغرافيا الطبية مع التطبيق علي السودان الشمالي، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة .
- ٩- ، ٢٠٠٤: الخدمات الصحية في نيجيريا- دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة دكتوراة غير منشورة ، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة.
- ١٠- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي واللجنة الشعبية العامة للتخطيط ، تقرير التنمية البشرية في ليبيا ١٩٩٩، الملحق الإحصائي للتقرير، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق [www.muntada](http://www.muntada.Libya.human) & political Development Forum
- ١١- صلاح الدين النقادي ، ١٩٧٣: دراسة شاملة للتخطيط والتقييم للمستشفيات مذكرة داخلية رقم ٣٣٢ ، معهد التخطيط القومي ، القاهرة .
- ١٢- عبد الحميد حسن يوسف، ١٩٩٦: جغرافية الرعاية الصحية في محافظة الدقهلية، رسالة دكتوراة منشورة ، كلية الآداب جامعة الزقازيق.
- ١٣- علي سعيد البرغثي وأنس أبو بكر بعيرة ، ٢٠٠٧: تقويم السياسات الصحية في ليبيا، المؤتمر الوطني الأول للسياسات العامة في ليبيا ١١- ١٣ يونيو ٢٠٠٧، جامعة قاريونس ومركز البحوث والاستشارات ، بنغازي .



- ١٤- فاتن محمد البنا، ١٩٩٤: الرعاية الصحية والتنمية البشرية في إفريقيا، بحوث في الدراسات الإفريقية ، نشرة دورية محكمة رقم ٣٩ معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة.
- ١٥- محمد مدحت جابر، ٢٠٠٤: نحو وحدة عربية سليمة بدنياً وعقلياً- تحليل جغرافي للأمراض الوراثية في الوطن العربي، دراسات في الجغرافية الطبية ، محمد مدحت جابر وفاتن محمد البنا، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ١٦- منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٠: التقرير السنوي للمدير الإقليمي عن أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق البحر المتوسط، الإسكندرية.
- ١٧- نجاه محمد رضا إسماعيل، ١٩٩٣: جغرافية الخدمات الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

المراجع الأجنبية :

- 1- Ashworth,A & Dowler,1991: Child Malnutrition, In Diseases and Mortality in Sub –Saharan Africa,Edited by Feachem, R.G.,& Jamison,D.T., World Bank, Oxford university press, Washington.
- 2- Brieger,W.R.,1996: Health education to promote community involvement in the control of tropical diseases, Acta Tropica, 61(2): 93 – 106 .
- 3- C.A.I.MED, 2005 : Welfare in the Mediterranean countries, Great Arab popular socialist lybian Jamahyria, Italy.

- 4- Cook, G.C., 1996 : Nutrition – Associated Disease, In Manson's Tropical Diseases, Edited by Cook, G.C., Twentieth edition, WB Saunders company LTd, London.
- 5- Esrey,S.A. & Habicht,J.P.,1986: Epidemiologic evidence for health benefits from improved–water and sanitation in developing countries, In Epidemiologic Reviews, (8) Maryland;USA:117-126.
- 6- Fajewonyomi, B.A.,1983: An approach to effective health care delivery in a developing nation; a case for Nigeria,Soc.Sci.Med., 17(9):525-529.
- 7- FAO , Food Balance sheets, 2003.
- 8- Graram,W.J.,1991: Maternal mortality levels; Trends and data deficiencies, In Disease and mortality in sub – saharan Africa, edited by Feachem, R.G., & Jamison, D.T., Oxford university press, Washington.
- 9- Huttly, S.R.A.,1990: The impact of inadequate sanitary conditions on health in developing countries, WHO, Statistics quarterly, 43(3):118–126.
- 10-McGlashan,N.D.,1972: The distribution of population and Medical facilities in Malawi, In Medical Geography; Techniques and field studies, edited by McGlashan,N.D., Methuen & ColTD, London.
- 11-Sebina, D.B.,1980: Africa and the decade; environment health in the African context is a starting point for most if not all health activities since water–associated diseases are among the leading causes of morbidity and mortality, In The Magazin of the World Health organization, WHO, August/ September: 5.
- 12-THE World Bank , 2005 : World Development Indicators, 2005.
- 13-----, 2006 : World Development Indicators, 2006.
- 14- World population data sheet 2000, Population Reference Bureau, June, 2000.



-
- 15-WHO, 2005: The Database on Anaemia includes data by country on prevalence of anaemia and mean haemoglobin concentration, Vitamin and mineral Nutrition Information system.
- 16-WHO, 2006: Core health Indicators.
- 17-WHO, 2006: Mortality country fact sheet 2006, World Health statistics.
- 18- WHO, 2006 : Country cooperation stratege for WHO and the Libyan Arab Jamahiriya 2005–2009, Regional office for the Eastern Mediterranean, Cairo.
- 19- WHO, 2007: Country cooperation strategy, Libyan Arab Jamahiriya, www.who.int/countries/iby/en/, 15-6-2008
- 20-WHO, 2007: Immunization profile–Libyan Arab Jamahiriya; Vaccine–preventable diseases, monitoring system 2007 Global sammary:1-6.
- 21- WWW.FAO.org /world/regional/rnem 24-6-2008.