كلية الآداب– الدراسات العليا

برنامج ماجستير الجغرافيا

التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية وعلاقتها بنوعية الخدمات المقدمة في محافظة جنين كحالة دراسية

Geographic Distribution of Health Centers and Services as Related to the Quality: Jenin Governorateas a Case Study

اعداد

فلاح أبو الرب

اشراف

د.أحمد أبوحماد

2015

كلية الآداب– الدراسات العليا

برنامج ماجستير الجغرافيا

التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية وعلاقتها بنوعية الخدمات المقدمة في محافظة جنين كحالة دراسية

Geographic Distribution of Health Centers and Services as Related to the Quality: Jenin Governorateas a Case Study

اعداد

فلاح أبو الرب

اشراف

د.أحمد أبوحماد

قُدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا من كلية الدراسات العليا في جامعة بيرزيت، فلسطين

2015

إجازة الرسالة

التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية وعلاقتها بنوعية الخدمات المقدمة قي محافظة جنين كحالة دراسية

Geographic Distribution of Health Centers and Services as Related to the Quality: Jenin Governorate as a Case Study

إعداد: فلاح امين أبو الرب

الرقم الجامعي: 1125258

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 11/ 5/2015 من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

د. احمد ابو حماد مشرفاً التوقيع:.....

د. احمد النوباني عضواً التوقيع:.....

د. عبد الناصر عرفات عضواً التوقيع:.....

2015

الإهداء

الى من علماني الصبر والنجاح، ومن افتقدهما الى روح والدي طيب الله ثراهما.

الى من اضاءت لي الطريق، وساندتني وعاشت معي الحلم الى زوجتي هيفاء.

الى عوني في هذه الحياة اختي واخواني.

أهديكم جهدي المتواضع

فلاح أبو الرب

شكر وعرفان

أشكر الله العلي القدير الذي وفقني لألتحق بركب العلم والعلماء، فهو أحق بالشكر والثناء سبحانه وتعالى،وانطلاقاً من قوله صلى الله عليه وسلم "من لا يشكر الناس لا يشكر الله"، أتقدم بالشكر الجزيل

إلى جامعتي الغالية هذا الصرح العلمي الأصيل، وإلى كلية الاداب – دائرة الجغرافيا ، إدارة وأعضاء هيئة تدريس وطاقم إداري.

إلى الذي وقف معي خلال مشواري التعليمي، موجهاً، ومعلما، ومرشداً، وعطاءً بلا حدود، وزودني بالخبرة التي أثرت قدراتي، أستاذي الفاضل الدكتور أحمد أبو حماد.

إلى جميع المؤسسات الأهلية والحكومية (أفراداً وإدارات)، الذين قدموا كل العون والمساعدة بإجابتهم على أسئلة أدوات الدراسة، استمارة، والتي بدونها ما كان بالإمكان هذه الدراسة ووضعها في صورتها النهائية

وأخيراً، إلى من ظلل النسيان ذاكرتي عن شكرهم بالاسم، أتقدم لهم بالاعتذار وبجزيل الشكر وعظيم الامتنان لمساعدتهم القيمة.

فلاح أبو الرب

إقرار

أقر أنا مقدم هذه الرسالة أنها قدمت لجامعة بيرزيت لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل اي درجة علمية لأي جامعة أو معهد او اي مؤسسة تعليمية او بحثية.

التوقيع:.....

فلاح أبو الرب

التاريخ :.....

قائمة المحتويات

الرقم	المحتوى	رقم الصفحة
	إجازه الرساله	**أ**
	الاهدء	**ب**
	الشكر والتقدير	**ت**
	الاقرار	**ث**
	قائمة المحتويات	**ج**
	قائمة الجداول	**د**
	قائمة الاشكال	**ذ**
	قائمة الخرائط	**ز**
	قائمة الملاحق	**س**
	الملخص باللغة العربية	**ش**
	الملخص باللغة الانجليزية	**ض**
الفصل الاول **منهجية البحث والدراسات السابقة**		
1.1	المقدمة	2
2.1	مشكلة الدراسة	3
3.1	اسئلة الدراسة	4
4.1	فرضيات الدراسة	5
5.1	اهداف الدراسة	5
6.1	مبررات الدراسة	6
7.1	اهمية الدراسة	7
8.1	منهجية الدراسة	8
9.1	ادوات الدراسة	9

10.1	طرق جمع البيانات ومصادرها	10
11.1	عينة الدراسة	11
12.1	الدراسات السابقة	13
	الفصل الثاني **الحدود المكانية للدراسة**	
1.2	الحدود المكانية	36
2.2	الموقع	36
3.2	جنين عبر التاريخ	36
4.2	المساحة	39
5.2	المناخ	39
6.2	السكان	39
7.2	الصحة	40
8.2	التجمعات السكانية في محافظة جنين	40
1.8.2	أنواع التجمعات السكانية	46
	الفصل الثالث **الخلفية النظرية للدراسة**	
1.3	المقدمة	49
2.3	التخطيط	49
1.2.3	اسباب التخطيط	50
2.2.3	مراحل التخطيط	50
3.2.3	مستويات التخطيط	51
3.3	التخطيط الصحي	52
1.3.3	اهمية التخطيط الصحي	52

2.3.3	مراحل التخطيط الصحي	53
3.3.3	انواع التخطيط الصحي	54
4.3	اهداف المؤسسات الصحية	56
5.3	العوامل الطبيعية المؤثرة في الصحة	57
6.3	مستويات الخدمة الصحية في الاردن	58
1.6.3	الرعاية الصحية الاولية	58
2.6.3	الرعاية الصحية الثانوية	58
3.6.3	الرعاية الصحية التخصصية	59
4.6.3	الرعاية الصحية طويلة الامد	59
7.3	مستويات الخدمة الصحية الفلسطينية	59
8.3	الجهات التي تقدم الخدمات الصحية	61
9.3	العوامل المؤثرة في تطور المستشفيات	62
10.3	مدخلات المستشفى	62
11.3	انواع الخدمات الصحية	63
12.3	التامين الصحي	64
1.12.3	انواع التأمين	64
13.3	دور نظم المعلومات الجغرافية في التخطيط الصحي	65
1.13.3	وظائف نظم المعلومات الجغرافية في الجانب الصحي	65
14.3	معايير الرعاية الصحية الاولية الفلسطينية	66
1.14.3	كيفية تصنيف المعايير وترميزها	66
2.14.3	كيف يتم تقييم المعيار	67

3.14.3	درجات التقييم	68
15.3	المعايير الفلسطينية للمراكز الصحية	68
	الفصل الرابع **تحليل الدراسة ومناقشتها**	
1.4	تحليل استبانة متلقي الخدمة	70
2.4	تحليل استبانة مقدمي الخدمة	78
3.4	التحليل الحيزي لإنتشار المراكز الصحية في محافظة جنين	102
4.4	تحليل البيانات الطبية في المستشفيات الحكومية والاهلية	119
5.4	التجمعات السكانية حسب المنطقة	121
6.4	تحليل معامل موران	127
7.4	تحليل النقاط الساخنة والباردة (Hot Spot)	128
	الفصل الخامس **النتائج والتوصيات**	
1.5	النتائج	131
2.5	التوصيات	136
	قائمة الجداول	
1	التجمعات السكانية في محافظة جنين	41
2	تطور اعداد مراكز الرعاية الصحية الاولية حسب الخدمات– محافظة جنين (2010– 2013)	44
3	تطور اعداد مراكز الرعاية الصحية حسب المستوى – محافظة جنين (2010–2013)	45
4	تطور اعداد القوى العاملة في مديرية الصحة في	46

	محافظة جنين (2010– 2013)	
5	الكادر الطبي المتوفر في المستشفيات الحكومية والاهلية	120
قائمة الأشكال		
1	علاقة متغير الجنس بمدة إنتظار المرضى للدخول للطبيب	70
2	علاقة متغير الجنس بتلقي الاهتمام المناسب للمريض	71
3	علاقة متغير الجنس ومناسبة تكاليف العلاج الطبي لدخل المريض	72
4	علاقة متغير العمر بتوفير وسائل الراحة للمرضى	73
5	علاقة متغير العمر بتوفر الادوية	74
6	علاقة متغير الدرجة العلمية بسلوك الكادر الطبي	75
7	علاقة متغير الدخل الشهري بتلبية احتياجات المرضى السريعة	76
8	علاقة متغير مكان السكن بسلوك الكادر الطبي	77
9	علاقة متغير الجنس بكفاية العلاج المقدم	78
10	علاقة متغير الجنس بكفاية التدفئة والتكييف داخل المركز الصحي	79
11	علاقة متغير الجنس بكفاية عدد الممرضين في المركز الصحي	80
12	راي المبحوثين في توفير الاجهزة الطبية بناء على متغير الجنس	81
13	راي المبحوثين في مستوى نظافة المركز الصحي بناء على متغير الجنس	82
14	علاقة متغير العمر بالوقت المتاح للاستماع للمريض من قبل الطبيب	83
15	علاقة متغير العمر في رايه حول ملاءمة الاسعار	84

	للمرضى	
16	علاقة متغير العمر براي المبحوثين حول عدد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي	86
17	علاقة متغير العمر على قدرة المركز بتوفير جميع علاجات المرضى	87
18	علاقة متغير الدرجة العلمية للمبحوثين على تحديد اطباء متخصصين حسب حالة المريض الصحية	88
19	توفر الاجهزة الطبية بناء على الدرجة العلمية للمبحوثين	89
20	الالتزام بقواين العمل حسب الدرجة العلمية للمبحوث	90
21	ملاءمة دوام الاطباء المتخصصين بناء على الدرجة العلمية للمبحوثين	91
22	اعداد الاطباء المتخصصين بناءً على اراء درجات علمية مختلفة للمبحوثين	92
23	اعداد الاطباء المتخصصين بناء على متغير التخصص العلمي المتوفرة في المركز الصحي	93
24	ملاءمة دوام الاطباء المتخصصين بناء على متغير نوع مؤسسة العمل	94
25	الاهتمام بالنظافة بناء على متغير مؤسسة العمل	96
26	اعداد الاطباء المتخصصين بناء على نوع مؤسسة العمل	97
27	عدد المرافق العامة (حدائق، استراحات) حسب نوع مؤسسة العمل	98
28	ملاءمة دوام الاطباء المتخصصين حسب متغير سنوات الخبرة للمبحوثين	99
29	الإهتمام بالنظافة حسب متغير سنوات الخبرة للمبحوثين	100

30	توفر أخصائيين نفسيين واجتماعيين حسب متغير المسمى الوظيفي للمبحوثين	101
31	التوزيع الطبيعي لمعامل موران	128
	قائمة الخرائط	
1	التجمعات السكانية في محافظة جنين	43
2	التجمعات السكانية ومستوى الفئات في محافظة جنين	103
3	نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للمراكز الصحية الحكومية في محافظة جنين	104
4	التوزيع الجغرافي ونطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للمختبرات الطبية الحكومية في محافظة جنين	107
5	نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم لعيادات طب الاختصاص الحكومية في محافظة جنين	109
6	نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم لعيادات طب الاسنان الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين	112
7	نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم لمراكز الأشعة الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين	113
8	نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للصيدليات الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين	115
9	نطاق التأثير على نصف قطر 1 كم لعيادات تنظيم الأسرة والامومة والطفولة في المراكز الصحية الحكومية في محافظة جنين	117
10	المستشفيات الحكومية والاهلية في محافظة جنين	118
11	التجمعات السكانية حسب المنطقة	122
12	النقاط الساخنة والباردة في المحافظة	129
	المصادر والمراجع	139

قائمة الملاحق		
1	استبانة مقدمي الخدمة	1
2	استبانة متلقي الخدمة	4
3	المعايير الفلسطينية للخدمات الصحية	7
4	معايير منظمة الصحة العالمية للخدمات الصحية	7
5	الكادر الطبي في العيادات الصحية في محافظة جنين	8
6	الكوادر الطبية المتوفرة في المراكز الصحية الحكومية والاونروا	8

الملخص

أُجريت الدراسة في العام 2014، بهدف التعرف على مدى كفاية وجودة وتوزيع الخدمات الطبية المقدمة للمواطن في المراكز الصحية الموزعة جغرافياً في محافظة جنين، ولتحقيق هذه الاهداف فقد تم تبني المنهج الوصفي والتحليلي واستخدمت الأدوات التحليلية والميدانية الاحصائية حيث تم تصميم إستبانتين، الأولى استبانة متلقي الخدمة، والثانية استبانة مقدمي الخدمة في المراكز الصحية وتم توزيع الإستبانتين، حيث وزعت الاولى على عينة عشوائية لمتلقي الخدمة، اما الثانية فوزعت على عينةلمقدمي الخدمة ، إضافة الى استخدام برنامج SPSS وتقنيات الـ GIS للتحليل الاحصائي والمكاني للمراكز الصحية.

ومن أهم النتائج التي خلصت اليها الدراسة بخصوص المستشفيات، وجود نقص في عدد الاسرة، أما بالنسبة للمراكز الصحية، فكانت اهم نتائج الدراسة تتركز حول وجود نقص في عدد الاطباء العامين في مستوى الرعاية الصحيةِ الاول والأقل مستوى خدمة ، بالاضافة الى نقص عدد المختبرات والاشعة والصيدلة، واطباء الاختصاص، وافتقار التجمعات السكانية للمراكز الصحية في الفئة الثانية، ونقص في عدد المراكز الصحية في المستوى الثالث والرابع الأكثر مستوى خدمة مقدمة، بالاضافة لعدم توفر سيارات اسعاف، واثاث مناسب لاستقبال المرضى، كما تتوكز معظم الخدمات الصحية في المدينة ووسط المحافظة ، وعدم توفر الادوية كاملة حيث يتم صرفها في المراكز الصحية، وكان من أهم النتائج بخصوص درجة الرضا عن سلوك الكادر الطبي مع المراجعين بدرجة ممتازة، وقد تبين ان الفئة الاكثر زيارة للمراكز الصحية والاكثر رضا عن مستوى تلبية احتياجات المريض هم من الفئة ذات الدخل المحدود، وكان من أهم النتائج الخاصة بالتوزيع الجغرافي للمحافظة وجود نقص في المستشفيات في كل من المنطقة الشرقية والمنطقة الغربية.

وقد أوصت الدراسة بـتعيين اطباء اختصاص من باطني وقلب واطفال وجلدية في المستشفيات ، بالإضافة الى زيادة عدد الاسرة بالمستشفى وبناء مستشفيين واحد في المنطقة الشرقية وواحد في المنطقة الغربية، اما التوصيات المتعلقة بالمراكز الصحية فقد أوصت الدراسة بإنشاء مراكز صحية من المستوى الاول في التجمعات السكانية التي لا يوجد فيها مراكز صحية، مثل عرانة والتجمعات التي تقع غرب يعبد كإم دار وخربة المنطار وظهر العبد وغيرها، وايضاً قرية الكفير والمنصورة وغيرها، ورفع مستوى الرعاية من المستوى الاول الى الثاني ومن الثالث للرابع ، وتعيين عدد كافي من الاطباء العامين والاختصاص، وزيادة عدد المختبرات والاشعة والصيدليات، وتوفير وسائل راحة ومواقف وحدائق عامة.

Abstract

This study was conducted in 2014. The main objective is to identify the quantitativeandqualitative distribution of the health services in Jenin Governorate. The study of the qualitative and quantitative distribution of health services is important in filling the gaps by previous studies, in addition to the need toassist decision makers in choosing locations for new health centers based on population, geographic distribution, and health requirements.

Information on health services were collected from different sources Such as published literaturesand the preparation of two questionnaires; the first questionnaire was randomly distributed at172 Palestinian health service beneficiaries, while the second questionnaire was distributed at172 Palestinian health- service providers, resulting in a total of 344 questionnaires. Spatial distribution of health centers was assigned using GIS, and both questionnaires were analyzes using SPSS programs.

Results with regard to hospitals revealed that the overall number of general practitioners and nurses in the Palestinian hospitals are within the local and international standards; however there is a scarcity in the numberofpediatricians,surgeons,dermatologists,dentists, and ophthalmologists. In addition, there is a shortage in the number of hospital beds. On the other hand, and concerning health centers, the results indicated that there is a scarcity in the number of GPS in the primary health care, in addition to the shortage of laboratories, radiology centers, pharmacies, and specialized doctors. There is a shortage in the number of health centers of the second, the third and the fourth service levelof health care. Besides, the number of ambulances serving health centers areinsufficient, furniture at the health centers is unsuitable, as most of the health center services focus on the major city centers.

The main recommendations of the study with respect to hospitals are:i) hire more pediatricians, surgeons, dermatologists, dentists, etc.; increase the number of beds; ii) build two hospitals in one the eastern and the other in western part of the Governorate; iii) and provide better facilities with regards to parkingandrecreational areas (gardens). The main recommendations concerning health centers are: i)build primary health centers in highly populated areas; ii) increasethe level of health care from the primary level to the secondary and from the third to the fourth level; iii) hire sufficient number of general practitioners and specialists; iv) raise the number of laboratories, radiology centers, and pharmacies; v) provide better facilities; and vi) coordinate the distribution of medicine between governmental institutions and donor communities.

الفصل الاول

منـهجية الدراسة والدراسات السابقة

الفصل الاول

1.1.المقدمة:

يقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها وحضاراتها، بما حققته من تقدم وازدهار علمي واجتماعي يشمل كافة مناحي الحياة، لكن مؤشر هذه الحضارات والإزدهار الحقيقي ينبع من اهمية الاعتناء بالفرد او الانسان، لانه هو الذي يبني الحضارات وهو من يرفع لواء الرقي والازدهار، لذا فـإن أولوية الإهتمام بالفرد أو ألإنسان تتجلى بالإهتمام الصحي بما يشمل الجسدي او العقلي او النفسي ليكون مؤهلا لما سيحمل على عاتقه من تطلعات نحو الافضل، ذلك لأن العقل والقلب السليم يكمنان في الجسم السليم القادر على العطاء والتفكير ووضع الخطط والاستراتيجيات بمختلف حقولها.

وحسبما تظهر معطيات تاريخية واجتماعية وعلمية فلسطينية، فان بعض المدن والمناطق الفلسطينية شهدت تفاوتا بشأن المشافي ودور واماكن العلاج، وتقديم الخدمات الصحية والطبية لمحتاجيها، وهنا لا بد من الإشارة إلى المدن الفلسطينية الساحلية خصوصا، ومدن القدس والناصرة ونابلس ورام الله وصفد وبيسان والخليل التي كانت تستحوذ اكثر من غيرها على المقاصد الصحية والعلاجية.

ومع ذلك فقد كانت مدن اخرى مثل مدينة جنين لا تخلو من مركز صحي وعيادة هنا او مكان علاجي للتداوي بالاعشاب "العطارة " هناك، كما وكانت البعثات الطبية تفد الى المدينة إما موسميا من قبل بعض الهيئات المحلية اوالكنسية، أو شهريا من قبل المؤسسات

والمشافي الكبيرة المقامة في المدن الاخرى، و أحيانا كانت سلطات الحكم "المحتلة او المنتدبة اوالغازية " تقوم بتوفير بعثات طبية للمدينة في حال إنتشار وباء او مرض معدي ليس حرصا من هذه السلطات على السكان بقدر حرصها على عدم انتشار المرض ليطال أفرادها أو عناصرها.

من هنا يمكن القول بوجود خلل في توزيع الخدمات الصحية والعلاجية في المدن والمحافظات الفلسطينية وإستفحاله عبر قرون وعقود كثيرة، لم يكن خلالها أي من السلطات التي حكمت فلسطين معنية بالاستقرار لهذه البلاد، تماماً كماهي هذه السلطات الغاصبة معنية بطمس معالم هذا الوطن وتدمير كل مقومات الحياة،التي تمنح الفرد أو المواطن الفلسطيني الصمود ومقاومة الأمراض كي لا يقاوم المحتل ويتفرغ لبناء وتطوير مؤسساته وصروحه الصحية والعلمية.

2.1. مشكلة الدراسة:

بالرغم من إهتمام الحكومات والمؤسسات المعنية بالرعاية الطبية والصحية للمواطن، والتطور العلمي الذي حصل في العقود الماضية، والتقدم في إختراع الأدوات، والتقنيات، والاجهزة، وانتشار الادوات الطبية الحديثة، والتقدم في العلوم الطبية، وبناء وفتح الجامعات، والمعاهد، والكليات الطبية، وبناء المراكز الصحية والمستشفيات، وانتشار مصانع الادوية، ومشاركة القطاع الخاص، والمؤسسات الاهلية، وتعدد الجهات المقدمة للخدمات الطبية ، وزيادة عدد السكان، وإتساع التجمعات السكانية،والوضع ألإقتصادي للسكان، إلا اننا في فلسطين نعاني من وضع صحي خاص، يختلف تماماً عن الدول والشعوب الأخرى، بسبب قلة الموازنات

الخاصة بالقطاع الصحي في فلسطين، بالاضافة الى الاحتلال الاسرائيلي الذي اعاق الكثير من التقدم في هذا المجال ، نتيجة للقيود الاسرائيلية المفروضة على بعض انواع الخدمات الصحية، والعلاجات الطبية، كالادوية المشعة المعالجة للسرطان وإقامة المباني(وزارة الصحة 2012)، وقد انعكست هذه الآثار على زيادة المشاكل المرتبطة بالقطاع الصحي في الضفة عموماً وفي محافظة جنين على وجه التحديد، وتتمثل مشكلة الدراسة بنقص المعلومات عن أعداد وأنواع الخدمات والتجهيزات الصحية المتوفرة وتوزيعها الجغرافي، وبالتالي خلق مشكلة من ناحية القدرة على التخطيط السليم لقطاع الصحة في المحافظة ،والتي قد تؤدي الى ضعف التوزيع الجغرافي المناسب والصحيح للمراكز الصحية ، مما ينعكس على الخدمات المقدمة للمواطنين، وتوزيعها الجغرافي، كماً ونوعاً، وينعكس سلباًعلى قدرة المواطنين في الوصول الى هذه الخدمات، وبالتالي التاثير سلباً على مستواهم الصحي.

3.1. أسئلة الدراسة:

تتمثل أسئلة الدراسة في سؤال رئيس وأسئلة فرعية، أما السؤال الرئيس فهو: هل التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية المقدمة في محافظة جنين كما ونوعا، يلبي ويلائم ويناسب حاجات المواطنين؟

أما الأسئلة الفرعية فتتمثل في الاتي:

- ما الآثار الناجمة عن عدم التوزيع المناسب والصحيح للمراكز الصحية، والخدمات الطبية المقدمة للمواطنين في محافظة جنين؟
- ما مدى كفاية الكادر الطبي والعاملين في المراكز الصحية بالنسبة لاعداد السكان؟

- هل الخدمات الصحية المقدمة هي حسب المعايير الوطنية والدولية؟
- هل تتناسب اعداد المراكز الصحية مع عدد السكان في التجمعات السكانية؟
- هل التجهيزات والادوات الطبية مناسبة من حيث النوع والعدد للمراكز الصحية؟
- ما هي اهم الخدمات الطبية المقدمة(تحاليل، اشعة، استقبال المرضى، وغيرها)؟
- هل الخدمات الطبية المقدمة تلبي احتياجات المواطن؟

4.1. فرضيات الدراسة:

- يوجد علاقة بين توزيع الخدمات الصحية وتوزيع التجمعات السكانية.
- يؤثر عدم التوزيع المناسب على نوعية الخدمات الصحية المقدمة.
- الخدمات الصحية لا تتبع المعايير الوطنية والدولية.
- لا يوجد علاقة لأعداد الكوادر الطبية بأعداد السكان.

5.1.أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في هدف رئيسي واحد، وعدة أهداف فرعية، أما الهدف الرئيسي فهو التعرف على مدى كفاية وجودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطن في المراكز الصحية جغرافياً في محافظة جنين.

أما الأهداف الفرعية فتتمثل فيما يلي:

- التعرف على التوزيع الجغرافي الحالي للمراكز الصحية، سواءً كانت عامة او خاصة.
- التعرف على نوعية ومدى جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان من حيث:

- عدد الاطباء المتواجدين في المراكز الصحية وتخصصاتهم.
- عدد الممرضين المتواجدين في المراكز الصحية طول الفترة التي تقدم فيها الخدمة.
- نوعية وعدد الأجهزة والمعدات الطبية المتوفرة في المراكز الصحية وملاءمتها لاحتياجات السكان.
- توفر الخدمات الطبية المساندة المختلفة(مثل التحاليل الطبية، والاشعة، والصيدلة) داخل المراكز الصحية.

- مقارنة مستوى الخدمات الصحية المحلية المقدمة، مع المعايير الوطنية، والعالمية.
- تحديد جهة الإشراف على المراكز الصحية المختلفة(حكومية، أو أهلية، او وكالة)، وربطها مع مستوى الخدمات المقدمة.
- التعرف على أهم المعوقات التي تؤثر على توزيع المراكز والخدمات الصحية.
- الوصول إلى نتائج تساهم في اقتراح توصيات مناسبة، تساعد في التغلب على المشكلات والمعيقات في التوزيع الجغرافي والخدماتي للمراكز الصحية.

6.1. مبررات الدراسة:

- قلة الدراسات المتوفرة عن هذا الموضوع في محافظة جنين في حدود علم الباحث.
- اظهار مدى وحجم هذه المشكلة في محافظة جنين، ومحاولة وضع الحلول المناسبة لها، من خلال دراسة الوضع بشكل علمي متعمق، ومن ثممحاولةطرح توزيع مناسب لتلك المراكز الصحية، والخدمات الصحية المقدمة للمواطن.

- الحاجة لهذا النوع من الأبحاث، من أجل الوقوف على المعوقات التي تسهم في عدم توزيع المراكز الصحية بشكل سليم، وتقديم خدمة صحية تليق بالمواطن.
- الرغبة في الحصول على خدمات طبية محلية، تتلائم مع المعايير الدولية والعالمية، قدر الامكان.

7.1. أهمية الدراسة:

تتمثل منطلقات أهمية الدراسة فيما يلي:

- تساعد مخرجات هذه الدراسة أصحاب القرار، في وضع أسس سليمة لإنشاء مراكز صحية، موزعة بشكل يتناسب مع عدد السكان وتوزيعهم الجغرافي،واحتياجاتهم الصحية في التجمعات السكانية.
- تناول آثار التوزيع الخدماتي والجغرافي العشوائي على التجمعات السكانية، وما تسببه من تكاليف مالية، وصعوبات على المواطنين، للوصول إلى المراكز الصحية.
- التعرف على احتياجات المراكز الصحية من تخصصات نادرة وفاعلة في العلوم الطبية، وأجهزة طبية حديثة، وذلك بسب وجود التخصصات الطبية الضرورية في المراكز الرئيسة فقط.
- زيادة توعية المجتمع في التجمعات السكانية، والمسؤولين، والحكومة، ب أهمية ايلاء الخدمات الصحية توزيعاً عادلاً.

8.1. منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على عدة مناهج علمية، والتي من خلالها تم الوصول لاهداف هذه الدراسة، بأفضل طريقة ممكنة، حيث تم استخدام المنهج التاريخي وذلك لاهميته، في اظهار منطقة الدراسة، وتطور القطاع الصحي عبر الزمن، والتوزيع الجغرافي للمراكز الصحية، بالاضافة للخدمات الصحية المقدمة ، كما اعتمدت الدراسة على استخدام المنهج الوصفي الايضاحي، وذلك للتعريف بحالة المراكز الصحية، وتوثيقها من خلال الملاحظة والتصوير، وتوزيع تلك المراكز وتحديد الخدمات الطبية المقدمة للسكان فيها.

وتم استخدام المنهج الميداني التحليلي والاحصائي، وجمع البيانات الطبية الميدانية، من خلال الملاحظات الشخصية، والمقابلات مع المسؤولين، والاطباء، والممرضين، والمرضى، والسكان، ومن ثم اسقاطها جغرافياً على خرائط للمنطقة، وحساب وتحليل معدل كثافة بعض العوامل الصحية (مثل عدد المراكز، عدد الاجهزة، ونوعها، والمسافة بين الخدمة الصحية والسكان، وتوفر هذه الخدمات للمواطنين، ونسبة الاطباء والممرضين بالنسبة لعدد للسكان، ومقارنتها بمعايير محلية ودولية)، وذلك لأهميته في تحليل البيانات، والمعلومات التي تم جمعها من خلال العمل الميداني، ومقارنتها من حيث كفايتها، او عدم كفايتها وذلك نسبة لمناطق واقاليم ودول اخرى، كما سيتم جمع معلومات مفصلة، عن جميع المراكز الصحية، من حيث توزيعها الجغرافي، وعدد الأطباء والكادر الطبي العامل فيها،واوقاتالعمل، وعدد المراجعين لها، وعدد ونوعية الاجهزة، والفحوصات المتوفرة، ونوعية الامراض التي يتم التعامل معها، والتجمعات السكانية التي تخدمها هذه المراكز وبعدها عنها، جميع هذه

المعلومات سيتم التعامل معها باستخدام قواعد بيانات جغرافية، وتخزينها واسقاطها، باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS)، وذلك لاجراء بعض التحليلات الجغرافية عليها، من حيث اظهار التوزيع السكاني، والكمي، والنوعي الموجود فيها، ومدى ملاءمته للسكان، وقربه او بعده عن مراكز التجمعات السكانية، وبالتالي المساعدة على تحديد السلبيات في هذا التوزيع، واقتراح توزيع انسب.

9.1. ادوات الدراسة:

لغرض إعداد الاداة (الاستبيان) تم تصميم استمارة خاصة، تضم بيانات حول المراكز الصحية، في محافظة جنين، والخدمات الصحية المقدمة للسكان، بحيث يكون مجتمع الدراسة هو سكان محافظة جنين بتجمعاتها السكانية الاثنان وتسعون تجمع،اما عينة الدراسة فهي الاطباء، والممرضين، والمرضى، اي(مقدمي ومتلقي الخدمة)، وكذلك مراجعة الادبيات ذات العلاقة، اضافة الى الزيارات الميدانية لبعض المراكز الصحية في منطقة الدراسة، والملاحظات، واللقاءات، والمقابلات الاستطلاعية، مع اصحاب العلاقة، من ادارات، ومواطنين، وعمل لقاءات مع المؤسسات المحلية، مثل وزارة الصحة، ومديرياتها، والمؤسسات الاهلية والخاصة، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا)، والجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، للاطلاع على كل من الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وعلى توزيع المراكز الصحية في المحافظة، وجمع البيانات والمعلومات التي تهم الدراسة، كما ستوفر الإستبانة معلومات عن مواقع الضعف الطبي، والتي تحتاج الى متابعة وتعديل حسب المعايير الوطنية والدولية.

كما تم استخدام الصور الجوية، والصور الفوتوغرافية، والبرامج الحاسوبية، مثل برنامج SPSS لتحليل الاستبيان، وبرنامج ال GISARC، لعمل الخرائط اللازمة، لمنطقة الدراسة، والتوزيع الجغرافي للمراكزالصحية، وذلك لاسقاط ومعالجة البيانات وتحليلها، وعمل بعض الجداول، والاشكال البيانية اللازمة، والتي توضح نسب مئوية وارقام وعلاقات تقاطعية بين العوامل المختلفة كالسكان، وعدد الأطباء، وكذلك توضح توزيع المراكز والخدمات الصحية، ونسبة توفر ونوع الخدمات الصحية حسب المناطق، والجهة المسؤولة، التي ستملىء الاستبانة منها، كما ستوفر الاستبانة معلومات عن مواقع الضعف الطبي، والتي تحتاج الى متابعة وتعديل حسب المعايير الوطنية والدولية.

وتم استخدام نظم المعلومات الجغرافية، لرسم خرائط تبين مواقع المراكز الصحية، والخدمات الصحية المقدمة للمواطن، ومتوسط بعد المراكز الصحية، والتجمعات السكانية، ومعدل المسافة، والزمن اللازم للوصول للخدمة، ومقارنة ذلك مع متوسط المسافة، ومعدل الوقت اللازم للوصول للخدمة، حسب المعايير الاقليمية او الدولية، وبالتالي اقتراح مواقع جديدة للخدمات لتحقيق توزيع جيد ومناسب.

10.1. طرق جمع البيانات ومصادرها:

تم جمع البيانات اللازمة والضرورية للدراسة، من خلال المصادر الاولية ذات العلاقة، خاصة من وزارة الصحة، ومديرياتها، والمراكز الصحية، ومن الجهاز المركزي للاحصاءالفلسطيني،كما تم جمع المعلومات من المكتبات العامة، والخاصة، ومن رسائل

الماجستير، والابحاث، والدراسات السابقة، والمجلات والكتب، واي مصدر له علاقة بالدراسة.

وتم جمع المعلومات من خلال الميدان، بطرق وأدوات مختلفة، منها الزيارات الميدانية، والمقابلات، والملاحظات، والاستبيان.

قبل البدء بـإدخال البيانات الى برنامج التحليل الاحصائي SPSS، تم فرز الاستمارات، واستبعاد ما لم يكن منها صالحا، مثل نسبة مرتفعة من الاسئلة غير المجابة، عدم جدية المبحوث في الاجابة، ثم حوسبتها الى برنامج (SPSS) الاحصائي، واجراء التحاليل الاحصائية، التي تلزم للتاكد من الفرضيات السابقة، وعمل الجداول، والاشكال، والخرائط التي تساعد في تحديد النتائج التي تلبي اهداف الدراسة.

كما تم اسقاط المعلومات الحيزية الخاصة على خرائط للمنطقة، وذلك بغية الحصول على توزيع المراكز والخدمات الصحية، وذلك بهدف رسم عدة خرائط للمحافظة، والتجمعات السكانية والمراكز والخدمات الصحية فيها.

11.1.عينة الدراسة:

بسبب كبر مجتمع الدراسة في محافظة جنين، وصعوبة مسح المراكز الصحية كاملة، تم تقسيممحافظة جنين الى خمسة فئات، حسب عدد سكان التجمع حيث يوجد المركز ، وتم اختيار 45 مركز صحي كعينة دراسية بحيث تغطي العينة ما لا يقل عن 20% من مجتمع الدراسة،ولتحقيق الأهداف المذكورة سابقا تم تصميم إستبانتين: إستبانةمتلقي الخدمة وهم المواطنين الذين يتلقون خدمة الرعاية الصحية فـي المراكز الصحية، والثانيةهم مقدمي

الخدمة، وهم من الكادر الطبي، حيث كانت عينة الدراسة لمقدمي الخدمة عينة طبقية، وتتشكل من طبيب عام، وممرض، واداري، وفني مختبر أو أشعة أو صيدلي أو رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، وكان عدد العينة أربع إستبانات لكل مركز صحي لمقدمي الخدمة، بينما كانت عينة متلقي الخدمة عشوائية، تم إختيار العينة العشوائية لتوزيع الاستمارات بواقع أربع استمارات لمتلقي الخدمة لكل مركز صحي، أي أن مجموع عينة الدراسة للإستمارتين ثمانية إستمارات لكل مركز صحي، وقد كان العدد الكلي لكلا الإستبانتين هو 360 استبانه، يستثنى منها ست عشرة إستبانة وذلك عن مركزين إثنين غير عاملين حتى الآن.

وتم تحديد عدد الإستمارات بالإعتماد على عدد السكان وعدد التجمعات السكانية، حيث ان معظم الدراسات الميدانية تعتمد على عينة تغطي من 10% الى 20% وتم اخذ الحد الادنى 10% بسبب العدد الكبير للسكان.

12.1. الدراسات السابقة:

أبو طويلة(2006): دراسة بعنوان "الانتشار المكاني للمراكز الصحية، والاحتياجات المستقبلية في الضفة الغربية"، وهدفت الدراسة الى معرفة التخطيط والتوزيع للمراكز الصحية حسب التجمعات السكانية، ومدى التوافق بينهما، والتأكد من تقديم او عدم تقديمالخدمة الطبية المناسبة، والتباين بين المحافظات في عدد المراكز الصحية من أجل تطويرها، ومن أهم المناهج المستخدمة فيالدراسة المنهج التحليلي، والمنهج المقارن، والإستقرائي، والإستنتاجي، والكارتوغرافي.

وتختلف هذه الدراسة حول محافظة جنين عن دراسةأبو طويلة بأن الباحث يستخدم تقنيات ال GIS، لتحليل الإنتشار الحيزي للمراكز والخدمات الصحية في المحافظة، وتوفير مقترحات لإقامة مراكز صحية جديدة في المناطق المهملة والبعيدة، والتركيز على المناطق القريبة من جدار الفصل العنصري ، لتقديم الخدمة الصحية للموطنين، وكذلك يستخدم الباحث الإستبانة والمقابلات مع أصحاب العلاقة، كما يستخدم المنهج الوصفي التحليلي، إلى جانب المنهج التاريخي، با لإضافة الى المنهج الميداني، علماً أن دراسة أبو طويلة عن الضفة الغربية بينما هذه الدراسة فقط عن محافظة جنين.

استيتة (2009): دراسة بعنوان "التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية GIS"،وهدفت الدراسة الى معرفة توزيع الخدمات الصحية الحالية ومدى ملائمتها لمعايير التخطيط، وتحديد مشكلات توزيع الخدمات الصحية المكانية، ووضع بدائل افضل، و أكثر مناسبة لتوزيع مراكز الخدمات

الصحية، في مدينة طولكرم، بسبب سوء توزيع الخدمات الصحية، وتمركزها في وسط المدن، وعدم مراعاة معايير توزيع هذه الخدمات، مع زيادة السكان، والتطور العمراني، وغياب التخطيط وضعفه، وغياب التنسيق بين المؤسسات المعنية بذلك، ومن اهم نتائج هذه الدراسة بالنسبة للمستشفيات والمراكز الصحية، ان حالة البناء جيدة، وتصميمها مناسب، أما بالنسبة لنصيب السرير من مساحة المستشفى فوجد أن هنالك نقص في مساحة المستشفى، وعدد السكان المخدومين، كما أن مدخل المستشفى في مدينة طولكرم يعاني من إختناقات مرورية دائمة، كما يوجد نقص في المساحات الخضراء، والمواقف، وهناك ضغط على مراكز الرعاية الصحية، و أن معظم الصيدليات متركزة في وسط منطقة الدراسة،ومن اهم التوصيات: انشاء مشفى جديد، و إقامة مراكز صحية أولية وطوارئ بشكل مخطط، وليس عشوائي، وتطوير المراكز الصحية، العمرانية،والطبية، والحوسبة، و إقامة صيدليات في المناطق المحرومة والمهمشة، وتقليل اعطاء رخصة لفتح الصيدليات، في المناطق التي تتوفر فيها صيدليات في منطقة الدراسة.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن الدراسة السابقة، في مكان وموقع المحافظة، حيث كانت الدراسة السابقة في مدينة طولكرم وضواحيها، بينما هذه الدراسة في محافظة جنين، وتضم الدراسة السابقة المدينة وضواحيها وهي إحدى عشرة تجمع سكاني، بينما محافظة جنين تضم إثنان وتسعون تجمع سكاني، وتختلف ايضاً في الاهداف، حيث التعرف على جودة الخدمات الصحية في المحافظة، ومقارنة الخدمات الصحية المقدمة مع الخدمات الاقليمية والدولية، مع إستخدام الاستبانة، والمقابلات، الى جانب إستخدام تطبيقات نظم

المعلومات الجغرافية، والدراسة السابقة تتحدث عن التخطيط بينما هذه الدراسة تتحدث عن التخطيط والتوزيع للخدمات والمراكز الصحية.

أقرع (2013): دراسة بعنوان "التخطيط المكاني للخدمات الصحية في محافظة سلفيت باستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية GIS"، وهدفت الدراسة الى تحليل واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية، وتحليل مدى الكفاءة والملائمة لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي الاحتياجات الصحية في المحافظة، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، ومن الأدوات التي استخدمت SPSSو GIS وخرجت هذه الدراسة بنتائج منها: وجود مشفى واحد في المحافظة، مع وجود نقص في مساحة المشفى، وعدم كفاية عدد الاسرة، مع وجود نقص في الكادر الطبي المتخصص، والعادي، والكادر التمريضي، والقابلات، مع زيادة في عدد فنيي الاشعة والمختبرات، وعدم وجود سيارة اسعاف لدى مديرية الصحة،ومن اهم التوصيات، زيادة مساحة المستشفى، وعدد الاسرة، وتعيين الكوادر الطبية المطلوبة المتخصصة، وتوفير سيارة اسعاف لمديرية الصحة، مع اعادة توزيع المراكز والخدمات الصحية، لتغطية المحافظة.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة أقرع، في مكان وموقع المحافظة، وعدد التجمعات السكانية حيث أن عدد التجمعات السكانية (19) تسعة عشرة تجمع في محافظة سلفيت بينما في محافظة جنين (92) اثنان وتسعين تجمع سكاني ، و تختلف في الأهداف والأدوات.

الكبيسي (2009): دراسة بعنوان "كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجة بإستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS"، هدفت الدراسة الى التعرف على كفاءة التوزيع المكاني للمراكز الصحية بإستخدام GIS،وتدني مستوى كفاءة الخدمات الصحية، والعدالة في التوزيعمع كثافة السكان.

وتختلف الدراسة الحالية لمحافظة جنين عن دراسة الكبيسي ، بالمنهجية المتبعة كالمنهج التاريخي، الى جانب المنهج الميداني، واختلاف الاهداف في التعرف على جودة الخدمات الصحية، ومقارنتها مع المعايير العالمية الصحية، الى جانب توزيع المراكز الصحية في المحافظة، وتحديد جهة الاشراف على المراكز الصحية، علماً ان إمكانيات الجمهورية العراقية المالية يفوق الامكانيات الفلسطينية، حيث جهة الاشراف في العراق هي الحكومة العراقية، بينما في فلسطين، هناك عدة جهات للاشراف على هذه المراكز الصحية، والتعرف على الإحتياجات الطبية، من كوادر وأجهزة.

أمين (2006): دراسة بعنوان "التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية، دراسة في جغرافية الخدمات "، وهدفت الدارسة الى الكشف عن حجم مكونات الخدمة الصحية وتوزيعهاالجغرافي، وتقديم صورة تحليلية لها، من خلال التحليل المكاني لهذه الخدمات، وذلك لارتباطها بالتنمية والتخطيطوالتطوير ، وتحقيق الجودة الصحية المقدمة للمواطن، بسبب المشاكل والعوائق التي تواجه قطاع الصحة في اليمن، ومنهاقلة الموارد المالية، وسوء توزيع الخدمات الصحية، و إرتفاع الكلفة الطبية، و إنخفاض كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات، وخلصت هذه الدراسة الى عدة نتائج، منها إفتقار بعض

المحافظات الى المراكز والمستشفيات الصحية، والعيادات، واختلاف حجم الخدمات الصحية، حسب الوحدة الادارية، كمحافظة او مديرية، مع عدم وجود مخططات صحية، وزيادة عدد المراكز الصحية، الى جانب عدد المديريات، والمحافظات.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة امين ، باستخدام تقنيات ال GIS، ورسم عدة خرائط عن المراكز الصحية الموجودة في محافظة جنين، وعن الخدمات الصحية في المحافظة، وتوفير مقترحات لاقامة مراكز صحية جديدة في المناطق المهملة والبعيدة، والتركيز على المناطق القريبة من جدار الفصل العنصري ، لتقديم الخدمة الصحية للمواطنين، وكذلك استخدام الاستبانة والمقابلات مع اصحاب العلاقة، والإعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، الى جانب المنهج التاريخي، بالإضافة الى المنهج الميداني، و تختلف من حيث المكان ، وطبيعة المشكلة، وأدوات الدراسة.

المومني (1994): دراسة بعنوان "التخطيط الاقليمي وأثره في تحسين الاداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة "، تناولت الدراسة أنماط التوزيع الجغرافيللخدمات الصحية في محافظة الطفيلة، وهدفت إلى دراسة الإختلافات المكانية للتوزيع الجغرافي، ومعرفة المواقع المثالية لتلك المراكز، ومن أهم التوصياتوضع الباحث إفتراضات شاملة لحل المشاكل الموجودة في الواقع التخطيطي، وذلك لغياب المعايير المناسبة.

كماأن نتائج وتوصيات هذه الدراسة عامة، ولا تفصل الإحتياجات، وما هي الأسس المطلوبة في عملية التخطيط، و إختيار المواقع المناسبة للمراكز الصحية، وعدم وجود معايير في عملية الإختيار.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة المومني، ان المومني استخدم نظرية الاماكن المركزية، والمسافة، ولم يستخدم المنهج التاريخي، والوصفي، الذي يستخدمه الباحث في دراسته الحالية لمحافظة جنين، عدا عن الاهداف المختلفة في هذه الدراسة، ومنها دراسة اعداد وكفاية الكادر الطبي المتخصص في جميع المراكز الصحية في المحافظة، والتجهيزات الطبية المتوفرة، ومقارنتها مع المعايير الوطنية، والدولية، و أدوات الدراسة وإستخدام نظم المعلومات الجغرافية، في العرض والتحليل.

الوخيان(2010): دراسة "بعنوان التخطيط المكاني للخدمات الصحية في لواء ناعور بإستخدام نظم المعلومات الجغرافية GIS"،تناولت هذه الدراسة التخطيط المكاني للخدمات الصحية بـإستخدام ال GIS، وعدالة توزيعها ومناسبتهالتوزيع السكان، وسهولة الوصول إليها،وهدفت الدراسة الى التعرف وتحديد توزيع الخدمات الطبية وتوزيعها المكاني، و إيجاد العلاقة المناسبة بين المواقع وتوزيعها الجغرافي،وخلصت هذه الدراسة، إلى عدة نتائج أهمها: سوء توزيع الخدمات الصحية، وضعف الكفاءة والفعالية في المراكز الصحية، وعدم التخطيط السليم في عملية التوزيع، ويتم توزيع الخدمات الصحية فقط على تجمع سكاني واحد، و أن هناك عدد من الاقضية لا يوجد فيها الإ مركز صحي واحد، وصيدلية واحدة، وعدم وجود مستشفى في اللواء.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة الوخيان ، في موقع المحافظة الجغرافي، ومكانها، وعدد التجمعات السكانية، والأهداف، ككفاية الكوادر الطبية والتمريضية، والمتخصصين، وعن مدى عدالة توزيع الخدمات الصحية، و معرفة مدى إلتزام الخدمات الصحية بالمعايير الدولية، كما تقترح الدراسة توفير مواقع مناسبة للمراكز الصحية لتوفير خدمة افضل للتجمعات السكانية.

بو حمرا والزيد (1999):دراسة بعنوان "رضا المراجعين عن مستوى الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لدولة الكويت"، وهدفت الدراسةالى التعرف على رضا المراجعين عن مستوى الخدمة الصحية الاولية بدولة الكويت، و إستخدم الباحثان المنهج الميداني و أعدا إستمارة بهذا الخصوص لجمع البيانات، والدراسات الإستطلاعية والملاحظات، وكانت العينة عشوائية، واظهرت هذه الدراسة عدة نتائج بالنسبة لمراكز طب العائلة وتقسم الى قسمين : الأول مستوى ال رضا وهي متمثلة في نتيجة الخدمة، والعيادة والمرافق، والرضا العام، والطبيب، والاختيار والاستمرارية، والطبيب الكويتي، والقسم الثاني هو عدم الرضا عن وجود طبيب من الجنس الاخر.

وتختلف دراسة محافظة جنين عن دراسةبو حمرا والزيد، بأن الباحث يستخدم المنهج التاريخي، والمنهج الوصفي، والمنهج التحليلي الاحصائي، عدا عن إستخدام الإستبانة، وأدوات التحليل SPSS، وتقنيات ال GIS، ورسم الخرائط، ودراسة توزيع المراكز الصحية في المحافظة.

سامر (2003): دراسة بعنوان "التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقية بـإستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية (GIS)"، وهدفت الدراسة الى الوصول الى توزيع عادل لمواقع الخدمات الصحية، ورفع مستواها، و إيجاد تخطيط سليم لتوزيع الخدمات والمراكز الصحية، وإنشاء نظام معلومات جغرافي ومكاني للخدمات الطبية، في محافظة القدس والضواحي الشرقية، لما تعانيه من سوء توزيع للخدمات الصحية، وصعوبة الوصول اليها، والسياسات والعمل على رفع مستوى الخدمات الطبية المقدمة للسكان،ومن أهم نتائج الدراسة، وجود سوء توزيع في الخدمات الصحية، و أن هذه الخدمات تعاني من الضعف وقلة الكفاءة وخاصة في الريف، وعدم توفر مراكز صحية في بعض التجمعات السكانية،بالإضافة إلىأ ن بعض المراكز الصحية لم تقم على أسس تخطيطية سليمة، كما أن هناكعدم إلتزام بأوقات الدوام في المؤسسات الصحية، اما أهم التوصيات فهي ضرورة ايصال الخدمات الصحية الى التجمعات السكانية المحرومة والمهمشة، ودعم المراكز الصحية بالكادر الطبي، والتمريضي، والاجهزة والادوات، وتقديم الدعم المادي، وإعادة النظر بساعات الدوام في المؤسسة الصحية، و إنشاء ودعم وتطوير عمل العيادات المتنقلة.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة سامر، بأنها تركز فقط على توزيع المراكز والخدمات الصحية في محافظة جنين، في الموقع والمكان، وعدد التجمعات السكانية، واستخدام الاستبانة، والمقابلات مع اصحاب العلاقة، واستخدام المنهج التاريخي

لمنطقة الدراسة، وتحديد جهة الاشراف على المراكز الصحية، ومقارنة الخدمات الصحية مع المعاييرالوطنيةوالعالمية، وتقييم مدى كفاية الكوادر والاجهزة الطبية.

فرحان (2010): دراسة "بعنوان تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية "،هدفت الدراسة الى تحديد أماكن الخلل لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، بسبب معاناة السكان منتذبذب كفاءة الخدمات الصحية، مما يؤدي الى مشاكل اجتماعية، واقتصادية، وبما ان الخدمات الصحية هي من مسؤولية الدولة، لذا يتوجب عليها تزويد المراكز الصحية بما تحتاجه من أجهزة، و أدوات، وكوادر طبية، وتمريضية، وقابلات، وذلك بسبب التباين والإختلاف في الخدمات الصحية المقدمة للمواطن في المناطق المختلفة، وخلصت الدراسة الى عدة نتائج اهمها: وجود تباين في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية، بين المناطق المختلفة، وقلة عدد المراكزالصحية في المدينة، مع وجود تذبذب واختلاف في الخدمات الصحية المقدمة، حسب المعايير المعتمدة، وصعوبة الوصول الى المراكز الصحية، والرضا عن العيادات الخاصة.

وتختلف الدراسة الحالية لمحافظة جنين عن دراسة فرحان ، في الأهداف من حيث معرفة الكوادر الطبية، وإحتياجات المراكز للأجهزة والأدوات، والحصول على خدمات صحية تتلائم مع المعايير الصحية العالمية، والتعرف على أثار التكاليف المادية للعلاج على المواطن، وتحديد جهة الإشراف على المراكز الصحية، وإستخدام التحليل الاحصائي، وإستخدام تقنيات ال GIS في توزيع الخدمات والمراكز الصحية.

عطية(2012):دراسة بعنوان "قياس الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية "، وهدفتالدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، وكانت حسب المتغيرات التالية: المستشفى، الجنس، العمر، المبحوث، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي ، الوظيفة، حيث إستخدم الباحث المنهج الوصفي، ومن اهم التوصيات التي خلصت اليها الدراسةتوفير طاقم طبي مؤهل، وحديقة لنقاهة المرضى،بالإضافةلتوفير العلاجات اللازمة داخل المستشفى، وتوفير أنظمة معلومات.

وتختلف دراسة محافظة جنين عن دراسة عطية، بإستخدام المنهج التاريخي، الى جانب المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج الميداني، و إستخدام تقنية ال GIS، ويتناول الباحث في هذه الدراسة جميع المراكز الصحية والمستشفيات في المحافظة، والخدمات الصحية المقدمة في تجمعات مختلفة من بينها الاماكن البعيدة والمهملة، مثل المناطق القريبة من الجدار، ومقارنة جودة الخدمات الصحية مع المعايير المحليةوالعالمية، بينما في الدراسة السابقة ركز على المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية فقط.

طعامنة والحراحشة (1995): دراسة بعنوان "أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق "، وهدفت هذه الدراسة الى التعرفعلى مستوى الخدمات الصحية وأثرها على متلقي الخدمة، واعتمدت منهجية الدراسة على أراء وإنطباعات المتلقين للخدمة في المحافظة، ومن نتائج هذه الدراسة عدم رضا افراد العينة عن البيئة الخارجية والداخلية للمراكز الصحية، حيث أوصت الدراسة ببناء مراكز صحية مناسبة،

والتخلص من الابنية القديمة والمستأجرة، حسب امكانيات وزارة الصحة، وتصميم مراكز صحية توفرالخدمةوالراحة للمرضى، وأما بالنسبة لاجراءات العمل فكانت ايجابيةوبسيطة لتوفير الوقت والجهد، واما بالنسبة للرضا عن تعامل الطبيب والممرضين مع المرضى فكان إيجابي، وذلك بالتأكيد على المعاملة الجيدة مع المراجعين، لتوفير الطمأنينة والراحة للمرضىوتوفير الوقت والإستماع لهم.

وبينما دراسة طعامنة والحراحشة ركزت على مدى فعالية الخدمات المقدمة للمرضى، يركز الباحث في هذهالدراسة ليس فقط علىمستوى الخدمات بل على التوزيع الجغرافي ايضاً، وبإستخدام ال GIS، والباحث يستخدم الاستبانة مع المرضى والكادر الطبي، بينما تناولت إستبانةطعامنة والحراحشة المرضى فقط،كما يتناول الباحث الوضع الصحي في المحافظة، منأجهزة، وأدوات، وتحاليل، وأشعة، ومختبرات وغيرها، عدا عنالإختلاف في الموقع والمكان.

مشاقي (2008): دراسة بعنوان "تحليل وتقييم توزيع الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية في محافظة نابلس"، وهدفت هذه الدراسة إلى التخطيط المكاني والاقليمي للخدمات العامة، والصحية، ومقارنة المواقع الحالية لها مع المعايير الدولية والمحلية بشكل عام، إعتمد الباحث في منهجية الدراسة، المنهج التاريخي، والمنهج الوصفي، والمنهج التحليلي، وكان من نتائج هذه الدراسةالخاصة بالقطاع الصحي، الإشارة الى العشوائية في توزيع العيادات المركزية الصحية، وتوزيع الصيدلياتوالخدمات،و يمكن الإستفادة من هذه الدراسة في وضع خطط سليمة ومناسبة، في عملية توزيع المراكز والخدمات الصحية.

وتختلف الدراسة الحالية لمحافظة جنين، عن دراسة مشاقي في موقع ومكان المحافظة، كما تناول مشاقي جميع الخدمات، سواءً كانت صحية، او تعليمية، او ثقافية، اوترفيهية، بينما في هذه الدراسة تم التركيز على التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية فقط،وتختلف أيضاً في الاهداف :كالخدمات الصحية المقدمة، والتجهيزات، والادوات، وكفاية الكادر الطبي، في المؤسسات الصحية، وجهة الإشراف على المؤسسات الصحية بينما في دراسة مشاقي لم يتم تناول هذه الخدمات.

نجار (2008): دراسة بعنوان "الامراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة، دراسة في الجغرافيا الطبية "، وهدفت الدراسة الى معرفة العوامل الطبيعية والبشرية المسببة للامراض، ومستوى الخدمة الطبية المقدمة، والجهة المشرفة على علاجها بحيث تناولت انتشار الامراض والخدمات الصحية، في محافظة رام الله والبيرة، كما درست العوامل البيئية في المحافظة، كالمناخ والتلوث، وتناولت الامراض، و أسبابها، وأعراضها، وطرق الوقاية منها، ومن أهمية هذه الدراسةالتعرف على أسباب انتشار الامراضالطبيعية والبشرية، ومن أهم نتائج هذه الدراسة ان أكثر ألامراض إنتشاراً هي مرض القلب، وان تكاليف العلاج عالية جداً، و أن المواطنين يحصلون على المعلومات الصحية، من وسائل الاعلام.

ومن أهم التوصيات: ضرورة نشر الوعي الصحي من خلال وسائل الإعلام المسموعة والمرئية، والمكتوبة، للتقليل من الأمراض الوراثية، وتقديم النصح والإرشاد للعاملين بالإمراض المهنية، وهي الأمراض التي تنتقل عن طريق المعالجة الطبية، والوقاية منها، وتنقية المياه،

وتحسين الخدمات الصحية، وتزويدها بالكادر الطبي، والأجهزة، وتفعيل دور القطاع الخاص في تحمل مسؤولياته، في دعم وتطوير الخدمات الصحية، وخاصة في المناطق البعيدة والمهملة.

وتختلف الدراسة الحاليةعن محافظة جنين عن دراسة نجار ، أنها تدرس التوزيع الجغرافي والخدماتي للمراكز الصحية، بينما الدراسة السابقة تناولت الأمراض وأسبابها والخدمات الصحية، كماتختلف في المنهجية، والأهداف والأدوات.

كيبون واحمد (2013):دراسة بعنوان"توزيع المراكز والخدمات الصحية في مقاطعة كانو في نيجيريا بإستخدام نظم المعلومات الجغرافية "، حيث تناولت الدراسة إستخدام ال GIS في توزيع المراكز والخدمات الصحية، وهدفت الدراسة إلى إظهار و إبراز جودة إستخدام نظم المعلومات الجغرافية في التمثيل الحيزي للمراكز الصحية، وإنشاء قاعدة بيانات خاصة بالمراكز الصحية في منطقة الدراسة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي وجمعت البيانات من مصادرها المختلفة، ومن أهم الأدوات التي تم إستخدامها ال GLOPAL POSITIONINS SYSTEMS لتحديد الإحداثيات لمواقع المراكز الصحية، كما تم إستخدام تقنيات ال GIS، ومن أهم نتائج هذه الدراسة وجود 69 مركز صحي موزعة بشكل متكتل في منطقة الدراسة، حيث لا تلبي حاجات أفراد المجتمع، مع وجود مناطق لا يتوفر فيها مراكز صحية، كما إستنتج الباحث ايضاً ان إستخدام نظم المعلومات الجغرافية يساهم في تحديد مواقع جديدة تخدم أفراد المجتمع من ذوي الدخل المتدني والمتوسط، وجاءت أهم التوصيات أنه يجب على المخططين وأصحاب القرار أن يقوموا بدراسة الوضع الصحي من أجل تحسين نوعية

الخدمات الصحية لكافة أفراد المجتمع، الفقيرة والمتوسطة والغنية، وأيضاً تحديد موقع المراكز الصحية بإستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية.

وتختلف الدراسة الحالية عن محافظة جنين عن دراسة كيبون وأحمد، في مكان وموقع الدراسة، حيث السابقة في نيجيريا، والحالية في فلسطين، كما تختلف في الأهداف، وجهة الإشراف على المراكز الصحية، وتختلف في المنهج التاريخي والأهداف والأدوات.

فرانك تانسر(2006): دراسة بعنوان "منهجية تطوير المواقع المثالية للمراكز الصحية في منطقة الريف كحالة دراسية في مقاطعة كوازولو في جنوب افريقيا "، حيث تناولت الدراسة منهجية تطوير المواقع المثالية للمراكز الصحية في الريف، وهدفت الدراسة إلى تطوير المنهج الكمي لإنشاء مواقع جديدة للمراكز الصحية، من أجل الوصول بسهولة الى الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من السكان، وإنشاء مراكز صحية جديدة في منطقة الدراسة، وتم إستخدام المنهج التحليلي في تحديد المدة الزمنيةللوصول الى أقرب مركز صحي لكل بيت ومواطن، ومن خلال المنهجية المستخدمة من قبل الباحث يمكن تحديد مواقع جديدة للمراكز الصحية، ومن الأدوات التي استخدمها الباحث تقنيات نظم المعلومات الجغرافية، حيث قام الباحث بتحليل البيانات والمعلومات التي جمعت من المركز الافريقي لنظم المعلومات الجغرافية، واستخدام المدة الزمنية في الوصول الى المراكز الصحية بتقنية Travel Time Model وهي تعتمد على عنصري الزمن والمسافة، ومن نتائج الدراسة ان زيادة عدد السكان يؤثر على نوعية الخدمات الصحية المقدمة، كما يوجد سوء توزيع في استخدام المراكز الصحية حيث يستخدم 95% من السكان مركز صحي، بينما يستخدم 5% من السكان

مركز صحي اخر، وذلك لقرب مسافة المركز من السكان، ومن أجل تحسين الخدمات الصحية للمركز الصحي الذي يمكن أن يخدم أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع في منطقة الدراسة، يمكن إستخدام نفس المنهجية في تحديد مواقع جديدة لمراكز صحية في مناطق اخرى.

وتختلف الدراسة عن محافظة جنين عن سابقتها في استخدام المنهج التاريخي والوصفي، كما تختلف بالأهداف، واأادوات، ومنطقة الدراسة، وجهة الإشراف على المراكز الصحية.

اجاجا(2012): "بعنوان التوزيع الحيزي للخدمات الصحية الاولية في جنوب اوجلهيلي وجنوب واري في دلتا نيجيريا "، حيث تناولت الدراسة التوزيع المكاني للمراكز والخدمات الصحية في منطقتين في دولة نيجيريا، وهدفت الدراسة الى توفير معلومات عن التوزيع الجغرافي وامكانية الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة الدراسة، حيث تم استخدام المنهج الوصفي الميداني لجمع المعلومات عن المراكز والخدمات الصحية في منطقة الدراسة، ومن الادوات التي تم استخدامها ال GPS لتحديد احداثيات المراكز الصحية في منطقة الدراسة، كما تم استخدام المنهج التحليلي، لتحليل البيانات والمعلومات التي تم جمعها، ومن أهم نتائج الدراسة ان التوزيع الحالي للمراكز الصحية عنقودي الشكل، وسبب ذلك طبوغرافية السطح في المنطقة، لانها منطقة مائية ذات بحيرات متعددة، وكانت نسبة الماء الى اليابسة 60%، وكان من اهم التوصيات توجه الحكومة والمؤسسات الاهلية لإنشاء مراكز صحية عملية للمواطنين، وان صحة افراد المجتمع تتحسن اذا تم تصحيح التوزيع

الحالي للمراكز والخدمات الصحية المقدمة، وانشاء مراكز صحية موزعة بشكل يتلائم مع عدد السكان في المنطقة.

وتختلف دراسة محافظة جنين عن الدراسة السابقة في استخدام المنهج التاريخي، والاستبانة، ومكان وموقع الدراسة، وفي الاهداف، وعينة الدراسة.

منظمة الصحة العالمية (أ)(2013): تناولت هذه الدراسة "اقتصاديات المحددات الاجتماعية للصحة، وعدم العدالة والمساواة الصحية في القطاع الصحي "، وهدفت الدراسة الى توفير نظرة عامة وتقييم المحفزات الاقتصادية من اجل استثمارها في المحددات الإجتماعية في قطاع الصحة والكفاية الصحية، من قبل الإقتصاديين، وتحقيق فهم شامل واسع للمحددات الصحية الثلاث وهي التعليم، والحماية الاجتماعية (الضمان الاجتماعي)، والتطور الحضري(التمدن)، كما تؤكد على ان الإتفاقياتالإقتصادية والإستثمار في المحددات الإجتماعية للصحة تحدث العدالة، والثروة المالية، من خلال علاقتها بالقطاع الصحي واظهرت مقارنة بين النظرة الاقتصادية القديمة، والحديثة فيما يتعلق بالجانب الصحي ، حيث ترى النظرة الاقتصادية القديمة ان هناك علاقة عكسية بين الفعالية والمساواة، لأن الإقتصاد يهتم بالفعالية اكثر من إهتمامه بالمساواة، و تكون النتيجة الرئيسية في زيادة الربح، اما في حالة التوزان في السوق فينتج اكبر حالة من الاستغلال الفعال للموارد، بينما الدلائل والدراسات الجديدة تقترح ان عدم المساواة في الدخل يمكن ان يكون لها نتائج عكسية وضارة، وغير مفيدة في توزيع الموارد، والتي من شانها ان تؤدي الى ضرر في النمو الاقتصادي، المؤثر على القطاع الصحي.

وتختلف هذه الدراسة عن محافظة جنين عن الدراسة السابقة ان دراسة منظمة الصحة العالمية تناولت قطاع الصحة من ناحية اقتصادية سواءً القديمة والحديثة، بينما الدراسة الحالية تتحدث عن التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية ومنهجيتها واهدافها وادواتها، كما تناولت دراسة منظمة الصحة العالمية الدراسة بشكل عام، في حين الدراسة الجديدة تناولت الصحة وتوزيها الجغرافي والخدماتي.

منظمة الصحة العالمية (ب)(2013):دراسة "بعنوان عدم المساواة في الرقابة الصحية، والتركيز بشكل خاص على البلدان ذات الدخل المتدني والمتوسط "، حيث تناولت الدراسة مؤشرات الوضعالصحي والتي تتضمن المراقبة: وهي عملية ملاحظة متكررة لوضع ما لمراقبة التغيرات التي تطرأ عليه مع الوقت، ومراقبة على مستوىالسكان، ممايساعدعلىإظهار ماإذا كانالوضع الصحيفي تحسن او تدهور او باق على حاله، والمراقبة الصحيةعملية دوريةوتسمى عمليةالرصدويمكن تقسيمها إلىخمس خطوات عامة من تحديد المؤشرات الصحيةذات الصلة، والحصول على بيانات حولالمؤشرات، وتحليل البيانات، والإبلاغ عن النتائج، بالاضافة إلى تنفيذ التغييرات إستناداً إلى النتائج، و نكشف هذ هالدراسة رصد عدم المساواة في الرقابة الصحية على وجه التحديد، وان عدم المساواة في الصحة هو المقياس الذي يمكن من خلاله تقييم المساواة الصحية.

وتختلف هذه الدراسة عن محافظة جنين عن سابقتها، ان منظمة الصحة العالمية تحدثت عن عدم المساواة في الرقابة الصحية، بينما هذه الدراسة تتحدث عن توزيع المراكز

والخدمات الصحية، في محافظة جنين والمنهجية كالتاريخي والوصفي والتحليلي، والادوات، والموقع والمكان.

لو آن(2005):تناولت هذه الدراسة " سياسات الصحة العامة والتنمية المجتمعية "، حيث تتكامل سلوكيات الصحة العامة مع الدعم الاجتماعي، والاستراتيجيات المستهدفة، والتي تهدف الى التعامل مع قضايا المجتمع الرئيسية: مثل التمييز العنصري، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، والتمييز المهني، وظروف الحياة الخطرة، ونمط السلع المستهلكة: مثل الكحول والوجبات السريعة، والنقص في الرعاية الصحة، ويتحققالتطورالصحي المجعتمي منخلال تحقيق الاهدافالصحية الوطنية،والحد من الفوارق الصحية،ويرى الكاتب ان الصحة العامة تتحقق في مقولة "ناس اصحاء في مجتمعات صحية"، وذلك يتحقق من خلال التنمية المجتمعية ، وقد قام معهد الطبولجنة الدراسات بدراسة تحت مسمى "مستقبل الصحة العامة"، حيث حددت ثلاثة عوامل للصحة العامة من خلال تقييم ومراقبة الصحة في المجتمعات وتحديد المخاطر والمشاكل الصحية، وتحديد سياسات التنمية و السياسات العامة، بالتعاون مع المجتمعات ومسؤولي الحكومة، وحل المشاكل الصحية الوطنية واتخاذها كأولويةبالإضافة لضمان حصول كافة المواطنين على رعاية صحية مناسبة، تتضمن التنمية الصحية، وخدمات الوقاية من الامراض، وتطوير وفعالية العنايةالصحية، بحيثتقوم السياسات الحكومية في القطاع الصحي على إعادة تأهيل الصحة العامة، من خلال ضمان المهارات الطبية، وقدرات وكفاءة العاملين في القطاع الصحي، وتدريب الكوادر الطبية والتمريضية، وتتضمن مهارات الاتصال والتواصل، وتشكيل

شبكات معلومات كبيرة عن متلقي الخدمة الصحية، وعن الكوادر الطبية الموجودة، وتوفير التمويل اللازم، لشراء ألأجهزةوالمعدات الطبية الحديثة، ومواكبة التقدم التقني، وتطوير نظام التامين الصحي، وتعزيز التعاون بين جميع العناصر في نظام الصحة العامة، وتشجيع البحوث الطبية.

وتختلف هذه الدراسة عن محافظة جنين عن دراسة (لو آن) انها لم تتطرق الى التوزيع الجغرافي والانتشار المكاني للمراكز والخدمات الصحية، وانها كانت دراسة عامة تتحدث عن سياسات الصحة العامة والتنمية المجتمعية، بينما دراسة محافظة جنين تناولت التوزيع الجغرافي والخدمات الصحية، والاهداف والمنهجية، والادوات، ومنطقة الدراسة، والاستبانة، وعمومية دراسة (لو آن) وخصوصية دراسة محافظة جنين.

يسار(2005):تناولت هذه الدراسة طرق الإدارة في التطبيقات والأساليب الصحية وركزت الدراسة على الخصائص المميزة للخدمات الصحية بخمس خصائص وهي : مشاركة المريض وهو أهم مدخلات الخدمات الصحية، وبعد اتمام عملية العلاج يصبح من المخرجات، حيث يتفاعل المريض مع المؤسسة الصحية أثناء تقديم الخدمة الصحية ، كما ان عمليات الإستهلاك والإنتاج للخدمة الصحية تتم في نفس الوقت، اي ان انتاج الخدمات الصحية واستهلاكها تتم في نفس اللحظة بالتزامن، وهي غير منتج ولا يتم تخزينها، وان أحد مساوئ هذه الخاصية هو تحديد جودة الخدمة، حيث لا يوجد عملية ضبط لهذه الجودة، ومن حسناتها انه يمكن تحسين الخدمة الصحية لفترات قادمة اخرى، كما ان الطاقة الاستيعابية لإنتاج الخدمات الصحية هي عملية محدودة، وان ناتج الخدمات الصحية ذات طبيعة غير

ملموسة، وغير متجانسة، ويكون هناك تفاعل بين متلقي الخدمة(المريض) ومقدمي الخدمة(الكادر الطبي)، وتكون حسب الحالة الجسدية والنفسية للمريض، بخصوص معايير اختيار الموقع فان من أهم المعايير هي: التكلفة والربح، وتشمل التكلفة سعر وثمن الموقع، والاجهزة، وثمن الأرض المراد شرائها لبناء المؤسسة الصحية، وتكلفة البناء، كما يشمل مستوى الدخل للسكان في المكان، ومستوى التعليم في المنطقة، وعدد السكان ألمؤمنين، وأن تتم عملية إختيار الموقع أو ألمكان لجميع السكان من حوله وتمتاز بسهولة الوصول، وتوفير الكلفة المادية، للسكان وللمؤسسة الصحية، وان تتوفر في المؤسسة الصحية عمليات التسجيل السليمة سواءً كان ذلك للمرضى، او للتوظيف وذلك حسب التخصصات الطبية والإدارية.

وتختلف دراسة محافظة جنين عن الدراسة السابقة، ان دراسة يسار تناولت طرق الادارة في التطبيقات والاساليب الصحيةوالخصائص المميزة لتلك الخدمات، بينما دراسة محافظة جنين تناولت التوزيع الجغرافي والخدماتي للمراكز الصحية، عدا عن الإختلاف في مناهج الدراسة الوصفي والتاريخي والتحليلي، والادوات، وطرق التحليل والاستبانة، والاهداف.

خلاصة:

تناولت الدراسات السابقة الانتشار والتوزيع المكاني والجغرافي للمراكز والخدمات الصحية، ومدى كفاءة وفاعلية هذا التوزيع، ومستوى الرضى عن الخدمة الصحية، ومحاولة وضع خطط سليمة ومناسبة لتوزيع المراكز الصحية، وإنشاء مراكز صحية حسب الحاجة من جهة، وحسب عدد السكان من جهة اخرى، وتطوير مواقع مثالية للمراكز الصحية، واستخدام تقنيات مختلفة كال GIS وال SPSS ومناهج وادوات مختلفة، وتناولت بعضها الرقابة والسياسات والاساليب الصحية والتنمية المجتمعية، واقتصاديات المحددات الاجتماعية للصحة.

تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها اشتملت على جميع المراكز الصحية الموجودة في المحافظة ونوعية وكمية الخدمات الصحية المتوفرة فيها بينما تناولت بعض الدراسات السابقة التي تم عرضها المراكز الصحية، والبعض الاخر تناول الخدمات الصحية، ودرجات الرضا عن الخدمات الصحية،وبعضها تناول كامل المحافظة، والبعض الاخر تناول المدينة وبعض الاحياء فيها، وبعض التجمعات السكانية، واحياناً الدولة، واختلفت في الادوات والاساليب والتقنيات والمناهج والأهداف والمبررات.

بالاضافة الى ذلك، فإن الدراسة الحالية تميزت بعرض الخدمات والمراكز الصحية ضمن اطار جغرافي عن طريق الخرائط مما سهل عمل تحليلات حيزية واحصائية لهذه الخدمات كتحليل معامل موران وتحليل النقاط الساخنة والباردة للخدمات الصحية وتحليل مربع كاي.

اضافة لذلك، فإن هذه الدراسة ستساهم فيمساعدة الجهات المختصة واصحاب القرارعلى اختيار مواقع المراكز الصحية وتوزيعها المناسب، وعلى توزيع الخدمات الصحية والكادر الطبي من اطباء وممرضين وفنيي مختبر واشعة وصيادلة واطباء اختصاص، وما تحتاج من مراكز صحية جديدة، ورفع مستويات الرعاية الصحية بكافة مستوياتها، بشكل يتلائم مع عدد السكان والتجمعات السكانية، وحاجات السكان الصحية، كما ستساهم هذه الدراسة في إنشاء قاعدة بيانات خاصة بالمراكز والخدمات الصحية مما قد يساعد على التخلص من سوء التوزيع الموجود وذلك حسب معايير صحية موحدة وحديثة تتلاءم مع المعايير الوطنية والدولية. كل هذه الأهداف التي تطمح الدراسة لتحقيقها تعطي هذه الدراسة ميزة عن غيرها من الدراسات الاخرى.

الفصل الثاني

الحدود المكانية للدراسة

الفصل الثاني

1.2 الحدود المكانية للدراسة:

2.2 الموقع:

تقع محافظة جنين في الجزء الشمالي من فلسطين، شمال الضفة الغربية، جنوب مدينة الناصرة على بعد 25 كم، وإلى الجنوب الشرقي من مدينة حيفا، على بعد 50 كم، وإلى الشمال من مدينة نابلس على بعد 40 كم، وترتفع عن مستوى سطح البحر من 150–250 م(خطيب 2011)،تقع مدينة جنين عند التقاء دائرة عرض 32,28 شمالاَ، وخط طول 35,18 شرقاً، وتطل على سهل مرج بن عامر من الشمال، وتجمع بين ثلاث بيئات هي: السهلية، والجبلية، والغورية، وهي ملتقى لطرق المواصلات، من نابلس، والعفولة، وبيسان، وتربط بينحيفا والناصرة شمالاً، ونابلس والقدس جنوباً (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

3.2. جنين عبر التاريخ:

جنين في العهد الروماني والبيزنطي:

في عام 64 ق. م وقعت المدينة تحت حكم الرومان، وفي عهد يوليس قيصر ظهر نفوذ اسرة هيرود اليهودية، حيث ساد الفساد والفوضى في تلك الفترة، ومطاردة السيد المسيح عليه السلام (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني2011).

بنا البيزنطيون كنيسة سموها جينا، وهي بالقرب من جامع جنين الكبير، في القرن السادس الميلادي، واستمر حكمهم، الى ان جاء الفتح الاسلامي في القرن السابع الميلادي (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني2011).

جنين في العهد الفرنجي:

وقعت المدينة تحت الحكم الصليبي والفرنجة عام 1103م، حيث بنوا القلاع والاسوار، واهتمو بها، وذلك لقربها من سهل مرج بن عامر، وفي عام 1187م حررها القائد الاسلامي صلاح الدين الايوبي، وتم تسليمها خلال فترة حكم الكامل الايوبي بالاتفاق مع فريدريك الثاني، حيث اعيدت للحكم الصليبي ثانية عام 1229م الى عام 1244م(الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

جنين في العهد العثماني:

قدم العثمانيون الى مدينة جنين عام 1516م بمساعدة امير جنين، واقامو فيها جامع، واثناء الحملة الفرنسية بقيادة نابليون تعرضت المدينة لحملة عسكرية، فتعاون العثمانيون واهل جنين ونابلس ضد نابليون، وكادوا يفتكون بالجيش، فارسل نابليون تعزيزات عسكرية الى المدينة ادت الى حرب وتدمير ونهب للمدينة، وذلك بسبب مساعد ة السكان للعثمانيين (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

جنين في عهد الانتداب البريطاني:

اثناء فترة الانتداب البريطاني كانت مركزا لقضاء جنين، وفي عام 1935م ظهرعز الدين القسام، وحارب ضد الانجليز واليهود، وخلال فترة الانتداب تعرضت المدينة للعديد من

التخريب والهدم والتنكيل، نتيجة لبعض الاحداث مثل قتل حاكم جنين موفيت عام 1938م(الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

جنين في العهد الاردني:

في عام 1948 اتبعت الضفة الغربية الى الاردن، ومن ضمنها جنين، واستمر حكم الاردن للضفة الغربية، ولمدينة جنين حتى عام 1967م، حتى سقوط الضفة الغربية بيد الاحتلال الاسرائيلي (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني2011).

جنين تحت الاحتلال الاسرائيلي:

احتلت اسرائيل الضفة عام 1967م، وصادرت (100,000) دونم لبناء المستوطنات، بعد تدميرستة قرى، وفي عام 1977 اقيم اول موقع اسيطاني على ارض المحافظة، بلغ عدد المستوطنات (10) مستوطنات عام 1999م،ابان حكم الليكود من عام 1977 الى عام 1984م(الجهاز الفلسطيني للاحصاء المركزي 2011).

جنين في عهد السلطة الوطنية:

في عام 1996م، تحررت مدينة جنين من الاحتلال الاسرائيلي، وتم تسليمها الى السلطة الفلسطينية، ودخلت مناطق السلطة في ذلك العام، وذلك حسب ما نصت عليه اتفاقية اوسلو بينمنظمة التحرير الفلسطينية واسرائيل (الجهاز الفلسطيني للاحصاء المركزي 2011).

4.2.المساحة

تبلغ مساحة المحافظة حوالي 583 كم2، وتمثل حوالي 9,7% من مساحة الضفة الغربية (الجهاز المركزيللاحصاء الفلسطيني 2011).

5.2.المناخ:

يعتبر مناخ المحافظةهو مناخ البحر المتوسط، ويبلغ معدل درجة الحرارة 21 مئوي، وتبلغ كمية الامطار حوالي 600 ملم، واما الرياح التي تهب عليها فهي الرياح الغربية، والجنوبية الغربية (الجهاز المركزيللاحصاء الفلسطيني 2011؛ الارصاد الجوية).

6.2.السكان:

يبلغ عدد سكان المحافظة في عام 2014 م، حسب توقعات الجهاز المركزيللإحصاء الفلسطيني حوالي 303,565نسمة، وبلغ عدد السكان في منتصف عام 2011م حوالي 281,156 نسمة، ويشكل عدد السكان في المحافظة ما نسبته 10,9% من اجمالي سكان الضفة الغربية، وبلغ عدد الذكور حوالي 142,827 نسمة، وبلغ عدد الاناث 138,329 نسمة، كما بلغ عدد السكان اللاجئين في المحافظة 32,8%، من مجموع سكان المحافظة، وبلغت الكثافة السكانية 482 لكل كم مربع، وجميع هذه الاحصاءات في منتصف عام 2011 م (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

7.2.الصحة:

بلغ عدد المستشفيات العاملة في المحافظة ثلاثة مستشفيات، واحد حكومي، والاخرين غير حكوميين، اي اهليين، وكان عدد الاسرة 160 سرير، اي 0.6 لكل الف نسمة، وحسب احصائيات عام 2008 م، كان عدد مراكز الرعاية الصحية 43 مركز حكومي، و 15 غير حكومي واهلي، واربعة تتبع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الا ونروا) (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2011).

8.2. التجمعات السكانية في محافظة جنين:

بالنظر للجدول رقم(1) والخريطة رقم(1) حيث تظهران التوزيع الجغرافي للتجمعات السكانية في محافظة جنين، وكذلك فئات السكان المختلفة في التجمعات السكانية، حيث تم تقسيم هذه التجمعات الى خمسة فئات، وذلك بناءً على التقسيمات الإداريةللجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مدينة، وبلدة، وقرية، وخربة، ومخيم، ومن أجل إظهار التجمعات الصغيرة، والتركيز عليها، ومدى إفتقارها الى الخدمات العامة بشكل عام، والخدمات الصحية بشكل خاص.

جدول رقم (1): للتجمعات السكانية في محافظة جنين:

فئات عدد السكان	1-500	501-1000	1001-3000	3001-10000	10000<
عدد التجمعات	35	7	25	17	8
مجموع عدد السكان في الفئة	5036	5392	49036	94573	149548
عدد المراكز الصحية في كل فئة	1	2	20	17	9

مديرية صحة جنين- الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2014.

ويظهر الجدول السابق الفئات التالية:

1 - الفئة الاولى: وهي التجمعات السكانية التي تحتوي على عدد سكان يتراوح ما بين 1-500 نسمة، ومجموع السكان فيها خمسة آلاف وست وثلاثون نسمة وتضم التجمعات التالية:

ام الريحان، خربة عبد الله اليونس، ظهر المالح، طورة الشرقية، الطرم، عابة، واد الضبع، ظهر العبد، امريحة، المطلة، تلفيت، فحمة الجديدة، خربة دعوق، المنصورة، وغيرها من التجمعات الصغيرة.

2 - الفئة الثانية: وهي التجمعات السكانية التي تحتوي على عدد سكان يتراوح ما بين 501 -1000نسمة، ومجموع السكان فيها خمسة آلاف وثلاثمائة وإثنان وتسعون نسمة وتضم التجمعات التالية:

العصاعصة، صير، الزاوية، عربونة، نزلة الشيخ زيد، ام دار، الخلجان.

3 - الفئة الثالثة: وهي التجمعات السكانية التي تحتوي على عدد سكان يتراوح ما بين1001– 3000 نسمة، ومجموع السكان فيها تسع واربعين الفاً وست وثلاثون نسمة وتضم التجمعات التالية:

زبوبا، تعنك، الطيبة، الجلمة، عرانة، دير غزالة، العرقة، بيت قاد، طورة الغربية، الهاشمية، جلبون، كفر قود، زبدة، كفيرت، ام التوت، الشهداء، جلقموس، المغير، بير الباشا، مركة، مسلية، عنزة، الرامة، العطارة، فحمة.

4 - الفئة الرابعة: وهي التجمعات السكانية التي تحتوي على عدد سكان يتراوح ما بين3001– 10000 نسمة، ومجموع السكان فيها اربعة وتسعون الفاً وخمسمئة وثلاث وسبعون نسمة وتضم التجمعات التالية:

رمانة، عانين، فقوعة، كفر دان، برطعة الشرقية، دير ابو ضعيف، برقين، رابا، الزبابدة، كفر راعي، عجة، صانور، ميثلون، الجديدة، سيريس، الفندقومية، سيلة الظهر.

5 - الفئة الخامسة: وهي التجمعات السكانية التي تحتوي على عدد سكان يزيد عن(10,000)الآف نسمة، ومجموع السكان فيها مئة وتسع واربعون الفاً وخمسمئة وثمانية واربعين نسمة وتضم التجمعات التالية:

سيلة الحارثية، اليامون، جنين، مخيم جنين، يعبد، قباطية، عرابة، جبع.

خريطة رقم (1): التجمعات السكانية في محافظة جنين

ويلاحظ ان تجمعات الفئة الثالثة والرابعة هي ألأكثر عدداً من حيث عدد التجمعات ومجموع السكان، مما يشير الى حاجة هذه التجمعات الى خدمات صحية اكثر من حيث الكم والنوعية، وتاتي تجمعات الفئة الاولى في المقام الثالث والتي تحتاج الى خدمات صحية توائم عدد سكانها وتصنيفها، من حيث رتبتها بين التجمعات.

يوضح جدول رقم (2) تطور أعداد مراكز الرعاية الصحية ، حيث تبين ان هناك زيادة في أعداد المراكز الصحية منذ عام 2010 وحتى عام 2013، ما عدا عيادات ألإختصاص والعيادات العامة، حيث تناقصت كلا الخدمتين، وقد يعود ذلك الى إغلاق بعض العيادات في بعض التجمعات السكانية، وذلك بسب تناقص عدد السكان، او قد يكون تحويل علاج

بعض التجمعات السكانية الى عيادات اخرى، او بسبب ضعف القدرات المالية للإستمرار في تشغيل تلك العيادات، او بسب نقص طواقم الكادر الطبي المتوفر،او عدم توفر الوقت الكافي للكوادر الطبية للعمل في تلك العيادات.

الجدول رقم (2): تطور اعداد مراكز الرعاية الصحية الاولية حسب الخدمات – محافظة جنين (2010-2013)

السنة	تنظيم الاسرة	مختبرات	عيادات اسنان	عيادات اختصاص	عيادات عامة ومراكز امومة	امومة وطفولة	عيادات عامة
2010	11	13	3	18	41	2	3
2011	11	14	4	18	42	3	3
2012	27	15	4	14	43	3	2
2013	27	17	5	14	43	3	2

مديرية صحة جنين 2014.

ويظهر جدول رقم (3) تطور اعداد مراكز الرعاية الصحية حسب المستوى، فكان عدد المراكز الصحية ذات المستوى الاول مركزين في عام 2010، وارتفعت الى ثلاثة مراكز في اعوام 2011 و2012 و2013، وهذا يدل على اهتمام المؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية في تلك التجمعات، بينما المراكز ذات المستوى الثاني فكانت احدى وثلاثون مركزاً في عامي 2010 و 2011، ثم قل عدد المراكز الصحية ذات المستوى الثاني الى ثلاثين مركزاً صحياً في عام 2012، وتناقص العدد الى ثمانية وعشرون مركزاً في عام 2013، والسبب في ذلك يعود الى إنتقال مستوى بعض المراكز الصحية من المستوى الثاني الى المستوى الثالث، اما بالنسبة للمستوى الثالث فكان في عام 2010 اثنا عشر مركزاً، ارتفع الى ثلاثة عشر مركزاً عام 2011، ثم ارتفع الى اربعة عشر مركزاً في عام 2012، وزاد الى ستة عشر مركزاً في عام 2013، اما المستوى الرابع فبقي كماهو في الاعوام الاربعة اللاحقة، وإذا نظرنا الى

المستوى الثاني والثالث نجد ان مراكز صحية انتقلت من المستوى الثاني الى الثالث، لأن المستوى الثاني تناقص في عدد المراكز الصحية، وزاد في المستوى الثالث، وهذا امر جيد للمستويات الثانية والثالثة لأنه أصبح هنالك تقدم في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى، او احتمال زيادة الاهتمام الحكومي برعاية نوعية الخدمات المقدمة في المستويين المذكورين، واما بالنسبة للمستوى الرابع فلم يتم عليه اي تغيير وذلك لوجوده في مركز المدينة، حيث تتوفر المستشفيات المقدمة للخدمة الصحية طوال اليوم ، وباستمرارية العمل اليومي.

الجدول رقم (3): تطور أعداد مراكز الرعاية الصحية الاولية حسب المستوى الصحية الأربعة – جنين (2010 – 2013)

السنة	مستوى 1	مستوى 2	مستوى 3	مستوى 4	المجموع
2010	2	31	12	1	46
2011	3	31	13	1	48
2012	3	30	14	1	48
2013	3	28	16	1	48

مديرية صحة جنين 2014.

يشير الجدول رقم(4) الخاص بتطور اعداد القوى العاملة في مديرية صحة جنين الى تطور وزيادة هذه الاعداد منذ عام 2010 وحتى العام 2013.

الجدول رقم (4): يبين تطور اعداد القوى العاملة في مديرية الصحة – جنين (2010 – 2013)

السنة	مفتشو صحة البيئة	مرشدات صحيات	الادارة والخدمات	الفنيون	مساعدو صيادلة	صيادلة	اطباء اسنان	اطباء اختصاص	اطباء عامون	المجموع
2010	9	19	48	25	10	12	5	5	46	254
2011	9	20	46	27	9	13	5	5	44	250
2012	9	20	51	30	11	13	6	5	45	260
2013	9	20	51	33	12	14	6	5	47	269

مديرية صحة جنين2014.

1.8.2انواع التجمعات السكانية:

تم تصنيف التجمعات السكانية الفلسطينية الى ثلاثة اقسام حسب التقسيمات الادارية للجهاز الفلسطيني للإحصاء المركزي (2009)وهي:

الحضر: "هو كل تجمع سكاني يبلغ عدد السكان فيه عشرة الآفنسمةاو يزيد عن ذلك، وجميع مراكز المحافظات، بغض النظر عن حجمها، وجميع التجمعات السكانية التي يبلغ عدد السكان فيها ما بين اربعة الآف الى (9,999) نسمة، مع توفر اربعة منالعناصر الخدماتيةالرئيسية التالية: وهي شبكة كهرباء عامة، وشبكة مياه عامة، ومكتب بريد، ومركز صحي بدوام كامل لطبيب طيلة ايام الاسبوع، ومدرسة ثانوية تمنح شهادة الثانوية العامة".

الريف: وهو كل تجمع سكاني يكون عدد السكان فيه اقل من اربعة الآف نسمة، او كل تجمع يبلغ عدد السكان فيه من اربعة الآف الى تسعة الآف وتسع ماية وتسع وتسعون نسمة، بدون توفر اربعة من عناصر الخدمات المذكورة اعلاه.

المخيم: وهي تلك التجمعات السكانية التي لجأ اليها السكان بسبب الحروب الاسرائيلية ضد الشعب الفلسطيني سواءً كان ذلك عام 1948 او عام 1967 م، والتي هجروا من بيوتهم وقراهم وبلداتهم، وتم تسكينهم في مناطق قريبة من مدن الضفة الغربية ومدن قطاع غزة، او في الدول المجاورة، واصبحت تسمى مخيم، وتشرف علية وكالة الغوث الدولية (الأونروا) (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني 2009).

وهناك تقسيمات اخرى حسب الزوكة وحامد منها:

البلدة: وهي عبارة عن مكان سكني اكبر من القرية واصغر من المدينة ويتوفر فيه خدمات مثل الاطباء والمحامون وغيرها من الخدمات(الزوكة وحامد 1991).

العزبة او الخربة: وهي عبارة عن عدة مباني مقامة على اراضي زراعية تهدف الى زراعة الارض، تكون للمزارعين الفلاحين وبعض الموظفين، ولصاحب العزبة او الخربة، ويكون عدد سكانها اقل من من سكان القرية (الزوكة وحامد 1991).

النزلة: وهي تلك الاماكن المنخفضة التي ينزل اليها السكان من القرى والبلدات ليعيشوا فيها ويمارسوا فيها حياتهم الزراعية والمعيشية وتربية المواشي (الزوكة وحامد 1991).

الفصل الثالث

الإطار والخلفية النظرية

الفصل الثالث

الإطار النظري للدراسة:

1.3المقدمة:

يعكس التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية في التجمعات السكانية في محافظة جنين وتوزيع الكادر الطبي عدالة التوزيع ل لخدمات الصحية المقدمة، حيث أن عدد السكان في التجمعنسبة الى عدد المراكز ال صحية والمشافي والأطباء والممرضين وفنيي المختبرات ولأشعة والصيدلة، تعتبر جميعها من المؤشرات على مدى توفير الخدمات العلاجية الصحية لجميع السكان في المحافظة.

2.3التخطيط:

يعتبر التخطيط من الضروريات المهمة لكافة أمورومناحي الحياة،سواءً كانمن قبل المؤسسات الحكومية وألأهلية، وألأفراد،والجماعات، وهو عبارة عن التنبؤ بالمستقبل، ويهدف الى معرفة التحديات المستقبلية، والعمل على حلها، ويعرف التخطيط :على انه التنبؤ بالمستقبل، بأفضل الطرق والوسائل، لتحقيق هدف معين(الصيرفي 2008).

وعرفه(Hussy 1983): على انها ا حد العناصر المهمة والحيوية للادارة، لاهتمامه بالمستقبل، وتوفير كافة الظروف لحل جميع الصعاب والمشاكل المستقبلية(بني حمدان وإدريس 2007).

وقد عرفه حسام العربي: بانه عملية متكاملة وشاملة تحتوي على الاهداف وجميع الانشطة ومخططاتها لتلك العملية (العربي 2009).

والتخطيط يعتمد على سبل وطرق وادوات، لتحقيق الاهداف المستقبلية المنشودة، والابتعاد عن الاخطاء لتحقيق هذه الاهداف.

1.2.3اسباب التخطيط:

- توفير الجهد والوقت والامكانيات بالتنسيق بين جميع القطاعات المختلفة.
- العمل على تنمية وتطوير جميع المجالات الاجتماعية والاقتصادية والصحية.
- اتمام وانجاز جميع الخطط بالاعتماد على دقة البيانات والمعلومات المتوفرة والذي يؤدي الى حل كافة المشاكل.
- الاستغلال النموذجي والامثل لجميع الموارد المتوفرة بطريقة مثالية.
- التخطيط يساعد على عدم التركيز على قطاع واحد بل على جميع القطاعات (العربي 2009).

2.2.3مراحل التخطيط:

ويمر التخطيط بعدة مراحل ومنها:

- وضع الاهداف وتحديدها، على ان تكون محددة ويمكن قياسها، وان تكون واقعية وواضحة، ومفهومةمنقبل إلادارةوالعاملين، وفي فترة زمنية محددة.

- ان تتوفر عدة خطط وبدائل، ويختار الافضل والانسب منها، من حيث السهولة والاهمية والتكلفة(الحامد 2003).
- دراسة المتغيرات الخارجية والداخلية المؤثرة، مثل طبيعة العمل في المركز الصحي ، والمستشفى،والعاملين، والموقع الجغرافي، وطبيعة المرضى وغيرها، والعوامل الخارجية مثل العواملالاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية، والتكنولوجية.
- تنفيذ الخطة المختارة، ب إلتزام الإدارة والعاملين، وتهيئة الظروف، كالمعلومات، والدافعية،والحوافز ، والتقييم الدائم.
- وهي مرحلة تقييم النتائج، وعمل مراجعة شاملة لجميع المراحل، للتعرف على نقاط الضعف والقوة، وهي من خلال مراحل التنفيذ(عبد العزيز 1993).

3.2.3 مستويات التخطيط:

تقسم مستويات التخطيط الى:

- المستوى القومي: ويكون على مستوى الدولة او القطر.
- المستوى القطاعي: ويكون بشكل جزئي لاحد القطاعات كالصحة والتعليم وغيرها.
- مستوى المنظمة او المؤسسة: وتكون خاصة لمنظمة ما، لفترة زمنية معينة.
- المستوى الاقليمي: خاصة بمنطقة معينة او إقليم معين، وتكون اقل من مساحة الدولة، ولكنها اكبر من مساحة المدينة.
- المستوى المحلي: ويكون على مستوى المدينة او البلدة او القرية(العربي 2009).

3.3 التخطيط الصحي:

وهناك عدة تعريفات للتخطيط الصحي من اهمها:

عرفت منظمة الصحة العالمية التخطيط الصحي: على انه تحليل البيانات والمعلومات، ومن ثم العمل على تحديد كافة الاحتياجات،ودراسة كافة الموارد المتوفرة، واستخدام ما ينتج منتحليل للبيانات والمعلومات لتحقيق اهداف محددة (ذياب 2009).

كما عرف التخطيط الصحي بأنه: عبارة عن وسيلة وأداة من اجل استخدام الاساليب العلمية الحديثة والمتطورة في عمليات ضبط الموارد المتوفرة والعمل على استغلالها بطريقة متميزة، من اجل تطوير وتحديث الخدمات الصحية(قطيشات 2014).

وفي تعريف آخر يعرف التخطيط الصحي على انه : بذل كافة الجهود لتحقيق الهدف الصحي المنشود لافرادالمجتمع، مع تحديد حاجاتهم الصحية وتطويرها، اضافة الى الحصول على الكوادر الطبية المؤهلة والمتخصصة، مع الاخذ بعين الاعتبار الموارد المتوفرة، والسياسات، والاجراءات، لتحقيق هذا الهدف(الحامد 2003).

1.3.3 اهمية التخطيط الصحي:

ومن اهمية التخطيط الصحي مايلي:

- يساعد التخطيط الصحي على تحديد اتجاه المؤسسات الصحية في المستقبل ، والمساهمة في تحقيق كافة الاهداف المرجوة.

- توفير الرضا للعاملين من خلال المساهمة في التخطيط ووضع الخطط، والاهداف، ورسم السياسات الصحية.
- الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية، والعمل على استمرارية الخدمات في جميع المؤسسات الصحية.
- تحديد وتقييم معايير مستويات انجاز كافة العاملين في القطاع الصحي، وتقييم ادائهم(عبد العزيز1993).

ويركز التخطيط على رأي الإدارت العليا للمؤسسات الصحية، و على تكاليف الخطة المادية وتنفيذها، وتشمل الخطة جميع مستويات الرعاية الصحية، ويجب أن تغطيكافة المناطق الجغرافية، ويكون تأثيرها الصحي على جميعالسكان.

2.3.3 مراحل التخطيط الصحي:

ويمر التخطيط الصحي بعدة مراحل كما تراها (كارول1981)، حيث يجب تحديد جميع الاهداف

الصحية المنوي والمطلوب تحقيقها، ويتطلب ذلك توجيه كافة الجهود من اجل تحقيق الهدف، من اداريين وفنيين وعاملين، وان حجم الهدف ونوعه ومستواه وطبيعته تختلف من مركز الى اخر، ويكون ذلك حسب نوع المستشفى والمركز، خاص او عام، ونوع التخصصات الطبية، ومستوياتها، وموقعه الجغرافي، وعدد الموظفين فيه، وحجم السكان المقدم لهم الخدمة الصحية.

يجب ان يكون الهدف محدد، وقابل للقياس والتحقق، وواقعي، ومكتوب، وينفذ خلال فترة زمنية، مع وجود افضل البدائل لتحقيق هذه الاهداف، مع دراسة جميع المتغيرات الصحية الخارجية والداخلية.

3.3.3 انواع التخطيط الصحي:

يقسم التخطيط الصحي الى عدة انواع، ويكون حسب الهدف المراد تحقيقه، ومن هذه الانواع مايلي:

اولاً: التخطيط الصحي حسب الفترة الزمنية:

وتقسم الى ثلاثة اقسام هي:

- التخطيط طويل الاجل ويكون لفترة زمنية طويلة بحيث لا تقل عن خمس سنوات.
- التخطيط متوسط الاجل ويكون لفترة زمنية قصيرة اكثر من سنة واقل من خمس سنوات.
- التخطيط قصير الاجل ويكون لمدة سنة او اقل (عبد الفتاح 1999).

ثانياً: التخطيط الصحي حسب الشمولية:

ويقسم هذا التخطيط الى قسمين هما:

التخطيط الشامل: ويكون شامل لجميع الخدمات والنشاطات الصحية المقدمة للمؤسسات الصحية، ويكون ايضاً شاملاً لجميع الموارد المادية والبشرية، وشامل لجميع فئات المجتمع الحاصلة على الخدمة الصحية، ويكون مقدم من الهيئات العليا.

التخطيط الجزئي: ويكون مخطط لخدمة او نشاط معين كأنشطة الرعاية الصحية ألأولية، وذلك لحل مشكلة معينة(الطمساوي1987).

ثالثاً: التخطيط الصحي حسب الغاية او الهدف(الوسيلة):

ويقسم هذا النوع الى قسمين هما:

- التخطيط الهدفي او السياسي: ويهدف الى تحقيق كافة الاهداف المنشودة.
- التخطيط المنهجي: ويعتمد على الوسيلة المتبعة لتحقيق الاهداف الموضوعة (الطمساوي 1987).

رابعاً: التخطيط الصحي حسب المركزية واللامركزية:

وهو نوعين هما:

- التخطيط الصحي المركزي: وتقوم به الادارة العليا المركزية، وذلك بسبب تكاليفه المرتفعة واهميته.
- التخطيط الصحي اللامركزي: ويكون من خلال فروع واقسام المؤسسة الصحية المختلفة، ويجب ان لا تتعارض مع الاهداف العامة للمؤسسة الصحية.

خامساً: التخطيط الصحي الموضوعي:

ويكون حسب موضوع الخطة، فمثلاً يكون هذا التخطيط للصيانة، او للأمراض الباطنية، أو أمراض القلب، أو للخدمات الطبية المساندة(ذياب 2009).

سادساً: التخطيط حسب المستويات الادارية:

ويقسم الى ثلاثة اقسام:

- التخطيط الصحي حسب ا لإدارة العليا: وتكون الخطط شاملة لجميع المؤسسة الصحية، ويكون أكثر كلفة، وأهمية، وتأثير، ويكون ايضاً طويل المدى واستراتيجي.
- التخطيط الصحي حسب الادارة الوسطى: ويكون على مستوى الاقسام والفروع، ويكون اقل كلفة، واهمية، والزام، ويكون متوسط المدى.
- التخطيط الصحي حسب الادارة الدنيا: ويكون ذلك من قبل الادارة التنفيذية، ومن أهم سماته انه يكون دقيقاً، وروتينياً، ذو كلفة واهمية متدنية، والخطط منسجمة مع الخطط العليا، من مستوى الادارة الوسطى والدنيا(منظمة الصحة العالمية 1989).

تعتبر عمليات التخطيط بشكل عام والتخطيط الصحي بشكل خاص من أصعب وأعقد العمليات، لذلك تحتاج الى أن تتوافر جميع الجهود وتكاتفها لتطبيق الخطة الصحية وتنفيذها، لنجاح هذه الخطط، والحصول على نتائج مميزة.

4.3أهداف المؤسسات الصحية:

تسعى جميع المؤسسات الصحية لتقديم كافة الخدمات الطبية والصحية والتي تشمل:

- خدمات الرعاية الصحية الاولية: مثل تثقيف المجتمع بالصحة الشخصية، والصحة العامة، وتوفير الغذاء والماء الصالح للاستخدام البشري.
- تقديم الخدمات الطبية: كالجراحة، والاطفال والتوليد وغيرها.

- خدمات الرعاية الطبية الدقيقة، والخدمات التأهيلية، وخدمات التدريب والتعليم، والتثقيف الصحي،والوقاية من الامراض، والتطعيم، واجراء البحوث والتجارب.
- توفير الخدمات الطبية للمرضى، وتدريب الكوادر الطبية، وتوفير الخدمة الطبية والرعاية الصحية،واجراء الابحاث والدراسات الصحية(حرستاني 1990؛ ذياب 2010).

إن من اهداف ووظائف المؤسسة الصحية تقديم افضل الخدمات الصحية والطبية للسكان، وارشادهم بكيفية التعامل مع الواقع الموجود، وتنمية وعي المواطن، وذلك حسب الامكانيات المتوفرة، المالية والعلمية، ومحاولة انشاء المؤسسات الطبية، كالجامعات، والمعاهد، والكليات، لتخريج كادر طبي متخصص، يجاري التطورات الطبية العالمية الحديثة، لتوفير أفضل خدمة صحية للمواطن.

5.3.العوامل الطبيعية المؤثرة في الصحة:

1-الموقع الجغرافي وطرق المواصلات: وهو من العوامل المهمة لإنتشار الامراض، خاصة التي تكون على طرق التجارة، وتكون على الحدود التي يوجد بها تحركات بشرية، دون رقابة، وخاصة في المناطق المدارية، والصحاري، وكذلك موقع الدولة بالنسبة لدوائر العرض وخاصة مايتعلق بالمناخ.

2-العوامل الطبيعية: ويكون تأثيرها على المناخ، و من ثم على الانسان وصحته ، من المناطق العليا والسفلى من الجبال ، وتأثيرها على صحة الانسان(بيئة باردة حارة رطبةجافة)(أقرع 2013).

6.3.مستويات الخدمة الصحية في الاردن:

عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية بأنها: هي الرعاية الطبية لجميع المواطنين في المجتمع، بتقنيات علمية متقدمة، ومقبولة اجتماعياً، وتكلفة حسب قدراتوامكانياتالسكان، وبمشاركة الفرد والمجتمع جميعاً (ذياب 2009).

وهناك عدة مستويات صحية في الاردن منها:

1.6.3.الرعاية الصحية الاولية.

وهي تقديم العلاج الطبي ومعالجة المريض، وتقديم كافة الاسعافات اللازمة له، دون نومه في المستشفى.

مميزات الرعاية الصحية الاولية:

1- الشمولية: وتشمل كافة الخدمات، وجميع السكان، والمناطق.

2-الاستمرارية: وهي الاستمرار في تقديم الخدمة بدون انقطاع.

3-النوعية الجيدة: اي ان تقدم افضل مستوى للخدمات الصحية.

4-الملائمة: اي ان تلائم الظروف البيئية والخاصة للدولة.

5-توفر الامكانيات المادية والبشرية، وامكانيةالوصول لجميعالخدمات الصحية(سيد 1991).

2.6.3.الرعاية الصحية الثانوية:

وهي العلاج الصحي المقدم للمريض، خلال اقامته في المستشفى، سواءً كان هذا العلاج جراحي او مكثف.

3.6.3. الرعاية الصحية التخصصية:

لا تختلف مستوى الرعاية الصحية التخصصية عن مستوى الرعاية الثانوية، الا في التخصصات الطبية الرئيسية، وكذلك في فترة الاقامة في المستشفى، ومن أهم ميزاتها طول مدة الإقامة، والكلفة العالية للعلاج، والكادر الطبي المتميز، والأدوات الطبية المتقدمة والمتوفرة (ذياب 2009).

4.6.3.الرعاية الصحية طويلة الأمد:

وهي الخدمة الطبية الطويلة المقدمة للمرضى، الذين لا أمل بشفائهم، وتأهيلهم للعيش في المجتمع، والتعايش مع المرض، والإعتماد على نفسه، في قضاء حاجاته(ذياب 2009). لعل المستويات الصحية تعتمد على نوعية الامراض، ونوع العلاج المقدم، وكلما كان المرض عضوياً قوياً، حيث يتم علاجه بناءً علىاحدالانواع الاربعة السابقة، بكادر طبي متمكن وادوات مناسبة متطورة.

7.3.مستويات الخدمة الصحية الفلسطينية:

الخدمة الصحية الفلسطينية تتوفر على اربع مستويات كما يلي:

اولاً: المستوى الاول:وهو مرفق صحي تتوفر فيه مرشدة صحية واحدة، او ممرضة لخدمة تجمع سكاني يعيش فيه اقل من 2000 نسمة، يقدم هذا المستوى الخدمات الوقائية، وصحة ورعاية الام والطفل، ويقدم الخدمة العلاجية والاسعاف الاولي، وتتم زيارته مرة او مرتين اسبوعياً.

ثانياً: المستوى الثاني: وهو المرفق الصحي الذي يعمل فيه طبيب عام، وممرضة وقابلة، ويقدم الخدمة الصحية لتجمع سكاني يعيش فيه من 2001 الى 6000 نسمة، ويقدم الخدمات الوقائية الاساسية، والخدمات العلاجية، وبعض الفحوص المخبرية، ويكون العمل فيه طوال ايام الاسبوع.

ثالثاً: المستوى الثالث: وهو مركز صحي يقدم جميع الخدمات الصحية في المستوى الثاني، الى جانب الاستشارات التخصصية لرعاية الامومة والطفولة، بالإضافة الى الخدمات المخبرية، لتجمع سكاني يعيش فيه من 6001 الى 12000 نسمة.

رابعاً: المستوى الرابع: وهو المستوى الذي يحتوي على الخدمات الصحية التالية وهي المختبرات، وعيادة الاختصاص، والاسنان، والطب الوقائي، وصحة البيئة، واللجان الطبية، وترخيص المهن الطبية، وشهادات التلاسيميا، وفحص النظر، وخدمات الارشاد النفسي، وخدمات التغذية، وخدمات الصحة السنية،وخدمات الاشعة، وخدمات اخرى، وهو مركز شامل، لتجمع سكاني يعيش فيه اكثر من 12000 نسمة(مديرية صحة جنين 2014).

أما بالنسبة لعدد المستشفيات في الضفة الغربية وقطاع غزة فقدبلغ عدد المستشفيات في الضفة الغربية وقطاع غزة في عام 2009 م، حوالي (76) مستشفى، وبلغ عدد الاسرة (5058) سرير، أي حوالي (1,3) سرير لكل الف مريض، وكان معدل الاطباء (1,74) لكل الف مريض (عيتاني ودغلس 2011).

8.3. الجهات التي تقدم الخدمات الصحية:

الجهات التي تقدم الخدمات الصحية في فلسطين هي:

اولاً: الخدمات الصحية الحكومية: وهي الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز والعيادات والمستشفيات الصحية الحكومية، وهي متوفرة في غالبية التجمعات السكانية في المحافظة.

ثانياً: وكالة الغوث الدولية (الاونروا) وهي الخدمات الصحية التي تقدمها وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، في العيادات الصحية في مخيم جنين، واربع تجمعات سكانية في المحافظة، وهي مسؤولة عن جميع الخدمات الطبية في جميع المخيمات الفلسطينية في الداخل والشتات.

ثالثاً: قطاع المنظمات الاهلية: وهي الخدمات الصحية التي يتم تقديمها لمتلقي الخدمة في المحافظة، من المؤسسات الصحية التي تتبع لقطاع المنظمات الاهلية، كالهلال الأحمر، والإغاثة الطبية، وجمعية اصدقاء المريض، ولجان الزكاة وغيرهم، وتدفع تكاليف العلاج من قبل المرضى.

رابعاً: القطاع الخاص : وهي الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى، من خلال مؤسسات صحية خاصة، كالعيادات والمشافي، وتكون مملوكة لشخص او عدة اشخاص من القطاع الخاص، وهي عالية التكاليف (معهد الاعلام والسياسات الصحية والتنموية 1996).

من اجل تلبية كافة الاحتياجات الصحية للمواطن، وتحقيق تنمية صحية، يجب التعاون والتنسيق بين كافة الجهات الاربعة السابقة، لتحقيق خدمة مميزة، وتطوير سياسات صحية سليمة.

9.3. العوامل المؤثرة في تطور المستشفيات:

- ظهور التطور والتقدم العلمي، كإكتشاف التخدير، ونظرية الجراثيم، والتعقيم.
- تطوير التقنيات الطبية، كظهور المختبرات، فصائل الدم، وتخطيط الدماغ، والقلب.
- ظهور المدارس والكليات التمريضية، والتدريبية، والتعليمية.
- التعليم الطبي، وانتشار الجامعات، واكتشاف النظريات الطبية، مثل نظرية الجرثومة وغيرها.
- الدعم المادي للمستشفيات، كالتأمين الصحي، والدعم الحكومي، والاهلي (نصيرات 2014).

بسبب التطور العلمي والتقني الذي حصل، وظهور الجامعات والكليات والمدارس الطبية، واكتشاف الادوية، وتطور المصانع،كل هذا ساهم في تطور الخدمة الصحية للمواطن، ومن ثم الحصول على نتائج جيدة في العلاج الطبي المقدم للمرضى.

10.3. مدخلات المستشفى:

- **المرضى:** وهم اكثر مدخلات المستشفى اهمية، يجب الإهتمام بالجانب النفسي، والبيئي، والاجتماعي، والثقافي، والزمني للمريض، والتعامل معه ك إنسان وليس كمريض، والإهتمام بعلاجه ورعايته.
- **الاطباء:** وهم إما العاملين والمتفرغين في المستشفى، او اصحاب العيادات الخارجية، ويعملون جزئياً في المستشفى.
- **الممرضون:** وهم من الممرضين والممرضات، المقدمين للخدمة الطبية، ورعاية المريض والاهتمام به.

- **الادارة:** وهي مكونة من مدير المستشفى، والمساعدين، وجميع رؤساء الاقسام الفنيين والاداريين،المهنيين والمستخدمين الصحيين.
- **التكنولوجيا:** مثل الاجهزة والالات والمعدات الطبية.
- **المواد:** وتشمل الادوية والتحاليل الطبية، والخيوط والابر وغيرها، ومواد غير طبية مثل الاغذية والشراشف، والمواد الكيماوية، والماء والزيوت وغيرها.
- **الابنية والمنشآت:** وهي جميع المباني التي تتبع للمستشفى، وعياداته ومختبراته (نصيرات 2014).

ان هذه المكونات والمدخلات هي التي تعمل على تقديم الرعاية الطبية والصحية للمرضى، وتوفيرجوعلاجي مريح، يساعد المرضى في التغلب على كافة الامراض، والمساهمة في شفائهم، ويعتبر تطور التكنولوجيا والأدوات والمواد المتطورة من اهم العوامل التي تساعد في تقديم الخدمة الصحية لمتلقيها.

11.3.انواع الخدمات الصحية:

- **خدمة الصحة العامة:** وتعمل على خدمة المجتمع بشكل عام، مثل الاهتمام بصحة الهواء والماء والغذاء، والمسكن الصحي، والسلامة العامة، وغيرها.
- **خدمة الصحة الشخصية:** وتهتم بصحة الفرد، مثل علاج الامراض، وتوفير الخدمات الصحية، والعمل على الوقاية من الامراض وغيرها (نصيرات 2014).

12.3. التأمين الصحي:

يعني التأمين الصحي: مساهمة كافة موظفي القطاع العام والخاص بدفع جزء من رواتبهم، لقاء شراء الخدمات الصحية، وتكون هذه الخدمة لكافة المرضى، بعدالة وشفافية(وزارة الصحة الفلسطينية 2013).

1.12.3.انواع التأمين:

التأمين له انواع منها:

- **التأمين الحكومي:** وهو التأمين الإلزامي، الذي يكون لجميع موظفي القطاع العام المدني، والعساكر في الدولة،ومنه التامين الاجباريلجميع الموظفين، والتامين الطوعي وهو مدفوع من العائلات طوعاً، وذلكلتلقي العلاج في المؤسسات الصحية الحكومية، وتامين العمال داخل الخط الاخضر، وتـأمين الاقصى: وهو التأمين الذي جاء في انتفاضة الاقصى ، بقرار من الرئيس الراحل ابو عمار رحمه الله، تم ت أمين جميع العاطلين عن العمل، وتـأمين العقود، وهو إقتطاع ما نسبته 5% من دخل الموظف الشهري على عقد سنوي ضمن مساهمتهم في التـأمين، وتأمين الشؤون الاجتماعية، حيث تقوم الوزارة بدفع مبلغ 40 شيقل عن كل مؤمن.
- **التامين الخاص:** وهو شراء خدمات التامين الخاصة من المؤسسات الحكومية.
- **تأمين المنظمات الغير الحكومية:** وهو توفير المؤسسات الغير الحكومية خدمات التأمين لاي شخص في المؤسسة.

- **خدمات تأمين الاونروا:** توفير خدمات الت أمين الصحي لكافة موظفيها، وتكون هذه الخدمة مجانية(وزارة الصحة الفلسطينية 2013).

13.3.دور نظم المعلومات الجغرافية GIS في التخطيط الصحي:

بسب تزايد حاجات ورغبات الانسان، والاهتمام بها، وتطور العلوم الحديثة لتوفيرها، اهتم الجغرافيين بدراستها واظهار التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية المختلفة كماً ونوعاً ، لأنها رغبات وخدمات يومية، وتعتبر معيار لتطور وتقدم الشعوب والمجتمعات، وتصنف الخدمات الى نوعين حسب التخطيط هما:

- **الخدمات الاجتماعية او المجتمعية:** وهي الخدمات التي تشمل الصحة، والتعليم، والخدمات الترفيهية، والدينية وغيرها، وهذه خدمات مساحية تشغل حيزا من المكان.
- **خدمات البنية التحتية:** وهي تلك الخدمات التي تحتوي على خدمات الطرق، والهواتف، والماء، وخدمات الصرف الصحي، والكهرباء وغيرها، وهي خدمات خطية(قطيشات 2014).

1.13.3.وظائف نظم المعلومات الجغرافية في الجانب الصحي:

- عمل قاعدة بيانات جغرافية لجميع المؤسسات في القطاع الصحي.
- القيام بتحديد حاجة المناطق للخدمات الصحية في المناطق المدروسة.
- ملاحقة ومتابعة كل الامراض في المنطقة في المجالات الصحية.
- عمل خرائط لكافة المؤشرات الصحية من أجل دعم إتخاذ القرارات.

- تحديد مواقع كافة المراكز الصحية، حسب توزيعها المكاني في المنطقة لمعرفة انتشارها وارتباطاتها المكانية.
- تحديد مدى تأثير كل المراكز الصحيةِ، من أجل تحديد اكثرها نشاطاً ودعمها، ولكي نحدد اختلاف المراكز الصحية في تقديم الخدمة(قطيشات 2014).

14.3. معايير الرعاية الصحية الأولية الفلسطينية:

تعرف المعايير: على انها مقاييس صحية ذات مستوياتعاليةومثالية الاداء، ويتم تطويرها بإستمرار، وتطبيق وتفحص وتقاس ملاءمتها لواقع الخدمات الصحية المقدمة، ويتم وضع هذه المعايير من خلال وزارة الصحة بواسطة لجان ذات اختصاص، ومشاركة خبراء محليين ودوليين (وزارة الصحة 2012).

1.14.3.كيفية تصنيف المعايير وترميزها:

تصنف المعايير بناءً على درجة تاثيرها، واهميتها، وتصصنف عالميا الى:

- **معايير اساسية وعددها (46)**: هي معايير اذا لم تتحق ولم تطبق ولم تنفذ تسبب الموت، او الضرر الخطير للمرضى ، او للأهالي ،او للزائر ، او للكادرالطبي ، او للموظفين، وهي تتناول جميع القوانين واللوائح، والتعليمات وألأنظمة، ومثال ذلك توفر الاشعة داخل المركز.
- **معايير جوهرية وعددها (97)**: وهي معايير صحية تكون في حالة الالتزام بها بشكل جزئي، لا تسبب ضرر او موت للمرضى، والزوار، والاطباء، والممرضين، و كافة

العاملين في الصحة، وهي عبارة انظمة، وقوانين، وسياسات، واجراءات وعمليات، لحماية المرضى، ومثال ذلك تفسير نتائج فحوصات الاشعة.

- **معايير متقدمة وعددها (11):** وهي معايير صعبةالتطبيق بسبب قلة الموارد المفروضة، او الوقت، او ثقافة المجتمع، ونظرته، وتقبله لها، ومثال ذلك توفر اجراءات مكتوبة عنمشاكل الادوية(وزارة الصحة 2012).

ويتم ترميز هذه المعايير بأخذ اول حرفين من اسم المجال بالانجليزية، والرقم المتسلسل لكل مجال، ثم الرقم المتسلسل لكل معيار، بالاضافة لمستوى المعيار (وزارة الصحة 2012).

2.14.3. كيف يتم تقييم المعيار:

تختلف عمليات التقييم من معيار لاخر، الا انه في غالبية المعايير يتم اعتماد المحاور التالية:

- تحقيق متطلبات التوثيق.
- استغلال الموارد، وتطبيق المهام بفاعلية.
- جودة مخرجات العمليات كما ونوعا.
- تحقيق شروط السلامة العامة، وتجنب المخاطر.
- فعالية المراكز الصحية بالتعامل مع المخاطر، وأثاره، وادراة العمليات ذات العلاقة(وزارة الصحة 2012).

3.14.3. اما درجات التقييم:

فكانت درجات التقييم كالتالي:

- معيار غير مطابق (0).
- معيار مطابق جزئيا (1).
- معيار مطابق كليا (2).
- ينطبق المعيار اذا كان لا ينطبق على حال المؤسسة (وزارة الصحة 2012).

15.3. المعايير الفلسطينية للمراكز الصحية:

- حسب معايير وزارة الصحة الفلسطينية لمراكز الرعاية الصحية وحسب المستويات فان المركز الصحي في المستوى الاول يخدم تجمع سكاني اقل من 2000 نسمة.
- حسب معايير وزارة الصحة الفلسطينية لمراكز الرعاية الصحية وحسب المستويات فان المركز الصحي في المستوى الثاني يخدم تجمع سكاني من 2001 الى 6000 نسمة.
- حسب معايير وزارة الصحة الفلسطينية لمراكز الرعاية الصحية وحسب المستويات فان المركز الصحي في المستوى الثالث يخدم تجمع سكاني من 6000 الى 12000 نسمة.
- حسب معايير وزارة الصحة الفلسطينية لمراكز الرعاية الصحية وحسب المستويات فان المركز الصحي في المستوى الرابع يخدم تجمع سكاني اكثر من 12000 نسمة.

الفصل الرابع

نتائج تحليل الدراسة ومناقشتها

الفصل الرابع

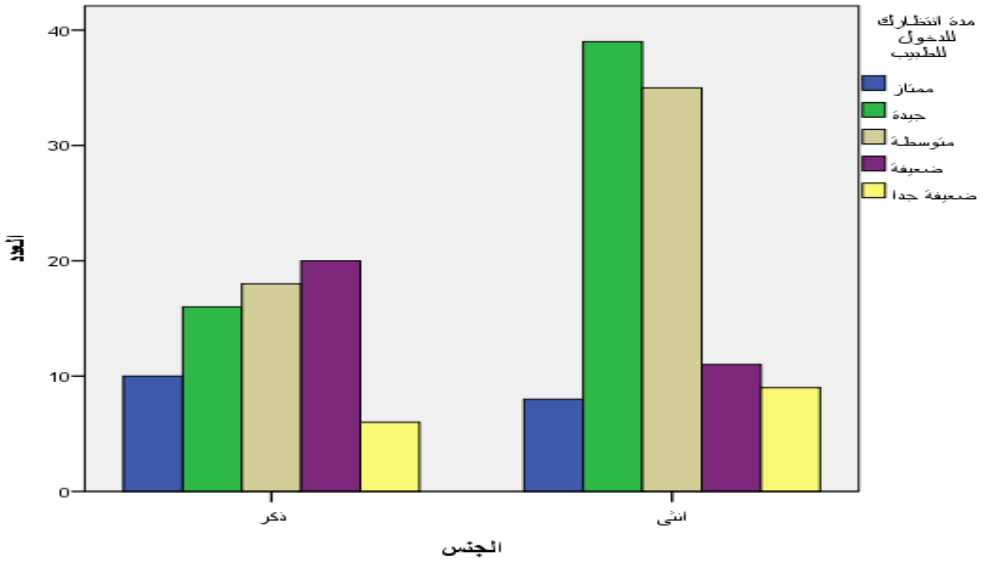
نتائج تحليل الدراسة ومناقشتها:

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة باستخدام الأدوات البحثية المختلفة:

1.4. تحليل استبانة متلقي الخدمة.

من خلال تحليل الرضا عن طول مدة الإنتظار للدخول للطبيب، وكما يظهره الشكل رقم (1) بعلاقة متغير الجنس بمدة انتظار المرضى للدخول للطبيب،أ جاب عشرون مبحوثاً من الذكور بانها ضعيفة، بينما أجابت تسع وثلاثون مبحوثة من النساء بانها جيدة، وكانت إجابات خمسة وخمسون مبحوثاً من الجنسين بانها جيدة، واجاب خمسة عشرة بانها ضعيفة جداً.

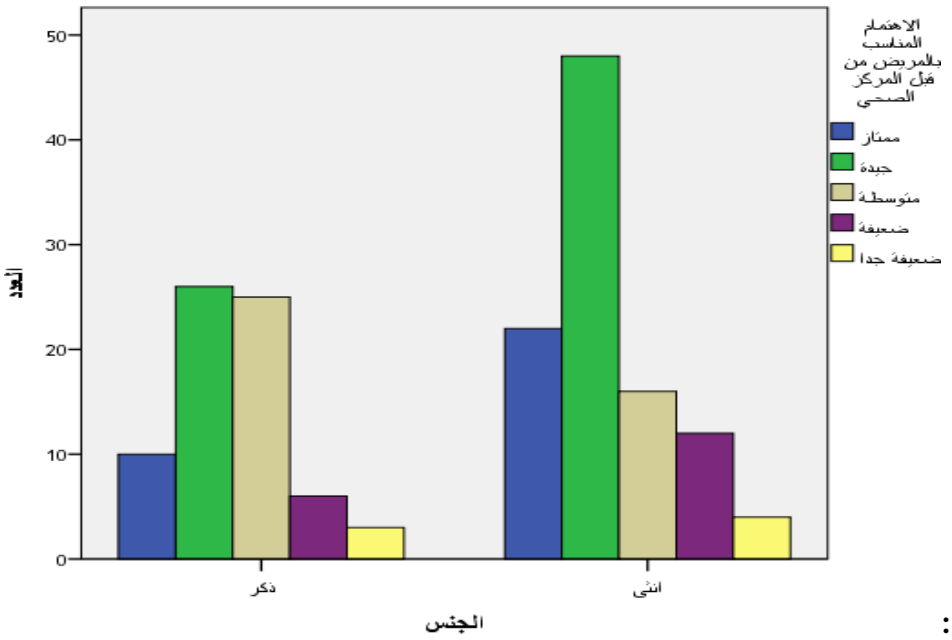
شكل رقم (1): علاقة متغير الجنس بمدة انتظار المرضى للدخول عند الطبيب:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية لرأي المبحوثين عن الرضا لطول مدة الإنتظار للدخول الى الطبيب، بناءً على عامل الجنس، ويرجع ذلك اما الى تقديم ملف المريض للطبيب وإتمام المعالجة بسرعة، او لقلة عدد المراجعين، او لأن المركز لا يقدم الا خدمات وقائية وليست علاجية، او لمهارة الأطباء في تقديم العلاج، او لإن المركز لا يقدم الا نوعاً واحداً من الخدمات الطبية كالامومة والطفولة.

أما عند سؤال المبحوثين حول الإهتمام المناسب بالمريض من قبل المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم (2) بعلاقة متغير الجنس بتلقي الاهتمام المناسب للمريض، جاءت إجابة ستة وعشرون مبحوثاً من الذكور بأنها جيدة، بينما أجابت ثمانية وأربعون مبحوثة من النساء بأنها جيدة، وكانت إجابات أربعة وسبعون مبحوثاً من الجنسين بأنها جيدة، وأجاب سبعة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

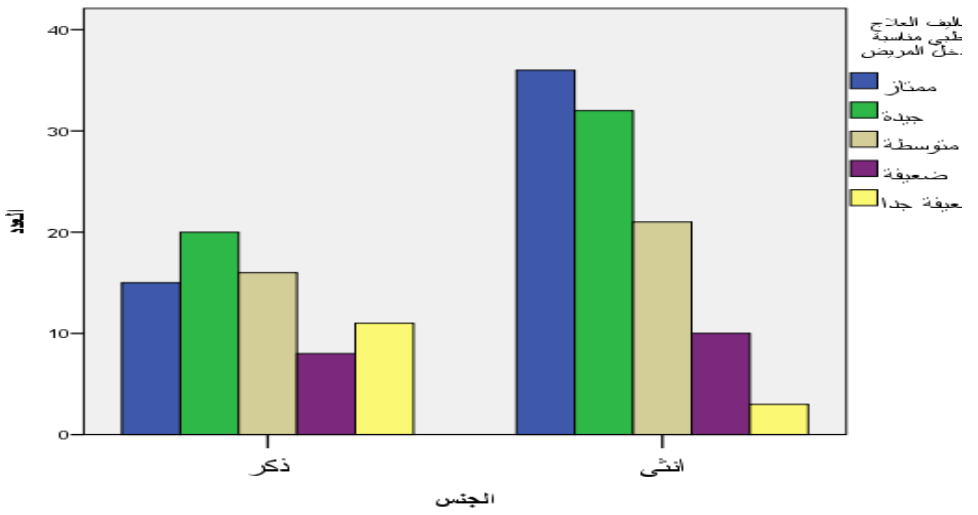
شكل رقم (2): علاقة متغير الجنس بتلقي الاهتمام المناسب بالمريض:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية لرأي المبحوثين عن الاهتمام المناسب بالمريض من قبل المركز الصحي، بناءً على عامل الجنس، حيث أظهرت نسبة الإناث رضا بشكل جيد، وقد يعود ذلك الى ان غالبية العينة من الإناث حيث ان حوالي ثلثي العينة من الاناث مما يؤثر على الاجابة، بالاضافة ان معظم المراكز التي تم بحثها، الاهتمام الاول والخدمة التي تقدمها كانت رعاية الامومة والطفولة، بحيث تقوم النساء بمراجعة المركز الصحي اكثر من الرجال لها ولاطفالها، او اهتمام الكادر الطبي بإظهار صورة طيبة ومتميزة لهذا المركز عن بقية المراكز.

وكما يظهر الشكل رقم (3) بعلاقة متغير الجنس ومناسبة تكاليف العلاج الطبي لدخل المريض، فعند سؤال المبحوثين عن تكاليف العلاج الطبي ومناسبته لدخل المريض جاءت اجابة عشرون مبحوثاً من الذكور بأنها جيدة، بينما أجابت ست وثلاثون مبحوثة من النساء بأنها ممتازة، وكانت إجابات إثنان وخمسون مبحوثاً من الجنسين بأنها جيدة، وأجاب أربعة عشر مبحوثاً بانها ضعيفة جداً.

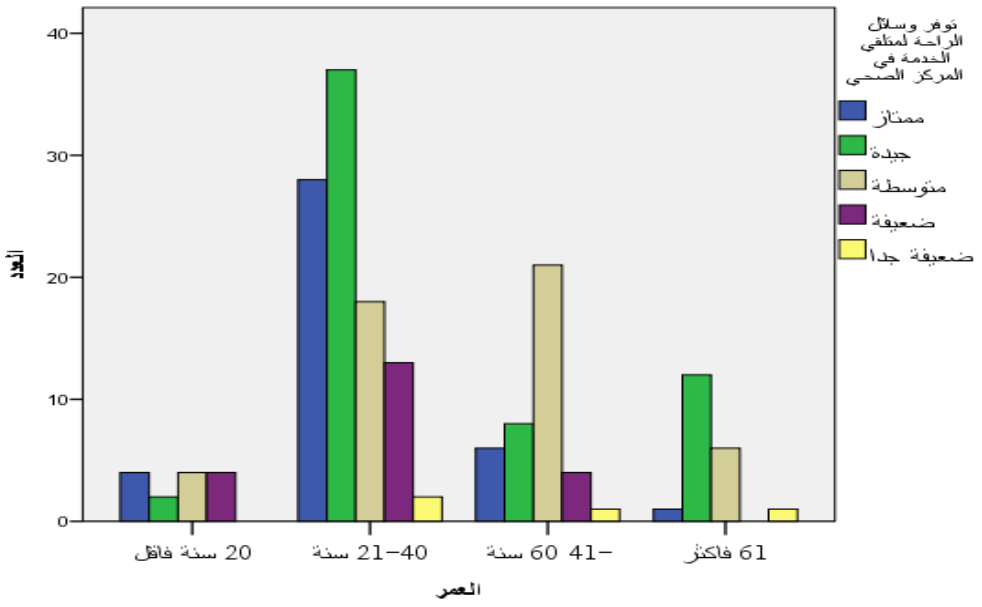
شكل رقم(3): علاقة متغير الجنس ومناسبة تكاليف العلاج الطبي لدخل المريض:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية لرأي المبحوثين عن تكاليف العلاج ومناسبته لدخل المريض، بناءً على عامل الجنس، حيث أظهرت نسبة الإناث رضا بدرجة ممتازة، وقد يعود ذلك الى نظام التأمين الصحي الحكومي، كون التأمين يخدم جميع موظفي القطاع العام، و أن العديد من المواطنين بإستطاعتهم عمل تأمين صحي بسهولة ويسر، كذلك لإن عددالمراجعينمن النساء أكثر من الرجال، أو لتوفر مراكز صحية ترعى الامومة والطفولة بعلاجشبه مجاني.

وعند سؤال المبحوثين عن توفر وسائل الراحة لمتلقي الخدمة في المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم (4) في علاقة متغير العمر بتوفير وسائل الراحة للمريض، جاءت إجابة سبعة وثلاثون مبحوثاً من فئة 21- 40 بأنها جيدة، بينما أجاب واحد وعشرين مبحوث من فئة 41- 60 بدرجة متوسطة، وكانت إجابات تسعة وخمسون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، وأجاب اربعة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

شكل رقم(4): علاقة متغير العمر بتوفير وسائل الراحة للمريض:

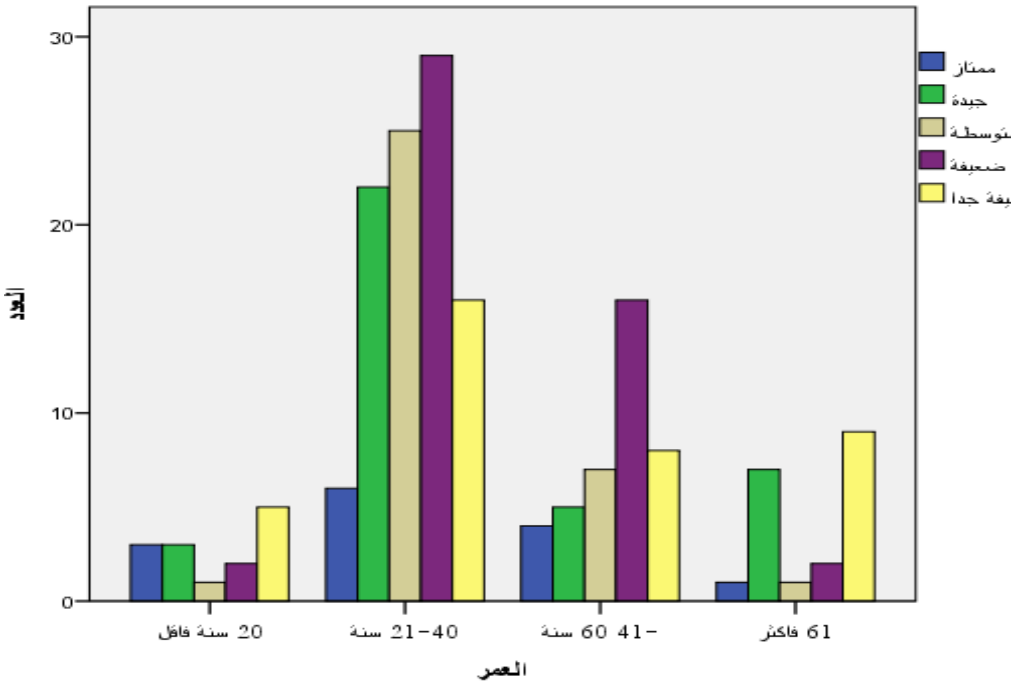


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية لتوفر وسائل الراحة لمتلقي الخدمة في المركز الصحي، بناءً على عامل العمر، حيث أظهرت أن الفئة الأكثر رضا هم من فئة 21- 40 وذلك كون النسبة الأكبر من المراجعين من الشباب الذين لا يهتمون بوجود وسائل راحة، وقد يكون ذلك لقصر مكوثهم في المركز حيث أن معظم مشاكلهم الصحية تكون من النوع البسيط.

وكما يظهر الشكل رقم (5) علاقة متغير العمر بتوفر الادوية، و عند سؤال المبحوثين عن توفر جميع الادوية في المركز الصحي، أجاب تسعة وعشرون مبحوثاً من فئة 21- 40 بأنها جيدة الى ممتازة، بينما أجاب ستة عشر مبحوث من فئة 41- 60 بدرجة ضعيفة جداً، وكانت إجابات تسعة وأربعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة، و أجاب ثمانية وثلاثون مبحوثاً من جميع الأعمار بأنها ضعيفة جداً.

شكل رقم(5): علاقة متغير العمر بتوفر

الادوية:

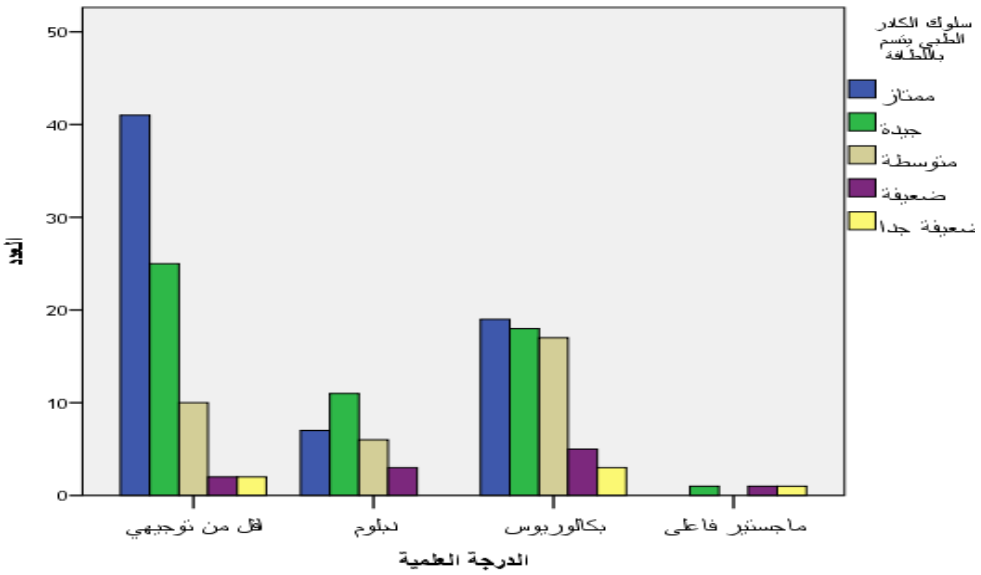


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن توفر جميع الادوية في المركز الصحي، بناءً على عامل العمر، حيث أظهرت ان الفئة الاقل رضا هم من فئة 21- 40، وذلك يكون إما بسبب ا لأوضاع الإقتصادية السيئة التي يعانون منها حيث أن الكثير من هذه الفئة الشابة لاتعمل، او لضعف خدمة تقديم الادوية في المراكز الصحية ، او عدم اهتمام وزارة الصحة بتوفير الادوية في المراكز، او لإن المركز الصحي لا يقدم خدمات علاجية بل وقائية.

وعند سؤال المبحوثين عن رضاهم عن سلوك الكادر الطبي، وكما يظهر بالشكل رقم(6) بعلاقة متغير الدرجة العلمية بسلوك الكادر الطبي، أجاب واحد و أربعين مبحوثاً من فئة توجيهي فلأقل بأنها ممتازة، بينما أجاب تسعة عشرة مبحوثاً من فئة حملة شهادة البكالوريس

بدرجة ممتازة، وكانت إجابات سبعة وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ممتازة، و أجاب ستة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

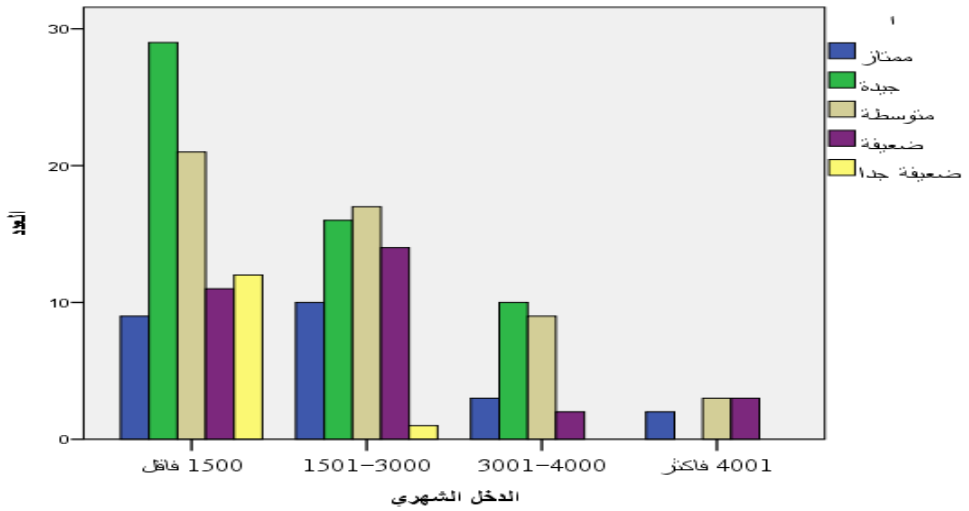
شكل رقم(6): علاقة متغير الدرجة العلمية بسلوك الكادر الطبي:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن الرضا عن سلوك الكادر الطبي، بناءً على الدرجة العلمية، حيث اظهرت ان فئة التوجيهي او اقل والبكالوريس هم الفئتان الأكثر رضا عن سلوك الكادر الطبي، وذلك قد يكون بسبب القوانين والتشريعات واللوائح التي تضبط عمل الكادر الطبي، وما تتطلبه اخلاق المهنة، والعقاب والثواب، او الى التعامل الحسن المتبادل بين الكادر الطبي والمراجعين خاصة ذوو مستويات التعليم الجيدة.

وعند سؤال المبحوثين عن التلبية السريعة لجميع المتطلبات الطبية الرئيسية للمرضى ، وكما يظهر بالشكل رقم(7) بعلاقة متغير الدخل الشهري بتلبية احتياجات المرضى، اجاب تسعة وعشرون مبحوثاً من فئة الف وخمسمايةشيقل فأقل بانها جيدة، بينما اجاب سبعة عشر مبحوث من فئة الف وخمسماية وواحد الى ثلاثة الاف شيقل بدرجة متوسطة، وكانت اجابات خمسة وخمسون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة واجاب ثلاثة عشرة مبحوثاً بانها ضعيفة جداً.

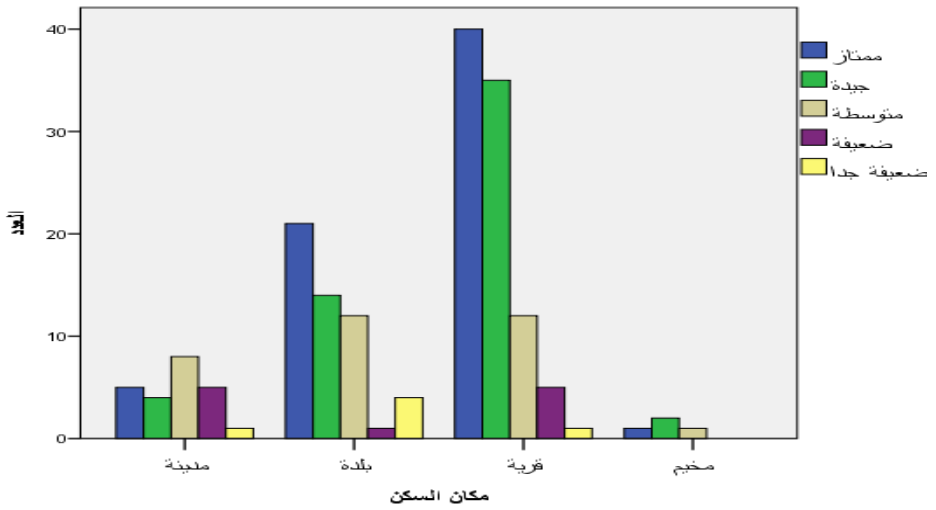
شكل رقم(7): علاقة متغير الدخل الشهري بتلبية احتياجات المرضى السريعة:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن التلبية السريعة لجميع المتطلبات الطبية الرئيسية للمرضى، بناءً على عامل الدخل الشهري، حيث اظهرت ان فئة الف وخمسماية‌شيقل فما دون هم الفئة الاكثر رضا عن التلبية السريعة لجميع المتطلبات الطبية الرئيسية للمرضى، وذلك قد يكون بسبب أن زيارة تلك الفئة هي الاكثر للمركز الصحي بسبب الوضع المادي الصعب لها، وعدم قدرتهم على تلقي العلاج في المؤسسات الصحية الخاصة، وارتباطهم بالمراكز الصحية العامة، او رغبة الكادر الطبي في مساعدة تلك الفئات على العلاج.

وعند سؤال المبحوثين عن سلوك الكادر الطبي ولطافته، كما يظهره الشكل رقم(8) بعلاقة متغير السكن بسلوك الكادر الطبي، حيث اجاب اربعون مبحوثاً من سكان القرى بانها ممتازة، بينما اجاب واحد وعشرون مبحوثاً من سكان البلدات بأنها ممتازة، وكانت اجابات سبعة وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ممتازة، واجاب ستة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

شكل رقم(8): علاقة متغير مكان السكن بسلوك الكادر الطبي

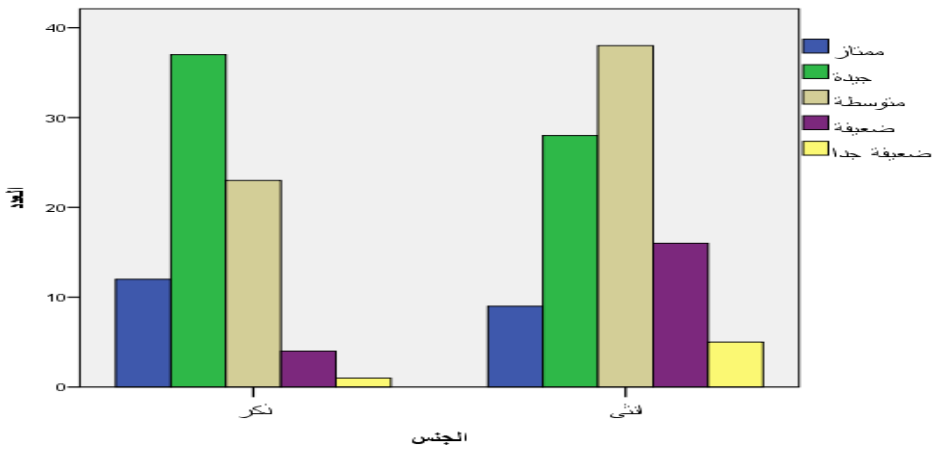


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن سلوك الكادر الطبي ولطافته، بناءً على عامل مكان السكن، حيث اظهرت ان معظم سكان القرى والبلدات كانت درجة الرضا لديهم ممتازة، وذلك بسبب ان اهالي الريف والبلدات يعرفون الكادر الطبي منذ فترة طويلة، او لان سكان هذه التجمعات يمتازون باللطافة والاخلاق الحميدة، وبالتالي يؤثرون على سلوك الكادر الطبي في المعاملة، ويقوم الكادر الطبي بالمعاملة بالمثل، او لإن القوانين واللوائح والتشريعات تجعل من الكادر الطبي يتسم باللطافة.

2.4. تحليل استبانة مقدمي الخدمة:

عند سؤال المبحوثين عن كفاية العلاج المقدم للمريض في المركز، وكما يظهر بالشكل رقم(9) بعلاقة متغير الجنس بكفاية العلاج المقدم، اجاب سبعة وثلاثون مبحوثاً من الذكور بدرجة جيدة، بينما اجاب ثماني وثلاثون مبحوثاً من الاناث بدرجة متوسطة، وكانت اجابات خمسة وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، واجاب ستة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

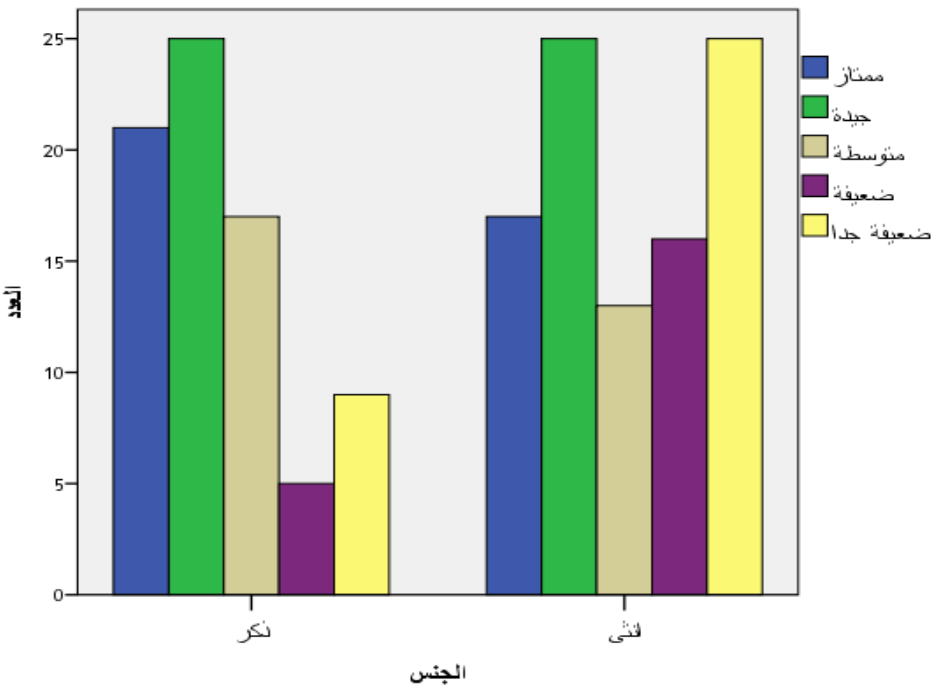
شكل رقم(9): علاقة متغير الجنس بكفاية العلاج المقدم:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن كفاية العلاج المقدم للمريض في المركز، بناءً على عامل الجنس، ويرجع ذلك والى توفر الاجهزة والادوات الطبية، وخدمات المختبر والاشعة والصيدلة والى وجود مراكز صحية مؤهلة لعلاج المرضى، والى توفر الادوية في المراكز الصحية، او الى توفر التخصصات الطبية.

وكما يظهر بالشكل (10) عند سؤال المبحوثين بعلاقة متغير الجنس بكفاية التدفئة والتكييف داخل المركز الصحي عن كفاية التدفئة والتكييف في المركز الصحي، اجاب خمسة وعشرون مبحوثاً من الذكور بدرجة جيدة، بينما اجاب خمسة وعشرون مبحوثاً من الاناث بدرجة جيدة، وخمسة وعشرون مبحوثاً من الاناث بدرجة ضعيفة جداً، وكانت اجابات خمسين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، واجاب اربعة وثلاثون مبحوثاً بانها ضعيفة جداً.

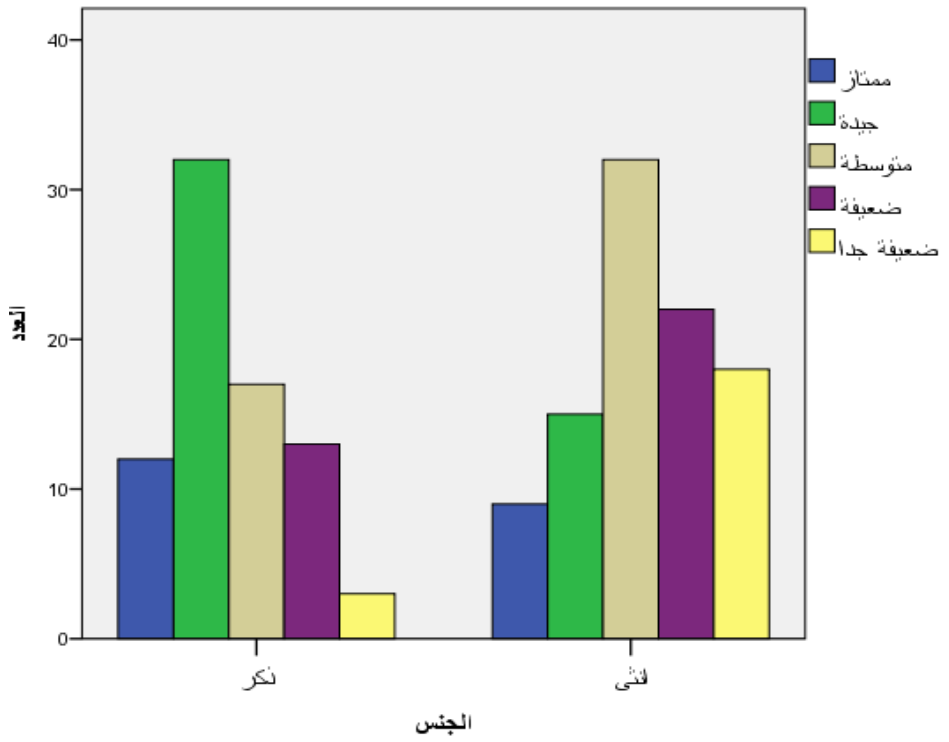
شكل رقم(10): علاقة متغير الجنس بكفاية التدفئة والتكييف داخل المركز الصحي:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن كفاية التدفئة والتكييف في المركز الصحي، بناءً على عامل الجنس، ويرجع ذلك الى اما الى توفر ادوات التدفئة والتكييف فعلاً، او الى ضعف هذه الخدمة في مستويات الرعاية الاولى او الثانية، علماً ان غالبية النسبة الضعيفة جداً هي من الاناث، وذلك بحكم المراجعة المستمرة للمركز الصحي لها ولاطفالها، او يعود للمباني وعدم التاسيس الصحيح للتدفئة والتكييف.

وعند سؤال المبحوثين عن عدد الممرضين في المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم (11) بعلاقة متغير الجنس بكفاية عدد الممرضين في المركز الصحي، جاءات اجابات اثنان وثلاثون مبحوثاً من الذكور بدرجة جيدة، بينما اجاب اثنان وثلاثون مبحوثاً من الاناث بدرجة جيدة، واجاب اربعة وستون من الفئتين بدرجة جيدة، وكانت الاجابات متساوية اثنان واربعون مبحوثاً واحد وعشرين مبحوثاً بدرجة ضعيفة جداً، وواحد وعشرين مبحوثاً بانها ممتازة.

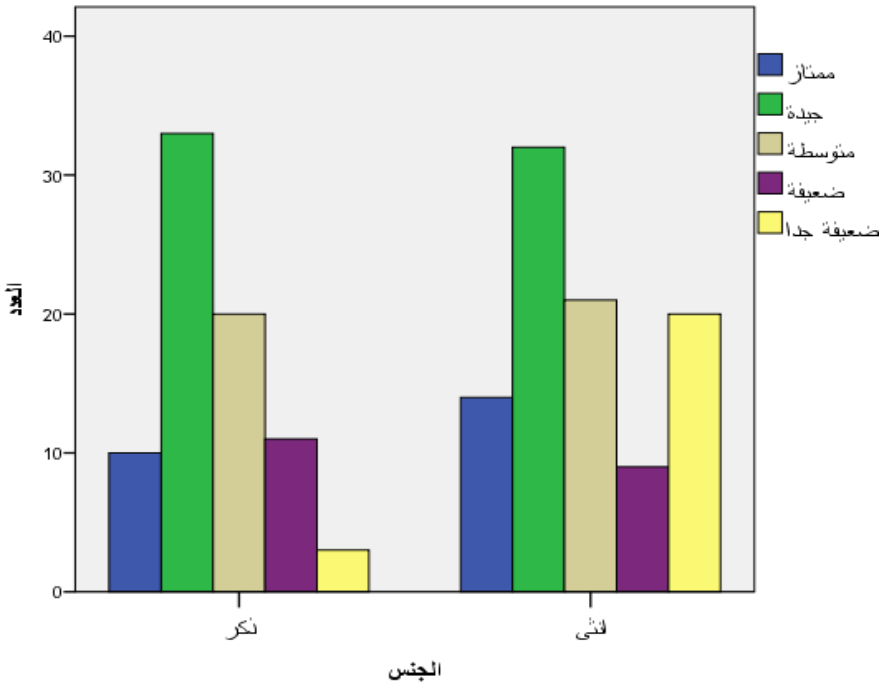
شكل رقم(11): علاقة متغير الجنس بكفاية عدد الممرضين في المركز الصحي:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن عدد الممرضين في المركز الصحي، بناءً على عامل الجنس، وبرجع ذلك الى اعداد الممرضين الملائمة لعدد المرضى في المراكز الصحية، أما بالنسبة للذين اجابو بدرجة ضعيفة فقد يكون ذلك لعدم توفر وظائف شاغرة، او لعملهم في مؤسسات خاصة، او لعدم وجود حوافز مالية في العمل، لقلة عدد المتقاعدين، او لسفرهم الى دول ذات دخل أعلى.

وكما في الشكل رقم (12) الذي يظهر راي المبحوثين في توفر الاجهزة الطبية بناء على متغير الجنس، فعند سؤال المبحوثين عن توفر الاجهزة والادوات الطبية في المركز الصحي، اجاب ثلاثة وثلاثون مبحوثاً من الذكور بدرجة جيدة، بينما اجاب اثنان وثلاثون مبحوثاً من الاناث بدرجة جيدة، وكانت اجابات خمس وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، واجاب ثلاث وعشرون مبحوثاً بانها ضعيفة جداً.

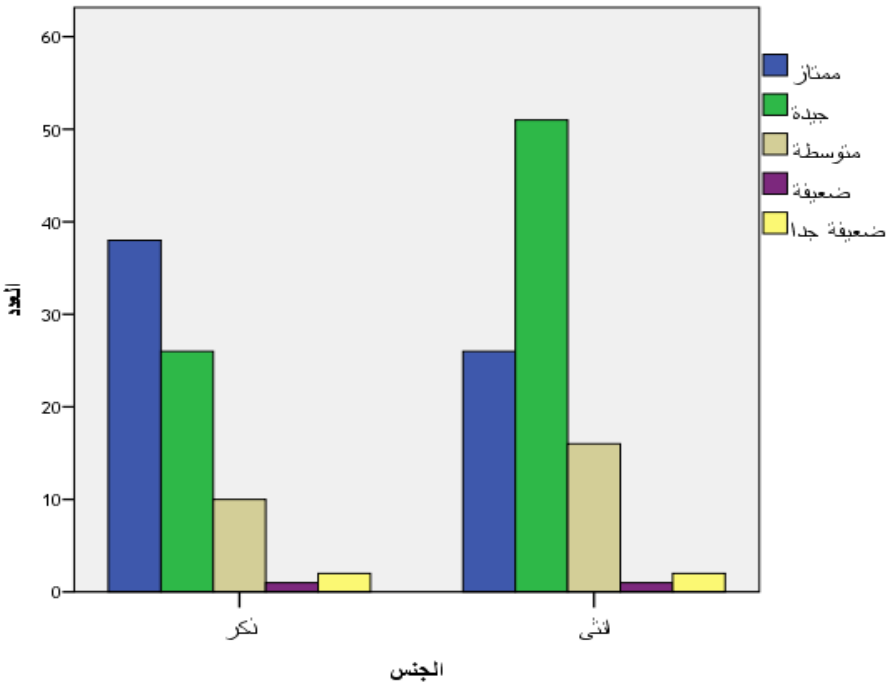
شكل رقم(12): رأي المبحوثين في توفر الاجهزة الطبية بناء على متغير الجنس:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن توفر الاجهزة والادوات الطبية في المركز الصحي، بناءً على عامل الجنس، وقد يرجع ذلك الى توفر الامكانيات المادية لتوفير الاجهزة والادوات الطبية للمراكز الصحية، او لصغر المراكز الصحية ومستوياتها وحاجتها القليلة للاجهزة البسيطة.

وعند سؤال المبحوثين عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم (13) علاقة متغير الجنس في رأيهم بمستوى نظافة المركز الصحي، أجاب ثمانية وثلاثون مبحوثاً من الذكور بدرجة ممتازة، بينما أجاب واحد وخمسون مبحوثاً من الاناث بدرجة جيدة، وكانت إجابات سبعة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، و أجاب اربعة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

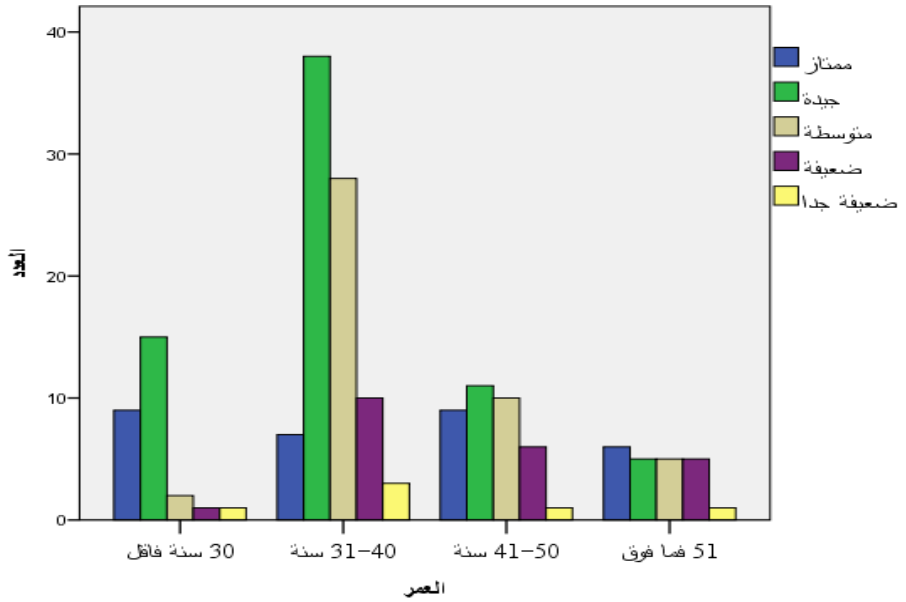
شكل رقم(13): رأي المبحوثين في مستوى نظافة المركز الصحي بناء على متغير الجنس:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي، بناءً على عامل الجنس، وقد يرجع ذلك الى توفر عدد كافي من عاملي النظافة، او بسبب الوضع المالي الجيد للمراكز الصحية، او الى اهتمام الجهات المختصة بتلك المراكز كونها تقدم خدمات صحية لتجمعات صغيرة وقليلة السكان، او لوجود ضوابط وقيود على النظافة، او للتعاون بين الكادر الطبي والاداري والمراجعين للمركز الصحي، او للقيم الاخلاقية لافراد المجتمع والعاملين في المركز.

وعند سؤال المبحوثين عن اتاحة الوقت الكافي للاستماع للمريض، كما يظهر بالشكل رقم (14) بعلاقة متغير العمر بالوقت المتاح لاستماع الطبيب له، جاءت اجابة خمسة عشر مبحوثاً من فئة ثلاثين سنة فاقل بدرجة جيدة، بينما اجاب ثمانية وثلاثون مبحوثاً من فئة من واحد وثلاثين الى اربعين بدرجة جيدة، وكانت اجابات تسعة وستين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، واجاب ستة مبحوثين بانها ضعيفة جداً.

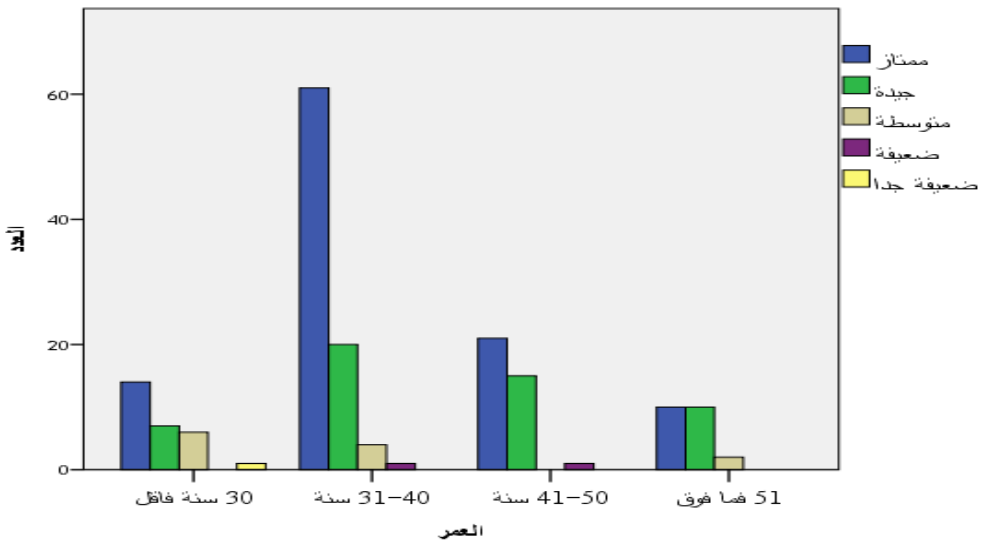
شكل رقم(14): علاقة متغير العمر بالوقت المتاح للاستماع له من قبل الطبيب



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن اتاحة الوقت الكافي للطبيب للإستماع للمريض، بناءً على عامل العمر، وقد يرجع ذلك الى إعطاء الوقت الكافي من قبل الطبيب للإستماع للمرضى بسبب قلة عدد المراجعين، او بسبب زيادة الكادر الطبي وعدده الملائم في المركز، او لصغر المركز الصحي وصغر عدد سكان التجمع.

وعند سؤال المبحوثين عن مدى ملائمة أسعار المركز للمراجعين كما يظهر بالشكل رقم (15) بعلاقة متغير العمر برأي المبحوثين حول عدد الأطباء المتخصصين في المركز الصحي، اجاب واحد وستون مبحوثاً من فئة واحد وثلاثين الى اربعين سنة بدرجة ممتازة، بينما أجاب واحد وعشرون من فئة واحد واربعين الى خمسن سنة بدرجة ممتازة، وكانت إجابات مئة وستة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ممتازة ، و أجاب مبحوث واحد بانها ضعيفة جداً.

شكل رقم(15): علاقة متغير العمر في رأيه حول ملائمة الأسعار للمرضى:

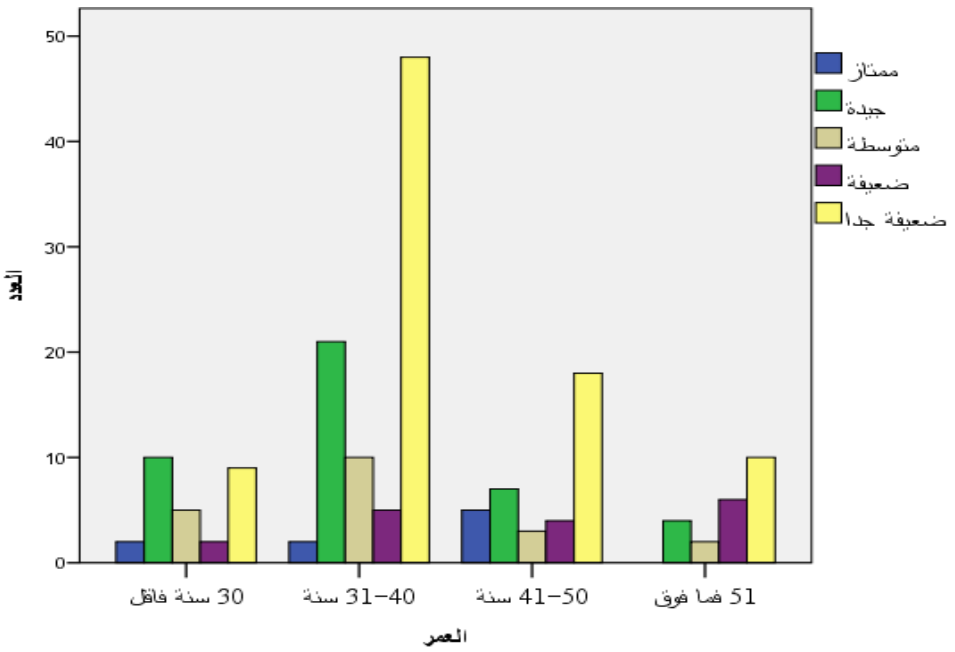


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن مدى ملائمة اسعار المركز للمراجعين، بناءً على عامل العمر، وقد يرجع ذلك الى نظام التامين الصحي الحكومي، لموظفي القطاع العام سواءً كان للمدنيين او العساكر، او لقدرة المواطن العادي على شراء خدمات التأمين الصحي باسعار زهيدة، او لوجود عدة جهات تقدم الخدمات الصحية للمواطن بالمجان أو بأسعار رمزية، كالأونروا، والخدمات الطبية الاردنية، والهلال الاحمر الفلسطيني، والإغاثة الطبية وغيرها، او لتوفر دعم مالي للأدوية بإستمرار لكي تصل للمواطن بسهولة ويسر، كألامراض المزمنة والخطيرة مثل السكري والضغط وغيرها.

وعند سؤال المبحوثين عن اعداد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم(16) بعلاقة متغير العمر برأي المبحوثين حول عدد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي،اجاب ثمانية واربعون مبحوثاً من فئة واحد ثلاثين الى اربعين سنة بدرجة ضعيفة جداً، بينما اجاب ثمانية عشرة مبحوثاً من فئة واحد واربعين الى خمسين سنة بدرجة ضعيفة جداً، وكانت الاجابات لخمسة وثمانين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، واجاب تسعة مبحوثين بانها ممتازة.

يرجع ذلك الى عدم دوام الاطباء المتخصصين في المراكز الصحية وخاصة في التجمعات السكانية قليلة العدد، اما لقلتهم او لعدم وجود حوافز مادية لهم في القطاع الحكومي، او نتيجة لارتباطهم مع مراكز صحية خاصة ربحية، او لان الجهات المختصة لا توفر الاطباء المتخصصين في المراكز الصحية خارج المدن الكبرى، باعتبار ان المستشفيات

شكل رقم(16): علاقة متغير العمر برأي المبحوثين حول عدد الأطباء المتخصصين في المركز الصحي:

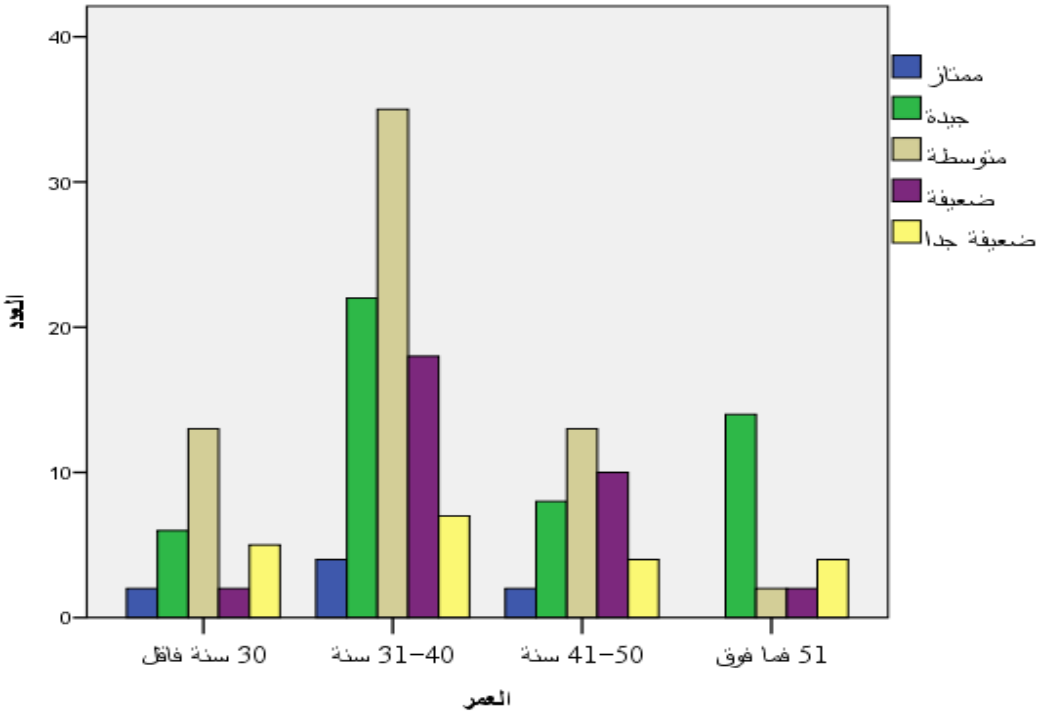


هي من يجب ان تتوفر فيها الكوادر الطبية المتخصصة، او لعدم توفر ميزانية خاصة لتوظيف أطباء من قبل الجهات المختصة.

وكما يظهر الشكل رقم (17) قدرة المركز على توفير جميع العلاجات للمرضى، وبعد سؤال المبحوثين أجاب خمسة وثلاثين مبحوثاً من فئة واحد وثلاثين الى أربعين سنة بدرجة متوسطة، وفئة ثلاثين سنة فلأقل بمتوسطة، وكانت الإجابات لثلاثة وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة متوسطة، وأجاب ثمانية مبحوثين بانها ممتازة.

ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن قدرة المركز على توفير جميع العلاجات للمرضى، بناءً على عامل العمر، فجاءت غالبية المبحوثين بدرجة متوسطة وقد يرجع ذلك الى عدم قدرة المركز على توفير العلاجات اللازمة للمرضى من

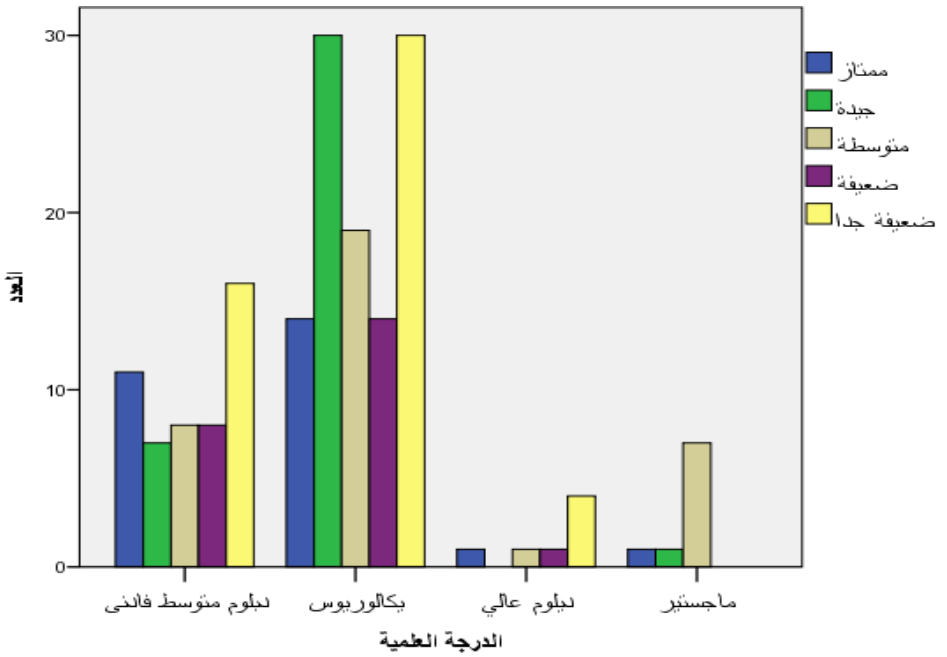
شكل رقم(17): علاقة متغير العمر على قدرة المركز بتوفير جميع العلاجات للمرضى:



قبل وزارة الصحة، وقد يعود ذلك لعدم اهتمام الجهات المختصة بالمراكز الصحية في الارياف، خاصة القرى قليلة عدد السكان، و توفير العلاجات المتنوعة في المراكز الصحية الحضرية.

وعند سؤال المبحوثين كما يظهر بالشكل رقم (18) عن تحديد أطباء متخصصين حسب الحالة الصحية للمريض وعلاقتها بمتغير الدرجة العلمية، جاءت اجابلت ثلاثون مبحوثاً من حملة البكالوريس بدرجة جيدة، بينما كانت الاجابات لثلاثين مبحوثاً من نفس الفئة بدرجة ضعيفة جداً، وكانت الاجابة لخمسين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، واجاب سبعة وعشرون مبحوثاً من جميع الفئات بانها ممتازة.

شكلرقم(18): علاقة متغير الدرجة العلمية للمبحوثين على تحديد اطباء متخصصين حسبحالة المريض الصحية:

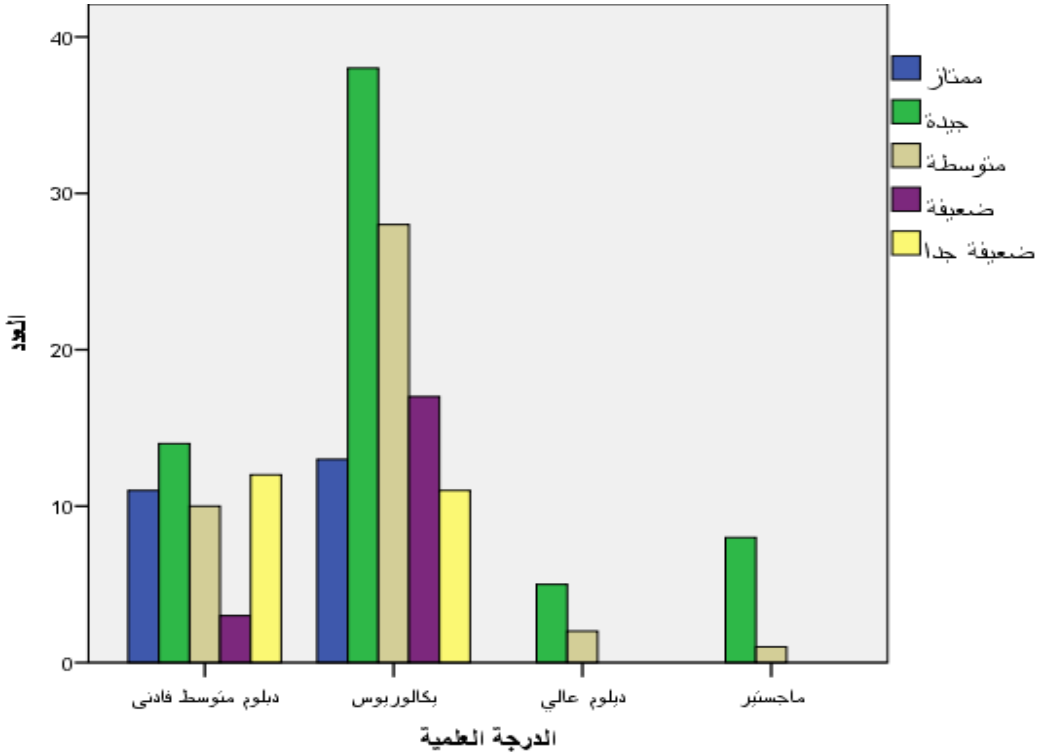


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن تخصيص اطباء متخصصين حسب الحالات المرضية ، بناءً على الدرجة العلمية للمبحوثين، فجاءت غالبية المبحوثين بدرجة متوسطة وقد يرجع ذلك الى تركيز دوام الأطباء المتخصصين في المستشفيات والمراكز الصحية من المستوى الرابع في المدن، او لصغر حجم التجمعات وقلة عدد السكان وقلة المراجعين، بحيث لا يتم فرز اطباء لهم في تلك المراكز، او لقلة الحالات المرضية التي تحتاج الى اطباء متخصصين.

وعند سؤال المبحوثين كما يظهر بالشكل رقم (19) عن توفر الأجهزة والأدوات الطبية في المركز الصحي وعلاقتها بمتغير الدرجة العلمية ، أجاب ثمانية وثلاثون مبحوثاً من حملة

البكالوريس بدرجة جيدة، بينما كانت إجابات خمسة وستون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، وأجاب ثلاثة وعشرين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً.

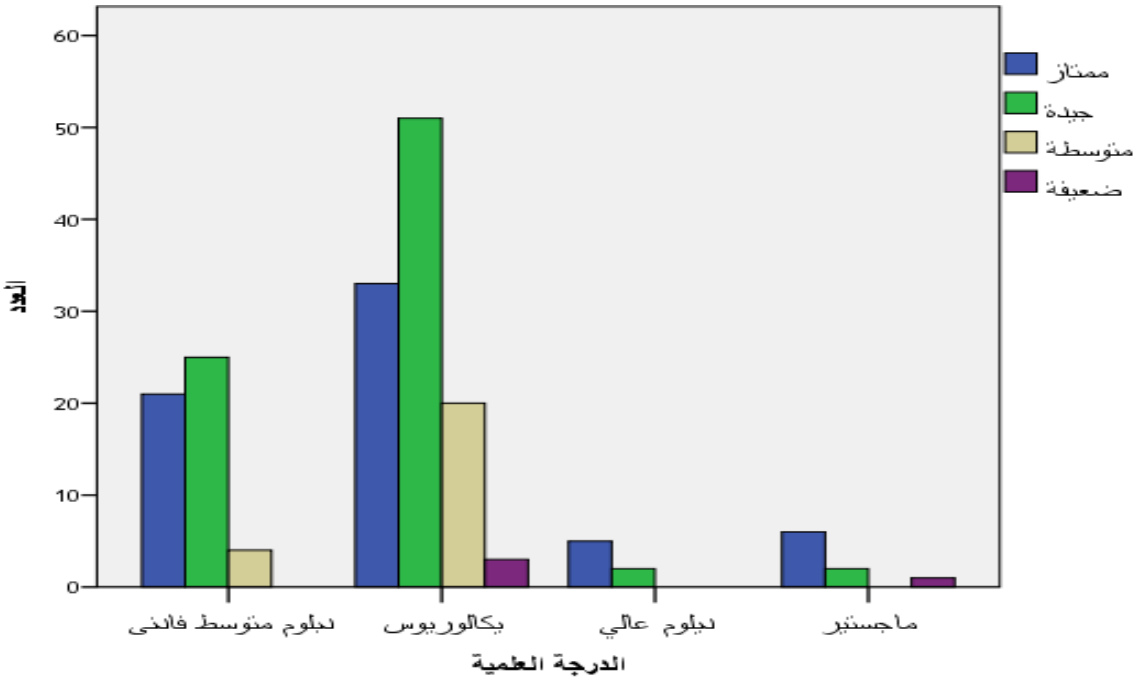
شكل رقم(19): توفر الأجهزة الطبية بناءً على الدرجة العلمية للمبحوثين:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن توفر الاجهزة والادوات الطبية في المركز الصحي ، بناءً على الدرجة العلمية، وقد يرجع ذلك الى توفر الاجهزة والادوات الطبية في بعض المراكز الصحية الكبيرة، بسبب اهتمام الحكومة بتوفير الاجهزة في المراكز الصحية الكبيرة، وأن عدم توفرها في بعض المراكز ناتج عن قلة الدعم المالي لشراء الادوات الطبية، او ناتج عن المعيقات التي تفرض عليها، او لقلة عدد الخريجين العاملين على تشغيلها وصيانتها، او لعدم توفر مراكز مهيئة ومناسبة لها، او لعدم وجود خطط وبرامج لتوفير هذه الاجهزة.

وعند سؤال المبحوثين وكما يظهر بالشكل رقم(20) عن الإلتزام بالأنظمة والقوانين والتعليمات وعلاقة إجابات المبحوثين بالدرجة العلمية لهم ، اجاب واحد وخمسون مبحوثاً من حملة البكالوريس بدرجة جيدة، بينما كانت اجابات ثمانون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، واجاب اربعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً.

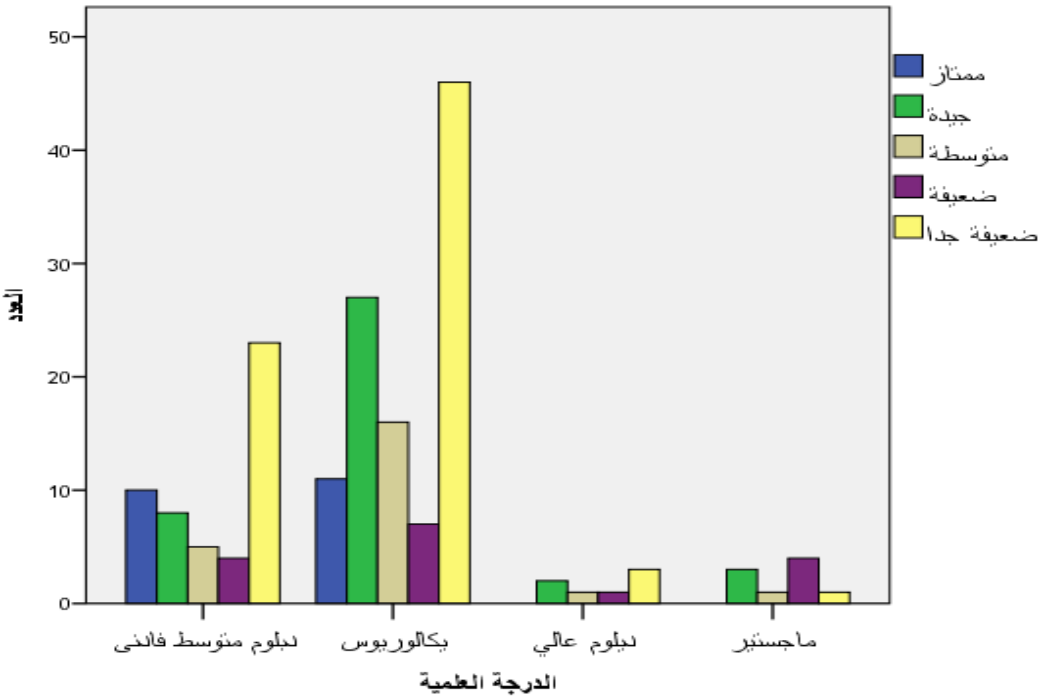
شكل رقم(20): الالتزام بقوانين العمل حسب الدرجة العلمية للمبحوث:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن الالتزام بالانظمة والقوانين والتعليمات ، بناءً على الدرجة العلمية، وقد يرجع ذلك الى الدراسة والتعليم في الجامعات وزيادة معرفتهم بالقوانين والتعليمات، او قد يرجع ذلك الى التشديد من قبل الجهات المختصة لتطبيق القوانين والتشريعات والثواب والعقاب، او بسبب حب العمل و إحترام المهنة الطبية.

وعند سؤال المبحوثينعن مدىملاءمة دوام الأطباء المتخصصين وعلاقته بالدرجة العلمية للمبحوثين (الشكل رقم 21)، أجاب ستة واربعين مبحوثاً من حملة البكالوريس بدرجة ضعيفة جداً، بينما كانتإجابات ثلاثة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، و أجاب واحد وعشرون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ممتازة

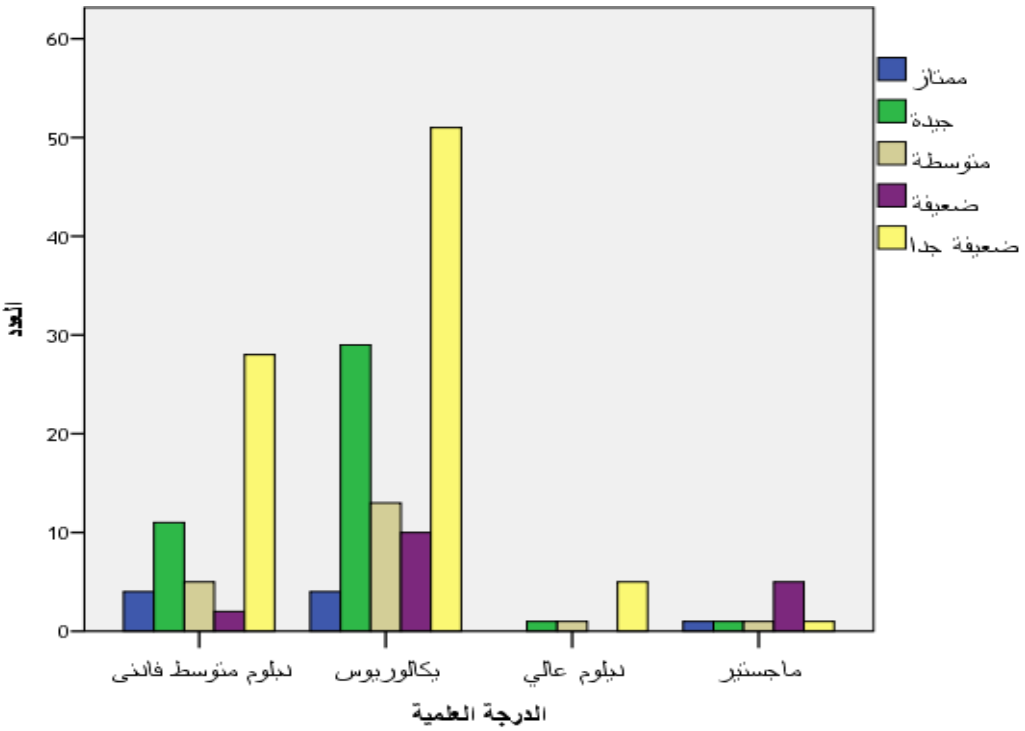
شكل رقم(21): ملاءمة دوام الأطباء المتخصصين بناء على الدرجة العلمية للمبحوثين:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن مناسبة دوام بعض الأطباء المتخصصين ، بناءً على الدرجة العلمية، وقد يرجع ذلك الى عدم الإلتزام بدوام الاطباء المتخصصين في المراكز الصحية، بسبب صغر التجمعات السكانية وقلة السكان، او عدم توفر حوافز مادية، او لتركز الأطباء المتخصصين في المدن والمستشفيات الحكومية والخاصة والمراكز الصحية من المستوى الرابع.

وعند سؤال المبحوثين كما يظهر بالشكل رقم (22) عن أعداد الأطباء المتخصصين في المركز الصحي ، وأراء المبحوثين بناءً على الدرجات العلمية لهم ، جاءت إجابات واحد وخمسون مبحوثاً من حملة البكالوريس بدرجة ضعيفة جداً، بينما كانت إجابات خمسة وثمانين مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، و أجاب تسعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ممتازة.

شكل رقم(22): اعداد الاطباء المتخصصين بناء على أراء درجات علمية مختلفة للمبحوثين:

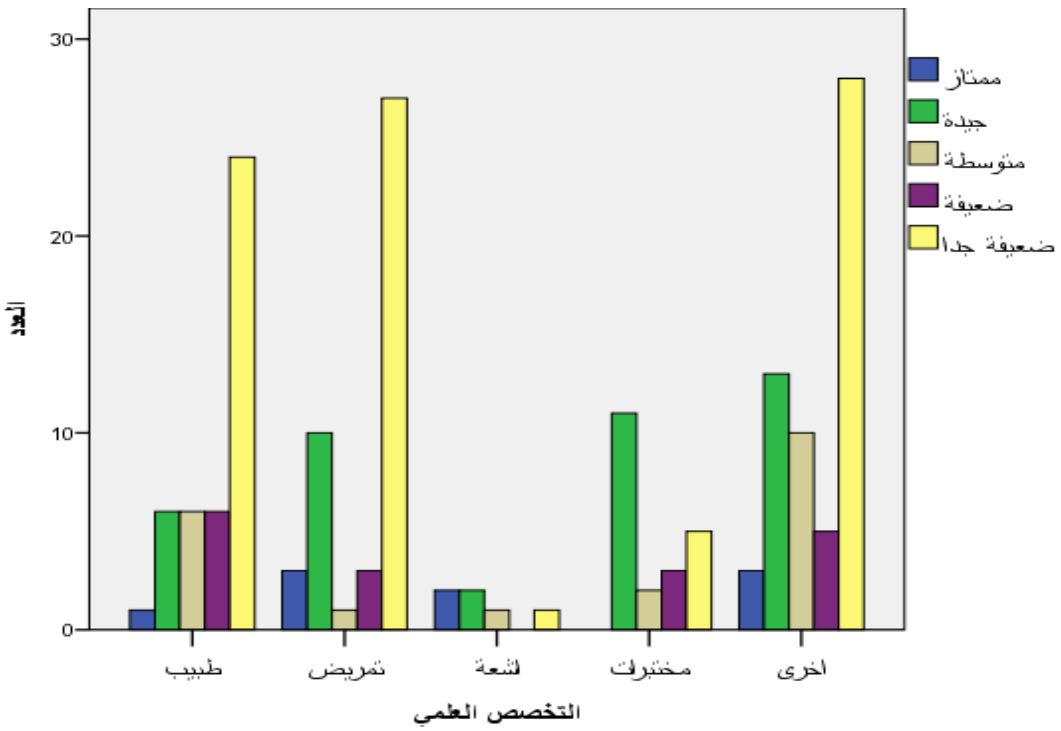


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن اعداد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي ، بناءً على الدرجة العلمية، وقد يرجع ذلك الى محدودية

التعيينات الحكومية بسبب الاوضاع الإ قتصادية خاصة في التجمعات السكانية قليلة العدد وكذلك في المراكز الصحية ذات المستويات المتدنية.

وعند سؤال المبحوثين كما يظهر بالشكل رقم(23) عن أعداد الأطباء المتخصصين بناءً على متغير التخصص العلمي المتوفرة بالمركز ، أجاب اربعة وعشرين مبحوثاً من فئة الأطباء بدرجة ضعيفة جداً، بينما كانت إجابات سبعة وعشرين مبحوثاً من فئة التمريض بدرجة ضعيفة جداً، واجاب ثمانية وعشرين مبحوثاً من فئة الاخرى(الإداريين) بدرجة ضعيفة جداً، وكانت إجابات خمسة وثمانون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة، بينما أجاب تسعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ممتازة.

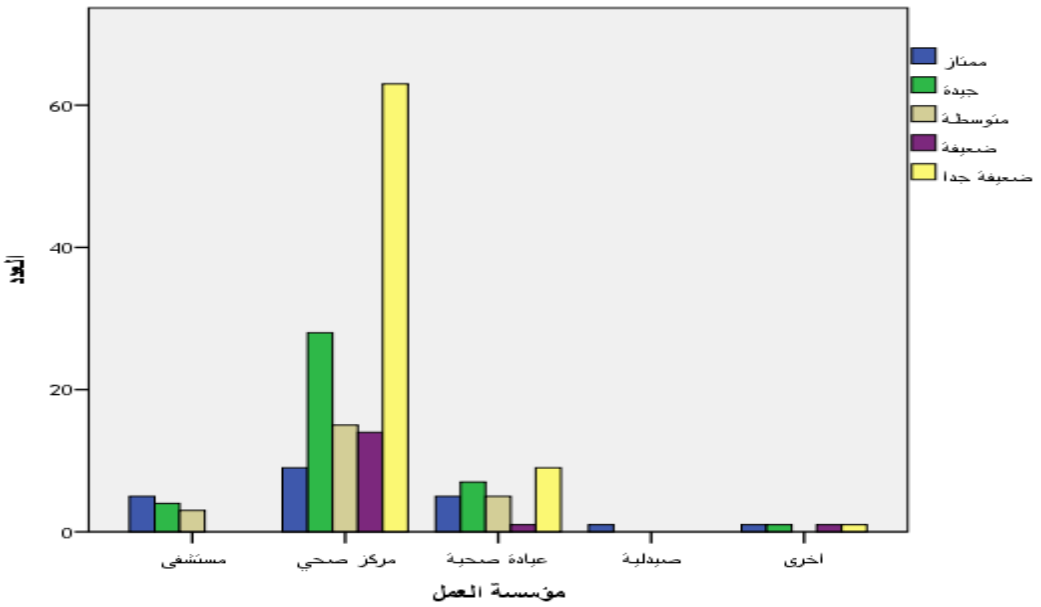
شكل رقم(23):أعداد الأطباء المتخصصين بناء على متغير التخصص العلمي المتوفرة في المركز الصحي:



ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن اعداد الاطباء المتخصصين، بناءً على التخصص العلمي، وقد يرجع ذلك الى قلة الاطباء الخريجين المتخصصين في هذه المراكز خارج نطاق المدن والمستشفيات، او الى عدم وجود شواغر ووظائف لدى الجهات الحكومية لمثل هذه التخصصات، او لصغر التجمعات وقلة عدد السكان، او لعدم توفر ميزانيات خاصة لتعيين اطباء متخصصين في المراكز الصحية.

وعند سؤال المبحوثين عن مناسبة دوام بعض الأطباء المتخصصين (الشكل رقم 24) بناء على متغير نوع مؤسسة العمل ، اجاب خمسة مبحوثين من المستشفى بدرجة ممتازة، بينما كانت اجابات ثمانية وعشرين مبحوثاً من المراكز الصحية بدرجة جيدة، وكانت إجابات ثلاثة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، اجاب واحد وعشرين مبحوثاً جميع الفئات بدرجة بدرجة ممتازة.

شكل رقم(24): ملائمة دوام الاطباء المتخصصين بناء على متغير نوع مؤسسة العمل:

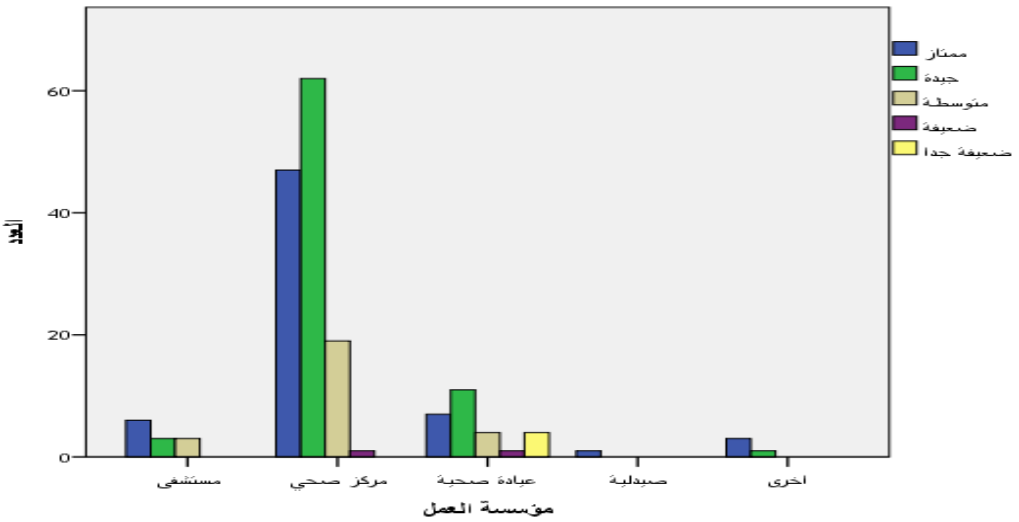


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن مناسبة دوام بعض الأطباء المتخصصين، بناءً على عامل مؤسسة العمل، اجاب ثلاثة وسبعون مبحوثاً بدرجة ضعيفة جداً، واجاب واحد وعشرين مبحوثاً بدرجة ممتازة، وقد يرجع ذلك الى ان المراكز الصحية لا يداوم فيها اطباء متخصصين، بإعتبارها مراكز تقدم خدمات طبية بسيطة بالمقارنة مع المستشفيات، ودوامها محدد بوقت معين،بينما يكون داوم الأطباء المتخصصين في المستشفيات، وذلك لتوفر الاجهزة والادوات الطبية فيه، وللتجهيزات المتوفرة كألاشعة والمختبرات وغيرها، واللجوء اليها في الحالات الطارئة، عدا عن الدوام طوال اليوم لتقديم خدمة صحية مستمرة.

وعند سؤال المبحوثين عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي، وكما يظهر بالشكل رقم(25) بالإهتمام بالنظافة بناء على متغير مؤسسة العمل، أجاب ستة مبحوثين من المستشفى بدرجة ممتازة، بينما كانت اجابات اثنان وستون مبحوثاً من المراكز الصحية بدرجة جيدة، وسبعة وأربعين مبحوثاً بدرجة ممتازة، وكانت إجابات سبعة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، و أربعة وستين مبحوثاً بدرجة ممتازة، و أجاب اربعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً.

ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي، بناءً على عامل مؤسسة العمل، أجاب سبعة وسبعون مبحوثاُ بدرجة جيدة، واربعة وستين مبحوثاً بدرجة ممتازة، وقد يرجع ذلك الى أن الإهتمام بالنظافة من

شكل رقم(25): الاهتمام بالنظافة بناء على متغير مؤسسة العمل:

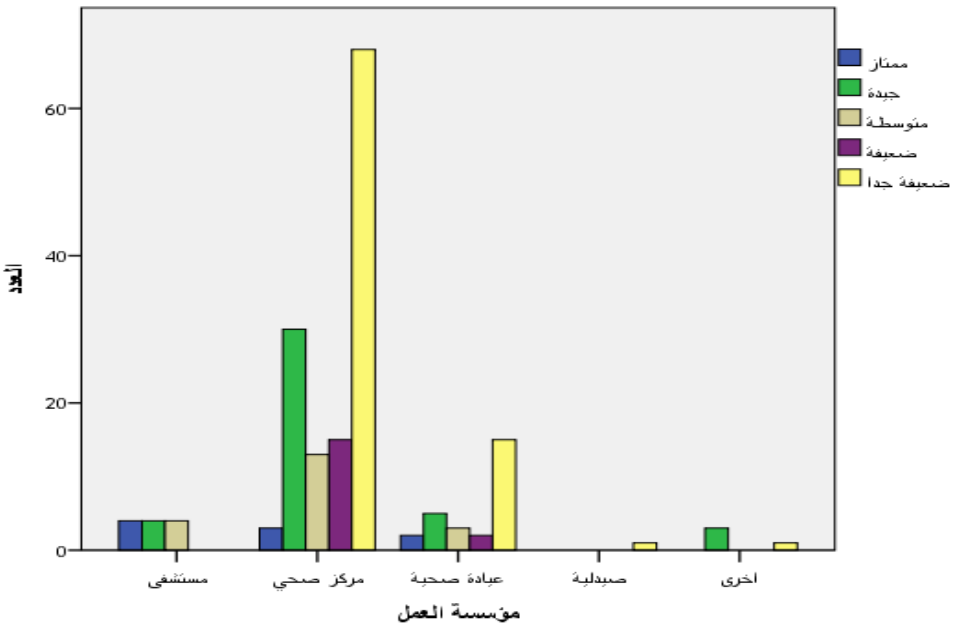


قبل ادارة المراكز الصحية، والجهات المختصة، او بسبب القوانين والتشريعات التي تهتم بالنظافة في جميع المراكز الصحية بلا إستثناء، وما يصاحبه من ثواب وعقاب.

وعند سؤال المبحوثين وكما يظهر بالشكل رقم (26) عن اعداد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي بناء على نوع مؤسسة العمل ، كانت درجة الرضا لا ثني عشر مبحوثاً من المستشفى متساوية بدرجة ممتازة وجيدة ومتوسطة على التوالي، بينما كانت إجابات ثمانية وستون مبحوثاً في المراكز الصحيةً بدرجة ضعيفة جداً، وكانت إجابات خمسة عشرة مبحوثاً من العيادات الصحيةضعيفة جداً، بينما اجاب خمسة وثمانون مبحوثاً من حميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، وأجاب تسعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ممتازة.

ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن اعداد الاطباء المتخصصين في المركز الصحي، بناءً على نوع مؤسسة العمل، وقد يرجع ذلك الى ان اسباب الضعف في اعداد الاطباء المتخصصين في المراكز والعيادات الصحية، لانالاطباء المتخصصين لا يتواجدون في المراكز الصحية الصغيرة، قليلة العدد، والتجمعات

شكل رقم(26): اعداد الاطباء المتخصصين بناء على نوع مؤسسة العمل:

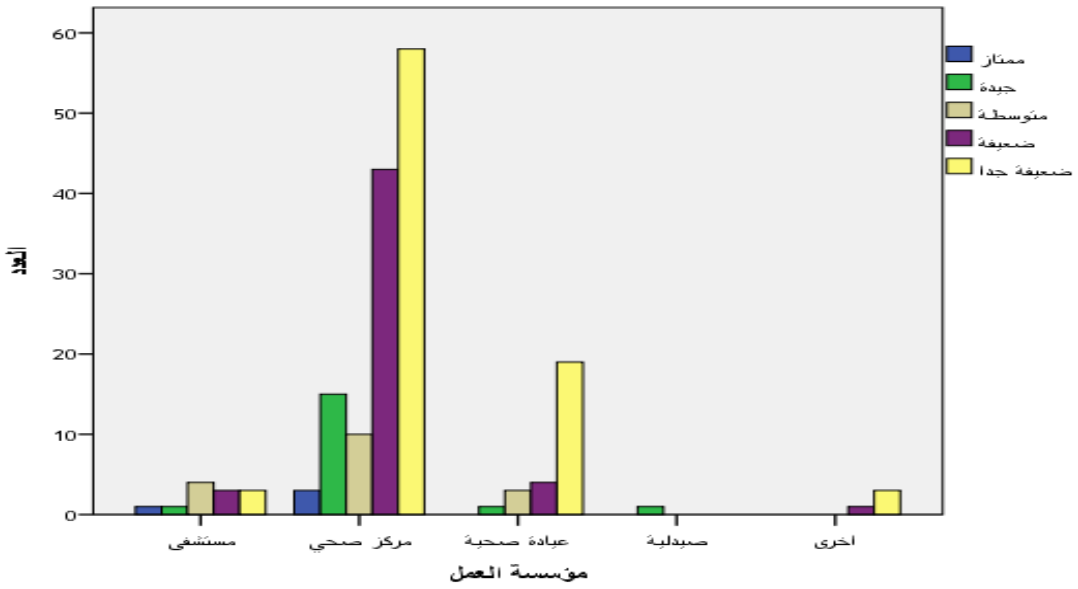


الصغيرة، بينما يتواجدون في مراكز المدن والمستشفيات، وذلك قد يكون بسبب قلة الشواغر الحكومية، او بسبب قلة الدارسين المتخصصين في الجامعات.

وعند سؤال المبحوثين عن عدد المرافق العامة كالحدائق والمواقف، وكما يظهر بالشكل رقم(27) عن عدد المرافق العامة حسب نوع مؤسسة العمل، كانت درجة الرضا لإربعةمبحوثين من المستشفى بدرجة ضعيفة، بينما كانت إجابات ثمانية وخمسون مبحوثاً في المراكز الصحية بدرجة ضعيفة جداً، وكانت إجابات تسعة عشرة مبحوثاً من العيادات الصحية ضعيفة جداً، بينما أجاب ثلاثة وثمانون مبحوثاً من حميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، وأجاب أربعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ممتازة.

ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن عدد المرافق العامة كالحدائق والمواقف، بناءً على عامل مؤسسة العمل، وقد يرجع ذلك الى عدم توفر

شكل رقم(27): عدد المرافق العامة (حدائق واستراحات) حسب نوع مؤسسة العمل:

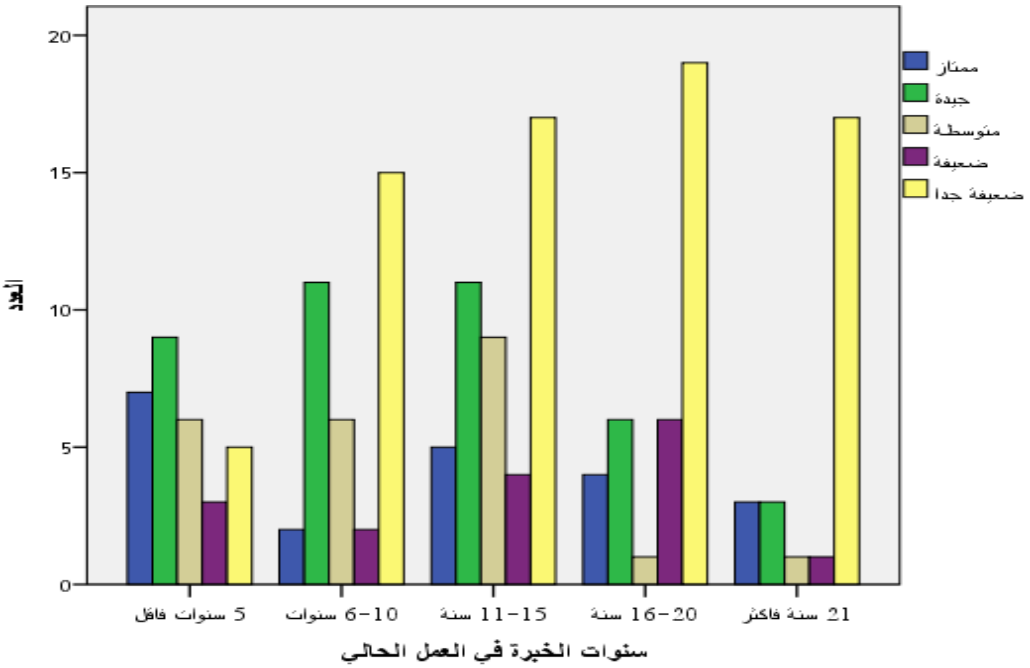


مساحات من الارض لايجاد مرافق عامة، اما لإرتفاع أسعار الأراضي، او لعدم توفر موازنات مالية لشراء الاراضي، او لصغر المراكز الصحية في الارياف ذات أعداد السكان القليلة، وهي ليست بحاجة لهذه المرافق.

وكما يظهر بالشكل رقم (28) عن م لاءمة دوام بعض الاطباء المتخصصين حسب متغير سنوان الخبرة للمبحوثين وبعد سؤالهم، كانت درجة الرضا لخمسة عشر من المبحوثينمن فئة (6- 10) سنة بدرجة ضعيفة جداً، بينما كانت إجابات سبعة عشرة مبحوثاً من فئة اكثر من (11-15) بدرجة ضعيفة جداً، وكانت إجابات تسعة عشرة مبحوثاً من فئة (16-20) بدرجة ضعيفة جداً، وقد أجاب ثلاثة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً، وأجاب واحد وعشرون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة ممتازة.

ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن مناسبة دوام بعض الاطباء المتخصصين، بناءً على عامل سنوات الخبرة للمبحوثين، وقد يرجع ذلك الى

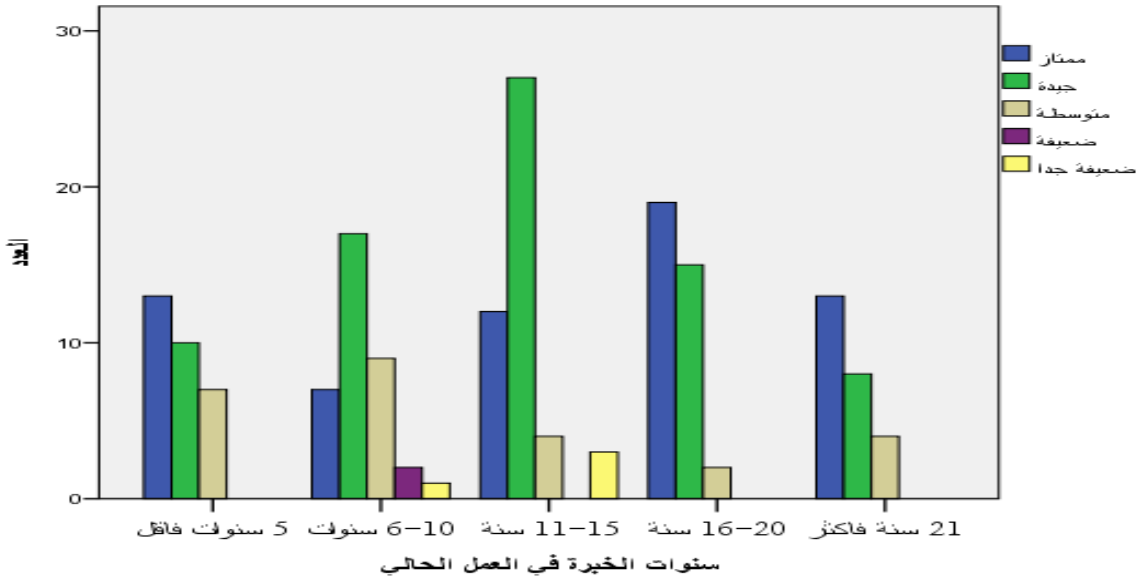
شكل رقم(28): ملاءمة دوام الاطباء المتخصصين حسب متغير سنوات الخبرة للمبحوثين:



عامل سنوات الخبرة المكتسبة في الحكم على مناسبة دوام الاطباء المتخصصين، وغالبية المبحوثين كانت إجاباتهم بدرجة ضعيفة وضعيفة جداً، حيث لم يكن هنالك رضا عن دوام الاطباء المتخصصين خاصة للمبحوثين ذوو سنوات الخبرة الطويلة نسبيا والتي تزيد عن 6 سنوات وذلك قد يكون اما لعدم توفر هؤلاء الاطباء لعدم حرفيتهم في العلاج، او لعدم إهتمامهم بعملهم.

وعند سؤال المبحوثين عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي والاهتمام بالنظافة بالاعتماد على متغير سنوات الخبرة للمبحوثين (شكل رقم 29)، كانت درجة الرضالسبعة عشر من المبحوثينمن فئة 6-10 سنة بدرجة جيدة، بينما كانت إجابات سبعة وعشرون مبحوثاً من فئة 11-15 بدرجة جيدة، وقد أجاب سبعة وسبعون مبحوثاً من جميع الفئات بدرجة جيدة، وأجاب أربعة مبحوثين من جميع الفئات بدرجة ضعيفة جداً.

شكل رقم(29): الاهتمام بالنظافة حسب متغير سنوات الخبرة للمبحوثين:

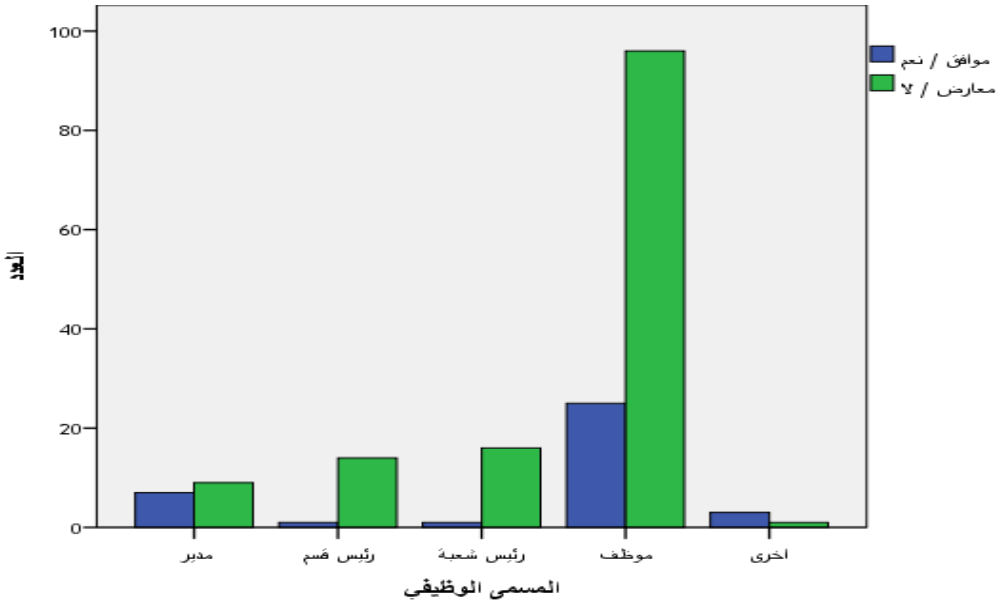


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن عدد مرات التنظيف في المركز الصحي والاهتمام بالنظافة، بناءً على عامل سنوات الخبرة حيث حصلت سنوات الخبرة من (11–15) سنة على إعلى تقدير للإهتمام بالنظافة ، وقد يرجع ذلك الى عامل سنوات الخبرة المكتسبة في الحكم على نظافة وعدد مرات النظافة من قبل الإدارة ، وغالبية المبحوثين كانت إجاباتهم بدرجة جيدة، حيث يوجد رضا عن عدد مرات النظافة، او بسب تشديد العقوبات على مسؤولي النظافة، او لتوفر ميزانيات لشراء مواد تنظيف أكثر من السابق.

وعند سؤال المبحوثين كما يظهره الشكل رقم (30) عن وجود اختصاصي نفسي واجتماعي في المركز الصحي حسب متغير المسمى الوظيفي للمبحوثين ، كانت درجة الموافقة على وجود إختصاصي نفسي وإجتماعيخمسة وعشرين مبحوثاً من فئة الموظفين، بينما كانت إجابات ستة وتسعين مبحوثاً من فئة الموظفين بالمعارضة، وكانت إجابات مئة وستة

وثلاثون مبحوثاً من جميع الفئات بالمعارضة، بينما أجاب سبعة وثلاثون مبحوثاً من جميع الفئات بالموافقة على وجود اختصاصي نفسي وإجتماعي في المركز الصحي.

شكل رقم(30): توفر اخصائيين نفسيين واجتماعيين حسب متغير المسمى الوظيفي للمبحوثين

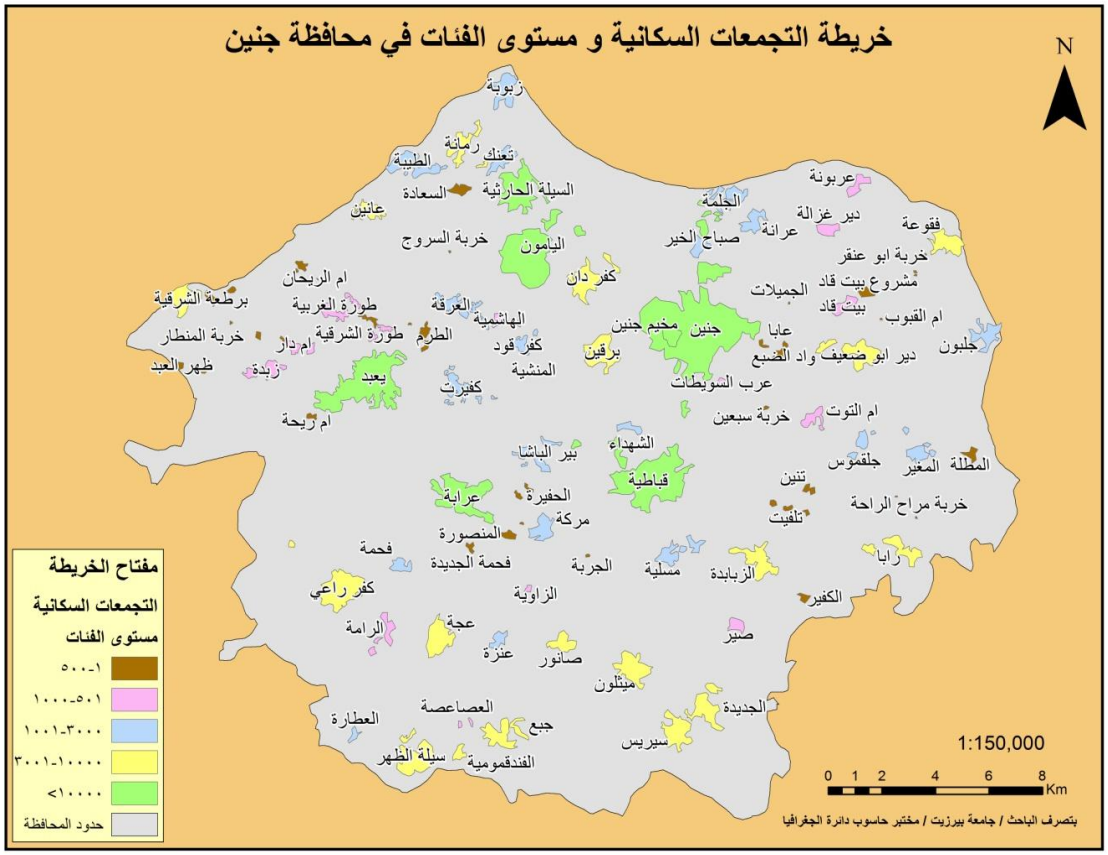


ويظهر تحليل Chi Square وجود فروق ذات دلالة احصائية عن وجود اختصاصي نفسي وإجتماعي، بناءً على عامل المسمى الوظيفي، وقد يرجع ذلك الى عدم وجود اختصاصي نفسي وإجتماعي في المراكز الصحية ذات التجمعات السكانية قليلة العدد، بينما يتركز هؤلاء الاختصاصيين في مراكز المدن او المستشفيات، اما لعدم توفر شواغر حكومية، وقلة الوظائف الحكومية.

3.4. التحليل الحيزيلإنتشار المراكز الصحية في محافظة جنين:

يوجد في محافظة جنين اثنان وتسعون تجمع سكاني، حيث يبلغ عدد سكان المحافظة حوالي ثلاثمائة وثلاثة الآف وخمسمئة وخمس وستون نسمة ، يعيشون في تلك التجمعات حسب بيانات الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني لعام 2014، وقد تم تقسيم هذه التجمعات الى خمس فئات حسب عدد السكان في كل فئة كما يبدو في خريطة رقم (2) ، الفئة الاولى من واحد الى خمسمئة نسمة، عددها خمسة وثلاثين تجمع سكاني، يعيش فيها خمسة آلاف وست وثلاثون نسمة، والفئة الثانيةمن خمسمئة وواحد الى الف نسمة، وعدد تجمعاتها 7 تجمعات سكنية، ويعيش فيها خمسة آلاف وثلاثمائة واثنان وتسعون نسمة، والفئة الثالثة من الف وواحد الى ثلاثة ألاف وعدد تجمعاتها خمسة وعشرون تجمع، ويقطن فيها تسع واربعون الفاً وست وثلاثون نسمة، أما الفئة الرابعة يتراوح عدد سكانها من ثلاثة الاف وواحد الى عشرة آلاف نسمة وتضم سبعة عشرة تجمع سكاني، ويسكن فيه اربعة وتسعون الفاً وخمسمئة وثلاث وسبعون نسمة، والفئة الاخيرة اكثر من عشرة آلاف نسمة وفيها ثماني تجمعات سكانية، ويعيش فيها مئة وتسع وأربعون الفاً وخمسمئة و ثمانية واربعين نسمة، وتم التقسيم بناءً على تقسيمات الجهاز الفلسطيني للإحصاء المركزي للمراكز العمرانية، وايضاً بهدف إظهار التجمعات الصغيرة وإبرازها ، ومدى إفتقارها الى الخدمات بشكل عام، والخدمات الصحية بشكل خاص.

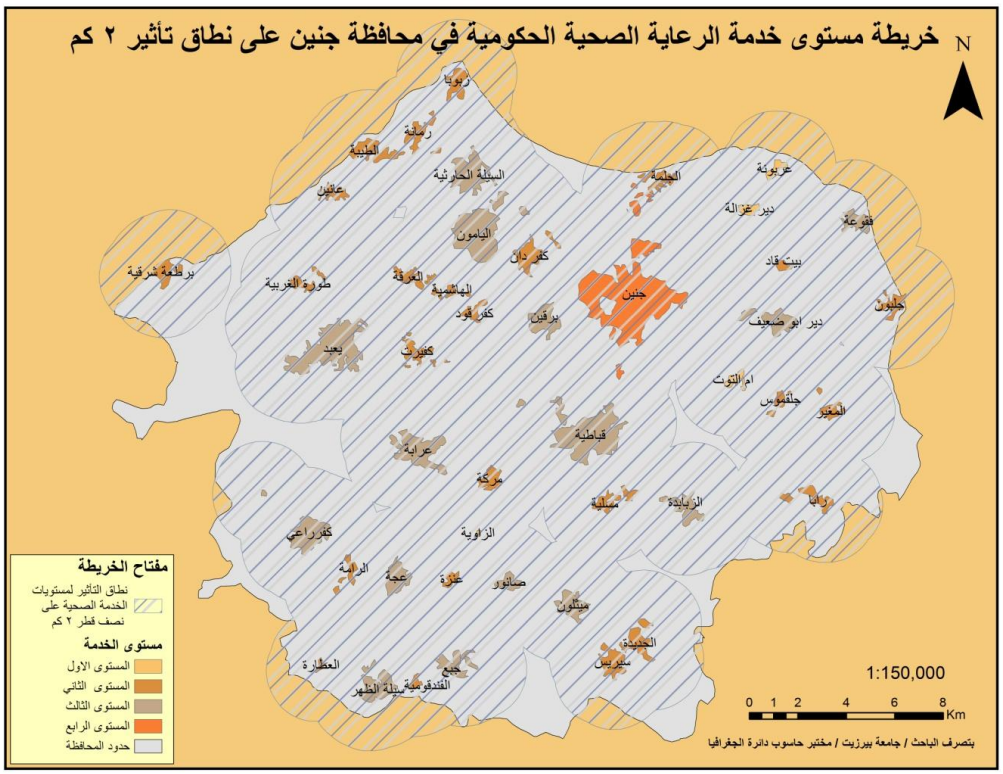
خريطة رقم (2): التجمعات السكانية ومستوى الفئات في محافظة جنين:



وتظهر الخريطة رقم (3)مستوى فئة السكان الخمسة مع مستويات الرعاية الصحية الحكومية الاربعة، فمثلا لو اننا نظرنا الى المستوى الاول للتجمعات الغير مغطية بخدمة الرعاية الصحية لوجدنا أن هناك عدة تجمعات لا تتوفر فيها خدمات الرعاية والعيادات الصحية،علماً أن مستوى الرعاية الاول يخدم من واحد وحتى الفي نسمة، اما المستوى الثاني الذي يخدم من الفينسمة وحتى ستة الآف نسمة ، لوجدنا بانه يغطي ثمانية وعشرين مركزاً، وانه يوجد عدة تجمعات لا يتوفر فيها خدمات رعاية صحية، واما المستوى الثالث فهو يخدم من ستة الآف نسمة الى اثني عش ر الف نسمة، وهي خمسة عشرة مركزاً، و أما المستوى الرابعفيوجد مركز واحد ، وحسب تصنيف مستوى الرعاية الصحية فإن هذا المستوى يخدم

اكثر من اثني عشر الف نسمة، لذا هناك نقص في عدد المراكز الصحية في المحافظة، وعليه اقترح فتح مراكز صحية من المستوى الاول في التجمعات السكانية التي لا يتوفر فيها مراكز صحية، او العمل على تجميع عدة تجمعات سكانية وفتح مراكز صحية لها، ورفع مستوى الخدمة من المستوى الاول الى المستوى الثاني، ورفع المستوى الثاني الى المستوى الثالث، ورفع مستوى الخدمة الصحية من الثالث الى الرابع، وزيادة عددها علماً ان هناك عدة تجمعات سكانية يقطن فيها اكثر من اثني عشر الف نسمة، وهي بحاجة لرفع مسوياتها الى المستوى الرابع مثل قباطية، ويعبد، واليامون، والسيلة الحارثية، وجبع وعرابة.

خريطةرقم (3): نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للمراكز الصحية الحكومية في محافظة جنين



وقد تم أخذ منطقة تأثير للتجمعات السكانية لمسافة 2 كم حيث تم أخذ معدل المسافة بين التجمعات السكانية المختلفة، وعند عمل منطقة تأثير بنصف قطر 2km (Buffer)مستوى

الفئة مع مستوى الخدمة تبين لنا ان جميع المحافظة مغطاة بخدمات الرعاية الصحية الحكومية ذات المستويات الاربعة، ولكن بحاجة كما اسلفنا سابقاً الى فتح مراكز جديدة في التجمعات الصغيرة التي لا يتوفر فيها مراكز صحية تقدم خدمة طبية، وذلك من المستوى الاول، ورفع المستويات الاول الى الثاني، والثاني الى الثالث، والثالث الى الرابع.

وبقسمة عدد السكان في المحافظة البالغ عددهم (303,565) ثلاثمائة وثلاث الآف وخمسمئة وخمس وستون نسمة على عدد الاطباء العامين، وعددهم 46 طبيباً لكان نصيب كل طبيب عام (6600) نسمة، وبما ان المعايير الفلسطينية والدولية عشرةالآف نسمة لكل طبيب، فإن المحافظةمغطاة بشكل جيد،ولا يوجد نقص في عدد الاطباء العامين، واما عدد الممرضين في المحافظة يبلغ خمسة وسبعون ممرض وبقسمة عدد السكان على عدد الممرضين يتضح لنا ان كل ممرض يقوم بخدمة اربعة الاف وسبعة واربعون نسمة، وهي ضمن المستويات المقبولة.

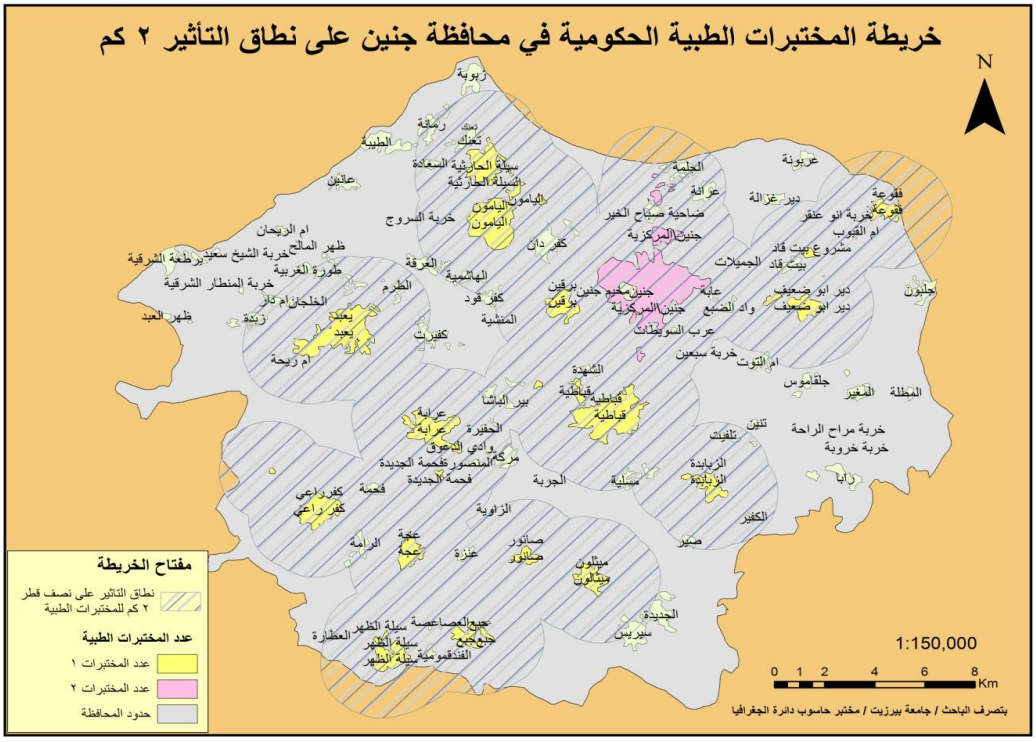
ومن الجدير بالذكر ان التحليل السابق للمراكز الصحية والاطباء إعتمد فقط على المراكز الصحية الحكومية، لكن هنالك ايضاً يوجد مراكز صحية اهلية وخاصة ، ومراكز صحية لوكالة الغوث في بعض التجمعات السكانية كالمخيمات والبلدات والقرى، وهي تساهم في حل جزء معين من المشكلات الطبية في المحافظة، الا انها لا يمكن الاعتماد عليها وحدهافي حل مشكلة الرعاية الصحية في المحافظة ، والتخفيف من الضغط على المراكز الصحية الحكومية.

وبالنظر للخريطة رقم (4) والخاصة بالمختبرات في المحافظة فإنها تشتمل على سبعة عشر تجمع سكاني، حيث تتواجد في القرى والبلدات التي يزيد عدد سكانها عن عشرة الآف نسمة، اي انها تقع في الفئة السكانية الخامسة، مثل مدينة جنين ويعبد وقباطية والياامون والسيلة الحارثية وسيلة الظهر وعرابة، واحياناً يوجد اكثر من مركز فيه مختبرات في التجمع، كما انها تتواجد في بعض مناطق الفئة الرابعة مثل فقوعةوجبع، ولا تتوفر خدمة المختبرات في الفئات السكانية الثلاثة الاخرى، الثالثة والثانية والاولى، ويرجع هذا اما لقلة عدد السكان، او لقرب هذه التجمعات من المناطق التي تتوفر فيها خدمة المختبرات، او لقربها من مركز المدينة حيث يتوفر فيها المستشفيات الحكومية والخاصة، ومراكز المختبرات الخاصة، او لقلة عدد فنيي المختبرات في النظام الحكومي، او لقلة الادوات والتقنيات الطبية لديها، او لعدم توفر المباني الخاصة لذلك الهدف، حيث نرى عدم توفر مختبرات في المناطق الشرقية والجنوبية، وهناك عدد كبير من السكان في تلك التجمعات لذا هي بحاجة الى عدد من مراكز خدمات المختبرات.

وعند عمل منطقة تأثير بنصف قطر 2km (Buffer)للمختبرات الحكومية في المراكز الصحية في المحافظة، تبين انها لا تغطي جميع المحافظة، فمثلاً المنطقة الشمالية كعربونة ودير غزالة والمنطقة الجنوبية الشرقيةكجلبون والمغير والمطلة وجلقموس وام التوت والجديدة وسيريس وبعض التجمعات الصغيرة، والمنطقة الشمالية الغربيةكزبوبا والطيبة، وبعض التجمعات السكانية قليلة العدد غرب بلدة يعبد لا يشملها تغطية خدمة المختبرات الحكومية، ولكن يوجد مؤسسات اخرى تقدم هذه الخدمة، لذا يجب ان تكون هناك اربع مختبرات تغطي

التجمعات السكانية؛ الاول يغطي قرية عربونة ودير غزالة وجلبون وبيت قاد ، ومختبر في المنطقة الجنوبية الشرقية يغطي المغير وجلقموس وام التوت والمطلة،ومختبر يغطي المنطقة الجنوبية مثل الجديدة وسيريس، ومختبر رابع يغطي المنطقة الغربية وهي خمسة عشرة تجمع كزبوبا، والطيبة وعانين وبرطعة الشرقية، والتجمعات التي توجد غرب منطقة يعبد، و إضافة للمختبرات الحكومية، تتوفر ايضاً مراكز اهلية وخاصة ووكالة غوث تغطي جزء من المحافظة.

خريطة رقم (4):التوزيع الجغرافي ونطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للمختبرات الطبية الحكومية في محافظة جنين:



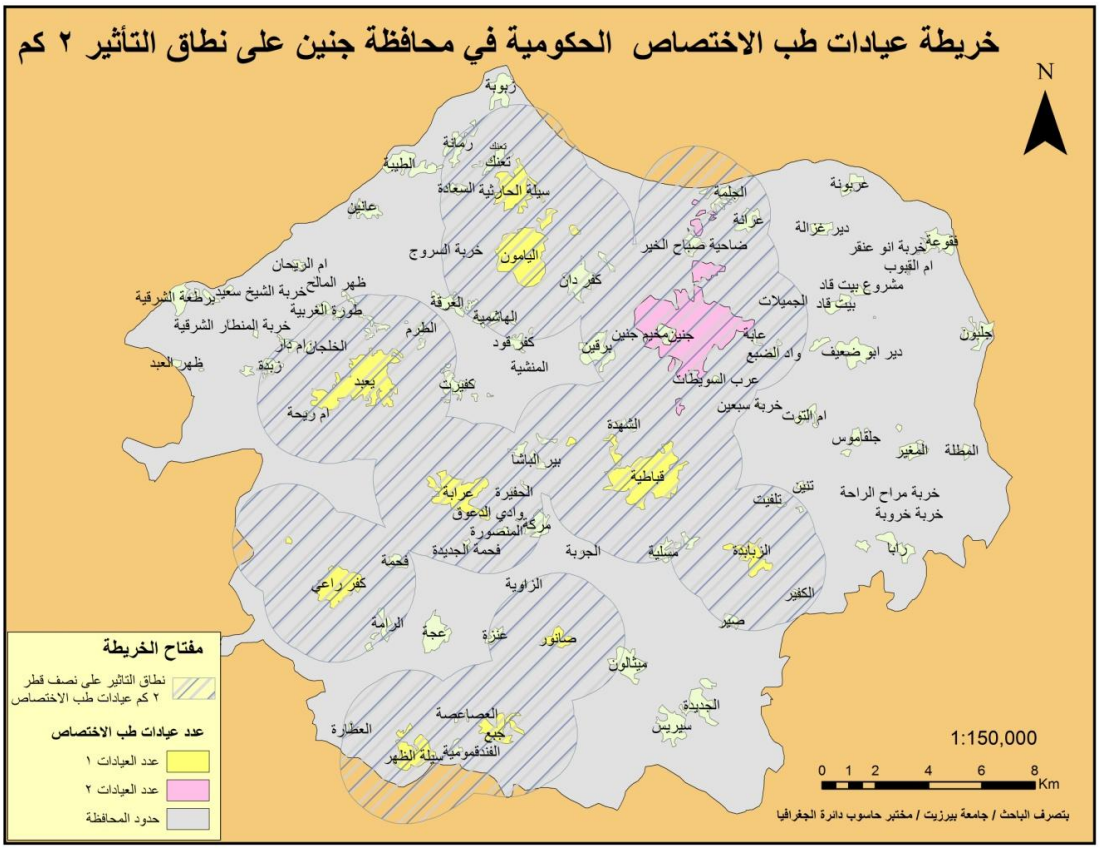
وبالنظر للخريطة رقم (5):تشتملخريطة عيادات طب الاختصاص في المحافظة على احد عشر تجمع سكاني، حيث تتواجدفي الفئة الخامسة، مثل مدينة جنين ، واليامون ، والسيلة

الحارثية، وسيلة الظهر ، ويعبد، وقباطية، وعرابة، كما انها تتواجد في بعض مناطق الفئة الرابعة مثل الزبابدة، وصانور، ولا تتوفر خدمة عيادات طب الاختصاص في الفئات الثلاثة الاخرى، الثالثة والثانية والاولى، وقد يرجع ذلك اما لصغر عدد التجمعات وقلة عدد السكان، او لقرب هذه التجمعات من المناطق التي تتوفر فيها خدمة عيادات طب الاختصاص، او لقربها من مركز المدينة حيث يتوفر فيها المستشفيات الحكومية والخاصة، وعيادات الاختصاص، او لعدم توفر المباني الخاصة بذلك، حيث نرى عدم توفر عيادات اختصاص في المناطق الشرقية والجنوبية والغربية، لذا فهي بحاجة لعيادات طب الاختصاص، حيث يتوفر عدد كبير من التجمعات السكانية وعدد كبير من السكان في تلك المناطق.

وعند عمل منطقة تأثير بنصف قطر 2km (Buffer) لعيادات طب الاختصاص في المحافظة تبين انفيها ستة عشرة تجمع سكاني في المنطقة الشرقيةلا تغطيها عيادات طب الاختصاص خريطة رقم (5)، كعربونة، ودير غزالة، وفقوعة، وجلبون، ودير ابو ضعيف ، والمغير، وام التوت، والمطلة وغيرها، ويوجد ايضاً المنطقة الجنوبية لا تغطيها ايضاً عيادات طب الاختصاص كسيريس ، والجديدة، والمنطقة الغربية ووسط المحافظة ويوجد فيها ستة عشرة تجمع سكاني لا تغطيها عيادات طب الاختصاص كزبوبا ، والطيبة، وعانين، وبعض التجمعات السكانية غرب بلدة يعبد، مثل برطعة الشرقية، وام الريحان وغيرها من التجمعات، لذا يجب ان تتوفر ثلاثة مراكز صحية تغطي التجمعات غير المغطاة بعيادات طب الاختصاص، وأن أول مركز صحي في المنطقة الشرقية يمكن انشاؤه في دير ابو ضعيف ، وبذلك يكون قد غطى المنطقة الشرقية، ومركز في المنطقة الجنوبية يخدم الجديدة، وسيرس،

ومركز ثالث يخدم التجمعات السكانية غرب بلدة يعبد من الممكن ان يكون مقره في ام الريحان.

خريطة رقم (5):نطاق التأثير نصف قطر 2 كم لعيادات الاختصاص الحكومية في محافظة جنين:



وبقسمة عدد السكان في المحافظة البالغ عددهم (303,565) ثلاثماية وثلاث الآف وخمسمئة وخمس وستون نسمة على عيادات طب الاختصاص البالغ عددها اثنتي عشرة عيادة يكون المعدل الناتج (25,297) نسمة لكل عيادة اختصاص،حيث يداوم فيها خمسة اطباء اختصاص، هم طبيب سكري عدد (2)، وطبيب اطفال، وطبيب امراض جلدية، وطبيب امراض نفسية، فلو كان لكل 30,000 نسمة طبيب سكري، فنحن بحاجة الى عشرة اطباء وبما انه يتوفر طبيبان فالمحافظة بحاجة الى ثمانية اطباء سكري، واما اطباء الاطفال

فكل طبيب يخدم(30,000) نسمة، حسب المعايير الدولية، فالمحافظة بحاجة الى عشرة اطباء وبما انه يتوفر طبيب واحد فقط اذاً نحن بحاجة الى تسعة اطباء في المحافظة موزعين بشكل يتناسب مع عدد السكان فيها، واما بالنسبة للامراض الجلدية فإن كل طبيب يخدم مئة الف نسمة حسب المعايير الدولية، ويتوفر طبيب واحد لذلك فالمحافظة بحاجة الى طبيبين إضافيين، وأما الأمراض النفسية فهيكالأمراض الجلدية يتوفر طبيب ونحن بحاجة الى طبيبين اضافيين في المحافظة، بشكل يتلائم مع التوزيع الجغرافي فيها، حيث لا يتوفر فيها اطباء اختصاص كالباطني، والمسالك البولية، والامراض النسائية، والعظام، والعيون، والانف، والاذن ، والحنجرة، والاعصاب، وتتوفر مراكز صحية ومستشفيات خاصة واهلية ومراكز تابعة لوكالة الغوث تقدم بعض خدمات طب الاختصاص ولكنها لا تسهم في حل المشكلة، بل في جزء بسيطمن حل المشكلة.

وبالنظرللخريطة رقم (6): الخاصة بعيادات طب الاسنان في المحافظة والتي تحتوي على أربع تجمعات سكانية، حيث تتواجد في الفئة الخامسة التي يزيد عدد سكانها عن عشرة الآف نسمة، مثلمدينة جنين، واليامون، ويعبد، وهي تتواجد في منطقة وسط المحافظة تقريباً، وانها لا تتواجد في مناطق الفئة الرابعة والثالثة والثانية والاولى، والمناطق البعيدة والحدودية، بالرغم من عدد السكان الكبير في غالبية التجمعات السكانية، وقد يكون ذلك اما لقرب هذه التجمعات من المناطق التي تتوفر فيها خدمة عيادات طب الاسنان، او لقربها من مركز المدينة حيث يتوفر فيها العيادات الحكومية والخاصة مثل العيادة المركزية او عيادة البساتين، او لقلة عدد اطباء الاسنان في العيادات الحكومية، او لعدم توفر المباني الخاصة

بذلك، حيث نرى عدم توفر عيادات طب اسنان في المناطق الشرقية والجنوبية والغربية والشمالية، لذا فهي بحاجة لعيادات طب الاسنان موزعة على تلك التجمعات، حيث يتوفر عدد كبير من التجمعات السكانية من فئات مختلفة وعدد كبير من السكان في تلك المناطق. وعند عمل منطقةتاثير بنصف قطر 2km (Buffer) لعيادات طب وكما يظهر في الخريطة رقم (6) تبين لنا ان عيادات طب الاسنان لا تغطي جميع المحافظة، حيث ان المنطقة الشمالية الشرقية والجنوبية كاملة لاتغطيها خدمة عيادات طب الاسنان، والمنطقة الغربية لا تتوفر فيها عيادات طب الاسنان.لذلك نقترح اقامة خمسة مراكز صحية، الاول في مشروع بيت قاد يخدم التجمعات المحيطة بها وهي عربونة ، ودير غزالة، وفقوعة، وجلبون، ودير ابو ضعيف ، وعابا، ومركز صحي ثاني في قرية جلقموس يخدم المغير ، ورابا ، والمطلة، ومسلية، والزبابدة، ومركز ثالث في ميثلون يخدم الجديدة ، وسيريس، وصانور ، وعنزة، وعجة، والزاوية وغيرها من التجمعات الموجودة، ومركز رابع في بلدة عرابة ويخدم البلدة وكفر راعي، وفحمة، وفحمة الجديدة، وبير الباشا، والعرقة وغيرها، ومركز خامس في المنطقة الغربية غرب بلدة يعبد في قرية عانين يخدم زبوبا، ورمانة، وبرطعة الشرقية، وجميع التجمعات السكانية الصغيرة غرب بلدة يعبد.

خريطة رقم (6):نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم لعيادات طب الاسنان الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين:

وبالنظر للخريطة رقم (7): والخاصة بعيادات خدمة الاشعة في المحافظة فإنها لا توجد إلا في تجمع سكاني واحد، في مدينة جنين، وان هذه الخدمة لا تتواجد في مناطق الفئة الخامسة، الرابعة، والثالثة، والثانية، والاولى، والمناطق البعيدة والحدودية، بالرغم من كثرة عدد السكان في التجمعات السكانية، وقد يكون ذلك إما لقرب هذه التجمعات من مركز المدينة حيث يتوفر فيها عيادات الاشعة الحكومية والخاصة، مثل العيادة المركزية او المستشفيات الحكومية والخاصة، او لقلة عدد فنيي الاشعة العاملين لدى الحكومة، او لعدم توفر المباني والادوات والتقنيات الخاصة بذلك، حيث نرى عدم توفر عيادات مراكز لتقديم

خدمات الاشعة في جميع مناطق المحافظة، لذا فهي بحاجة لبعض المراكز في خدمة الاشعة موزعة بشكل يناسب التجمعات السكانية حسب المعايير الوطنية والدولية.

خريطة رقم (7):نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم لمراكزالاشعة الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين:

وعند عمل منطقة تاثير بنصف قطر 2km (Buffer) لمركز الاشعة يتبين ان المحافظة لا يغطيها مركز الاشعة الموجود فقط في مدينة جنين، وانها بحاجة لخمسة مراكز صحية تتوفر فيها الاشعة، الاول في بلدة السيلة الحارثية يخدمها والتجمعات المجاورة لها، والثاني في بلدة يعبد يخدمها والتجمعات السكانية المحيطة فيها، والثالث في بلدة عرابة يخدمهاوالتجمعاتالمحيطة بها، والرابع في ميثلون يخدمهاوالمناطق المحيطة والمجاورة، والخامس في ديرابو ضعيف يخدمها والتجمعات السكانية المحيطة فيها.

وتحتوي الخريطةرقم (8) خدمة الصيدلةفي المحافظة على خمسة عشر تجمع سكاني، حيث تتواجد في القرى والبلدات التي يزيد عدد سكانها عن عشرة الآف نسمة، التي تقع في الفئة الخامسة، مثل مدينة جنين ، ويعبد ، وقباطية ، واليامون ، والسيلة الحارثية ، وسيلة الظهر ، وعرابة، كما انها تتواجد في بعض مناطق الفئة الرابعة ، ولا تتوفر خدمة الصيدلة في الفئات الثلاثة الاخرى، الثالثة والثانية والاولى، اما لقلة عدد السكان وصغر عدد التجمعات، او لقرب هذه التجمعات من المناطق التي تتوفر فيها خدمة الصيدلة، او لقربها من مركز المدينة حيث يتوفر فيها المستشفيات الحكومية والخاصة، والصيدليات الخاصة، حيث نرى عدم توفر صيدليات في المناطق الشرقية ، والجنوبية والغربية، وهناك عدد كبير من السكان في تلك التجمعات، لذا هي بحاجة الى عدد من مراكز خدمة الصيدلة.

وعند عمل منطقة تاثير بنصف قطر 2km (Buffer) لخدمة الصيدلة في المراكز الحكومية تبين انها لا تغطي جميع التجمعات السكانية في المحافظة، فهي بحاجة الى عدة مراكز صحية تقدم خدمة توزيع الأدوية والصيدلة، الاول في قرية بيت قاد يخدمها وقرية عربونة ، ودير غزالة،وجلبون، والثاني في قرية جلقموس يخدمها ، ورابا ، والمغير ،والمطلة، وام التوت، والثالث يخدم الجديدة ، وسيريس ، والجربة ، وميثلون، والرابع في ام الريحان ، ويخدم جميع التجمعات الموجودة غرب بلدة يعبد، وزبوبا، والطيبة، وعانين.

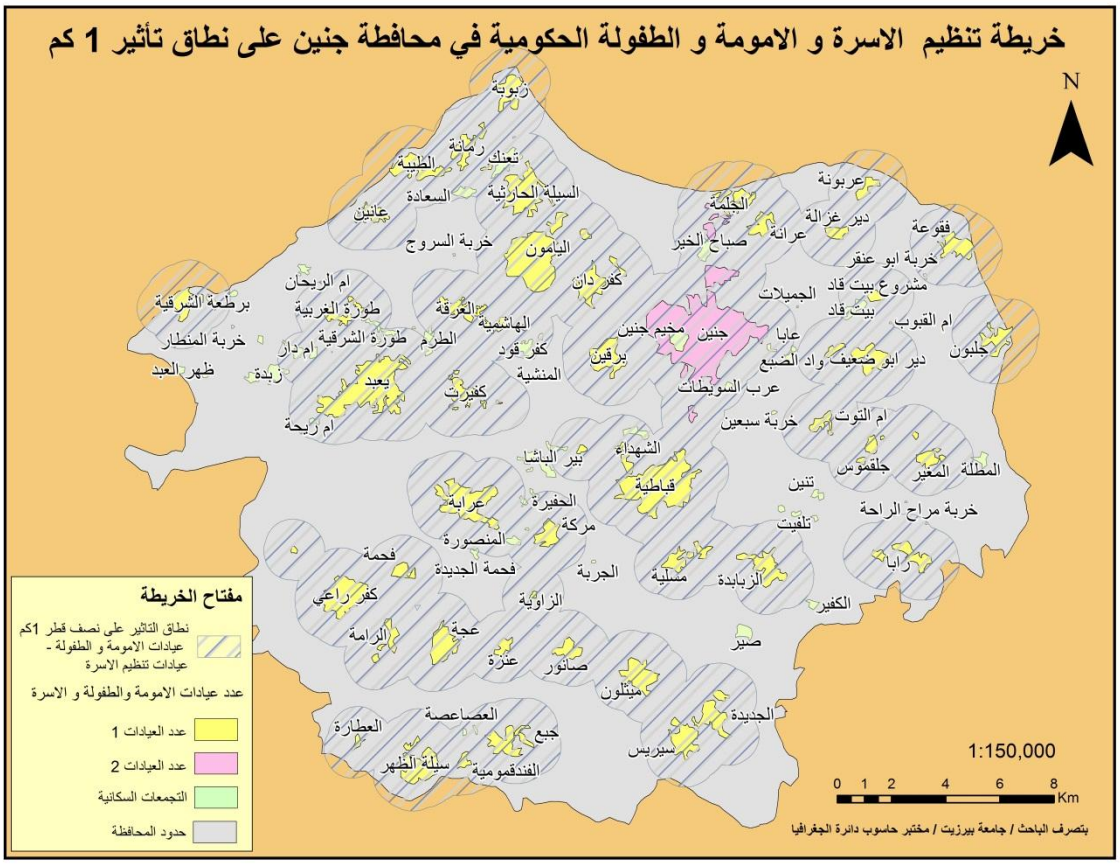
خريطة رقم (8):نطاق التأثير على نصف قطر 2 كم للصيدليات الحكومية في المراكز الصحية في محافظة جنين:

وبقسمة عدد السكان في المحافظة البالغ عددهم (303,565) ثلاثماية وثلاث الآف وخمسمئة وخمس وستون نسمة على المراكز الصحية لخدمة الصيدلة وتوزيع الادوية البالغ عددها ستة عشرة مركزاً يكون المعدل الناتج 18972 نسمة لكل مركز مقدم لخدمة الصيدلة وتوزيع الادوية، وحسب المعايير الفلسطينية فإن الصيدلية تخدم خمسة الآف نسمة في المدينة، وعشرة الآف في القرى فثلاً مدينة جنين عدد سكانها في عام 2014 كان 46,139 نسمة فيها مركزين يقدمان خدمة الصيدلة ، اذاً هي بحاجة الى سبعة مراكز لتوزيع خدمات الصيدلة والادوية، وعدد سكان التجمعات السكانية خارج المدينة حوالي 257 الف نسمة، وهي بحاجة الى ستة وعشرون مركز ، ولكن يتوفر اربعة عشرة مركز، لذا فإن المحافظة بحاجة الى اثني عشرة مركز مقدم للصيدلة وتوزيع الادوية في الريف،ومن الجدير ذكره ان

هنالك مراكز صحية تتبع لوكالة الغوث، ومراكز صحية خاصة واهلية تساهم في حل جزء من المشكلة، ولكنها لا تعمل على حلها بالكامل.

بالنظر للخريطة رقم (9): والخاصة بخدمة تنظيم الاسرة والامومة والطفولة في المحافظة ، فإنها تشتمل على واحد واربعين تجمعاً سكانياً، حيث تتواجد في غالبية تجمعات المحافظة، من جميع الفئات السكانية، من الاولى وحتى الخامسة، الاان هناك بعض التجمعات السكانية من الفئة الاولى لا يوجد فيها هذه الخدمة، اما بسبب قلة السكان في التجمعات السكانية، او لقربها من التجمعات التي تقدم هذه الخدمة، ويعود سبب توفره ذه الخدمة في معظم التجمعات الى عدم الحاجة الى اطباء عامين واخصائيين لهذه الخدمات، فهي تدار من قبل عدد من الممرضين ، والممرضات، والقابلات، التي تتوفر لديهم الخبرة في التعامل مع هذه الحالات، كما أنها ليست بحاجة الى أدوات وتقنيات طبية عالية الجودة، وهي ليست بحاجة الى خدمات الأشعة والمختبرات والصيدلة، و هي تخدم عادة النساء والاطفال، وتكون تكاليفها بسيطة على الحكومة، وهي تقدم العونلقطاعواسع من السكان.

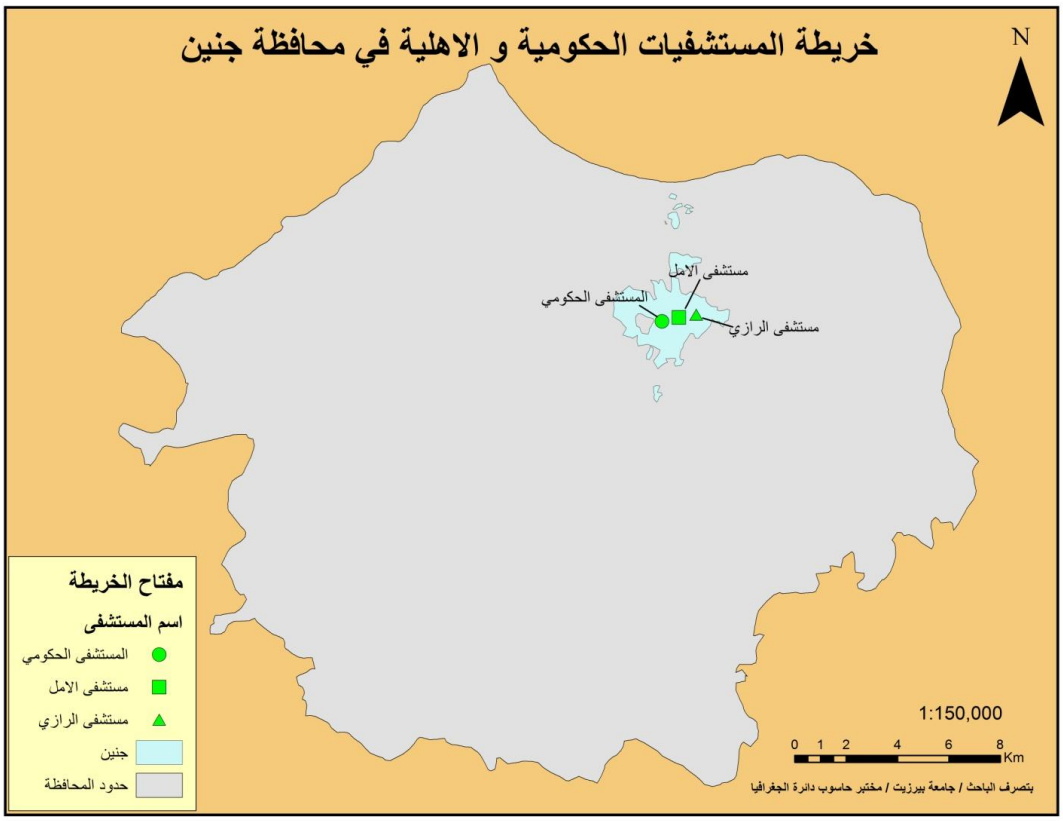
خريطة رقم (9): نطاق التأثير على نصف قطر 1 كم لعيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة في المراكز الصحية الحكومية في محافظة جنين:



ولضمان وصول الخددمات الصحية الاساسية والأولية لجميع السكان، فقد تم أخذ الحد الأدنى من المسافة بين التجمعات السكانية المختلفة والذي يساوي 1كم، حيث يضمن هذا توفر هذه الخدمات بسهولة ويسر وقدرة على الوصول للسكان، و عند عمل منطقة تاثيربنصف قطر 1 km (Buffer) لعيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة في المراكز الحكومية في المحافظة، تبين ان عيادات الأمومة والطفولة تغطي جميع المحافظة ، الا بعض التجمعات الصغيرة جداً مثل الجربة وصير وظهر العبد وقيقس ، وبعض التجمعات السكانية قليلة العدد غرب بلدة يعبد، وغيرها من التجمعات الصغيرة، حيث يمكن ربطها مع مراكز صحية في مناطق مجاورة وقريبة، وبهذا نستنتج اننا لسنا بحاجة الى عيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة في المحافظة، حيث ان عددها وتوزيعها الجغرافي كافي للمحافظة.

تبين الخريطة رقم (10) المستشفيات التي توجد في المحافظة، حيث يتوفر فيها ثلاثة مستشفيات مستشفى واحد حكومي، والآخرين اهليين، ويقع المستشفى الحكومي في الجزء الغربي من المدينة، بينما يقع المستشفيان الآخران شرقي المستشفى الحكومي، ويبلغ عدد ألأسرة في المستشفى الحكومي مئة وثلاثة وستون سريراً، اما مجموع عدد أسرة المستشفيين الاهليين فهو واحد وستون سريراً.

خريطة رقم (10): المستشفيات الحكومية والاهلية في محافظة جنين:



حيث لا يستطيع المستشفى الحكومي ان يغطي الخدمات الصحية لمحافظة جنين بكاملها، لان عدد الاسرة لا تغطي الا لمئة وثلاثة وستون الف نسمة حسب المعايير المحلية والدولية.

وحسب المعيار المحلي والدولي فإن كل سرير يغطي عشرة الآف مريض، لذا نحن بحاجة الى مئة واربعين سريراً اضافياً، يتم تغطيتها من قبل المستشفيات الاهلية الموجودة في المحافظة، ومستشفيات محافظات اخرى، حيث تغطي واحد وستين الف نسمة، ونكون بحاجة الى حوالي ثمانين سريراً اضافياً، حيث لا يمكن الاعتماد على المشافي الاهلية، لأنها مشافي ربحية، ولإرتفاع تكاليف العلاج فيها، وعدم تغطية المرضى بالتأمين.

4.4. تحليل البيانات الطبية في المستشفيات الحكومية والخاصة:

بعد السؤال والاستفسار عن المعايير الفلسطينية من المؤسسات الطبية الحكومية والخاصة، كالمستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة وجد ان المعيار الفلسطيني للطب العام والمختبرات والاشعة والتمريض، هو (10,000) نسمة لكل طبيب،بالنظر الى الجدول (5)،يظهر أن المستشفى الحكومي يقوم بخدمة جميع السكان في المحافظة، وتقوم المستشفيات الخاصة كالأمل والرازي بتقديم العلاج الطبي الى جانب المستشفى الحكومي، وتغطي جزءاً من الخدمات، ولكنها لا يمكن الاعتماد عليها في إتمام كافة الخدمات الصحية، لأن العلاج المقدم من المستشفيات الخاصة والاهلية مكلف بالمقارنة مع المستشفى الحكومي.

حيث يتوفر في المستشفى الحكومي(58) طبيباً عاماً، وبما ان المعيار الفلسطيني والدولي هو طبيب لكل عشرة الآف نسمة، فإن عدد الاطباء المتوفر لا يوجد فيه نقص وهو اقل من المعيار، وبقسمة عدد السكان على عدد الأطباء (303,000) على (58) يكون لكل طبيب 5224 مريضاً، وهو اقل من المعيار، و نستنتج ان معدل الاطباء العامين مقبول ، أما

بالنسبة للتمريض والقابلات والاشعة والصيدلة والمختبرات، فإنها جميعاً لا تتوافق مع المعايير المحلية والدولية، وهناك نقص في عدد الممرضين والقابلات، والصيدلة والمختبر والاشعة، فإنه حسب المعايير المحلية كل 5000 نسمة يقوم على خدمتهم صيدلي، وكل فني مختبر، وأشعة، وممرض، وحسب المعايير المحلية والدولية فإن كل عشرة الآف نسمة لهم فني واحد، لذا نستنتج ان التمريض والاشعة والمختبرات والصيدلة والقابلات لا تلبي المعايير المحلية والدولية.

جدول رقم (5):الكادر الطبي المتوفر في المستشفيات الحكومية والأهلية:

الرقم	الكادر الطبي	المستشفيات الحكومية	مستشفى الرازي	مستشفى الأمل
1—	الاطباء العامين	58	4	5
2-	الاطباء المتخصصون	21	6	15
3-	الممرضين والقابلات	180	14	50
4-	فنيي المختبر والاشعة	34	1	1
5-	اطباء الاسنان	---	1	1
6-	صيادلة	10	1	1
7-	عدد الاسرة	160	24	37

مصدر المعلومات المستشفى الحكومي . الأمل . الرازي.

5.4. التجمعات السكانية حسب المنطقة:

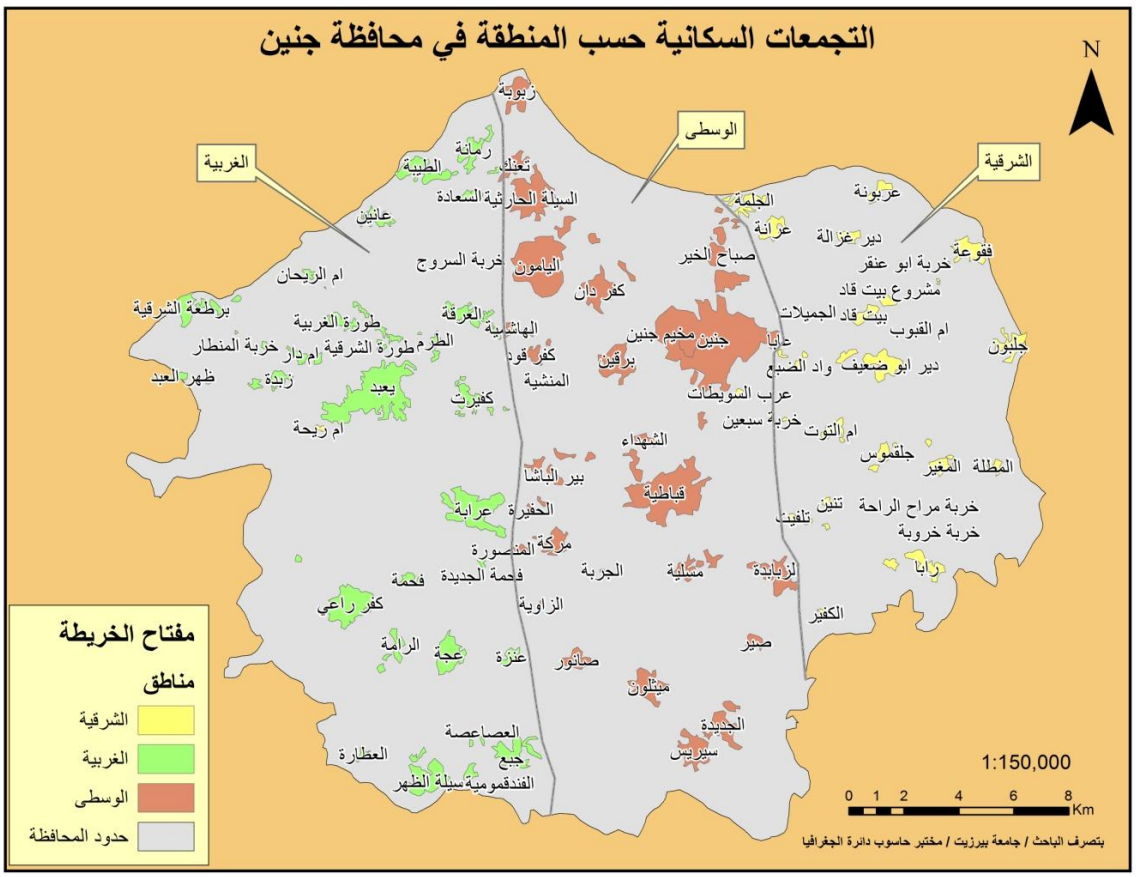
تم التقسيم بناءً على عدد التجمعات السكانية، وعدد السكان فيها، وعلى طبوغرافية المنطقة، و كثافة وتنوع وطبيعة طرق المواصلات، وسهولة الوصول، والبعد والقرب عن مركز الوسط والذي يضم مركز المدينة، والمراكز الصحية، فقد تم تقسيم المنطقة الى ثلاثة أقسام طولية

لتحليل الكادر الطبي في محافظة جنين(الخريطة رقم 11) والخاصة بالتجمعات السكانية في المحافظة وهذه المناطق هي:

أولاً: المنطقة الشرقية: وهي مناطق تختلف بطبيعتها الغورية وبعدها عن المدينة وطبيعة وكثافة طرق المواصلات، وشملت ستة عشر تجمع سكاني هي الجلمة وعرانة ودير غزالة وعربونةوبيت قاد وفقوعةوجلبون ودير ابو ضعيف ووادي الضبع وعابا وام التوت وجلقموس والمغير والمطلة ورابا والكفير وتلفيت وكان عدد سكان تلك التجمعات حوالي ثلاثين الف نسمة الخريطة رقم (11).

وبقسمة عدد السكان في هذه المنطقة، على عدد الاطباءفي المراكز الصحية، حيث يوجد فيها أحد عشر مركزاً صحياً سبعة منها من المستوى الثاني، واثنان من المستوى الاول، ومركزين من المستوى الثالث، ويوجد في هذه المراكز عشرين طبيب عام في الاسبوع، وبقسمة عدد السكان على الاطباء تكون النتيجة (7500) نسمة للطبيب الواحد وحسب المعايير الفلسطينية والدولية فإن المعيار لكل طبيب عام هو (10,000) الآف نسمة لكل طبيب اذاً هو ضمن المعايير، ولا يوجد نقص في الاطباء العامين، لكن لا يتوفر مركز صحي واحد في المنطقة يخدم السكان اربعة وعشرين ساعة، لذا نوصي بإستحداث مركز

خريطة رقم (11): التجمعات السكانية حسب المنطقة:



صحي في المنطقة الشرقية يقدم الخدمة الصحية لتلك التجمعات اربعة وعشرين ساعة، اما بالنسبة لاطباء الاسنان والاشعة فإن جميع المراكز الصحية في تلك المنطقة تخلو منها بالكامل، لذا يجب توفير خدمة طب الاسنان بمعدل طبيبين اثنين في المركز الصحي المقترح، واما بالنسبة لعيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة فهي متوفرة في جميع التجمعات الا في تجمع واحد هو قرية عرانة، واما بالنسبة للصيدلة فهي توجد في مركزين هما دير ابوضعيفوفقوعة، وبقسمة عدد السكان على (10,000) تكون النتيجة (3) صيدلة، وحسب المعايير الفلسطينية فإن الريف له كل عشرة الآف نسمة صيدلي واحد، اذاً نحن

بحاجة الى صيدلي اخر في مركز صحي في هذه المنطقة، واما بالنسبة لأطباء الاختصاص فهي تخلو تماماً منهم، وهي بحاجة لاطباء اختصاص في المنطقة، لذا نوصي بأن يكون هناك مركز صحي كامل من المستوى الرابع يحتوي على اطباء عامين، واختصاصيين، ومختبر، وأشعة، وأسنان، وعيادات امومة وطفولة، وصيدلة، وتنظيم الاسرة ، ويخدم كل سكان المنطقة الشرقية، وفي مركز متوسط.

ثانياً: المنطقة الوسطى: وهي منطقة تمتاز بسهولة الارض وهي سهلية قليلة المرتفعات ولا إنحدارات، وتتميز بسهولة الوصول لها بسبب شبكة الطرق الكثيفة،كما انها اقرب نسبيا الى مركز المدينة من التجمعات في المنطقتين الشرقية والغربية، و قد شملت المنطقة الوسطى على اربعة وعشرين تجمع سكاني وهي: زبوبا وتعنك والسيلة الحارثية واليامونوكفردان والهاشمية وكفرقود وبرقين ومدينة جنين ومخيم جنين والشهداء وقباطية وبير الباشا ومركة ومسلية والزبابدة وصير والزاوية والجربا وصانور وميثلون وسيريس والجديدة ووادي دعوق، وكان عدد سكان هذه التجمعات حوالي مئة واربعة وثمانين الف نسمة.

وبقسمة عدد السكان في هذه المنطقة على عدد الاطباء البالغ (53) في المراكز الصحية المختلفة، حيث يوجد فيها ثمانية عشر مركزٍ صحي منها ثمانية مراكز من المستوى الثاني، ومركز واحد من المستوى الاول، وثمانية مراكز من المستوى الثالث، ومركز واحد من المستوى الرابع،تكون النتيجة (17,358) نسمة للطبيب الواحد ، وحسب المعايير الفلسطينية والدولية فإن المعيار لكل طبيب عام هو (10,000)الآف نسمة اذاً هو ليس ضمن المعايير الدولية بل أقل منها، حيث يوجد نقص في عدد الاطباء العامين، وتكون هذه المنطقة بحاجة

الى (18,4) طبيب يتوفر منها (10,6) طبيب وبهذا نكون بحاجة الى (7,8) طبيب في المنطقة أو ثمانية أطباء. اما بالنسبة لخدمات اطباء الاسنان فهي تتوفر في ثلاث تجمعات سكانية هي الياامون والعيادة المركزية والبساتين في مدينة جنين، بعدد اربعة اطباء اسنان، وبقسمة عدد السكان في المنطقة على عدد اطباء الاسنان (184,000) على (4) يكون نصيب طبيب الاسنان الواحد (46,000) نسمة ، وحسب المعايير الدولية والوطنية فإن المعيار لا يجب أن يزيد عن (30,000) الف نسمة لكل طبيب ، اذاً نكون بحاجة الى ستة اطباء يتوفر منها اربعة، وتكون المنطقة الوسطى بحاجة الى طبيبي اسنان اضافيين، واما بالنسبة للاشعة فلا يوجد الا مركز واحد هو العيادة المركزية في مدينة جنين، ومركز الاشعة حسب المعايير الدولية يخدم مئة الف نسمة، ونكون بحاجة الى مركز اخر حسب المعايير الدولية، واما بالنسبة لعيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة فهي متوفرة في جميع التجمعات، ولا يوجد نقص فيها، واما بالنسبة للصيدلة فهي توجد في سبعة مراكز ، وبقسمة عدد السكان (184,000) على (7) مراكز ، وحسب المعايير الفلسطينية فإن المعيار في الريف هو عشرة الآف نسمة لكل صيدلي واحد، وللمدينة كل خمسة الآف نسمة لهم صيدلي، وحيث أن عدد سكان المدينة هو (46,000) نسمة ويوجد اربعة صيادلة في البساتين والمركزية، اذاً نكون بحاجة الى تسعة صيادلة يتوفر منهم اربعة صيادلة، اذاً نحن بحاجة الى خمسة صيادلةفي المدينة، واما في الريف فعدد السكان في هذه المنطقة حوالي (138,000) الف نسمة، ويوجد خمسة مراكز صحية يوجد فيها صيادلة، ولو قسمنا عدد السكان في هذه المنطقة (138,000) على (5) مراكز يكون الناتج (27,600) نسمة لكل

صيدلي، وحسب المعايير الفلسطينية كل عشرة الآف نسمة لهم صيدلي واحد ، اذا نحن بحاجة الى (13,8) صيدلي، يتوفر منه م 5 صيادلة، نكون بحاجة الى (8,8) صيدلي اوتسعة صيادلة، واما بالنسبة لاطباء الاختصاص فه مموجودون في سبعة مراكز، وبمعدل 5,5 طبيب يومياً، ومعدل الاطباء الاختصاصيين حسب المعايير الدولية هو(50,000) نسمة لكل طبيب لكل يوم ، وبعد قسمة عدد السكان على عدد الاطباء الاختصاص (184,000) على (5,5) يكون الناتج (33,450) نسمة لكل طبيب اختصاص، ولذلكفليس هناك حاجة الى اطباء اختصاص في المنطقة، علماً ان هذه المنطقة تحوز على غالبية الخدمات الطبية الحكومية، وذلك بسبب اتساع المساحة الجغرافية، وكثرة عدد السكان، وقربها من مركز المدينة.

ثالثاً: المنطقة الغربية: وتتميز بسهولها الواسعة الساحلية، وسهولة الوصول لمركز المدينة، وشوارعها السهلة والكثيفة والواسعة، وانعدام الجبال في تلك المنطقة، وشملت ستة وثلاثين تجمعا سكانياً هي: رمانة والطيبة وعانين والسعادة وام الريحان وخربة المروج والعرقة وظهر المالح والطرم وونزلة الشيخ زيد وطورة الشرقية وطورة الغربية ووخربة عبدالله اليونس وبرطعة الشرقية وخربة المنطار الغربية وزبدة وام دار والخلجان وخربة مسعود وظهر العبد ويعبد وامريحةوكفيرت وعرابة والمنصورة ، وفحمة ، والجديدة ، وكفر راعي ، والرامة ، وعجة وعنزة ، وجبعوالعصاعصة،والفندقومية، وسيلة الظهر ، والعطارة، وكان عدد سكان تلك التجمعات حوالي تسعة وثمانين الف نسمة.

وبقسمة عدد السكان البالغ (89,000) في هذه المنطقة على عدد الاطباء في المراكز الصحية المتوفرة والبالغ ثمانية واربعين طبيباً، حيث يوجد فيها سبعة عشر مركزاً صحياً، منها احد عشر مركزاً من المستوى الثاني، وستة مراكز من المستوى الثالث، تكون النتيجة تسعة الآف ومئتين وسبعين نسمة للطبيب الواحد ، وحسب المعايير الفلسطينية والدولية فإن المعيار لكل طبيب عام هو (10,000)الآف نسمة اذاً هو ضمن المعايير، حيث لا يوجد نقص في عدد الاطباء العامين، اما بالنسبة لأطباء الاسنان فهي تتوفر في تجمعين اثنين هما يعبد وسيلة الظهر، بمجموع طبيبين،وبقسمة عدد السكان في المنطقة على عدد اطباء الاسنان (89,000 على 2) يكون نصيب طبيب الاسنان الواحد (44,500) نسمة، وهو حسب المعايير الدولية والوطنية (30,000) الف نسمة، اذاً نكون بحاجة الى ثلاثة اطباء يتوفر منهما اثنان، اذاً نحن بحاجة الى طبيب اسنان واحد، واما بالنسبة للاشعة فلا يوجد اي مركز في المنطقة، اذاً نحن بحاجة الى مركز اشعة في المنطقة، واما بالنسبة لعيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة فهي متوفرة في جميع التجمعات، ولا يوجد نقص فيها، واما بالنسبة للصيدلة فهي توجد في ستة مراكز، وبقسمة عدد السكان (89,000) على (6) مراكز، تكون النتيجة (14,833) نسمة لكل صيدلي، وحسب المعايير الفلسطينية فإن الريف له كل عشرة الآف نسمة صيدلي واحد، فإذاً نحن بحاجة الى تسعة صيادلة، يتوفر منهم ستة صيادلة، اذاً يجب توفير ثلاثة صيادلة، واما بالنسبة لاطباء الاختصاص فهي توجد في خمسة مراكز، بمجموع عشرة اطباء اختصاصيين شهرياً، ومعدل الاطباء الاختصاصيين حسب المعايير الدولية هو 50,000 نسمة لكل طبيب، وبعد قسمة عدد السكان على عدد

الاطباء الاختصاص (89,000 على 3) يكون الناتج (29,660) نسمة لكل طبيب اختصاص، لذلك ليس هناك حاجة الى اطباء اختصاص في المنطقة ، من الجدير ذكره ان هناك مؤسسات صحية اخرى غير حكومية تقدم الخدمات الصحية للسكان، ولكن لا يمكن الاعتماد عليها في سد النقص في تقديم الرعاية الصحية، لذلك فإن المنطقة الغربية بحاجة الى مركز صحي يفتح ابوابه لمدة اربعة وعشرين ساعة، يشمل الطب العاموالاختصاص، والاشعة والمختبر والاسنان والصيدلة، والاسرة والامومة والطفولة.

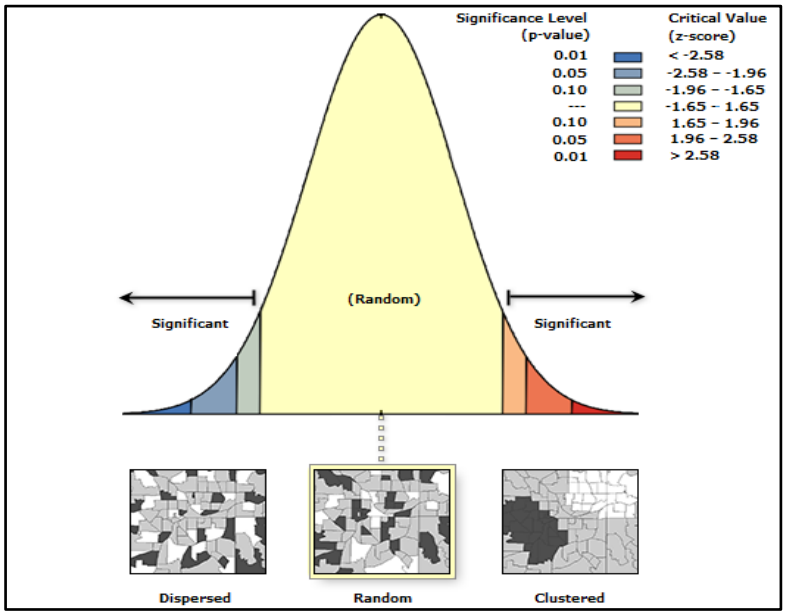
6.4. تحليل معامل موران المحلي للمراكز الصحية في محافظة جنين:

تعريف اداة موران: هي اداة من أدوات الارتباط الحيزي الذاتي في ال GIS، الذي يساهم في فهم مدى الأرتباط المكانيبإستخدام مقياس موران I الذي يحسب درجة الأرتباط، وهو مقياس مماثل لميزة المجاورة، مثل الجار الأقرب، حيث يحاول تحديد نمط انتشار ظاهرة معينة جغرافياً او مكانياً، وذلك من خلال دراسة التماثل في توزيع مفردات الظاهرة مكانياً ومدى الإرتباط الذاتي بينها. تتراوح قيمة معامل موران بين (− 1 و+1 و صفر)، فإذا كانت قيمتة قريبة من (− 1) فيدل على النمط المتشتت او المتباعد، وإن كانت قريبة من (+ 1) دلت على النمط المتجمع او المتقارب، بينما إذا كانت القيمة قريبة من الصفر فتشير للنمط العشوائي في التوزيع المكاني.

وفي هذه الدراسة تم تطبيق معامل موران على جميع المراكز الصحية لتقييم الإرتباط الذاتي المكاني وانتشاره، حيث قُسمت المراكز الصحية بناء على مستوى الخدمة والذي تم تقسيمه الى اربع فئات، وتم إحتساب مسافة ثابتة لتحليل ا لعلاقات المكانية ولمسافة قطر يبلغ

(10,000م)،وقد دل التحليل أن توزيع المراكز الصحية هو توزيع عشوائي (شكل 31) حيث أن قيمة موران هي (0,008)، وهذه النتيجة قريبة من الصفر وتشير الى النمط العشوائي لتوزيع المراكز الصحية.

شكل رقم (31): تحليل موارن المحلي للمراكز الصحية في محافظة جنين:

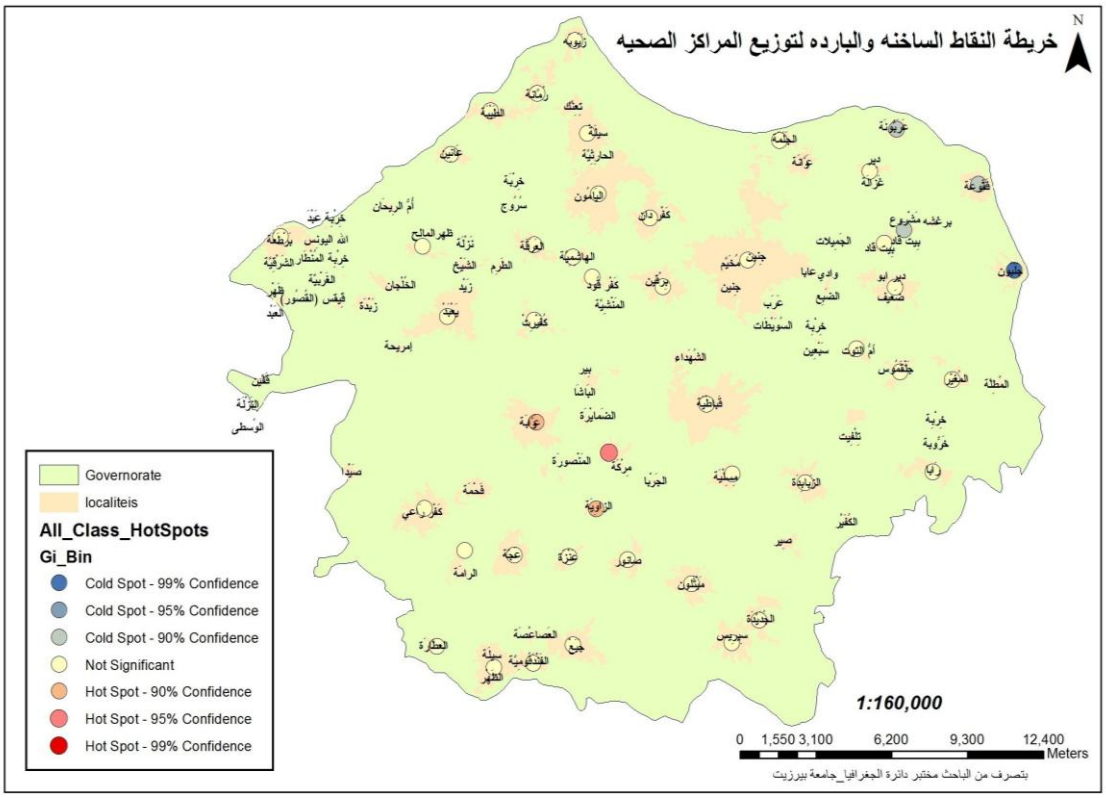


7.4. تحليل النقاط الساخنة والباردة (HOT SPOT) للمراكز الصحية في محافظة جنين:

تعريف النقاط الساخنة(HOT SPOT): هي عبارة عن تركز لحالات معينة في منطقة جغرافية محدودة لفترة من الزمن، ويقاس ال (HOT SPOT) من خلال النقاط وتكرارها في منطقة جغرافية معينة، ومن خلال التدرج في قيم التركز (الخارطة 13) بحيث كلما اتجهت المراكز الصحية الى التخصص تقل فيها التكتلات وتصبح نقاط ا صغيرة ومبعثرة ، وكلما اتجهت الى التعميم تصبح النقاط اكثر تكتلاً وتكون متركزة وكبيرة ،ويتم جمع التجمعات ذات الخصائص المتشابهة في مجموعة واحدة، ويحدد تحليل الـ HOT SPOT العلاقات المكانية ذات الدلالة

الاحصائية للنقاطالساخنة (HOT SPOT) ذات التركز العالي للمراكز الصحيةوالنقاطالباردة (COLD SPOT)

خريطة رقم (12): تحليل هوت سبوت للمراكز الصحية في محافظة جنين



ذات التركز القليل للمراكز الصحية .ويلاحظ من الخريطة رقم(12) أن المناطق الاكثر سخونة في المحافظة هي التجمع السكاني في قرية مركة، وذلك بسبب مركزها المتوسط لعدة تجمعات سكانية، وكثرة عدد السكان، وتوفر طرق مواصلات وسهولتها . أما المناطق الأكثر برودة فهي في المنطقة الشرقية من المحافظة والتي تقع في قرية جلبون، ويكون ذلك اما لقلة عدد السكان، وقلة عدد التجمعات السكانية المجاورة، او لقلة الدعم الحكومي، او بسبب التصنيف الحكومي للتجمعات السكانية، او لبعدها عن مركز المدينة.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

بعد إجراء هذه الدراسة ومن خلال عرض النتائج ومناقشتها، خلصت الدراسة إلى النتائج الاتية:

1.5 النتائج:

من خلال الاجابة على الاسئلة كانت النتائج على كل سؤال على النحو التالي:

السؤال الأول: ما الاثار الناجمة عن عدم التوزيع المناسبوالصحيح للمراكز الصحية، والخدماتالطبيةالمقدمة للمواطنين في محافظة جنين؟

وللإجابة عن هذا السؤال فقد وجد ما يلي:

- من خلال الاجابات على الاستبانة وتحليلها، من متلقي ومقدمي الخدمة كانت النتيجة ارتفاع في كلفة العلاج الصحي، لأصحاب الدخل المحدود، وخاصة الافراد الغير مؤمنين، وصعوبة الوصول الى المراكز الصحية المجاورة خاصة لكبار السن، والامهات والاطفال، وصعوبة المواصلات، سيما ان الغالبية العظمى لزيارة تلك المراكز هم من هذه الفئات.

السؤال الثاني: ما مدى كفاية الكادر الطبي والعاملين في المراكز الصحية بالنسبة لاعداد السكان؟

السؤال الثالث:هل الخدمات الصحية المقدمة حسب المعايير الوطنية والدولية؟

وللإجابة عن هذين السؤالين فقد وجد ما يلي:

- وقد وجد أن هنالك نقص في عدد الاطباء العامين في مستوى الرعاية الصحية الاول في المراكز الصحية في المحافظة، والذي يخدم حتى خمسمئة نسمة.
- يوجد نقص في عدد الاطباء العامين في مستوى الرعاية الصحية الاول في المراكز الصحية في المحافظة، والذي يخدم حتى الف نسمة.
- يوجد نقص في عدد المختبرات الموجودة في المراكز الصحية في المحافظة لجميع المستويات، حسب المعايير المحلية والدولية.
- يوجد نقص في عدد اطباء الاختصاص في المراكز الصحية الموجودة في المحافظة حسب المعايير المحلية والدولية.
- يوجد نقص في عدد اطباء الاسنان في المراكز الصحية المنتشرة في المحافظة.
- يوجد نقص في عيادات الاشعة التي تتبع للمراكز الصحية، حيث لا يوجد الا في مركز صحي واحد، حسب المعايير المحلية والدولية.
- يوجد نقص في عدد الصيادلة في المراكز الصحية، والصيدليات التي تقدم خدمة توزيع الادوية، حسب المعايير المحلية والدولية، في تجمعات المستوى الصحي الثاني، وبعض تجمعات المستوى الصحي الثالث.
- عيادات تنظيم الاسرة والامومة والطفولة تغطي معظم التجمعات السكانية، لكن هناك عدة تجمعات سكانية قليلة العدد لا تغطى بمراكز اوعيادات صحية، وخاصة الفئات السكانية ذات السكانالاقل من خمسمئة نسمة، مثل تجمعات غرب بلدة يعبد.

- لا يوجد نقص في عدد الممرضين، ويغطي عددهم المتوفر جميع المراكز الصحية المتوفرة في المحافظة، حسب المعايير المحلية والدولية، وهي ضمن المعايير.

السؤال الرابع: هل تتناسب اعداد المراكز الصحية مع عدد السكان في التجمعات السكانية؟

وللإجابة عن هذا السؤال فقد وجد ما يلي:

- في مستوى الرعاية الصحية الثاني يوجد عدة تجمعات سكانية من الفئة الثانية لا يوجد مراكز صحية فيها.
- يوجد نقص في عدد المراكز الصحية لمستوى الرعاية الصحية الثالث في التجمعات السكانية، والتي يبلغ عدد السكان فيها من ستة الآفالى إثني عشر الف نسمة، حسب معيار وزارة الصحة الفلسطينية.
- يوجد نقص في أعداد المراكز الصحية للمستوى الرابع، علماً بأنه لا يوجد مركز صحي ذو مستوى رابع الا في تجمع سكاني واحد، وبما انه يخدم التجمعات السكانية لاكثر من اثني عشر الف نسمة، فأنه من الضروري ايجاد مراكز صحية من المستوى الرابع في التجمعات التالية: قباطية، وعرابة، ويعبد، واليامون، والسيلة الحارثية، وجبع ، والتي يزيد عدد سكانها عن إثني عشرة الف نسمة، حسب معيار وزارة الصحة الفلسطينية.

السؤال الخامس :هل التجهيزات والادوات الطبية مناسبة من حيث النوع والعدد للمراكز الصحية؟

وللإجابة عن هذا السؤال فقد وجد ما يلي:

- يوجد نقص في عدد الاسرة في المستشفى بحيث انه لا يحقق المعايير الوطنية والدولية ، حيث يتضح ذلك من عدد الاسرة المتوفرة في مستشفى خليل سليمان الحكومي، وعددها مئة وستون سريرا، وحسب المعيار الوطني والدولي ان كل عشرة الآف نسمة يخدمهم سرير، ومحافظة جنين حسب عدد السكان هي بحاجة الى ثلاثمئة سرير، المتوفر منها (160)، اذاً نحن بحاجة الى (140) سرير.
- الاثاث المتوفر في بعض المراكز الصحية غير ملائم وغير مناسب وليس في حالة جيدة ، وذلك في مستويات الرعاية الصحية الاول والثاني مثل مركز صحي المغير.
- عدم توفر سيارات اسعاف تتبع للمراكز الصحية كاملة في جميع التجمعات السكانية في المحافظة، في المستوى الثالث والثاني، علماً ان المستوى الرابع يوجد في داخل المدينة، وهناك يتوفر سيارات اسعاف في المستشفيات الحكومية والاهلية.
- قلة وسائل الراحة في بعض المراكز الصحية، وانعدام المواقف والحدائق في بعض المراكز الصحية في التجمعات السكانية، وخاصة في المراكز الصحية من المستوى الثاني والاول.
- وجود مباني لمراكز صحية ولكنها غير مفعلة ولا تعمل مثل مركز فحمة الجديدة.
- تركز معظم الخدمات الصحية في مركز المدينة، ووسط المحافظة، كالمستشفيات الحكومية والاهلية والخاصة، والمراكز الصحية.

السؤال السادس:ماهي اهم الخدمات الطبية المقدمة؟

وللإجابة عن هذا السؤال فقد وجد ما يلي:

- في بعض المراكز الصحية من المستوى الثالث تقدم خدمات التمريض، والمختبرات، والصيدلة، واستقبال المرضى، وطب الاسنان، وفي بعض المراكز الصحية في المستوى الثاني والاول تقدم جميعها خدمات رعاية الامومة والطفولة، والتمريض، واستقبال المرضى، واما المستوى الرابع فإنه يقدم جميع الخدمات الصحية كاملة.

السؤال السابع:هل الخدمات الطبية المقدمة تلبي احتياجات المواطن؟

وللإجابة عن هذا السؤال فقد وجد ما يلي:

- عدم توفر مراكز صحية في التجمعات الصغيرة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية في المستوى الاول، لذلك فإنها لا تلبي احتياجات المواطن.
- في المستوى الثاني والثالث هناك بعض الخدمات الطبية لا تقدم للمواطن كطب الاسنان، والصيدلة، والاشعة والتحاليل الطبية.
- ازدواجية توزيع الادوية بين المراكز الصحية الحكومية ومراكز صحة وكالة الغوث (الاونروا)، مما يؤثر على حظوظ المستفيدين من خدمة توزيع الادوية.

2.5 التوصيات:

بناءً على نتائج الدراسة فإننا نوصي بمايلي:

- تعيين عدد كافي من اخصائيي المختبرات والاشعة والصيدلة.
- زيادة عدد الاسرة في المستشفى، اماعن طريق توسيع المستشفى، او بناء مستشفيين اثنين، بما اننا نحتاج الى عدد كبير من الاسرة، فالافضل بناء مستشفى في المنطقة الشرقية، كونه يخدم عدد كبير من السكان، وهي منطقة تخلو من المستشفيات الحكومية والاهلية الخاصة، وبناء مستشفى في المنطقة الغربية كونه ايضاً يخدم عدد ا كبيرا من السكان، ولا يوجد اي مستشفيات حكومية او اهلية في هاتين المنطقتين ، والهدف من ذلك تخفيف الضغط والازدحام عن مركز المدينة، ومساعدة السكان في الوصول بسهولة ويسر الى هذه المستشفيات لتلقي العلاج الطبي، وتوفير فرص عمل للكوادر الطبية في المستشفيات، وتخفيف الأعباء المادية عن المواطنين.
- توفير اطباء اختصاص في المستشفى الحكومي، والمراكز الصحية حسب المعايير الوطنية والدولية.
- توفير مواقف سيارات وحدائق ووسائل راحة للمرضى والزوار.
- فتح مراكز صحية من مستوى الرعاية الاول في التجمعات السكانية التي لا يتوفر فيها مراكز صحية من الفئة الاولى.
- رفع مستوى المراكز الصحية من المستوى الاول الى المستوى الثاني، وايجاد مراكز صحية جديدة في التجمعات السكانية من الفئة الثانية.

- رفع مستوى المراكز الصحية من المستوى الثاني الى المستوى الثالث المتوفرة، وفتح مراكز صحية جديدة في التجمعات السكانية ذات الفئة الثالثة التي لا يوجد فيها مراكز صحية مثل قرية عرانة.
- رفع مستوى المراكز الصحية من المستوى الثالث الى المستوى الرابع في التجمعات السكانية المجودة فيها ، واقامة مراكز صحية جديدة من المستوى الرابع في تجمعات مثل يعبد وقباطية واليامون والسيلة الحارثية وعرابة وجبعوالزبابدة.
- تعيين عدد كافي من الاطباء العامين في المراكز الصحية الموجودة والجديدة.
- تعيين عدد من اطباء الاختصاص، واطباء الاسنان، والاطفال، والاعصاب والجلدية، والانف والاذن والحنجرة في المراكز الصحية ذات المستوى الرابع خاصة المنطقة الشرقية ومركزها دير ابو ضعيف بحيث تخدم التجمعات المجاورة مثل جلبون والجلمة وعرانة ودير غزالة وعربونة، والجديدة وسيريس، وجلقموس ورابا والمغير والمطلة، ومركز آخر في يعبد يخدم التجمعات السكانية غرب بلدة يعبدمثل ظهر العبد وقيقسوالتجمعات الاخرى.
- فتح عدد من المختبرات الجديدة، ومراكز الاشعة، وزيادة عدد الصيدليات والصيادلة في المراكز الصحية، مثل قباطية واليامون ويعبد والسيلة الحارثية وسيلة الظهر وجبع، وفقوعة ودير ابو ضعيف بحيث تخدم المنطقة الشرقية، واقامة مركز صحي يتوفر فيه خدمة الاشعة في قرى غرب يعبد.
- اقامة مراكز صحية جديدة تعنى بتنظيم الاسرة والامومة والطفولة، في التجمعات السكانيةقليلة العدد مثل الجربة والكفير وتلفيت وتنين وخربة سروج وال تجمعات السكانية غرب بلدة يعبد وقيقس.

تعريفات:

تعرف الرعاية الصحية : على انها ما يقوم به اصحاب المهارات العالية من رجال ونساء، الذين كرسوا أنفسهم لتقديم خدمة صحية، عالية الجودة، لجميع المرضى(كوش 2002).

الجودة الشاملة:"هي تحقيق الجودة باقل تكلفة" (كوش 2002).

الجودة الصحية : هي تقديم الحد الاعلى من الخدمات الصحية، سواءً الرعاية السريرية، او رضا المريض عنها (كوش 2002).

الخدمات الطبية : هي الخدمة الصحية الجيدة المقدمة للمرضى، بما يتناسب مع الموارد الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية للدولة، مع تقديم اقصى ما يمكن من الخدمات للمواطنين، بالاشتراك مع كافة القطاعات الادارية في القطاع الصحي(ذياب 2009).

الخدمات الوقائية : ويقصد بها الخدمة التي تعمل على علاج ومكافحة الامراض، وصحة البيئة، ومراقبة نظافة الغذاء والماء، ونظافة البيوت ومناسبتها للفرد، والقضاء على جميع الحشرات والمخلفات، وتوفير الهواء والتربة النقية، وتوفر الهدوء والابتعاد عن مناطق الصخب والضجيج(مساد 2004).

الخدمات العلاجية: وهي المنفعة الصحية والعلاجية التي يحصل عليها المرضى في جميع مراحل علاجهم، منذ بداية دخولهم وحتى خروجهم من جميع المراكز الصحية والمستشفيات سواءً كانت الحكومية او الاهلية الخاصة، او جميع العيادات الخاصة(مساد 2004).

تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى والمركز الصحي : هي تنظيم اجتماعي وطبي، يعمل على تقديم خدمة ورعاية صحية، وعلاجية، لجميع السكان، وتدريب كافة العاملين في المجال الصحي والطبي، واجراء بحوث اجتماعية مهمة(ذياب2009).

تعريف المعايير: هي "مستويات الاداء الامثل"(وزارة الصحة 2012).

المراجع العربية:

ابراهيم، لينا.2009.**العلوم الحياتية والصحية**، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

ابو طويلة، جهاد.2006.**الانتشارالمكاني للمراكز الصحية والاحتياجات المستقبلية في الضفةالغربية** ، كلية الاداب، جامعة الازهر: غزة، المجلد الثامن.

ابوالنصر، مدحت.2008.**ادارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية** ، القاهرة.

استيتة، سليم. 2009. **التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنيةنظم المعلومات الجغرافية GIS رسالة ماجستير**، جامعة النجاح الوطنية، نابلس: فلسطين.

اقرع، هبة "محمد فائق". 2013.**التخطيط المكاني للخدمات الصحية في محافظة سلفيت باستخدام تقنياتنظم المعلومات الجغرافية GIS**، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس: فلسطين

امين، حسين.2006.**التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية** ، دراسة في جغرافية **الخدمات**، جامعة عدن: اليمن.

البرغوثي، مصطفى. 1993.**البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية**، رام الله.

بني حمدان، خالد، ووائل ادريس. 2007. **الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي** ، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2009. **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007** ، المؤشرات الاساسية حسب نوع التجمع السكاني، رام الله، فلسطين.

بو حمرا، سناء صالح، وبدر محمد الزيد. 1999. **رضا المراجعين عن مستوى الخدمة في مراكزالرعاية الصحية الأولية لدولة الكويت** – دراسة ميدانية – مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية: العدد 95، السنة الرابعة والعشرين.

جمعية التنمية الصحية والبيئية. 2005. **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر**. دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية– برامج السيسات والنظم الصحية.

الجهاز الفلسطيني للاحصاء المركزي. 2004.**مسح الوصول الى الخدمات الصحية** . رام الله. فلسطين.

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني.2011. **كتاب جنين الاحصائي**، رام الله، فلسطين.

الحامد، ضاري. 2003. **اثر التخطيط الصحي في رفع اداء المستشفيات**، بحث غير منشور.

حرستاني، حسان.1990. **ادارة المستشفيات**، الرياض: معهد الادارة العامة.

الديوة جي، سعيد. 1989. **الموجز في الطب الاسلامي**، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

ذياب، صلاح. 2009. **ادارة المستشفيات والمراكز الصحيةالحديثة**. عمان: دار الفكر.

ذياب، صلاح. 2010. **ادارة خدمات الرعاية الصحية**. عمان: دار الفكر.

ساعاتي، عبد الاله. 1998. **مبادئ ادارة المستشفيات**، القاهرة: دار الفكر العربي، ط1.

سميث ، بريان ابيل. 1978.**الفقر والتنمية والسياسة الصحية** ، منظمة الصحية العالمية، جنيف.

شرقاوي،علي. 1992. **ادارة الاعمال**، القاهرة: الدار الجامعية للنشر.

سيد، جاد الرب.1991. **تنظيم وادارة المستشفيات**، القاهرة: دار النهضةالعربية.

الطمساوي، سليمان. 1987. **مبادئ علم الادارة العامة**، القاهرة: مطبعة عين شمس.

شرف، عبد العزيز. غير موجودة . **البيئة وصحة الانسان في الجغرافيا الطبية** ، الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

الصيرفي، محمد. 2008. **التخطيط الاستراتيجي**، الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

طعامنة، محمد، وبرجس الحراحشة. 1995.**اثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدماتالمراكز الصحية في محافظة المفرق**، مؤتة للبحوث والدراسات: المجلد العاشر، العدد السادس.

عبد العزيز، خالد. 1993. **اساسيات التخطيط في المنشآت الصحية السعودية**، الرياض: ط1.

عبد الفتاح، محمد. 1999. **ألإدارة العامة، المبادئ والتطبيق**، بيروت: دار الفكر العربي.

عبيدو، محمد.1992. مدخل الى التخطيط الاقتصادي الصحي، دمشق: وزارة الثقافة السورية.

العربي، حسام.2010. **التخطيط الاداري**، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع.

عطية، مصلح. 2012.**قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفياتالعاملة في مدينة قلقيلية**، مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث والدراسات: عدد 27.

علي احمد"، سامر. 2003.**التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقيةباستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية (GIS)**، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس: فلسطين.

عيناتي، فاطمة، وعاطفدغلس.2011.**معاناة المريض الفلسطيني تحت الاحتلال الاسرائيلي**، بيروت: لبنان، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات.

فرحان، حميد.2010.**تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية**، مجلة جامعة الانبار.

القريوتي، محمد. 1989. **مبادئ الادارة النظريات والوظائف**، عمان.

قطيشات، ضياء الدين.2014. **نظم المعلومات الجغرافية GIS**، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

الكبيسي، احمد. 2009.**كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجة باستخدام نظمالمعلومات الجغرافية GIS**، جامعة الانبار: العراق.

كوش، هيو. 2002. **ادارة الجودة الشاملة** . الاحمدي طلال، الرياض: السعودية، معهد الادارة العامة.

مجلة صامد. 1993.**من البرنامج العام لإنماء الاقتصاد الوطني الفسطيني – الرعاية الصحية** . المدير المسؤول محمد احمد عيتاني.

مشاقي، عوني عبد الهادي. 2008.**تحليل وتقييم توزيع الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية** في محافظة نابلس، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

معهد الاعلام والسياسات الصحية والتنموية. 1997. **سلسلة حوارات في السياسات الصحية** . رام الله: افا.

منظمة الصحة العالمية. 1989. **تقرير منظمة الصحة العالمية، منبر الصحة العالمي** ، جنيف: المجلد الرابع.

منظمة الصحة العالمية. 2000. **التقرير التقني الصحي الثاني**، جنيف: تقرير رقم 297.

المومني، صدقي. 1994.**التخطيط الاقليمي وأثره في تحسين الاداء الكلي للمرافق والخدمات العامة** ، دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة، مؤتة للبحوث والدراسات: المجلد التاسع، العدد السادس.

نجار، فتحية. 2008 .**الامراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة** ، **دراسة في الجغرافيا الطبية**، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس: فلسطين.

نصيرات، فريد. 2014. **ادارة المستشفيات**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

الوخيان، محمد. 2010.**التخطيط المكاني للخدمات الصحية في لواء ناعور باستخدام نظم المعلوماتالجغرافيةGIS**، رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، عمان: الاردن.

وزارة الصحة البحرينية. 2012. **استراتيجية تحسين الصحة** (2011–2014)، الاصدار الثاني.

وزارة الصحة. 2013. **التقرير الصحي السنوي**، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، فلسطين : تموز 2014.

المراجع الانجليزية:

- Abu Zaineh, M. (2009). *Contribution to the analysis of health equity: measurement and explanation of inequality and inequity in the health care sector in the context of developing countries: the Palestinian case*. Ramallah: The Center for Development Studies.
- Aday, L. (2005). *Reinventing public health: Policies and practices for a healthy nation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Agaja, S. (2012). Spatial Distribution of Primary Health Care Centres In Ughelli South And Warri South Local Government Areas of Delta State, Nigeria. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC & TECHNOLOGY RESEARCH,1*(9), 38-41.
- Ozcan, Y. (2006). *Quantitative methods in health care management: Techniques and applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tanser, F. (2006). Methodology for optimising location of new primary health care facilities in rural communities: A case study in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 846-850.
- Usman, A., & M, A. (2013). Distribution of Primary Health Care Facilities in Kano Metropolis Using GIS (Geographic Information System). *Research Journal of Environmental and Earth Sciences,5*(4), 167-176.
- WHO. (2013). *Handbook on Health Inequality Monitoring, With Special Focus On LowAnd Middle*. Geneva Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2013). *Economics of the Social Determinants of Health and Health Inequalities (The)* (p. 131). Geneva Switzerland: World Health Organization.

ملحق رقم(1):استمارة مقدمي الخدمة

جامعة بيرزيت

كلية الاداب– دائرة الجغرافيا

استبانة مقدمي الخدمة.

أختي الكريمة، أخي الكريم:

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإعداد دراسة بعنوان:

التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية وعلاقتها بنوعية الخدمات المقدمة في محافظة جنين كحالة دراسية

وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا–كلية الاداب – دائرة الجغرافيا – الدراسات العليا – جامعة بيرزيت.

ولغرض تحقيق أهداف الدراسة تم تصميم هذه الإستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات. لذا يرجى التكرم بالإجابة عن فقراتها باهتمام، مع العلم أن كافة البيانات ستعامل بسرية تامة، وكمجاميع إحصائية، ولأغراض البحث العلمي فقط.

"**شاكرين لكم حسن تعاونكم**"

فلاح أبو الرب

الجزء الأول: بيانات تعريفية:

الرجاء وضع دائرة حول الاجابة المناسبة التي تنطبق عليك:

A1	**الجنس**	1) ذكر 2) أنثى
A2	**العمر**	1)30 سنة فأقل 2)31– 40 سنة 3) 41 –50سنة 4) 51 فما فوق
A3	**الدرجة العلمية**	1) دبلوم متوسط فأدنى 2)بكالوريوس 3) دبلوم عالي 4) ماجستير 5) دكتوراه
A4	**التخصص العلمي**	1) طبيب 2) تمريض 3)أشعة 4) مختبرات 5) اخرى
A5	**مؤسسة العمل**	1)مستشفى 2) مركز صحي 3) عيادة صحية 4) صيدلية 5) أخرى
A6	**المسمى الوظيفي**	1) مدير عام 2) مدير 3) رئيس قسم 4) رئيس شعبة 5) موظف 6) اخرى
A7	**سنوات الخبرة في العمل الحالي**	1)5 سنوات فأقل 2) 6– 10 سنوات 3) 11– 15 سنة 4)16– 20سنة 5) 21 سنة فأكثر

الجزء الثاني: درجة رضا مقدم الخدمة عن الخدمات الصحية المقدمة من قبلهم في المركز الصحي.

برجاء الاهتمام بالإجابة على الأسئلة أدناه، ووضع إشارة (✓) في المربع(ممتازة، جيدة، متوسطة، ضعيفة، ضعيفة جدا) الذي يعبر عن **رضاك عن الخدمة الصحية المقدمة من قبلكم.**

الرقم	ما يأتي من اسئلة حول الرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من قبلكم	**درجة الرضا عن الخدمة الصحية**				
		ممتازة	**جيدة**	**متوسطة**	**ضعيفة**	**ضعيفة جدا**
B1	مدى ملائمة اعداد المراجعين لقدرة المركز الصحي البشرية والتقنية					
B2	يتم تحديد أطباء متخصصين حسب حالة المريض الصحية					
B3	اتاحة الوقت الكافي للاستماع للمريض					
B4	كفاية العلاج المقدم للمريض في المركز					
B5	مدى ملائمة اسعار المركز للمراجعين					
B6	كفاية التدفئة والتكييف في المركز الصحي					
B7	عدد الممرضين في المركز الصحي					

B8	وتيرة صيانة الاجهزة الطبية المختلفة في المركز الصحي					
B9	توفر الاجهزة والادوات الطبية في المركز					
B10	ملائمة زيارات المرضى لاوقات العمل					
B11	توفر الهدوء التام في جميع اقسام المركز					
B12	عدد وجبات الطعام المقدمة للمرضى في المستشفى					
B13	الرضا عن جودة الاثاث في جميع اقسام المركز					
B14	الإلتزامبالانظمة والقوانين والتعليمات					
B15	دوام بعض الاطباء المتخصصين مناسب					
B16	عدد مرات التنظيف في المركز الصحي					
B17	اعداد ألأطباء للمتخصصين في المركز الصحي					
B18	عدد المرافق العامة كالحدائق والمواقف					
B19	قدرة المركز على توفير جميع العلاجات للمرضى					
B20	امتلاك الكادر الطبي معلومات تفصيلية عن الحالات المرضية					

الرقم	ما يأتي من اسئلة حول الرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من قبلكم	**درجة الرضا عن الخدمة الصحية**	
		موافق/ نعم	**معارض / لا**
C1	يقوم الطبيب بشرح الحالة الصحية للمريض		
C2	يتم مراعاة العادات والتقاليد والخصوصية والرغبة الدينية للمريض		
C3	يوجد اختصاصي نفسي وإجتماعي في المركز الصحي		
C4	يوجد اختصاصي تغذية في المركز الصحي		
C5	تتوفر رقابة على وجبات الطعام المقدمة للمرضى		
C6	هل يقبل المركز جميع أنواع التامينات الصحية		

شاكرين حسن تعاونكم

الباحث

ملحق رقم(2): استمارة متلقي الخدمة

جامعة بيرزيت

كلية الاداب – دائرة الجغرافيا

إستبانة متلقي الخدمة

أختي الكريمة، أخي الكريم:

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإعداد دراسة بعنوان:

التوزيع الجغرافي للمراكز والخدمات الصحية وعلاقتها بنوعية الخدمات المقدمة في محافظة جنين كحالة دراسية

وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا –كلية الاداب – دائرة الجغرافيا – الدراسات العليا – جامعة بيرزيت.

ولغرض تحقيق أهداف الدراسة تم تصميم هذه الإستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات. لذا يرجى التكرم بالإجابة عن فقراتها باهتمام، مع العلم أن كافة البيانات ستعامل بسرية تامة، وكمجاميع إحصائية، ولأغراض البحث العلمي فقط.

"شاكرين لكم حسن تعاونكم"

فلاح أبو الرب

الجزء الأول: بيانات تعريفية:

الرجاء وضع دائرة حول الإجابة المناسبة التي تنطبق عليك:

A1	**الجنس**	1) ذكر 2) أنثى
A2	**العمر**	1) 20 سنة فأقل 2) 21–40سنة 3)41 – 60 4) 61 سنة فأكثر
A3	**الدرجة العلمية**	1) اقل من توجيهي 2) دبلوم 3) بكالوريوس 4) ماجستير فاعلى
A4	**الدخل الشهري**	1) 1500 شيكل فاقل 2) 1501– 3000 شيكل 3) 3001–4000 شيكل 4) 4001 شيكل فاكثر
A5	**مكان السكن**	1) مدينة 2) بلدة 3) قرية 4) مخيم
A6	**المهنة**	1) موظف 2) تاجر 3)عامل 4) مزارع 5) اخرى
A7	**نوع التامين الصحي**	1) حكومي 2) خاص 3) وكالة 4) لا يوجد
A8	**عدد زياراتك للمركز خلال هذه العام**	1)1–5 2) 6–10 3) 11–15 4) 16 فاكثر
A9	**هل تعاني من مرض مزمن**	1)نعم 2) لا
A10	**توفر سيارات اسعاف في المركز الصحي**	1)نعم 2) لا

الجزء الثاني: درجةرضا متلقي الخدمة عن الخدمات الصحية المقدمة في مناطقهم.

برجاء الاهتمام بالإجابة على الأسئلة أدناه، ووضع إشارة (✓) في المربع(ممتازة، جيدة، متوسطة، ضعيفة ، ضعيفة جدا) الذي يعبر عن **رضاك عن الخدمة الصحية المقدمة في منطقتك.**

الرقم	ما يأتي من اسئلة حول الرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في منطقتكم:	**درجة الرضا عن الخدمة الصحية**				
		ممتازة	**جيدة**	**متوسطة**	**ضعيفة**	**ضعيفةجدا**
B1	قرب المركز الصحي من مكان سكنك					
B2	توفر النظافة في المركز الصحي					
B3	توفر وسائل الراحة لمتلقي الخدمة في المركز الصحي					
B4	طول المدة الزمنية منذ بداية استخدامك للمركز					

	الصحي					
B5	مدى رضاك عن الفترة الزمنية التي يستمع فيها الطبيب للمريض					
B6	اهتمام الطبيب بطلب الفحوصات الكاملة					
B7	كفاية المدة الزمنية للطبيب لفحص المريض					
B8	رضاك عن دقة التشخيص من قبل الطبيب للمريض					
B9	رضاك عن طول مدة انتظارك للدخول للطبيب					
B10	كفاية ساعات الدوام في المركز الصحي					
B11	مدى توفر جميع الادوية في المركز الصحي					
B12	توفر الاجهزة والادوات الطبية في المركز الصحي					
B13	نظافة الكادر الطبي والعاملون في المركز الصحي					
B14	مدى ملائمة موقع المركز بالنسبة لسهولة وصول المرضى					
B15	التلبية السريعة لجميع المتطلبات الطبية الرئيسية للمرضى					
B16	استعدادك لتناول وجبات الطعام المعدة في المستشفى					
B17	وصف الطبيب لكمية كافية من الدواء للمريض					
B18	الاهتمام المناسب بالمريض من قبل المركز الصحي					
B19	سلوك الكادر الطبي يتسم باللطافة					
B20	تكاليف العلاج الطبي مناسبة لدخل المريض					
B21	رضاك عن سرعة وصول سيارات الاسعاف للحالات الطارئة					

"**شكرا لحسن تعاونكم**"

ملحق رقم (3): المعايير الفلسطينية للخدمات الصحية

الرقم	الكادر الطبي	عدد المخدومين
1	كل سرير ولادة	4 قابلات
2	كل سرير	1 فني مختبر
3	طبيب اشعة	6000 نسمة
4	فني اشعة	10 اسرة
5	صيدلي/ مدينة/ قرية	5000/مدينة – 10000/ قرية
6	عدد الممرضين	حسب عدد السكان
7	**نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع**	15 $م^2$

مصدر المعلومات – اقرع 2013

ملحق رقم (4): معايير منظمة الصحة العالمية للخدمات الصحية

الرقم	الكادر الطبي	عدد الافراد المخدومين
1	طبيب عام	10000 نسمة
2	طبيب باطني	30000 نسمة
3	طبيب اطفال	30000 نسمة
4	طبيب امراض جلدية	100000 نسمة
5	طبيب مسالك بولية	100000 نسمة
6	طبيب امراض نسائية	20000 نسمة
7	طبيب عظام	60000 نسمة
8	طبيب عيون	60000 نسمة
9	طبيب انف اذن حنجرة	60000 نسمة
10	طبيب اعصاب	30000 نسمة
11	موظف الصحة العامة والبيئة	10000 نسمة
12	اختصاصي الصيدلي	10000 نسمة
13	كل سرير	10000 نسمة
14	اختصاصي الاشعة	10000 نسمة

مصدر المعلومات اقرع 2013 ومنظمة الصحة العالمية 2012.

ملحق رقم (5): خاص بالكادر الطبي في العيادات الصحية في محافظة جنين

الرقم	نوعية الكادر الطبي	العدد
1	الاطباء العامون	46
2	الاطباء المختصون	5
3	اطباء اسنان	6
4	صيادلة	16
5	مساعدي صيادلة	12
6	تمريض وقابلات	75
7	فنيي اشعة ومختبر	35
8	ادارة وخدمات	52
9	عاملة صحية	20
10	صحة البيئة	10
11	المجموع	276

ملحق رقم (6): الكوادر الطبية المتوفرةفي المراكز الصحية الحكومية والاونروا

الرقم	الكادر الطبي	المراكز الصحية الحكومية	الاونروا
1—	الاطباء العامين	46	6
2-	الاطباء المتخصصون	5	---
3-	الممرضين والقابلات	75	3 +11
4-	فنيي المختبر والاشعة	35	1 + 5
5-	اطباء الاسنان	6	---
6-	صيادلة	16	3
7-	مساعدي صيادلة	12	3
8-	عاملة صحية	20	---
9-	صحة البيئة	10	---
10-	عدد الاسرة	----	---

مصدر المعلومات وزارة الصحة المراكز الصحية – الاونروا