بحوث جغرافية

سلسلة محكمة غير دورية تصدرها الجمعية الجغرافية السعودية

٥٥

التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة

د. رمزي بن أحمد الزهراني

جامعة الملك سعود - الرياض - المملكة العربية السعودية

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

بحوث جغرافية

سلسلة محكمة غير دورية تصدرها الجمعية الجغرافية السعودية

٥٥

التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية
بمنطقة مكة المكرمة

د. رمزي بن أحمد الزهراني

جامعة الملك سعود - الرياض - المملكة العربية السعودية

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

ISSN 1018-1423
Key title=Buhut gugrafiyya

مجلس إدارة الجمعية الجغرافية السعودية

أ.د. عبد العزيز بن عبد اللطيف آل الشيخ	رئيس مجلس الإدارة.
أ.د. محمد شوقي بن إبراهيم مكي	نائب رئيس مجلس الإدارة.
د. بدر بن عادل الفقير	أمين السر.
د. عبد الله بن حمد الصليع	أمين المال.
د. عبد الله بن صالح الرقيبة	عضو مجلس الإدارة.
د. إبراهيم بن صالح الدوسري	عضو مجلس الإدارة.
د. إبراهيم بن محمد علي الفقي	عضو مجلس الإدارة.
د. محمد بن مفرح القحطاني	عضو مجلس الإدارة.
د. خضران بن خضر الثبيتي	عضو مجلس الإدارة.

الجمعية الجغرافية السعودية، ١٤٢٣هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الزهراني، رمزي أحمد

التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة.الرياض ١٤٢٣هـ

٦١ص، ١٧×٢٤سم(سلسلة بحوث جغرافية، ٥٥)

ردمك: ٦-٠-٩٤٢٤-٩٩٦٠

١- الصحة العامة ٢- الجغرافيا الطبية-السعودية أ- العنوان

ديوي: ٦١٤,٤٢٥٣٢ ١٤٢٣/٦٦٦٨

رقم الإيداع:١٤٢٣/٦٦٦٨

ردمك: ٦-٠-٩٤٢٤-٩٩٦٠

قواعد النشر

١- يراعى في البحوث التي تتولى سلسة "بحوث جغرافية"، نشرها ، الأصالة العلمية وصحة الإخراج العلمي وسلامة اللغة .

٢- يشترط في البحث المقدم للسلسة ألا يكون قد سبق نشره من قبل.

٣- ترسل البحوث باسم رئيس هيئة تحرير السلسلة .

٤- تقدم جميع الأصول مطبوعة على نظام **MS WORD** بيئات النوافذ **(Windows)** على ورق بحجم A4، مع مراعاة أن يكون النسخ على وجه واحد، ويترك فراغ ونصف بين كل سطر وآخر بخط **Arabic Traditional** للمتن وبالخط **Monotype Koufi** للعناوين ، وبنط ١٦ أبيض للمتن وبنط ١٢ أبيض للهوامش «بنط أسود للآيات القرآنية والأحاديث الشريفة». ويمكن أن يكون الحد الأعلى للبحث [٧٥] صفحة، والحد الأدنى [١٥] صفحة.

٥- يرسل أصل البحث مع صورتين وملخص في حدود (٢٥٠) كلمة باللغتين العربية والإنجليزية.

٦- يراعى أن تقدم الأشكال مرسومة بالحبر الصيني على ورق (كلك) مقاس ١٣×١٨سم، وترفق أصول الأشكال بالبحث ولا تلصق على أماكنها .

٧- ترسل البحوث الصالحة للنشر والمختارة من قبل هيئة التحرير إلى محكمين اثنين-على الأقل- في مجال التخصص من داخل أو خارج المملكة قبل نشرها في السلسلة.

٨- تقوم هيئة تحرير السلسلة بإبلاغ أصحاب البحوث بتاريخ تسلم بحوثهم. وكذلك إبلاغهم بالقرار النهائي المتعلق بقبول البحث للنشر من عدمه مع إعادة البحوث غير المقبولة إلى أصحابها .

٩- يمنح كل باحث أو الباحث الرئيسي لمجموعة الباحثين المشتركين في البحث خمساً وعشرين نسخة من البحث المنشور .

١٠- تطبق قواعد الإشارة إلى المصادر وفقاً للآتي :

يستخدم نظام (اسم / تاريخ) ويقتضي هذا النظام الإشارة إلى مصدر المعلومة في المتن بين قوسين باسم المؤلف متبوعاً بالتاريخ ورقم الصفحة. وإذا تكرر المؤلف نفسه في مرجعين مختلفين يذكر

اسم المؤلف ثم يتبع بسنة المرجع ثم رقم الصفحة. أما في قائمة المراجع فيستوجب ذلك ترتيبها هجائياً حسب نوعية المصدر كالتالي :

الكتـــــــــــب : يذكر اسم العائلة للمؤلف (المؤلف الأول إذا كان للمرجع أكثر من مؤلف واحد) متبوعاً بالأسماء الأولى، ثم سنة النشر بين قوسين، ثم عنوان الكتاب، فرقم الطبعة-إن وجد- ثم الناشر، وأخيراً مدينة النشر .

الدوريـــــــــات : يذكر اسم عائلة المؤلف متبوعاً بالأسماء الأولى، ثم سنة النشر بين قوسين، ثم عنوان المقالة، ثم عنوان الدورية، ثم رقم المجلد، ثم رقم العدد، ثم أرقام صفحات المقال، (ص ص ٥-١٥) .

الكتـــب المحـــررة : يذكر اسم عائلة المؤلف متبوعاً بالأسماء الأولى، ثم سنة النشر بين قوسين، ثم عنوان الفصل، ثم يكتب (فيin) تحتها خط، ثم اسم عائلة المحرر متبوعاً بالأسماء الأولى، وكذلك بالنسبة للمحررين المشاركين، ثم (محرر .ed أو محررين .eds) ثم عنوان الكتاب، ثم رقم المجلد، فرقم الطبعة، وأخيراً الناشر، فمدينة النشر .

الرسائل غير المنشورة : يذكر اسم عائلة المؤلف متبوعاً بالأسماء الأولى، ثم سنة الحصول على الدرجة بين قوسين، ثم عنوان الرسالة، ثم يحدد نوع الرسالة (ماجستير/دكتوراه)، ثم اسم الجامعة والمدينة التي تقع فيها .

أما الهوامش فلا تستخدم إلا عند الضرورة القصوى وتخصص للملاحظات والتطبيقات ذات القيمة في توضيح النص.

تعريف بالباحث : د . رمزي بن أحمد الزهراني، أستاذ مشارك، قسم الجغرافيا، جامعة أم القرى-مكة المكرمة.

ملخص

يعد توزيع الخدمات الصحية أحد الموضوعات الرئيسة التي شغل بها الجغرافيون الطبيون في كثير من دول العالم، حيث اهتموا بدراسة مدى تواؤم توزيع هذه الخدمات مع كل من توزيع السكان وطبيعة احتياجاتهم المختلفة.

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على توزيع الخدمات الصحية الحكومية والخاصة على محافظات منطقة مكة المكرمة، معتمدة على البيانات المتوفرة لدى أمارة المنطقة ومديريات الشئون الصحية بها. وقد تم حساب كل من نسب التركز الموقعي للخدمات ومعدلات نصيب السكان من هذه الخدمات في مختلف المحافظات.

أبرزت النتائج الرئيسة لهذه الدراسة نزعة واضحة لتركز الخدمات الصحية، بشكل عام وفي مجملها في المحافظات الكبرى التي تقع بها المدن الثلاث الرئيسة بالمنطقة (جدة، مكة، الطائف)، بينما كان نصيب المحافظات الأخرى الأصغر أقل، مما يرجح سيادة "قانون الرعاية العكسية" Inverse Care Law على نمط توزيع الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة بشكل نسبي، وتتغير طبيعة التوزيع عند النظر إلى كل من الخدمات الحكومية والخاصة على حدة، حيث تتركز الخدمات الخاصة بشكل حاد في محافظة جدة، بينما يزداد انتشار الخدمات الحكومية في المحافظات الأخرى عند المقارنة مع ما سبق.

توصي هذه الدراسة بضرورة النظر في إعادة توزيع الخدمات الصحية في المنطقة، بما يتماشى مع توزيع السكان واحتياجاتهم، مع إجراء مزيد من الدراسات الأخرى على أثر بعض العناصر الجغرافية الأخرى، التي لم تناقشها هذه الدراسة، كطرق المواصلات، والمسافة لأقرب خدمة صحية للتجمعات السكنية على التوزيع الأمثل للخدمات الصحية المختلفة.

مقدمة

يمثل توفير الخدمات بأشكالها المختلفة لسكان المملكة العربية السعودية أولوية كبرى لدى راسمي السياسات وصانعي القرارات في الدولة. ويعد توفير الرعاية الصحية إحدى هذه الخدمات التي تحظى بعناية كبرى، انطلاقاً من أهمية تحسين الحالة الصحية للفرد والجماعة في سبيل زيادة المساهمة في مسيرة التنمية والإنتاج بفعالية أكبر. وقد شغل موضوع توفير الخدمات الصحية وتحسين مستواها حيزاً كبيراً في خطط التنمية في المملكة، فقد أشارت خطة التنمية الأولى إلى أهمية التوسع في الخدمات الصحية وتحسين مستواها، سواءً القائم منها أو المقترح. كما أكدت على أهمية إجراء دراسات شاملة لسياسات وبرامج توفير الخدمات الطبية وجمع الإحصاءات اللازمة لإجراء هذه الدراسات (الهيئة المركزية للتخطيط، ١٣٩٠هـ، ص ص ١٦١-١٦٢).

وقد توالت خطط التنمية الخمسية التالية لتعبر عن الهدف العام ذاته، ومناقشة ما تم تحقيقه وما لم يتحقق، حيث أكدت الخطة الثانية حاجة العديد من المستشفيات والمرافق الصحية إلى التحسين، كما أوضحت أن هناك أسباباً حالت دون تحقيق بعض الأهداف الواردة في الخطة الأولى، ومنها نقص الأيدي العاملة المدربة في جميع المستويات، والصعوبات التنظيمية والإدارية، ونقص المعلومات والدراسات عن الخصائص الصحية لسكان المملكة والنظام الصحي الأمثل لها، من حيث الحجم والشكل، لتحسين مستوى تقديم الخدمات (وزارة التخطيط، ١٣٩٥ هـ، ص ٥٤٥). وأولت هذه الخطة البحوث والدراسات التي تهدف إلى تقويم الجوانب الفنية والإدارية المكونة للنظام الصحي عناية خاصة، وذلك من خلال عدة

وسائل مقترحة، ومنها مسح المرافق الصحية والعاملين بها، وتحسين التكامل بين الخدمات الصحية (المرجع السابق، ص ٥٥٥).

كما عبرت خطة التنمية الخمسية الثالثة عن تطلعات ورؤى مماثلة، حيث أوردت في قائمة أهداف الخدمات الصحية المشار إليها في الخطة، تزويد الأهالي في كل منطقة بنظام شامل متكامل لتقديم خدمات الرعاية الصحية المجانية بواسطة وزارة الصحة، وتحسين مستوى الرعاية الطبية وزيادة عدد القوى البشرية الطبية، وقد جعلت ضمن سياستها لتحقيق أهدافها، الإحاطة الشاملة بالخدمات الطبية كمرحلة تمهيدية لإحداث توسع فيها، بالإضافة إلى مراجعة هيكلها التنظيمي في سبيل إنشاء هيكل هرمي متكامل للمرافق الصحية على المستويات الوطنية والإقليمية والمحلية (وزارة التخطيط، ١٤٠٠هـ، ص ص ٢٨٦-٢٨٧).

وقد سارت خطط التنمية الأخرى بشكل عام في نفس السياق، مع ملاحظة تأكيد الخطتين الرابعة والخامسة على أهمية التقويم المستمر للخدمات الصحية الحكومية والخاصة وتطوير نظام موسع للمعلومات الصحية، مما يساعد على تحسين أدائها، بالإضافة إلى جمع معلومات مكثفة وموسعة للتوزيع الجغرافي الإقليمي للخدمات الحكومية، لتحقيق التنمية المتوازنة، ومن ثم توفير الخدمات الحكومية في المواقع الملائمة التي تفي باحتياجات السكان، وتضمن حسن توزيعها الجغرافي في مختلف المناطق، لتحقيق مزيد من الكفاءة حسب معايير محددة (وزارة التخطيط، ١٤٠٥هـ، ص ص ٣٥٠- ٣٥٢؛ ١٤١٠، ص ٩٢) .

وقد حرصت الدولة على استمرار نمو القطاع الصحي لتلبية احتياجات السكان في مختلق مناطق المملكة المترامية الأطراف، وفي ظل النمو السكاني السريع، المقترن بتعاظم وتيرة الهجرة من الريف إلى المدينة، وتغير أنماط الأمراض (وزارة

التخطيط، ١٤٢٠هـ، ص ص ٣٢٣-٣٢٤)، بالإضافة إلى تغير مسببات الوفيات أيضاً وفقاً لاختلاف المستويات الاجتماعية والاقتصادية، حسب نظرية التطور الوبائي (Epidemiological Transition). كما أعدت أدلة عمل لتوزيع الخدمات الصحية، باختلاف مستوياتها، من مستشفيات ومستوصفات وغيرها، وفق معايير تخطيطية محددة تخدم المدن والقرى (إبراهيم، ١٣٩٩هـ).

وقد أسهم الجغرافيون في المملكة في الدراسات اللازمة للتخطيط للتنمية، والتعرف على مؤشراتها المتمثلة في توزيع الظاهرات ذات العلاقة بمسيرة التنمية، ومدى اختلافها من مكان إلى آخر، ومدى التفاوت في حصول المناطق على الخدمات المختلفة ونحوه (الزهراني، ١٤٢١هـ، الصالح، ١٤٠٣هـ، ١٤٠٩هـ، القباني ١٤٢٠هـ، مشخص، ١٤٢٢هـ) وغيرهم.

ويظل جل اهتمام صانعي القرارات في أمارات المناطق ومجالسها، والوزارات، وكافة الإدارات ذات العلاقة، ينصب على التعرف على توزيع الخدمات، ومدى التفاوت والتباين بين الأقاليم والمناطق والمحافظات والمراكز وغيرها من المستويات المكانية الأعلى والأدنى، وتحقيق آمال وتطلعات السكان في ضوء السياسة التي تنتهجها الدولة.

ومن هذا المنطلق، تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية على محافظات منطقة مكة المكرمة، التي تعد أكبر المناطق الإدارية بالمملكة العربية السعودية، حيث يعيش بها ما يزيد على ربع سكان المملكة العربية السعودية، موزعين على مدن وقرى وهجر محافظاتها المختلفة.

تساؤلات الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

١- هـــل يختلف توزيع الخدمات الصحية المختلفة بين محافظات منطقة مكة المكرمة؟

٢- ما مدى التباين في معدلات نصيب الفرد من الخدمات الصحية على مستوى المحافظات؟

٣- هـــل هناك اختلاف بين توزيع الخدمات الصحية المختلفة في المناطق الحضرية والريفية؟

٤- هل يؤثر توزيع السكان على توزيع الخدمات الصحية في منطقة مكة المكرمة؟

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يمـــثل تقييم توزيع الخدمات الصحية إحدى المجالات الرئيسة في الجغرافيا الطبـــية، وقـــد اتبعـــت أساليب عدة للتقييم، ومنها تقييم الوضع الحالي للتوزيع، والتخطيط لتوزيع أكثر عدالة ومساواة، فقد اهتم البعض بإنتاج خرائط لإبراز عدم الـــتوازن في توزيع الخدمات الصحية (Imbalance). أما آخرون فقد ركزوا على شرح أسباب عدم التوازن في توزيع الخدمات بين المناطق. وقد استخدمت نظرية المكـــان المركـــزي (Central Place Theory) ونمـــاذج تحديـــد مواقع الخدمات (Models of the location of facilities) لمحاولـــة تحســـين إمكانية الوصول إلى الخدمات، وتحقيق فعالية اقتصادية للتوزيع (Meade, et al., 1988, p. 282)

وتجدر الإشارة أن السؤال عن أسباب حصول بعض المناطق على خدمات وموارد صحية أقل من غيرها، يشكل حيزاً ليس بالبسيط في أدبيات الجغرافيا الطبية، إلا أن تحديد المقصود بالتوزيع العادل للخدمات الصحية ظل أمراً غير محدد بوضوح ودقة، ومن ثم صعب تحديد المناطق التي لم تخدم كما يجب. ويحتدم الجدل كثيراً بين المتخصصين من علوم عدة، وتختلف مرئياتهم باختلاف اتجاهاتهم ، فمنهم من يرى تغليب مبدأ "سياسة السوق والمنافسة"، كالاقتصاديين. وهناك من ينادي بضرورة تركز الخدمات الصحية في أماكن تركز السكان، لخدمة أكبر عدد ممكن، مما يؤدي أحياناً إلى توفرها لسكان أصحاء وحرمان من هم أكثر حاجة إليها (Ibid, p.283).

ومن الموضوعات التي تحظى بالمناقشة أيضاً، المقارنة بين مقدار الحاجة للخدمات والطلب عليها. ويعد تقييم الطلب أمراً يسيراً عند مقارنته بتقييم الحاجة، حيث يتطلب تقييم الحاجة التعرف على الكثير من المؤشرات السكانية ذات العلاقة بصحة السكان، كالمؤشرات الديموغرافية والوبائية والاجتماعية وغيرها من خلال بعض المسوحات الاجتماعية وإجراء المقابلات مع أعيان المجتمع قيد الدراسة (Gesler and .Savitz, 1994, pp.135-140, Joseph and Phillips, 1984, pp.139-140, Meade, et al., p.284).

وقد أظهرت كثير من الدراسات سيادة "قانون الرعاية العكسية Inverse Care Law " الذي نجده واضحاً على مستويات جغرافية متعددة. وتقوم فكرة هذا القانون على وجود علاقة طردية عكسية بين مدى توفر الخدمات الصحية، ومقدار الحاجة إليها (Hart 1971, p. 412) ، بمعنى أن الخدمات الصحية الجيدة تتوفر بشكل أكبر في أماكن تقل حاجة السكان الفعلية لها، وتقل في مناطق أخرى تزداد حاجة السكان إليها.

وتجـــدر الإشارة إلى أن كثيراً من أدبيات الدراسات الجغرافية الطبية تنتقد تـــباهي بعض الجهات المعنية بتوفير الخدمات الصحية كوزارات الصحة وغيرها، وخاصة في الدول النامية، بأعداد المستوصفات ومراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية وغيرها، وتتجاهل تقييم مستوى الخدمة التي تقدمها، ومدى فعاليتها في إحداث التغيرات المطلوبة في المجتمع الذي تخدمه، حيث يغلب على الكثير منها تـــدني مستوى تأهيل وأداء العاملين بها، وقلة الموارد المتاحة لها من أدوية وغيرها. ويـــنادي الكـــثيرون بـــإحداث تغييرات جوهرية في آلية تقديم الخدمة، لتحقيق الاســـتفادة المثـــلى، وذلك عن طريق تعزيز برامج التعليم المستمر للعاملين، ورفع مســـتوى البيـــئة الداخلية لهذه المؤسسات، والمرونة في تقديم الخدمة (Meade, p.285).

وقد بُحث توزيع الخدمات الصحية على مستويات مكانية مختلفة، تتراوح مـــن المستوى الدولي إلى المستوى الوطني، ومن ثم الإقليمي، وعلى مستوى أحياء المدينة الواحدة، فهناك الدراسات ذات المقياس الأكبر (Macro Studies)، وهناك الدراســـات ذات المقياس الأصغر (Micro Studies). وتُجمع جل الدراسات أن نصيب المناطق الحضرية من الخدمات الصحية يفوق نصيب المناطق الريفية في كل دول العـــالم كمـــاً وكيفاً. ولكن هذه الظاهرة آخذة في التلاشي، خاصة في دول العالم الصناعي، نتيجة لزيادة العرض من الأطباء (Ibid).

وتخـــتلف معـــايير تقييم التباين في توزيع الخدمات الصحية، بحسب البيئة والمجـــتمع، فعـــلى مستوى المدن تبرز ظاهرة نقص الخدمات الصحية وغيرها في الأحـــياء الـــتي يقطـــن بها السكان أصحاب المستويات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضـــة. وفي حـــالات أخرى، كالولايات المتحدة الأمريكية، تلعب الأصول

العرقية لسكان الأحياء (Ethnicity) دوراً في مدى توفر الخدمات، حيث نجد معدلاتها أقل في الأحياء التي يتركز بها السكان السود، مقارنة بأحياء السكان البيض (Ibid, p,287) .

وتُستخدم بعض النظريات لتقييم توزيع الخدمات الصحية، لعل من أشهرها نظرية المكان المركزي، حيث يُدرس توزيع الخدمات الصحية ضمن إطار هرمي، ويتراوح مستوى الخدمات بين عيادات الأطباء الصغيرة إلى المراكز الصحية الكبرى. وتضع ضمن هذا الإطار بعض الدول حداً أدنى لعدد السكان اللازم لتوفير خدمة صحية ما في مكان ما (إبراهيم، ١٣٩٩هـ، Meade P. 287) فمثلاً كانت تقوم سياسة "الاتحاد السوفيتي" على الاعتماد على عدد السكان في توزيع الخدمات الصحية، حيث كانت تصنف الخدمات الصحية إلى سبعة مستويات، تتكون الثلاث الدنيا منها من الخدمات الصحية الأساسية التي تقدمها العيادات (Clinics) التي تخدم المناطق الزراعية الريفية، والسكان المتناثرين، الذين يقل عددهم في وحدة مكانية ما عن خمسمائة نسمة، أو القرى التي يتراوح عدد سكانها بين (٥٠٠ - ٢٥٠٠ نسمة)، وكذلك الأحياء في المدن التي يتراوح عدد سكانها بين (٣٠٠٠ — ٦٥٠٠٠ نسمة) (Ibid, p. 269). وتتدرج الخدمات الصحية كذلك في السويد بحسب عدد السكان، فتتركز المستشفيات الكبرى، ذات الخدمات الصحية المتخصصة، على المستوى الإقليمي الأعلى. أما المستشفيات الصغرى، فتقدم خدماتها على مستوى نطاقات مكانية أدنى (Ibid, p.271). ووضعت في المملكة العربية السعودية معايير تخطيطية للخدمات الصحية، يتم من خلالها تقديم تصور لمواقع الخدمات الصحية في المدن والمناطق الريفية، وتحديد

نطـــاق هـــذه الخدمات، وأحجامها ومستوياتها والمساحات اللازمة لها (إبراهيم، ١٣٩٩هـــ).

وقـــد انـــتقد بعـــض الجغرافيين الاعتماد على نظرية المكان المركزي في التخطيط لتوزيع الخدمات الصحية، ومنهم أوكافور (Okafor, 1982) في دراسته عـــن توزيـــع الخدمات الصحية في نيجيريا، حيث يرى أنه لا يمكن فرض معايير الســـوق عـــلى الخدمات الاجتماعية، ويقترح أن يؤخذ بعين الاعتبار معايير أقل صرامة، وحداً أقل، لإقامة الخدمات من مستويات مختلفة ضمن مساحة مكانية ما، بـــل ويرى أنه من الممكن النظر إلى هذه النظرية كنموذج يوضح أسباب التوزيع وليس تحديده.

ويرى المهتمون بدراسات كفاءة توزيع الخدمات الصحية أهمية النظر إلى ثلاثـــة قطاعـــات مـــن المجـــتمع ذي العلاقـــة بقرار توزيع هذه الخدمات، وهم "المســـتهلكون" للخدمات الصحية (Health Care Consumers)، ومشغلي هذه الخدمـــات (Facility Operators) بكافـــة فئاتهم، والمجتمع الذي تخدمه (The Community; Residents and Business)، فكـــل قطـــاع له جانبه الذي يركز علـــيه؛ فالمستهلكون يرغبون في توفر خدمات جيدة قريبة من مساكنهم، تكاليفها منخفضـــة. أما مشغلو الخدمات فيبحثون عن مواقع تتوفر بها الخدمات المساندة للتشـــغيل، وحرية التشغيل بالإضافة إلى ضمان النجاح المالي للمشروع. وتسعى المجتمعات لرؤية الآثار الاقتصادية، والبيئية، والاجتماعية والسياسية لهذه الخدمات على المنطقة (Meade, p. 292)، لذا فمن الصعب تحقيق كافة الرغبات لهذه الفئات جميعًا.

ومـــن الطرق المستخدمة في توزيع الخدمات الصحية أيضاً، نمذجة توزيع المواقـــع (Location/Allocation Modeling) عن طريق تحديـــــــد مجموعة من الخدمـــات، وتوزيـــع بعض فئات السكان عليها، لتحقيق أقصى حد من الكفاءة والفعالية للتوزيع. وقد كان للسويد قصب السبق في خروج هذه النماذج، حيث أوكلـــت الحكومـــة السويدية مهمة تحديد مواقع الخدمات الصحية إلى الجغرافي السويدي قودلاند (Godlund) في أوائل الستينيات من القرن المنصرم (Godlund, 1961). كما لا يغيب عن البال العمل الرائـــــد لكل من موريل وإريكســـــون (Morrill & Earickson, 1969) في دراســـتهما عـــن الطلب على المستشفيات الإقليمية بشيكاغو، وسبل توزيع السكان عليها بشكل يقلص المسافة التي يقطعها المريض إلى المستشفى، بينما أدخل (بايل)(Pyle, 1971) في نموذجه متغيرات الحالة المرضية للمراجع للخدمات الصحية، وركّز على طبيعة احتياجات المرضى للرعاية في مديـــنة شـــيكاغو، وطور نموذجاً لتوزيع المراجعين على المستشفيات بناءً على ذلك.

وعلى الرغم من المناداة المستمرة بضرورة تبني النماذج في توزيع الخدمات الصحية، لتحقيق الفعالية الاقتصادية لهذه الخدمات، وكذلك التغلب على مشاكل عـــدم المساواة والعدالة في توزيعها، إلا أن توزيع الخدمات الصحية في معظم دول العالم النامي، لا يقوم على أي قرارات علمية مبنية على نماذج مدروسة ونحوه، بل تـــأخذ بعين الاعتبار في الغالب مدى سهولة وصول أكبر عدد من السكان إليها، والأبعـــاد الاقتصـــادية لهـــذا، وفي حالات أخرى، ليست مجرد أكثر من استجابة لمطالـــب الســـكان، بعيداً عن التوزيع الإقليمي المتوازن للخدمات الصحية، الذي يرتـــبط بتقســـيم المـــناطق الرئيسة إلى مناطق فرعية، يتم توفير الخدمات الملائمة

لاحتياجاتها بدرجة من المساواة، مقارنة مع المناطق الأخرى، مع الأخذ بعين الاعتبار تباين احتياجات المناطق المختلفة (Meade, p.295).

وقبل اختتام هذا الجزء من الدراسة، يجب التأكيد على أن توزيع الخدمات بشكل عام والصحية على وجه الخصوص، قد شغل حيزاً كبيراً في الأدبيات الجغرافية، حيث نالت جدلية توزيع الخدمات الصحية بين الدول والأقاليم وأحياء المدينة الواحدة نصيباً وافراً من هذه الدراسات، ركزت في مجملها على مدى كفاءة التوزيع، ومدى تمشيها مع احتياجات المجتمع المحلي الذي يفترض أن تخدمه، فقد احتوى الكتاب المحرر حديثاً من قبل ركيتس وزملائه (Ricketts, et al., 1994) ، على سبيل المثال لا الحصر، على عدد من البحوث التي تتناول هذا الموضوع بالمناقشة والتحليل، فاستعرض نظام تقديم الخدمات الصحية على المستويين الإقليمي والريفي، وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية وطرق تحديد نطاقها وإمكانية الاستفادة من التقنيات الجغرافية الحديثة كنظم المعلومات الجغرافية في هذا المجال.

ويورد الجار الله (١٤١٧هـ) قائمة طويلة ببعض الباحثين الذين اهتموا بهذا الموضوع، ومنهم أردل (Ardel 1970) إريكسون (Earickson, 1970) دو فايز (De Vise, 1973) هارت (Hart, 1971) شانون وديفر (Shannan and Dever, 1971) توماس وفيليبس (Thomas and Philips, 1978) تشرش وميداو (Church and Meadowa, 1979) والغامدي (١٩٩٠م) والزهراني (Elzahrany, 1989) والربدي (Ribdi, 1990) والقحطاني وريماوي (١٤١٢هـ) والقحطاني (١٤١٥هـ). كما يعرض أيضاً السبعاوي (١٩٩٧م) لبعض الدراسات الأخرى التي ركزت على التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية.

وعند مناقشة بعض الدراسات ذات السمة المشتركة الواضحة مع الدراسة الحالية بالتحديد، نجد دراسة (طعماس، ١٩٨٧م) التي قارنت بين التوزيع المكاني للخدمات الصحية بين المناطق التخطيطية الخمس الرئيسة في المملكة في عامي ١٣٩٠هـ و١٤٠٠هـ، ومقدار التغير الإيجابي الذي طرأ على عناصر هذه الخدمات، من الأطباء باختصاصاتهم المختلفة، والموظفين الصحيين، وعدد المستشفيات وأسرتها، والمؤسسات الصحية الأخرى، وأوضح البحث مدى تلاشي التباين بين المناطق خلال فترتي الدراسة. وفي دراسة أخرى مشابهة نجد دراسة الجار الله (١٤١٧هـ) التي تقوم على مقارنة كمية لعناصر الخدمات الصحية على مستوى مناطق المملكة خلال عامي ١٤٠٧هـ و١٤١٣هـ، وقد توصلت إلى نتائج مشابهة للدراسة السابقة في جوهرها، موضحة التطور الذي طرأ على توزيع الخدمات الصحية خلال فترة الدراسة، وآثاره الإيجابية على نصيب السكان من الخدمات الصحية.

أما دراسة البشرى (El-Bushra, 1989) فتناقش توزيع الخدمات الصحية بين المناطق التخطيطية في المملكة (الغربية، والوسطى، والشرقية، والشمالية، والجنوبية الغربية). وتخلص هذه الدراسة إلى استئثار المناطق الرئيسة الثلاث الشرقية، والوسطى، والغربية بالنصيب الأوفر من الخدمات الصحية، مقارنة بالمنطقتين الشمالية والجنوبية الغربية. ويرى بيرش وآخرون (١٤١٩هـ) بأن هناك تبايناً في توفير خدمات الرعاية الصحية، وسهولة الوصول إليها على المستوى الإقليمي في المملكة، حيث يرون تراجع مستوى ونوع الخدمات الصحية المتاحة للمناطق الريفية، مقارنة بالمناطق الحضرية، وتتفق مع دراسة البشرى السابقة في

تـــراجع الخدمـــات الصحية في المنطقتين الشمالية والجنوبية، مقارنة ببقية مناطق المملكة.

أمـــا الربدي (١٤١٩هـــ) فقد ناقش توزيع الخدمات الصحية في منطقة الـــرياض، كجزء من دراسة عن الخدمات في منطقة الرياض بشكل عام. ومما يميز هـــذه الدراســـة عـــن غيرها شموليتها لجميع الخدمات الصحية المقدمة من مختلف القطاعـــات الحكومية المختلفة والقطاع الخاص. وقد حدَّ من تقديم توزيع متكامل لهـــذه الخدمـــات عـــلى محافظات المنطقة، عدم توفر بيانات متماثلة لتوزيع كافة الخدمات الصحية على محافظات المنطقة المختلفة.

وباستثناء هذه الدراسة الأخيرة، فالملاحظ نقص الدراسات المهتمة بتوزيع الخدمـــات الصحية على مستوى المحافظات في المناطق المختلفة في المملكة، لذا فقد سعت الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع توزيع الخدمات الصحية على مستوى محافظات منطقة مكة المكرمة.

فرضيات الدراسة:

تنطلق هذه الدراسة من الفرضيات التالية:

يتباين توزيع الخدمات الصحية المختلفة على محافظات منطقة مكة المكرمة، وذلك على النحو التالي:

١- لا يتناســـب توزيع الخدمات الصحية بشكل عام مع توزيع السكان في المحافظات.

٢- تتركز الخدمات الصحية الحكومية والخاصة في المحافظات الكبرى بشكل عام، كجدة ومكة المكرمة، والطائف.

٣- تقل الخدمات الصحية الخاصة بشكل ملحوظ في المحافظات الصغرى، التي يغلب عليها النمط الريفي، مقارنة بالمحافظات الكبرى التي يغلب عليها النمط الحضري.

٤- ترتفع معدلات نصيب الفرد من الخدمات الصحية في المناطق الحضرية عند مقارنتها بالريفية.

بيانات الدراسة

١- طبيعة ومصادر البيانات:

تعتمد هذه الدراسة على بيانات عن الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة، المتمثلة في مستشفيات ومستوصفات كل من القطاعين الحكومي والخاص، جمعت بواسطة الباحث من وزارة الصحة ومديريات الشئون الصحية بكل من محافظة جدة والعاصمة المقدسة ومحافظة الطائف ومحافظة القنفذة. وتمثل هذه البيانات الواقع في عام ١٤١٨هـ. بالإضافة إلى بيانات النتائج التفصيلية للتعداد العام للسكان والمساكن في كل من المملكة العربية السعودية ومنطقة مكة المكرمة لعام ١٤١٣هـ (مصلحة الإحصاءات العامة)، وبيانات أخرى غير منشورة عن توزيع السكان والهجر والقرى على محافظات أمارة منطقة مكة المكرمة (أمارة منطقة مكة المكرمة).

٢- تمثيل البيانات وتحليلها:

تولّت هذه الدراسة تفريغ بياناتها الخام وتوزيعها على محافظات المنطقة، حيث اقتصرت البيانات الأساسية في شكلها الأولي المقدم من مصادرها على

مسميات الخدمات، وحجم القوى البشرية العاملة بها، والتجهيزات المتاحة لها، كأسرة المستشفيات ونحوه، بدون أي توزيع لها على محافظات المنطقة.

وقد استخدم في دراسة وتمثيل الظواهر قيد البحث الأساليب الإحصائية الوصفية البسيطة، كالنسب المئوية والمعدلات، ويعد أسلوب عرض النتائج في جداول توضح توزيع الخدمات ومعدلات السكان لهذه الخدمات شائعاً في دراسات الجغرافيا الطبية المماثلة (Phillips, 1990, p.97). وقد اعتمدت الدراسة الحالية على برنامج نظم المعلومات الجغرافية، آرك فيو ٣،٢ (ArcView 3.2) وبرنامج آدوبي فوتو شوب ٦ (Adobe photoshop 6) في رسم خرائط هذه الدراسة، حيث تم تمثيل الظواهر المختلفة باستخدام أوامر الرسوم البيانية(Charts) المتاحة في برنامج آرك فيو، وتم تصدير الخرائط في أشكالها النهائية(Layouts) إلى برنامج آدوبي فوتو شوب، للكتابة عليها باللغة العربية.

ومن الجدير بالذكر أن أشكال الدراسة عانت من بعض السلبيات في الأشكال البيانية التي تنتج بواسطة برنامج آرك فيو، ومنها عدم إمكانية إظهار مفتاح للخرائط المستخدمة فيها الدوائر النسبية، ومن ثم تم اللجوء إلى حساب وتصميم المفتاح يدوياً، وإدخاله عن طريق الماسح الضوئي على الأشكال.

كما استخدمت الدراسة معامل نسبة التركز الموقعي (Location Quotient)للتعرف على توزيع الخدمات الصحية مقارنة بتوزيع السكان على محافظات المنطقة، باستخدام المعادلة التالية:

نسبة التركز الموقعي =

(حجم الخدمة الصحية في المحافظة /عدد سكان المحافظة) / (حجم الخدمة الصحية في المنطقة / عدد سكان المنطقة)

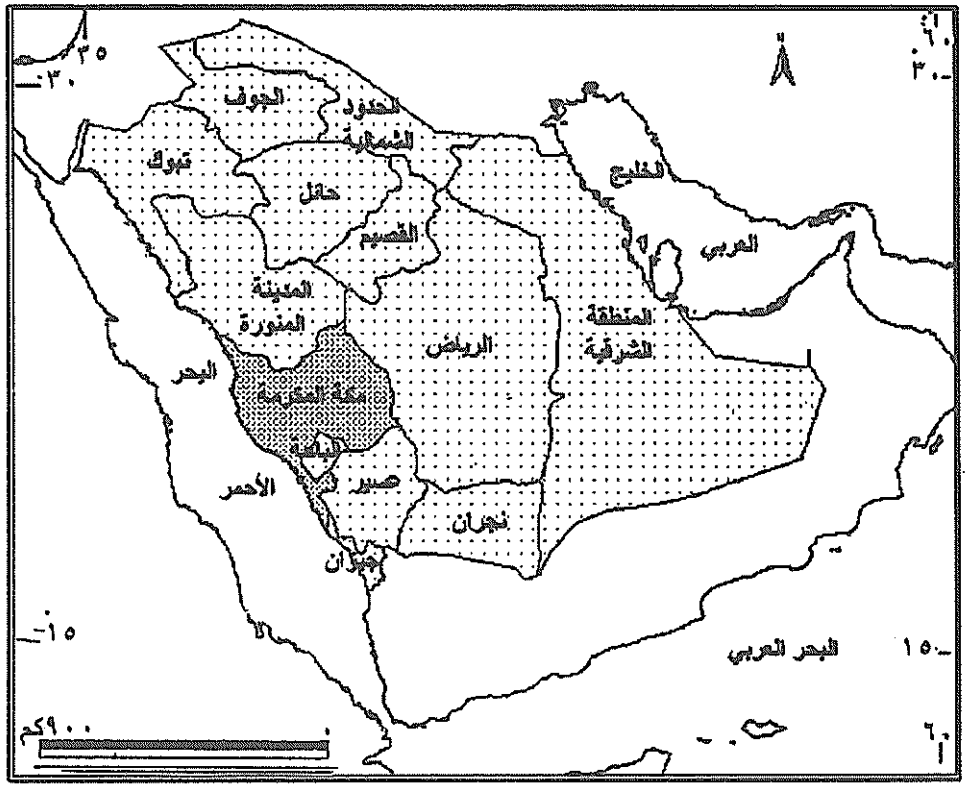
ويقصد بحجم الخدمة الصحية، كل من إجمالي عدد الأطباء، وعدد الأطباء الحكوميين وعدد الأطباء في المستشفيات والمستوصفات الخاصة، وكذلك الحال بالنسبة للممرضين، وأسر المستشفيات.

ويستخدم هذا المؤشر للتعرف على نسبة تركز الخدمات الصحية في محافظات منطقة مكة المكرمة، وتدل قيم نسب التركز الموقعي التي تزيد عن واحد صحيح على تركز للخدمات بها، مقارنة بمثيلاتها وحصولها على أكثر من حصتها المتوقعة، مقارنة بعدد سكانها، وكلما زاد هذا الرقم كلما زادت شدة التركز وتفاقم الوضع. أما إذا كانت هذه القيم أقل من واحد صحيح، فإنها تدل على قلة تركز الخدمات الصحية، وكلما صغر هذا الرقم كلما قل التركز. أما إذا كانت قيمة نسبة معامل نسبة التركز الموقعي تساوي واحداً صحيحاً، فهذا يعني حصولها على ما تستحق من خدمات (Joseph and Phillips, 1984, p.97) .

منطقة الدراسة

تعتبر مكة المكرمة أكبر المناطق الإدارية بالمملكة من حيث عدد السكان، تنقسم إدارياً إلى اثنتي عشرة محافظة، تتوزع بين سهول تهامة ومرتفعات الحجاز وحوافها الشرقية الممتدة شرقاً نحو صحراء نجد (شكل ١ و شكل ٢). يقدر إجمالي سكانها في عام ١٤١٨هـ بـ٥٥٥٧٤٦٨ نسمة، يتوزعون على محافظاتها المختلفة، كما هو موضح في فقرة تالية من البحث. وقد تم تقدير عدد السكان لعام ١٤١٨ هـ، بناءً على بيانات التعداد لعام ١٤١٣هـ، مع افتراض نسبة نمو سكاني سنوي تبلغ (٤٪)، وثبات معدلات النمو في المحافظات المختلفة خلال السنوات الخمس التالية للتعداد في عام ١٤١٣هـ.

شكل (١) موقع منطقة مكة المكرمة



المصدر: بتصرف عن: وزارة التعليم العالي (١٤١٩هـ)، أطلس المملكة العربية السعودية.

يوضح التحليل الأولي لبيانات التعداد السكاني الأخير ١٤١٣هـ زيادة نسبة الذكور بين سكان المنطقة، حيث تصل هذه النسبة إلى ٥٦٪ من إجمالي عدد السكان، ويعزى هذا إلى ارتفاع نسبة الذكور بين السكان غير السعوديين، حيث تصل إلى ٦٥٪ من إجمالي عدد السكان غير السعوديين. وتتساوى نسبة الذكور والإناث بين السكان السعوديين . وتجدر الإشارة إلى أن حوالي ٧٧٪ من سكان المنطقة يعيشون في مدنها الرئيسة الثلاث جدة ومكة المكرمة والطائف، وتتوزع النسبة الباقية (٢٣٪) على المستوطنات البشرية الأخرى.

أما بالنسبة لتوزيع سكان منطقة مكة المكرمة بين محافظاتها المختلفة، فيمكن وصفه على النحو التالي:

أولاً: محافظات فئة (أ):

يندرج ضمن هذه الفئة المناطق المرتبطة مباشرة بأمارة المنطقة، كمدينة مكة المكرمة وبعض المراكز الأخرى القريبة منها، وسيشار لها في بقية الدراسة بمكة المكرمة، بالإضافة إلى محافظات جدة، رابغ، الطائف، الليث والقنفذة. ويعيش بها نحو ٥٢١٧٨٣٣ نسمة، يمثلون ٩٤٪ من سكان منطقة مكة المكرمة، موزعين على مدن وقرى وهجر مراكزها المختلفة، المصنفة إلى فئتي (أ) و (ب). ويبلغ عدد مراكز الفئة (أ) في هذه المحافظات ٣٧ مركزاً، تشتمل على حوالي ١٠٠٩ قرية وهجرة. أما مراكز فئة (ب) فيبلغ عددها ٣٠ مركزاً، تشتمل على ٣٤٦ قرية وهجرة، (أمارة منطقة مكة المكرمة).

وتعد محافظة جدة أكبر محافظات المنطقة، حيث يعيش بها ما يقارب نصف سكان المنطقة (٤٧٪)، تليها مكة المكرمة (٢٢٪)، فمحافظة الطائف

(١٧٪)جدول (١). وباستثناء محافظة الطائف، تقع جميع هذه المحافظات في الجزء التهامي من منطقة مكة المكرمة، وأجزاء من السفوح الغربية لجبال السروات، لتشكل الحزام الغربي المطل على ساحل البحر الأحمر الشرقي في منطقة مكة المكرمة. أما محافظة الطائف فتمتد على سفوح جبال السروات، وتتجه شرقاً نحو الصحاري الواقعة على الحواف الشرقية لهذه الجبال، (أشكال: ٢، ٣، ٤).

ثانياً: محافظات فئة (ب):

يقصد بها كل من محافظات خليص، الكامل، الجموم، تربة، الخرمة ورنية. يعيش بها نحو ٣٣٩٦٣٥ نسمة، يمثلون ٦٪ فقط من سكان المنطقة، موزعين على بلدات وقرى وهجر مراكزها، المصنفة إلى فئتي (أ) و (ب)، يبلغ عدد مراكز الفئة (أ) ٦ مراكز، بها ٢٥٩ قرية وهجرة. أما مراكز الفئة (ب)، فعددها ٢٨مركزاً، بها ٤١٢ قرية وهجرة، (المرجع السابق).

ومن الملاحظ أنه لا تزيد نسبة سكان أكبر محافظات هذه الفئة وهي الجموم عن ٢٪ من إجمالي سكان المنطقة، جدول (١). وتتجاور الثلاث محافظات الأولى في هذه الفئة، وهي (خليص، الكامل، والجموم) في رقعة صغيرة من الجزء الشمالي الغربي من منطقة مكة المكرمة. ويفصلها عن الثلاث محافظات الأخرى الواقعة ضمن هذه الفئة وهي (تربة، الخرمة، ورنية) محافظة الطائف.

وتقع الثلاث محافظات الأخيرة متجاورة في الجزء الشرقي والجنوبي الشرقي من منطقة مكة المكرمة، (أشكال : ٢، ٣، ٤).

وقد تم التعرف على توزيع سكان المنطقة في عام ١٣٩٤هـ، بعد إعادة رسم الحدود المكانية لوحداتها الإدارية، بما يتماشى مع التقسيم الحالي لتسهل

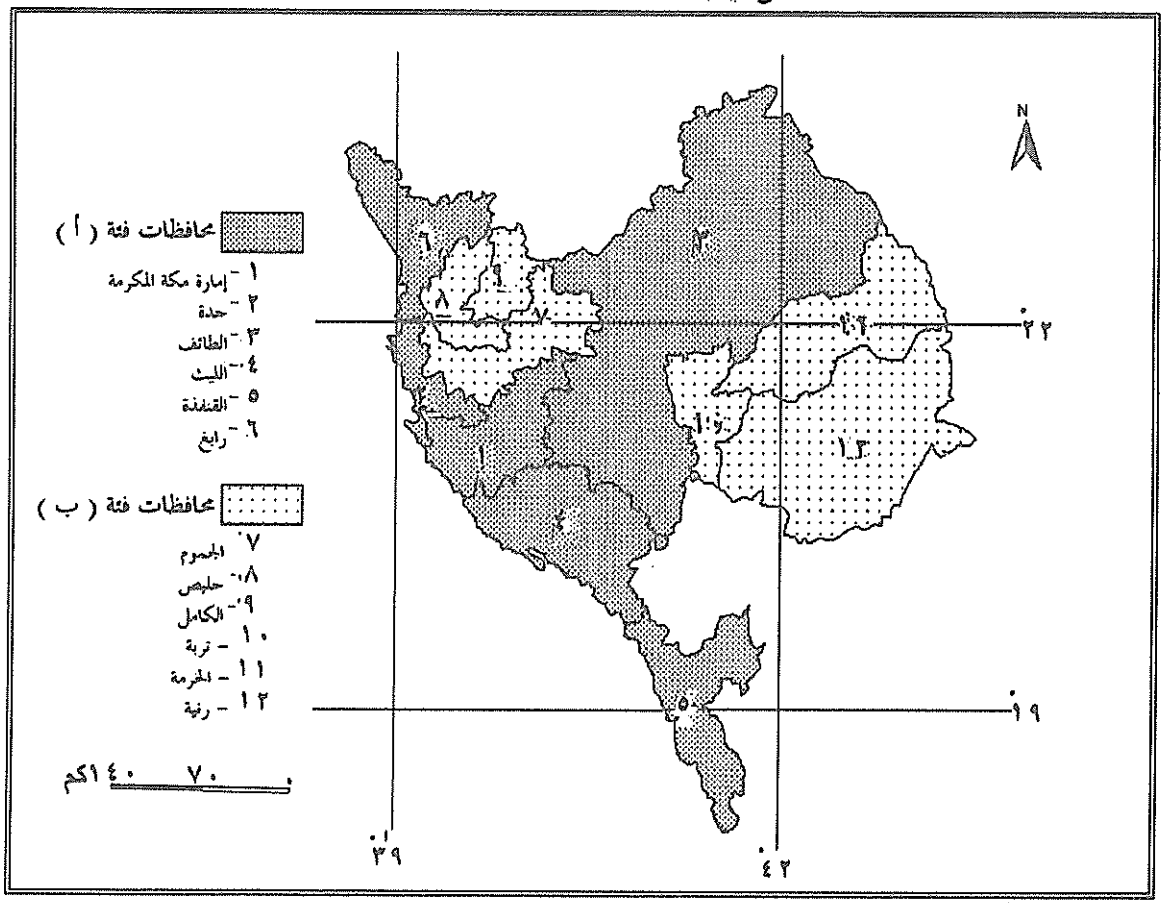
جدول رقم (١)

سكان محافظات منطقة مكة المكرمة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	فئة المحافظة	عدد السكان	نسبة السكان (٪)
١	مكة المكرمة	أ	١٢٣٨٣٨٩	٢٢
٢	جدة	أ	٢٦٠٠٤٧٤	٤٧
٣	رابغ	أ	٧٤٧٣٠	١
٤	خليص	ب	٦٠٠٣٢	١
٥	الكامل	ب	٢٤٤٥٢	*
٦	الجموم	ب	١٣٣٤٥٨	٢
٧	الطائف	أ	٩١٨٥٠٦	١٧
٨	تربة	ب	٣٧٦٧٨	١
٩	الخرمة	ب	٣٥٨١٤	١
١٠	رنية	ب	٤٨٢٠٠	١
١١	الليث	أ	١٢٢٣٣٤	٢
١٢	القنفذة	أ	٢٦٣٣٩٩	٥
	الإجمالي		٥٥٥٧٤٦٨	١٠٠

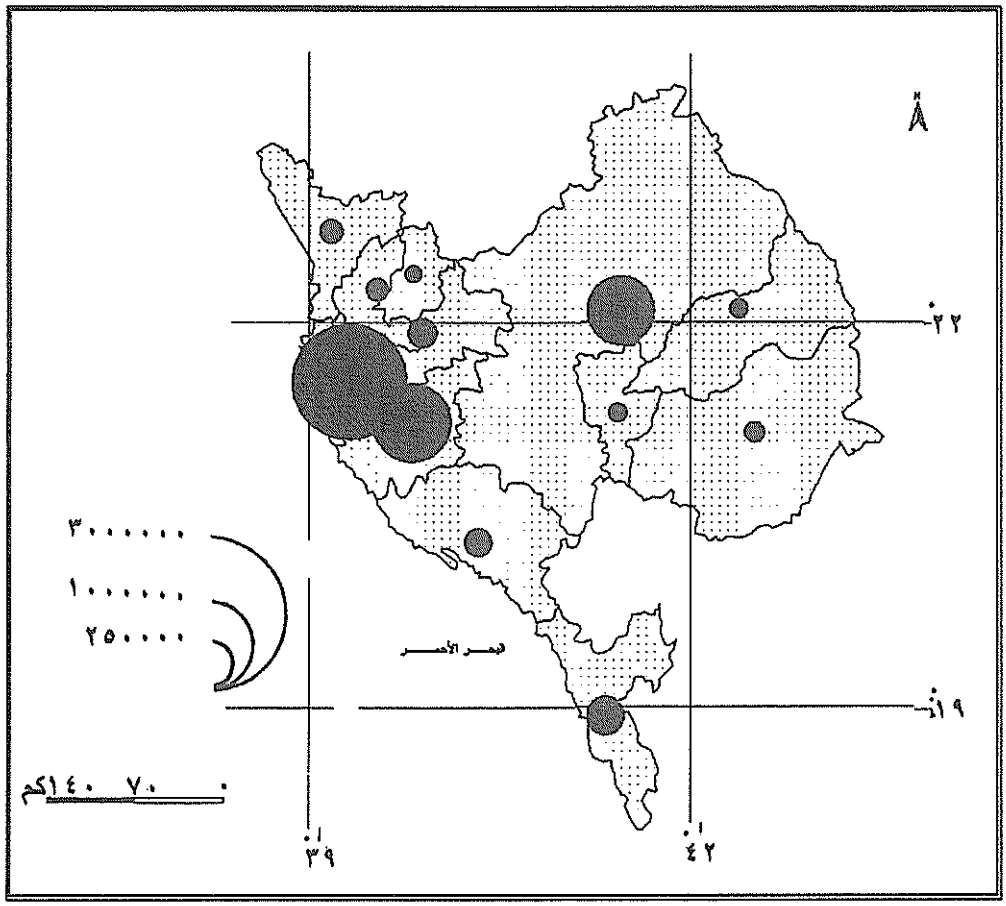
- أقل من ١ ٪.
- المصـــادر: تقديرات عدد السكان بناءً على بيانات تعداد السكان لعام ١٤١٣هـ، وبيانات إمارة منطقة مكة المكرمة.

شكل (٢) محافظات منطقة مكة المكرمة



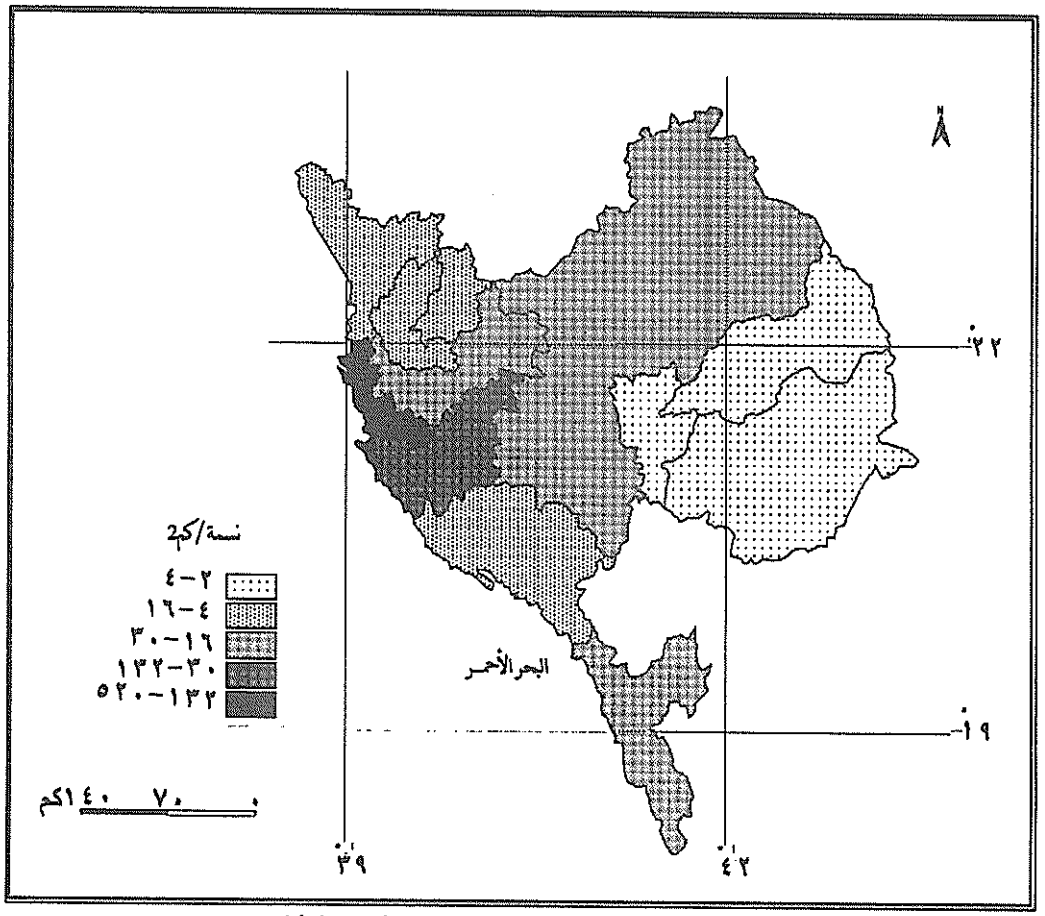
المصدر: أمارة منطقة مكة المكرمة (د. ت) ومصلحة الإحصاءات العامة (١٤١٨)

شكل (٣) توزيع السكان على محافظات منطقة مكة المكرمة - ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

شكل(٤) كثافة السكان



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

مقارنة توزيع وكثافة السكان في المحافظات المختلفة بمنطقة الدراسة خلال عامي ١٣٩٤هـ و ١٤١٨هـ.

وقد تم التعرف على توزيع سكان المنطقة في عام ١٣٩٤هـ، بعد إعادة رسم الحدود المكانية لوحداتها الإدارية، بما يتماشى مع التقسيم الحالي لتسهل مقارنة توزيع وكثافة السكان في المحافظات المختلفة بمنطقة الدراسة خلال عامي ١٣٩٤هـ و ١٤١٨هـ.

وتبرز مقارنة توزيع السكان على محافظات المنطقة خلال هذه الفترة تبايناً واضحاً في معدلات النمو النسبية في هذه المحافظات، فبينما بلغت نسبة التغير النسبي في إجمالي عدد سكان منطقة مكة المكرمة حوالي ٢١٧٪ في عام ١٤١٨هـ عند مقارنته بعدد السكان في عام ١٣٩٤هـ، نجدها تراوحت في محافظات المنطقة بين زيادة تصل إلى ٣٨٥٪ في محافظة جدة، ونقص يبلغ ٦٪ في محافظة تربة، ومن الواضح ارتفاع معدلات التغير النسبي في عدد السكان في كل من محافظتي جدة والجموم وأمارة منطقة مكة المكرمة، (جدول ٢).

الخدمات الصحية

تركز هذه الدراسة على توزيع كل من الخدمات الصحية الحكومية، ممثلةً في المستشفيات والمستوصفات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، والخدمات الصحية الخاصة، ممثلة في المستشفيات والمستوصفات الخاصة. أما بقية الخدمات الأخرى كالخدمات الصحية الحكومية، المقدمة من قطاعات أخرى لمنسوبيها، كالخدمات التابعة لوزارة الدفاع والطيران والحرس الوطني والوحدات الصحية المدرسية التابعة

جدول رقم(٢)

سكان محافظات منطقة مكة المكرمة (١٣٩٤هـ - ١٤١٨هـ)

الرقم	المحافظة	المساحة (كم٢)*	عدد السكان ١٣٩٤هـ*	الكثافة السكانية ١٣٩٤هـ	السكان ١٤١٨هـ**	الكثافة السكانية ١٤١٨هـ	التغير النسبي لعدد السكان (٪)
١	مكة المكرمة	٩٣٧٥	٤٠٨٣٨١	٤٤	١٢٣٨٣٨٩	١٣٢	٢٠٣
٢	جدة	٥٠٠٠	٥٦٨٠٤٦	١١٤	٢٦٠٠٤٧٤	٥٢٠	٣٨٥
٣	رابغ	٧٥٠٠	٣١١٣٨	٤	٧٤٧٣٠	١٠	١٤٠
٤	خليص	٣٧٥٠	٣٢٨٥٧	٩	٦٠٠٣٢	١٦	٨٣
٥	الكامل	٢٥٠٠	١٧١٨٧	٧	٢٤٤٥٢	١٠	٤٢
٦	الجموم	٦٢٥٠	٣٤٥٨١	٦	١٣٣٤٥٨	٢١	٢٨٥
٧	الطائف	٤٣١٢٥	٤٢١١٦٠	١٠	٩١٨٥٠٦	٢١	١١٨
٨	تربة	١١٢٥٠	٤٠٠٩٨	٤	٣٧٦٧٨	٣	٦ -
٩	الخرمة	١٨٧٥٠	٢٢٧٥٩	١	٣٥٨١٤	٢	٥٧
١٠	رنية	١٢٥٠٠	٢٥٥٧٢	٢	٤٨٢٠٠	٤	٨٨
١١	الليث	١٠٠٠٠	٤٦٠٤٧	٥	١٢٢٣٣٤	١٢	١٦٦
١٢	القنفذة	٨٧٥٠	١٠٦٢٨٢	١٢	٢٦٣٣٩٩	٣٠	١٤٨
	الإجمالي	١٣٨٧٥٠	١٧٥٤١٠٨	١٣	٥٥٥٧٤٦٨	٤٠	٢١٧

- * تم حساب المساحات وعدد سكان ١٣٩٤هـ بناءً على دراسة الصالح (١٤٠٣هـ)، ص ص (٣٣-٣٤) .
- ** تم تقدير عدد السكان في عام ١٤١٨هـ، بناءً على بيانات تعداد السكان لعام ١٤١٣هـ، ونسبة نمو سكاني ٤٪.

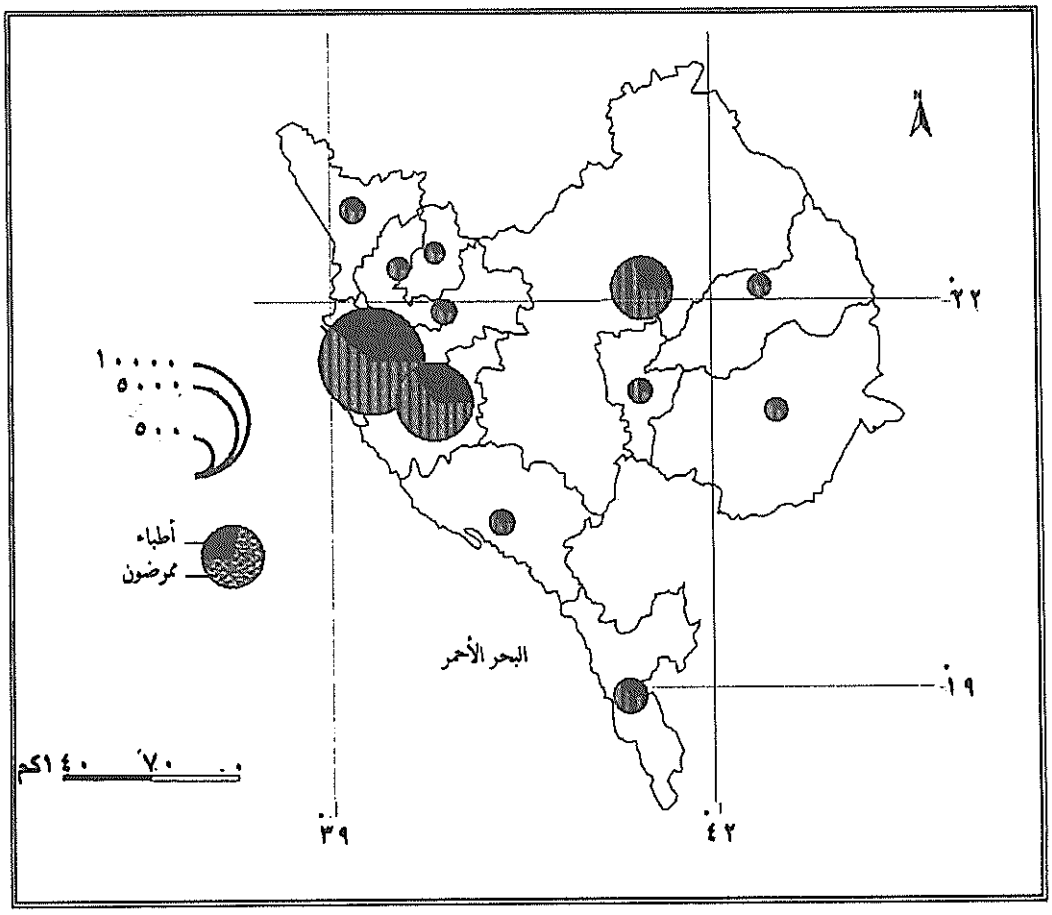
لوزارة المعارف وغيرها، وكذلك عيادات الأطباء الخاصة ونحوه، فإنها خارج نطاق هذه الدراسة.

وعند استعراض إجمالي الخدمات الصحية الحكومية والخاصة في منطقة مكة المكـــرمة، التي تندرج ضمن النطاق الموضوعي لهذه الدراسة، الموضح آنفاً، وفترتها الزمنية المحددة بعام ١٤١٨هـــ، نجدها تشمل ٧٣ مستشفى، تحتوي على ١٠٥٢١ ســـريراً ، بالإضـــافة إلى مـــا مجموعه ٤٧٣ مستوصفاً، يعمل بهذه المستشفيات والمستوصفات ٦٩٤٢ طبيباً وطبيبة، بالإضافة إلى ١٢٤٦٤ ممرضاً وممرضة.

ويُظهـــر التوزيع الجغرافي لإجمالي الخدمات الصحية على محافظات منطقة مكـــة المكرمة استئثار المحافظات التي يغلب عليها النمط العمراني بنصيب وافر من الخدمات الصحية، ويتمثل هذا في محافظة جدة، ومكة المكرمة، ومحافظة الطائف. فـــنجد مثلاً وجود ٧٩٪ من أطباء المستشفيات والمستوصفات متركزاً في محافظة جـــدة ومكـــة المكرمة، بالإضافة إلى ٧٤٪من جهاز التمريض، و ٧٧٪ من أسرة المستشفيات، (شكل٥ وشكل ٦). وتبرز هذه الزيادة عندما نعلم بأن نسبة سكان هاتين المحافظتين لا تمثل سوى ٦٩٪ من إجمالي سكان منطقة مكة المكرمة، وتعزى هذه الظاهرة إلى الزيادة البالغة في زيادة نسبة الأطباء وأسرة المستشفيات بمحافظة جـــدة عـــن نسبة سكان هذه المحافظة، حيث يمثل سكان هذه المحافظة ٤٧٪ من سكان المنطقة، بينما تصل نسبة الأطباء وأسرة المستشفيات بهذه المحافظة إلى ٥٥٪ و ٥٤٪ على التوالي (جدول ١ و جدول ٣).

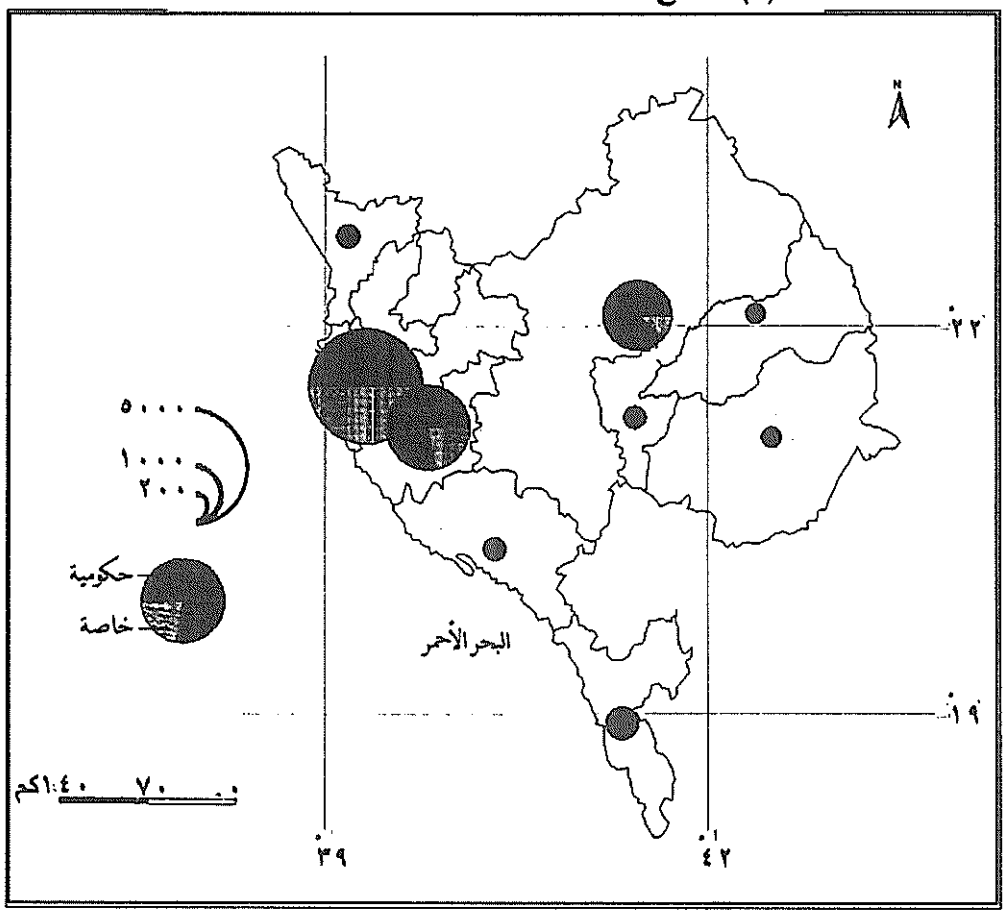
كمـــا تؤكد ماسبق نتائج تحليل نسبة التركز الموقعي، حيث يزيد إجمالي عـــدد الأطباء في مكة المكرمة عن حصتها المتوقعة، مقارنة بعدد سكانها، ويقل في بقية المحافظات الأخرى بنســـــب متفاوتة، تصل إلى أقصاها في الجموم، وخليص،

شكل (٥) توزيع اجمالي الأطباء والممرضين ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة، ١٤١٨هـ

شكل (٦) توزيع أسرة المستشفيات الحكومية والخاصة- ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

جدول رقم(٣)

توزيع الخدمات الصحية على محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	٪	الممرضون	٪	أسرة المستشفيات	٪
١	مكة المكرمة	١٦٩٤	٢٤	٣٢٥٩	٢٦	٢٤٤١	٢٣
٢	جدة	٣٨١٩	٥٥	٦٠٤١	٤٨	٥٧١٠	٥٤
٣	رابغ	٦٤	١	١٢٤	١	١٢٧	١
٤	خليص	٢٨	*	٥٥	*	٠	٠
٥	الكامل	١٦	*	٢٨	*	٠	٠
٦	الجموم	٦٠	١	٩٨	١	٠	٠
٧	الطائف	٨٧٧	١٣	٢١٤٦	١٧	١٩٢٩	١٨
٨	تربة	٤٢	١	١٠٦	١	٤٧	*
٩	الخرمة	٣٥	١	٦٣	١	٣٠	*
١٠	رنية	٣٥	*	٦٦	*	٣٠	*
١١	الليث	٦٨	١	١١٧	١	٣٠	*
١٢	القنفذة	٢٠٤	٣	٣٦١	٣	١٧٧	٢
	الإجمالي	٦٩٤٢		١٢٤٦٤		١٠٥١٢	

(*) أقل من (١٪).

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

والليـــث. وكذلك الحال بالنسبة لإجمالي عدد الممرضين، حيث يزداد تركزهم في المحافظات الثلاث الرئيسة (مكة، جدة، الطائف) وكذلك تربة. ويقل هذا التركز بشكل واضح في بقية المحافظات الأخرى مثل الجموم، وخليص، والليث. وتتكرر الظاهـــرة السابقة عند النظر إلى إجمالي عدد أسرة المستشفيات، من خلال تركزها في المحافظـــات الثلاث الرئيسة، وتنعدم في خليص، والكامل، والجموم، وتنخفض بشكل ملموس في الليث (جدول ٤). ويناقش الجزء التالي من الدراسة توزيع كل من الخدمات الحكومية والخاصة في منطقة الدراسة بمزيد من التفصيل.

أولاً: الخدمات الحكومية:

ويقصـــد بها، كما ذكر سابقاً، الخدمات المقدمة من وزارة الصحة فقط، فقد بلغ عدد المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمنطقة مكة المكرمة ٣١ مستشـــفى، تحتوي على ٦٩١٢سريراً ويعمل بها ٢٩١٦ طبيباً وطبيبة و٦٧٨٣ ممرضـــاً وممرضة. ويبلغ عدد المستوصفات الحكومية ٢٦٧ مستوصفاً، يعمل بها ٦٦٦ طبيباً وطبيبة و ١٦٨٨ ممرضاً وممرضة، جدول (٥).

ويظـــل توزيـــع الخدمـــات الصحية الحكومية أكثر انتشاراً في المحافظات المخـــتلفة في المـــنطقة، وبنســـب على الرغم من أنها لا تتساوى مع نسب توزيع السكان بين المحافظات، لكنها أكثر اقتراباً، عند مقارنتها بتوزيع الخدمات الصحية الخاصـــة، فقد تزيد بعض مؤشرات توزيع الخدمات الصحية الحكومية عن نسب توزيـــع الســـكان في بعـــض المحافظـــات، بينما تنقص مؤشرات أخرى في نفس المحافظـــة.

جدول رقم(٤)

نسبة التركز الموقعي للخدمات الصحية في محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	الممرضون	أسرة المستشفيات
١	مكة المكرمة	١,١٠	١,١٧	١,٠٤
٢	جدة	١,١٨	١,٠٤	١,١٦
٣	رابغ	٠,٦٩	٠,٧٤	٠,٩٠
٤	خليص	٠,٣٧	٠,٤١	٠,٠٠
٥	الكامل	٠,٥٢	٠,٥١	٠,٠٠
٦	الجموم	٠,٣٦	٠,٣٣	٠,٠٠
٧	الطائف	٠,٧٦	١,٠٤	١,١١
٨	تربة	٠,٨٩	١,٢٥	٠,٦٦
٩	الخرمة	٠,٧٨	٠,٧٨	٠,٤٤
١٠	رنية	٠,٥٨	٠,٦١	٠,٣٣
١١	الليث	٠,٤٤	٠,٤٣	٠,١٣
١٢	القنفذة	٠,٦٢	٠,٦١	٠,٣٦

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

جدول رقم(٥)

توزيع الخدمات الصحية الحكومية على محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	٪	الممرضون	٪	أسرة المستشفيات	٪
١	مكة المكرمة	١٢٠٩	٣٤	٢٦٣٩	٣١	١٩١٦	٢٨
٢	جدة	١٤١٤	٣٩	٣١٧٤	٣٧	٢٨٤١	٤١
٣	رابغ	٤٨	١	١١٦	١	١٢٧	٢
٤	خليص	٢٣	١	٥٠	١	٠	٠
٥	الكامل	١١	*	٢٣	*	٠	٠
٦	الجموم	٢٥	١	٧٠	١	٠	٠
٧	الطائف	٥٨٢	١٦	١٨٠٧	٢١	١٧١٤	٢٥
٨	تربة	٣٧	١	١٠١	١	٤٧	*
٩	الخرمة	٣٥	١	٦٣	١	٣٠	*
١٠	رنية	٣١	*	٦٢	*	٣٠	*
١١	الليث	٥٥	٢	١٠٣	١	٣٠	*
١٢	القنفذة	١١٢	٣	٢٦٣	٣	١٧٧	٣
	الإجمالي	٣٥٨٢	٩٩	٨٤٧١	٩٩	٦٩١٢	٩٩

* أقل من ١ ٪ .

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

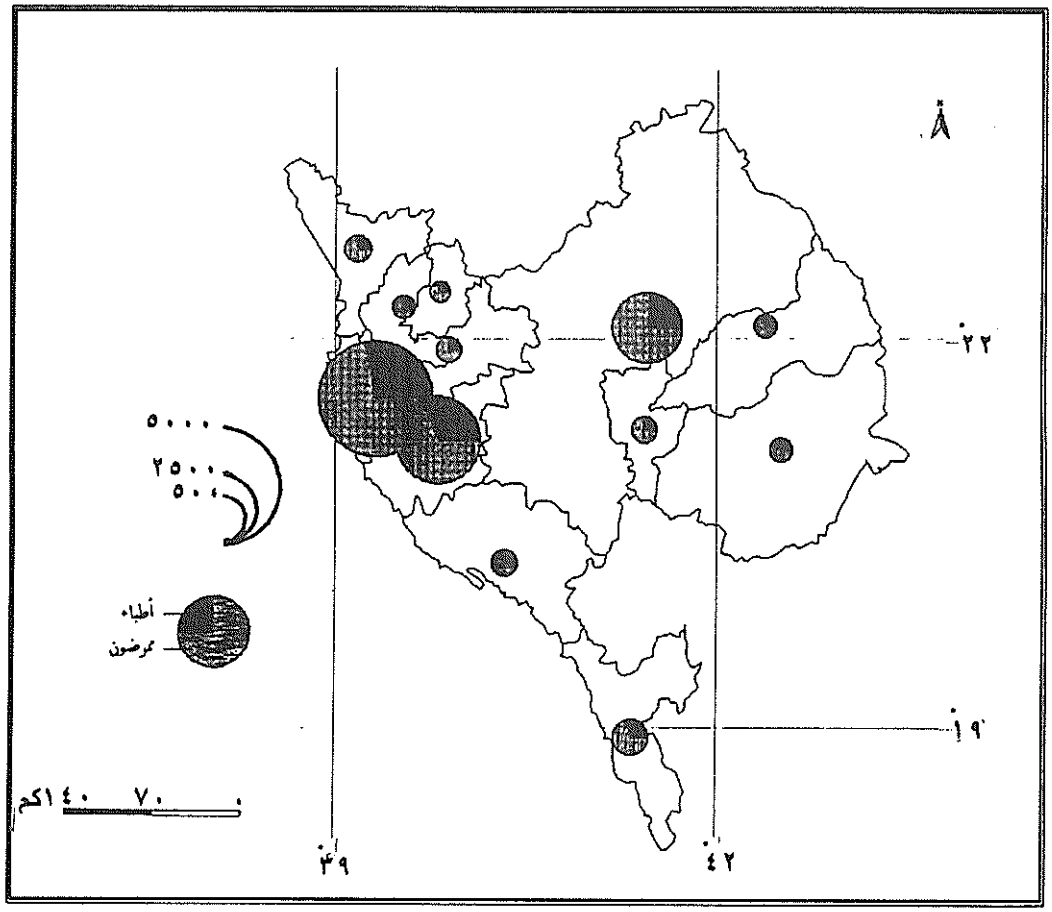
فعند النظر في نسب توزيع الأطباء العاملين بالخدمات الحكومية على المحافظات المختلفة، ومقارنته بنسب توزيع السكان على المحافظات، نجد أن نسبة عدد الأطباء الحكوميين ترتفع عن نسبة السكان بشكل ملحوظ في مكة المكرمة، بينما تنخفض نسبتهم عن نسبة السكان وبصورة واضحة في محافظات جدة، والقنفذة، والجموم، (جدول ١ وجدول ٥) و (شكل ٣ وشكل ٧).

وكذلك الحال بالنسبة للقوى البشرية العاملة في التمريض، حيث ترتفع نسبتهم أيضاً بمكة المكرمة ومحافظة الطائف، مقارنة بنسبتي سكانهما إلى إجمالي سكان المنطقة ككل. وعلى العكس من هذا، تنخفض نسبة الممرضين العاملين في محافظات جدة، والقنفذة، والليث، والجموم، مقارنة بنسب سكانهم، (جدول ١ وجدول ٥) و (شكل ٣ وشكل ٧).

أما نسب توزيع أسرة المستشفيات الحكومية على المحافظات، فالوضع لايختلف كثيراً عن سابقه، حيث ترتفع نسب الأسرة عن نسب السكان في كل من مكة المكرمة ومحافظة الطائف، بينما تنعدم في المحافظات التي لا يوجد بها مستشفيات بالطبع. وتنخفض هذه النسبة في محافظات جدة والقنفذة والليث، (جدول ١ و جدول ٥) و (أشكال: ٣، ٦، ٧).

وتوصلت نتائج تحليل نسبة التركز الموقعي لتوزيع الأطباء الحكوميين في المحافظات إلى نتائج مماثلة لماسبق، مع درجة بسيطة من الاختلاف، حيث يظهر لنا تناسب توزيع الأطباء الحكوميين في كل من محافظتي رابغ ورنية، وإلى درجة كبيرة الطائف مع عدد السكان، بينما يزداد تركز هؤلاء الأطباء بنسب متماثلة في كل من محافظات مكة المكرمة وتربة، والخرمة، ويقل هذا التركز بشكل ملموس في محافظة الجموم عن المتوقع (جدول ٦).

شكل (٧) توزيع الأطباء والممرضين في الخدمات الحكومية- ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

جدول رقم (٦)

نسبة التركز الموقعي للخدمات الصحية الحكومية في محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	الممرضون	أسرة المستشفيات
١	مكة المكرمة	١,٥١	١,٤٠	١,٢٤
٢	جدة	٠,٨٤	٠,٨٠	٠,٨٨
٣	رابغ	١,٠٠	١,٠٢	١,٣٧
٤	خليص	٠,٥٩	٠,٥٥	٠,٠٠
٥	الكامل	٠,٧٠	٠,٦٢	٠,٠٠
٦	الجموم	٠,٢٩	٠,٣٤	٠,٠٠
٧	الطائف	٠,٩٨	١,٢٩	١,٥٠
٨	تربة	١,٥٢	١,٧٦	١,٠٠
٩	الخرمة	١,٥٢	١,١٥	٠,٦٧
١٠	رنية	١,٠٠	٠,٨٤	٠,٥٠
١١	الليث	٠,٧٠	٠,٥٥	٠,٢٠
١٢	القنفذة	٠,٦٦	٠,٦٦	٠,٥٤

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

أمـــا نســـبة تركز الممرضين في الخدمات الصحية الحكومية، فتقترب في محافظة رابغ من الوضع المثالي بزيادة طفيفة جداً، ويزداد هذا التركز بشكل واضح في محافظـــات تربة، ثم يليها مكة المكرمة ثم الطائف فالخرمة، بينما يقل التركز في بشـــكل كـــبير في محافظة الجموم، ثم تليها بقية المحافظات الأخرى بدرجات أقل، متفاوتة المستوى (جدول ٦).

ومـــن حيث التركز الموقعي لأسرة المستشفيات الحكومية، فتبدو مثالية في محافظـــة تربة، وتحظى محافظات الطائف ورابغ ومكة المكرمة بأكبر من حصتها، مقارنة بالمحافظات الأخرى التي تحظى بأقل من حصتها، ويأتي في مقدمتها بلاشك المحافظـــات الـــتي لا يوجـــد بها مستشفيات حكومية، وهي الجموم، والكامل، وخليص، ثم يليها محافظة الليث، ثم بقية المحافظات الأخرى، بنسب متفاوتة، لقلة التركز (جدول ٦).

ثانياً: الخدمات الخاصة:

يعـــد القطاع الخاص شريكاً رئيساً في تقديم الخدمات الصحية في منطقة مكـــة المكرمة، حيث تقوم سياسة المملكة على تشجيع إسهام القطاع الخاص في خدمات الرعاية الصحية وتوسيع مشاركته فيها (وزارة التخطيط ١٤٢٠هـــ، ص ٣٢٥).

ويقصـــد بالخدمـــات الصـــحية الخاصة في هذه الدراسة، المستشفيات والمستوصفات الخاصة فقط، حيث يبلغ عدد المستشفيات اثنان وأربعون (٤٢)، بهـــا ٣٦٠٩ أسرةً، يعمل بها ١٦١٢ طبيباً وطبيبة و ٢٤٩٩ممرضاً وممرضة. ويصل

عدد المستوصفات الخاصة إلى مائتين وستة مستوصفات (٢٠٦)، يعمل بها ١٧٤٨ طبيباً وطبيبة و١٤٩٤ ممرضاً وممرضة.

ويطغى على الخدمات الصحية الخاصة التركز الحاد في محافظة جدة، جدول (٧)، حيث تستحوذ على ٧٢٪ من الأطباء العاملين في المستشفيات والمستوصفات الخاصة في منطقة مكة المكرمة، ثم تليها مكة المكرمة، حيث نجد بها ١٤٪، ثم تحل محافظة الطائف في المرتبة الثالثة (٩٪)، بمعنى أن المحافظات الثلاث الرئيسة السابقة تستحوذ على ٩٥٪ من أطباء المستشفيات والمستوصفات الخاصة، على الرغم من أن نسبة عدد سكانها لايتجاوز ٨٦٪ من إجمالي سكان المنطقة، (جدول ١ و جدول ٧ شكل ٨).

وتتشابه مع ما سبق إلى درجة كبيرة حالة بقية المؤشرات الأخرى المتمثلة في نسب ممرضي القطاع الخاص وأسرة المستشفيات الخاصة، (جدول ٧) و (شكل ٦ وشكل ٨). ومن الجدير بالإشارة أن جميع مستشفيات القطاع الخاص تنحصر في محافظات جدة، والطائف، ومكة المكرمة، (شكل ٦).

وعند مقارنة نتائج تحليل نسبة التركز الموقعي لعناصر الخدمات الصحية الخاصة، فإن الصورة تتضح بجلاء لتؤكد ماسبق، حيث يتضح التركز الشديد لهذه الخدمات بمحافظة جدة، وحصولها على أكثر من حصتها، مقارنة بجميع المحافظات الأخرى في المنطقة، حيث نالت أقل من حصتها وبمعدلات متباينة (جدول ٨). ولعل من المناسب الإشارة إلى أن ظاهرة تركز الخدمات الصحية في المناطق الحضرية ملموسة في مناطق أخرى في المملكة كعسير والقصيم والرياض (بيرش وآخرون، ١٤١٩هـ، الربدي ١٤١٩هـ).

جدول رقم(٧)

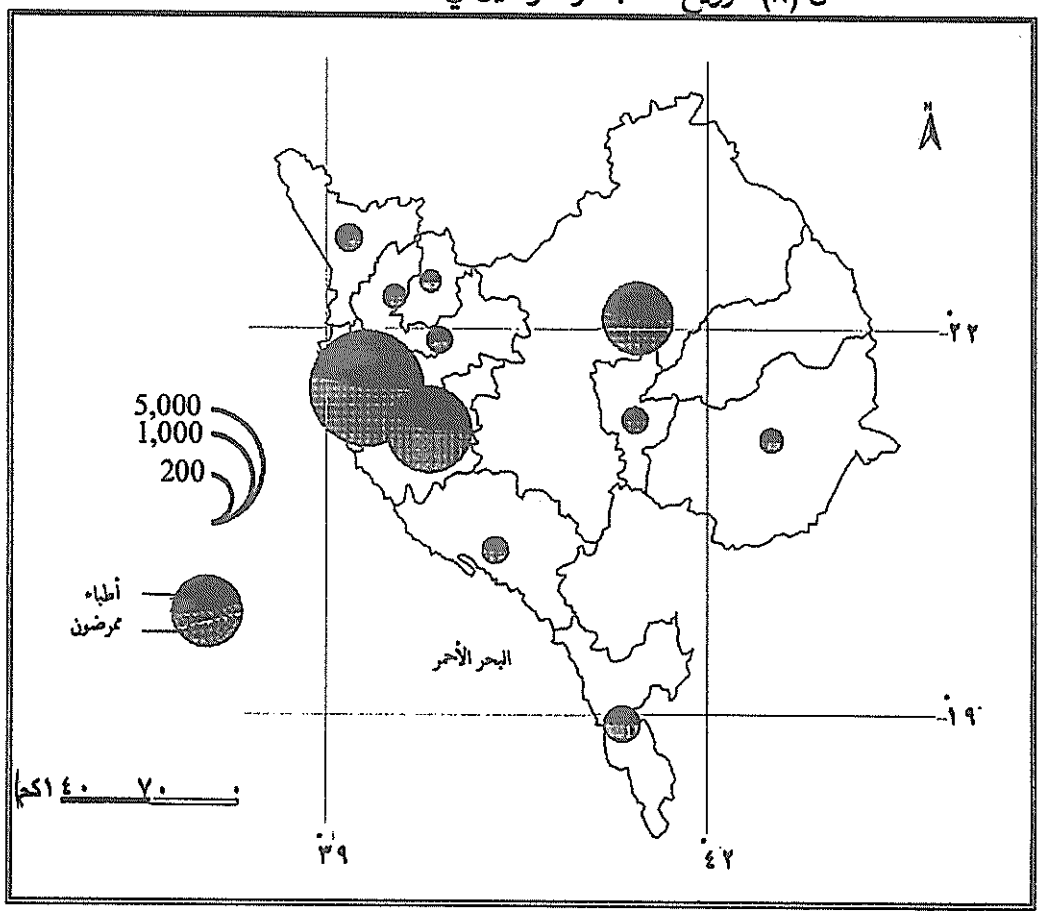
توزيع الخدمات الصحية الخاصة على محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	٪	المرضون	٪	أسرة المستشفيات	٪
١	مكة المكرمة	٤٨٥	١٤	٦٢٠	١٦	٥٢٥	١٥
٢	جدة	٢٤٠٥	٧٢	٢٨٦٧	٧٢	٢٨٦٩	٧٩
٣	رابغ	١٦	*	٨	*	٠	٠
٤	خليص	٥	*	٥	*	٠	٠
٥	الكامل	٥	*	٥	*	٠	٠
٦	الجموم	٣٥	١	٢٨	١	٠	٠
٧	الطائف	٢٩٥	٩	٣٣٩	٨	٢١٥	٦
٨	تربة	٥	*	٥	*	٠	٠
٩	الخرمة	٠	٠	٠	٠	٠	٠
١٠	رنية	٤	*	٤	*	٠	٠
١١	الليث	١٣	*	١٤	*	٠	٠
١٢	القنفذة	٩٢	٣	٩٨	٢	٠	٠
	الإجمالي	٣٣٦٠	٩٩	٣٩٩٣	٩٩	٣٦٠٩	١٠٠

(*) أقل من ١ ٪.

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

شكل (٨) توزيع الأطباء والممرضين في الخدمات الخاصة- ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

جدول رقم(٨)

نسبة التركز الموقعي للخدمات الصحية الخاصة في محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	الأطباء	الممرضون	أسرة المستشفيات
١	مكة المكرمة	٠,٦٥	٠,٧٠	٠,٦٥
٢	جدة	١,٥٣	١,٥٣	١,٧٠
٣	رابغ	٠,٣٥	٠,١٥	٠,٠٠
٤	خليص	٠,١٤	٠,١٢	٠,٠٠
٥	الكامل	٠,١٤	٠,١٢	٠,٠٠
٦	الجموم	٠,٣٤	٠,٢٨	٠,٠٠
٧	الطائف	٠,٤٣	٠,٢٩	٠,٠٠
٨	تربة	٠,٢٢	٠,١٨	٠,٠٠
٩	الخرمة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠
١٠	رنية	٠,١٤	٠,١٢	٠,٠٠
١١	الليث	٠,١٨	٠,١٦	٠,٠٠
١٢	القنفذة	٠,٥٨	٠,٥٢	٠,٠٠

المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

نصيب السكان من الخدمات الصحية

يستخدم معيار نصيب السكان من الخدمات الصحية، أو معدلات السكان لكل عنصر من عناصر الخدمة، كالأطباء والممرضين وأسرة المستشفيات، كمؤشرات مهمة في دراسة عناصر توزيع الخدمات الصحية، ويتم هذا عن طريق عرضها في جداول ورسم خرائط توضح مدى التباين في هذا المعيار من مكان لآخر، حيث يختلف باختلاف الرقعة المكانية التي تغطيها الدراسة، وفرضياتها، والبيانات المتوفرة لها (Phillips, 1990, p.116) .

وبالنسبة لمنطقة الدراسة في هذا البحث، فإن معدلات نصيب السكان من الخدمات الصحية المختلفة تتباين في محافظات منطقة مكة المكرمة بشكل ملموس. ويبرز ذلك جلياً عند تقييم كل من معدل عدد السكان الذين يخدمهم الطبيب الواحد، أو الممرض، أو سرير المستشفى في كل محافظة، فيزداد نصيب سكان المحافظات التي يغلب عليها ارتفاع مستويات سكانها الاجتماعية والاقتصادية بوجه عام، بينما يقل نصيب سكان المحافظات التي تنخفض مستوياتها الاجتماعية والاقتصادية بشكل واضح، فيتراوح معدل إجمالي عدد السكان الذين يخدمهم الطبيب الواحد بين ٦٨١ في محافظة جدة و ١٧٩٩ في محافظة الليث، (جدول٩). أما معدلات إجمالي عدد السكان للممرض الواحد فتتراوح بين ٣٨٠ في مكة المكرمة، و ١٣٦٢ في محافظة الجموم، (جدول ٩) و (شكل ٩ و شكل ١٠).

وكذلك الحال بالنسبة لمعدلات إجمالي عدد السكان للسرير الواحد في المستشفى، حيث يتراوح إجمالي عدد السكان للسرير الواحد في المحافظات التي يوجد بها مستشفيات بين ٤٥٥ في محافظة جدة، و ٤٠٧٨ في محافظة الليث.

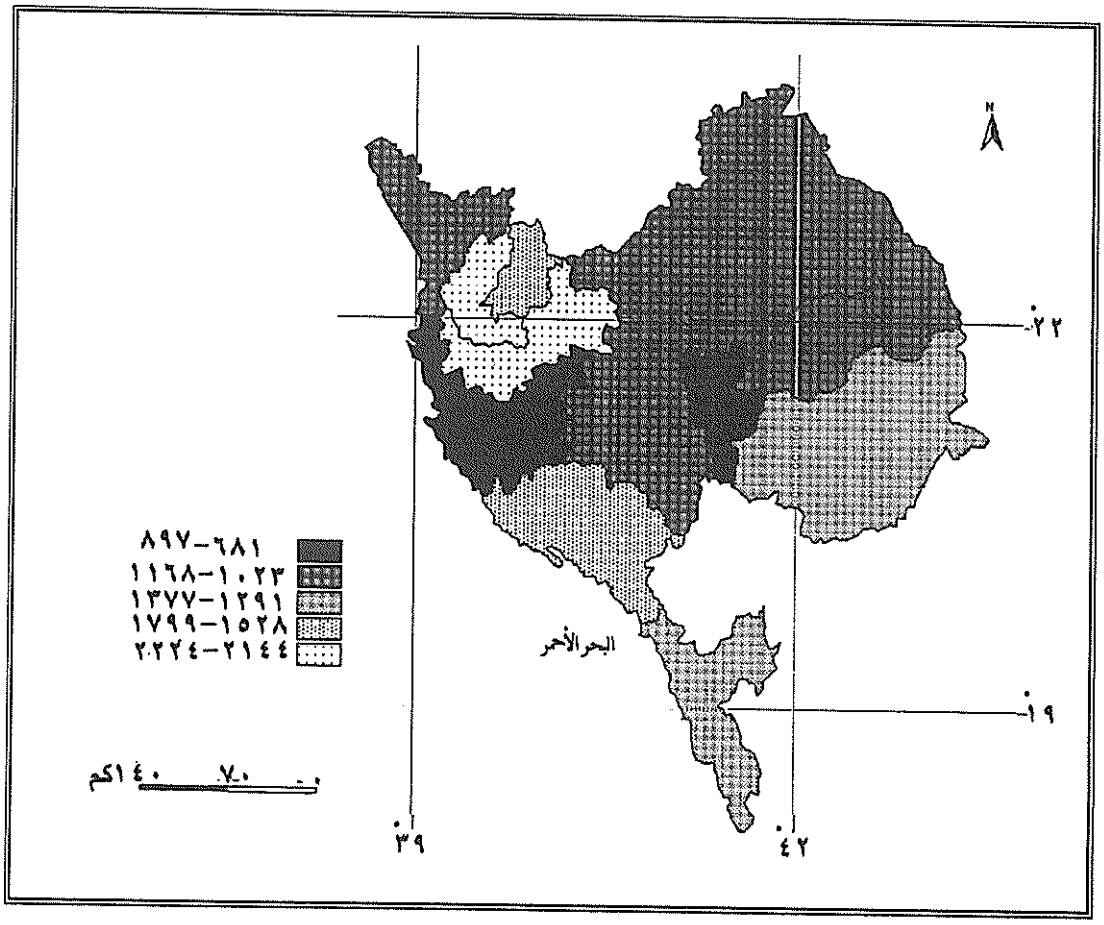
جدول رقم(٩)

نصيب السكان من الخدمات الصحية في محافظات المنطقة، ١٤١٨هـ

الرقم	المحافظة	إجمالي عدد السكان لكل من		
		الطبيب الواحد	الممرض الواحد	سرير المستشفى
١	مكة المكرمة	٧٣١	٣٨٠	٥٠٧
٢	جدة	٦٨١	٤٣٠	٤٥٥
٣	رابغ	١١٦٨	٦٠٣	٥٨٨
٤	خليص	٢١٤٤	١٠٩١	٠
٥	الكامل	١٥٢٨	٨٧٣	٠
٦	الجموم	٢٢٢٤	١٣٦٢	٠
٧	الطائف	١٠٤٧	٤٢٨	٤٧٦
٨	تربة	٨٩٧	٣٥٥	٨٠٢
٩	الخرمة	١٠٢٣	٥٦٨	١١٩٤
١٠	رنية	١٣٧٧	٧٣٠	١٦٠٦
١١	الليث	١٧٩٩	١٠٤٦	٤٠٧٨
١٢	القنفذة	١٢٩١	٧٣٠	١٤٨٨
	الإجمالي	٨٠١	٤٤٦	٥٢٨

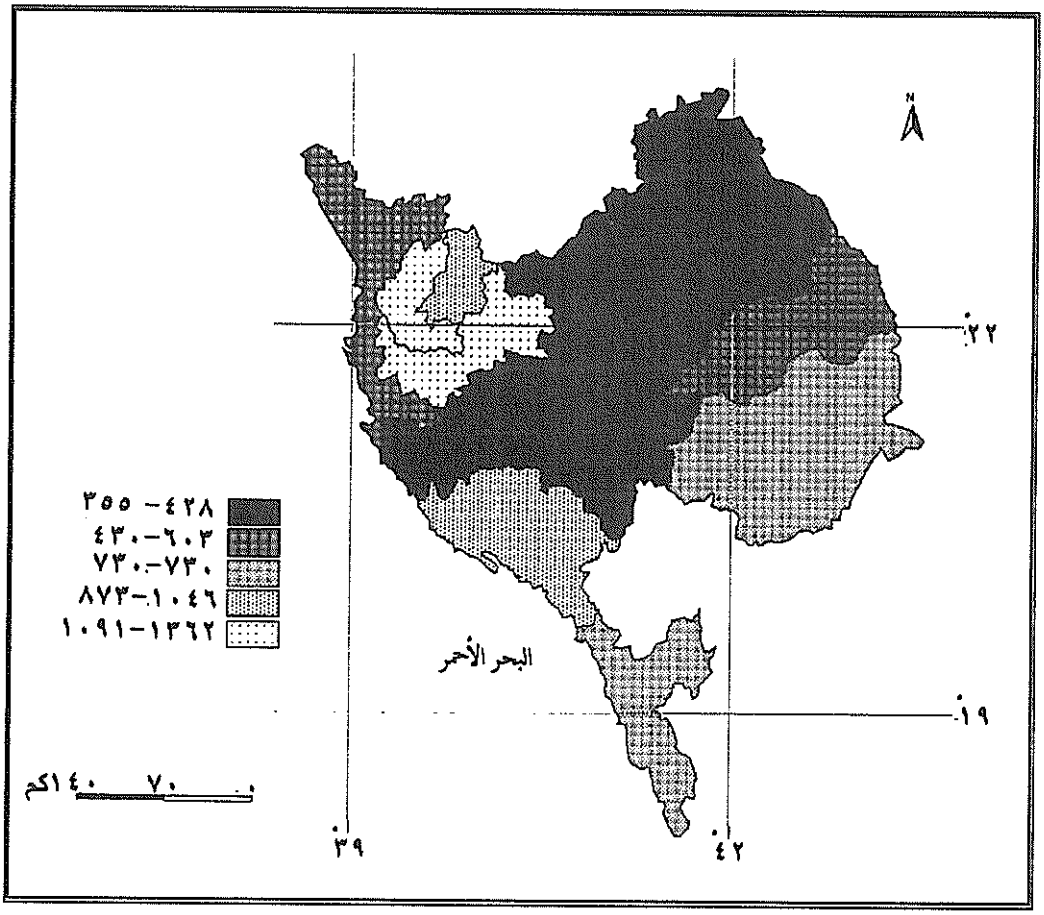
المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة.

شكل (٩) عدد السكان لكل طبيب ١٤١٨٠هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة، ١٤١٨هـ

شكل (١٠) عدد السكان لكل ممرض - ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة، ١٤١٨هـ

وتجدر الإشارة أن هناك ثلاث محافظات لا يوجد بها أي مستشفيات تابعة لوزارة الصحة أو القطاع الخاص، وهي، خليص، الكامل، الجموم، (جدول ٩) و (شكل ٦ وشكل ١١)، وربما يعزى هذا لقربها من مدينتين رئيستين بالمنطقة وهما جـــدة ومكـــة المكرمة، اللتان تحتويان على عدد كبير من المستشفيات الحكومية والخاصة (شكل ٦).

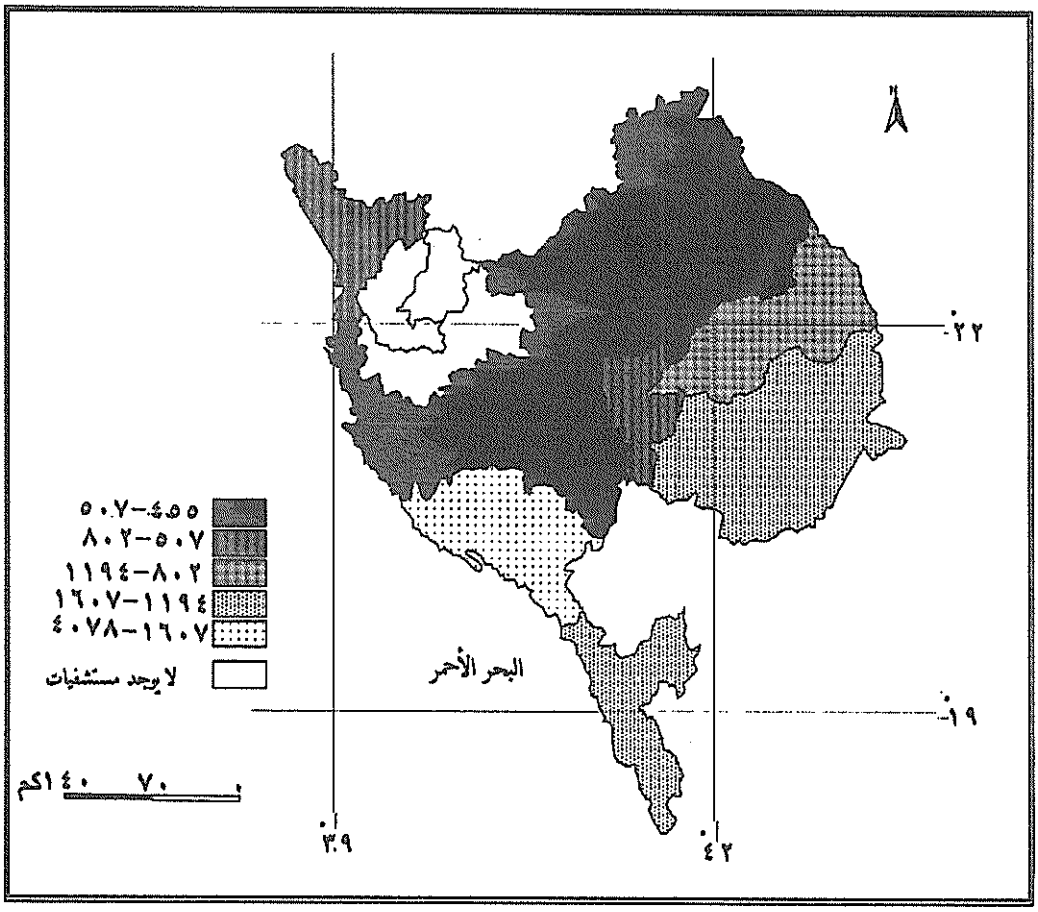
وعـــند التدقيق في الوضع العام لنصيب السكان من الخدمات الصحية في المحافظات المختلفة على حدة، مقارنة بمستوى الوضع العام للمنطقة بشكل إجمالي، كوحـــدة واحدة، نجد بعض المفارقات الجديرة بالاهتمام، فمثلاً يقل عدد السكان الذيـــن يخدمهـــم الطبيب الواحد في كل من محافظة جدة ومكة المكرمة عن عدد السكان الذين يخدمهم الطبيب الواحد على مستوى المنطقة ككل، جدول (٩)، مما يعـــني زيـــادة نصيبهما من الأطباء، مقارنة مع بقية المحافظات. وعلى النقيض من ذلك، نجد أن عدد ما يخدمه الطبيب الواحد من السكان يرتفع بشكل كبير في كل مـــن محافظـــات الجموم، وخليص، والليث، حيث يتجاوز ضعف ما يخدمه على مســـتوى المنطقة بشكل عام، (جدول ٩) و (شكل ٩)، وهذا مؤشر واضح على تراجع نصيب هذه المحافظات من الأطباء، مقارنة بجميع محافظات المنطقة.

وتتكرر الصورة السابقة إلى درجة كبيرة عند النظر إلى معدل عدد السكان لـــلممرض الواحد، حيث تنعم كل من مكة المكرمة، ومحافظات جدة، والطائف، وتـــربة بوضع أفضل عند مقارنتها بالمستوى العام للمنطقة. أما محافظات الجموم، وخليص، والليث، فترتفع بها معدلات عدد السكان الذين يخدمهم الممرض الواحد، وتزيد عن ضعف المستوى العام للمنطقة، (جدول ٩) و (شكل١٠).

وبالنسبة لأسرة المستشفيات، فلايوجد مستشفيات على الإطلاق في ثلاث محافظـــات، كمـــا ذكر آنفاً، وهي (خليص، الكامل، والجموم). وترتفع أعداد السكان للسرير الواحد بشكل كبير في محافظات الليث، والقنفذة، والخرمة، حيث تتجاوز في الليث سبعة أضعاف المعدل العام للمنطقة، وفي القنفذة والخرمة ضعف المعدل العام، بينما يقل عدد السكان للسرير الواحد في كل من محافظات الطائف، وجدة، ومكة المكرمة عن المعدل العام للمنطقة ، (جدول ٩) و (شكل ١١).

ويجب قراءة نتائج هذه الدراسة في ضوء النظام الصحي في المملكة العربية الســـعودية، فمـــا تعرضه الدراسة الحالية من أرقام لنصيب السكان من الخدمات الصـــحية في المحافظـــات المختلفة، ليس إلا مؤشرات لتوزيع هذه الخدمات على الوحـــدات المكانية، فمن الملاحظ أنه على الرغم من العمل بنظام الملفات الصحية بالمستوصـــفات والمستشـــفيات والإحالـــة وفق آلية واضحة، إلا أن مستشفيات ومستوصفات المدن الرئيسة تستقبل الكثير من حالات سكان المحافظات الأخرى، ناهيك عن الخدمات الصحية الخاصة لفئات أخرى من السكان القادرين على تحمل تكاليفها المادية المتفاوتة بتفاوت مستوياتها وتصنيفاتها.

شكل (١١) عدد السكان لكل سرير- ١٤١٨هـ



المصدر: من إعداد الباحث، بناءً على بيانات الدراسة،١٤١٨هـ

المناقشة والخاتمة

أبـــرزت الدراسة الحالية ظاهرة تركز الخدمات الصحية، بشكل عام وفي مجمـــلها، في المحافظـــات الكبرى بمنطقة مكة المكرمة، التي تقع بها المدن الكبرى الرئيسة (جدة، مكة، الطائف)، بينما حظيت المحافظات الصغرى التي يغلب عليها المـــدن الأصـــغر حجماً والمناطق الريفية بنصيب أقل، كالجموم والليث والقنفذة وغيرها من المحافظات الأخرى المشار إليها في سياق الدراسة، مما يبرز بجلاء البون الشاســـع بـــين هـــذا التوزيع الحالي القائم، وماورد في المعايير التخطيطية لتوزيع الخدمات الصحية وتحديد نطاق وأحجام ومستويات هذه الخدمات بالمدن والمناطق الريفـــية (إبراهيم، ١٣٩٩هـــ). وقد تزداد هذه الظاهرة تفاقماً وحدة، لو أخذت بعين الاعتبار الخدمات الصحية المقدمة من الجهات الحكومية الأخرى، مثل وزارة الدفاع والطيران، والحرس الوطني، وبعض مرافق القطاع الخاص الأخرى، كعيادات الأطباء الخاصة ونحوه.

وتـــتفق نتائج هذه الدراسة مع ماورد في نتائج دراسات أخرى مماثلة عن بعض مناطق المملكة الأخرى كالقصيم وعسير (بيرش وآخرون، ١٤١٩هـــ). وقد أشـــارت بعـــض الأدبيات ذات العلاقة إلى تأثير التحيز الحضري في نظام الرعاية الصحية بالمملكة، وأثره على انخفاض مستوى الأداء الصحي (الهذلول، وإيدادان، ١٤١٩هـــ، ص ٤٦٨).

وعند إمعان النظر في توزيع الخدمات الصحية الحكومية والخاصة كل على حدة، نجد الصورة مختلفة نسبياً، حيث يستمر تركز الخدمات الصحية الحكومية في مكة المكرمة ومحافظة الطائف، ويقل تركزها في محافظة جدة، يضاف إلى هذا زيادة الـــتركز لبعض عناصر الخدمات الصحية الحكومية في بعض المحافظات الصغرى،

وهـــي رابغ وتربة والخرمة. والصورة تبدو واضحة جلية بالنسبة لتوزيع الخدمات الصحية الخاصة، حيث تتركز هذه الخدمات بشكل كبير وواضح في محافظة جدة، ويقل تركزها في جميع محافظات المنطقة الأخرى.

ولعل من الجدير بالإشارة عند النظر في نتائج هذه الدراسة ومقارنتها مع فرضياتها الواردة في بدايتها، ملاحظة صعوبة التعميم عند الحديث عن واقع توزيع الخدمـــات الصـــحية، ســـواء كانت حكومية أو خاصة، حيث تتباين مستويات مؤشرات مدى توفر الخدمة داخل المحافظة الواحدة، فقد ترتفع قيم مؤشر ما، بينما تنخفض قيم الآخر، ومن هنا تبرز أهمية التعامل معها كعناصر مختلفة، مكونة لنظام، ومن ثم صياغة فرضيات واستخدام أساليب تحليل تأخذ بعين الاعتبار هذه الظاهرة.

وتـــرى الدراسة الحالية أن من الضروري إعادة النظر في توزيع الخدمات الصـــحية بمـــنطقة مكة المكرمة، وتقديم مزيد من التشجيع والتسهيلات للقطاع الخـــاص للاستثمار في القطاع الصحي بمختلف محافظات المنطقة، وفق آلية تتسم بالواقعية، للحد من تباين توزيع هذه الخدمات، ولعل نظام التأمين الصحي، أو ما يسمى بالضمان الصحي التعاوني، المزمع تطبيقه قريباً في المملكة، يقدم حلاً ملائماً عملياً، للخروج من هذا المأزق الحرج، ويسهم في الرقي بالخدمات الصحية بالمنطقة كمـــاً وكيفاً، لاسيما في ضوء التكلفة الباهظة لتقديم الخدمة الطبية المجانية (سلمة، ١٤٢١هـــــ)، بالإضافة إلى اختلاف احتياجات السكان للخدمات عن ذي قبل، نظـــراً لاختلاف نمط الأمراض ومسببات الوفاة، نتيجة لتغير المستويات الاجتماعية والاقتصادية للسكان، وتباين توقعاتهم من الجهات المقدمة للخدمة، ومن ثم التعامل مـــع هذه الظاهـــــرة من منظور نظـــرية التطور الوبائـــي (Epidemiological Transition).

كما أن تفعيل دور المجلس الوطني لتنسيق الخدمات الصحية، المشار إليه في خطط التنمية، مطلباً ملحاً للنظر بجدية في إشكالية ازدواجية الخدمات الصحية، وتحقيق الاستفادة المثلى من المتاح منها، وتفعيل التنسيق والتكامل بينها، والسعي نحو التوازن الإقليمي والتوزيع الجغرافي الأمثل لمواقع هذه الخدمات (وزارة التخطيط، ١٤١٠هـ، ص ٣٦١؛ ١٤٢٠هـ، ص ٣٢٣). وتجدر الإشادة في هذا السياق إلى السعي بإنشاء مجلس الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة، الذي يعول عليه كثيراً، حيث يتبنى من ضمن أهدافه مراجعة المؤشرات الصحية في مجال تقديم الخدمات الصحية، وإنشاء المركز الإقليمي للمعلومات والإحصاءات الصحية (أبو طالب، ١٤٣٢؛ الحازم، ٢٠٠١).

و من المهم في الختام التأكيد على أن هذه الدراسة لاتمثل سوى بداية لدراسات أخرى، تأخذ بعين الاعتبار مزيداً من المتغيرات المهمة التي تؤثر على فعالية توزيع الخدمات الصحية، كالمسافتين المكانية والزمانية بين مواقع الخدمات الصحية ومراكز الاستيطان البشري الرئيسة. كما أن من الضروري التعرف على نسبة مستعملي الخدمات الصحية الحكومية والخاصة في المحافظات الكبرى من سكان نظيراتها من المحافظات الصغرى.

ويعد إجراء دراسات أخرى على توزيع الخدمات الصحية على مستويات مكانية أصغر من الأهمية بمكان، كتوزيع الخدمات الصحية على المراكز في المحافظات وفي المدن الرئيسة، ومن ثم التعرف على مؤشرات توزيع الخدمات الصحية على مستويات هيراركية مختلفة (الدولة، المنطقة، المحافظة، المركز، المدينة)، مع التركيز أيضاً على مستوى الخدمات الصحية من حيث الكيف والنوع (Quality)، وليس فقط الكم (Quantity)، بالإضافة إلى التعرف على مدى توفر

بعـــض العناصـــر الأخرى اللازمة لحياة صحية سليمة، كالمياه الصالحة للشرب، والغذاء المتكامل المتوازن، والمسكن الصحي السليم وغيرها.

ويُؤمِّلُ أن تقدم هذه الدراسة رؤية واضحة لصانع القرار، كي يستنير بها في سبيل الحد من تباين توزيع الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة، وفق منهجية تتسم بالوضوح والتناسب بين كل من أعداد السكان والخدمات المتاحة لهم، ومن ثم تطويـــرها واستخدامها كنموذج لتقييم واقع توزيع الخدمات في مناطق المملكة الأخرى.

المراجـــع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، حازم محمد، (١٣٩٩هـــ)، **المعايير التخطيطية للخدمات الصحية**، شركة الطباعة العربية المحدودة، الرياض.
- أبو طالب، حمود، (١٤٢٣ هـــ)، **آمال تتحقق**، عكاظ، العدد ١٣١٠٨، ٧/ ١٤٢٣/٥هـــ، ص ١٠.
- إمارة منطقة مكة المكرمة، (د. ت)، **خرائط محافظات ومراكز إمارة منطقة مكة المكرمة**. إمارة منطقة مكة المكرمة، مكة المكرمة.
- بيرش، براين، وآخرون، (١٤١٩ هـــ)، **التباين الإقليمي في توفير الخدمات التعليمية والصحية واستخدامها**، في الهذلول، صالح، وإيدادان، ناريانان، (محررون)، **التنمية العمرانية في المملكة العربية السعودية: الفرص والتحديات**، دار السهن، الرياض.
- الجار الله، أحمد، (١٤١٧ هـــ)، **التباين الإقليمي للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية**، الجمعية الجغرافية الكويتية، عدد(٢٠٠)، الكويت.
- الحازم، محمد عبدالله، (٢٠٠١م)، **الأمل الصحي قادم من الشرق والغرب**، منتدى الكتاب، www. Writers.alriyadh.com.sa
- الربدي، محمد بن صالح، (١٤١٩ هـــ)، **الخدمات الصحية في منطقة الرياض**، في الوليعي، عبدالله، وآخرون (محررون)، **منطقة الرياض: دراسة تاريخية واجتماعية، الجزء السابع، الخدمات في مدينة الرياض**، العبيكان، الرياض.

- الزهراني، رمزي بن أحمد، (١٤٢١ هـ)، **مستويات المعيشة في المملكة العربيةالسعودية: دراسة في الخصائص السكنية**، رسائل جغرافية (٢١٤)، الجمعية الجغرافية الكويتية، مطبعة الفجر الكويتية، الكويت.
- السبعاوي، محمد نور الدين إبراهيم، (١٩٩٧م)، **الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق**، جامعة المنيا.
- سلمة، عبد العزيز بن صالح، (١٤٢١ هـ)، **لكي لايصبح التأمين الطبي مجرد تجارة**، الجزيرة، العدد ١٠٠٩٩، ١٤٢١/٢/١٩هـ
- الصالح، ناصر عبدالله، (١٤٠٣ هـ)، **بعض مظاهر الجغرافيا التعليمية لمقاطعة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية**، الجمعية الجغرافية الكويتية، مطابع كويت تايمز، الكويت.
- الصالح، ناصر عبدالله، (١٤٠٩ هـ)، أهمية الطرق الكمية في تحديد الاختلافات المكانية لمؤشرات التنمية في المملكة العربية السعودية، رسائل جغرافية (١٢١)، الجمعية الجغرافية الكويتية، الكويت.
- طعماس، يوسف يحيى، (١٩٧٨م)، **التوزيع المكاني للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية**، دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد ٤٧، ص ص ٩٣-١٣٢.
- القباني، محمد بن عبدالعزيز، (١٤٢٠ هـ)، **التوزيع المكاني للسكان والتنمية في المملكة العربية السعودية في ١٣٩٤-١٤١٣هـ**، بحوث جغرافية (٣٧)، الجمعية الجغرافية السعودية، الرياض.

- القحطاني، محمد، (١٤١٥ هـ)، **التنمية المكانية لمراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة أحد رفيدة بأقليم عسير بالمملكة العربية السعودية**، الجمعية الجغرافية الكويتية، عدد(١٧٢)، الكويت.
- القحطاني، محمد، وريماوي، حسين، (١٤١٢ هـ)، **التحليل المكاني للخدمات التنموية في وادي تندحة – منطقة عسير**، الجمعية الجغرافية السعودية، عدد(١١)، الرياض.
- مديريات الشئون الصحية بمنطقة مكة المكرمة، (د. ت)، **بيانات وإحصاءات متفرقة غير منشورة عن الخدمات الصحية الحكومية والخاصة بمنطقة مكة المكرمة.**
- مشخص، محمد بن عبدالحميد، (١٤٢٢ هـ)، **دور خطط التنمية في معالجة قضايا التوازن الإقليمي في المملكة العربيةالسعودية: دراسة تقويمية لتجربة التنمية الإقليمية مابين عامي ١٣٩٠–١٤١٥هـ**، بحوث جغرافية، (٤٨)، الجمعية الجغرافية السعودية، الرياض.
- مصلحة الإحصاءات العامة، (د. ت)، **النتائج التفصيلية للتعداد العام للسكان والمساكن في المملكة العربية السعودية ١٤١٣هـ–١٩٩٢م**، مطابع مصلحة الإحصاءات العامة، الرياض.
- مصلحة الإحصاءات العامة، (د. ت)، **النتائج التفصيلية للتعداد العام للسكان والمساكن في منطقة مكة المكرمة ١٤١٣هـ–١٩٩٢م**، مطابع مصلحة الإحصاءات العامة، الرياض.

- مصلحة الإحصاءات العامة، (١٤١٨ هـ)، **حصر الخدمات بالمدن والقرى: منطقة مكة المكرمة: الدليل العاشر**، الرياض.
- الهذلول، صالح ويدادان، ناريانان، (محررون)، (١٤١٩ هـ)، **التنمية العمرانية في المملكة العربية السعودية: الفرص والتحديات**، دار السهن، الرياض.
- الهيئة المركزية للتخطيط، (١٣٩٠ هـ)، **خطة التنمية**، الرياض.
- وزارة التخطيط، (١٣٩٥ هـ)، **خطة التنمية الثانية(١٣٩٥-١٤٠٠)**، دار عكاظ للطباعة والنشر، جده.
- وزارة التخطيط، (١٤٠٠ هـ)، **خطة التنمية الثالثة(١٤٠٠-١٤٠٥)**، مطابع وزارة التخطيط، الرياض.
- وزارة التخطيط، (١٤٠٥ هـ)،**خطة التنمية الرابعة(١٤٠٥-١٤١٠)**، مطابع وزارة التخطيط، الرياض.
- وزارة التخطيط، (١٤١٠ هـ)، **خطة التنمية الخامسة(١٤١٠-١٤١٥)**، مطابع وزارة التخطيط، الرياض.
- وزارة التخطيط، (١٤٢٠ هـ)، **خطة التنمية السابعة (١٤٢٠-١٤٢٥)**، مطابع وزارة التخطيط، الرياض.
- وزارة التعليم العالي، (١٤١٩ هـ)، **أطلس المملكة العربية السعودية**، الرياض: مؤسسة مرينا لخدمات الطباعة.

ثانياً: المراجع غير العربية:

- Al-Ribdi, Mohamed, (1990), **The Geography of Health Care in Saudi Arabia: Provision and Use of Primary Health Facilities in Al-Qassim Region**, Ph.D. Thesis, University of Southampton, Southampton.

- Calvo, A. B., and Marks, D. H., (1973), "Location of Health Care Facilities: An Analytical Approach", **Socio-economic Planning Science**, Volume 7, pp. 407-422.

- El-Bushra, El-Sayed, (1989), "Health Care Pattern and Planning in Saudi Arabia", **GeoJournal**, Volume 18, Number 4, pp. 361-368.

- Elzahrany, Ramze, (1989), **Health care Services Utilization in Makkah, Saudi Arabia**, Ph.D. Thesis, Kent State University, UMI, Ann Arbor.

- Gesler, W. and Savitz, L., (1994), "Health Professions Distribution", pp. 121- 158, in Ricketts, T. C. et al.,(eds.), (1994), **Geographic Methods for Health Services Research**, University Press of America, Lanham.

- Godlund, S., (1961), " Population Regional Hospitals, Transportation Facilities and Regions: Planning the Location of Regional Hospitals in Sweden", **Lund Studies in Geography Series, B: Human Geography**. Number 21, Department of Geography, Royal University of Lund, Lund, Sweden.

- Hart, J. T., (1971), "The Inverse Care Law", **Lancet**, Number, 1, pp. 405-412.

- Jones, K. and Moon, G., (1987), **Health, Disease and Society**, Routledge & Kegan Paul, London.

- Josph, A. E. and Phillips, D. R., (1984), **Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery**, Harper & Row, New York.

- Meade, M. et al., (1988), **Medical Geography**, The Guilford Press, New York.

- Morrill, R. L., and Earickson, R., (1969), "Location Efficiency of Chicago Hospitals: An Experimental Model", **Health Research,** Volume 4, pp. 128-141.

- Okafor, S. I., (1982), "The Case of Medical Facilities in Nigeria", **Social Science and Medicine**, Volume 16, pp. 1971-1977.

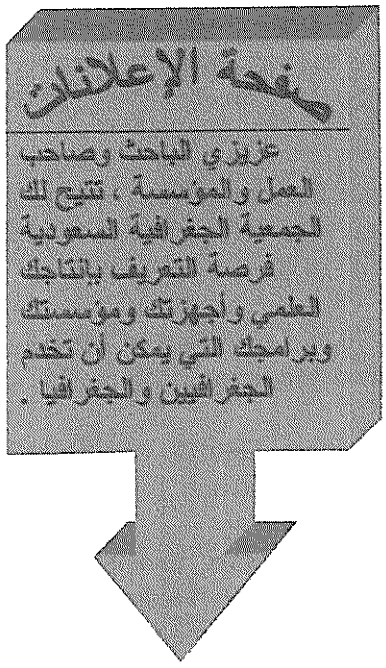
- Phillips, D. R., (1990), **Health and Health Care in the Third World**, Longman Scientific and Technical, Essex.

- Pyle, G. F., (1971), **Heart disease, Cancer, and Stroke in Chicago: A Geographical Analysis with Facilities, Plans for 1980**, Research Paper, Number 134, Chicago: University of Chicago, Department of Geography.

- Ricketts, T. C. et al., (eds), (1994), **Geographic Methods for Health Services Research**, University Press of America, Lanham.

شكر وتقدير:

يتقدم الباحث بخالص الشكر والتقدير لسعادة الأخ الزميل الأستاذ الدكتور بهجت محمد، أستاذ الخرائط بقسم الجغرافيا بجامعة أم القرى بمكة المكرمة، على مرئياته القيمة حول إخراج بعض أشكال الدراسة.



أسعار الإعلانات

- ربع صفحة ٢٥٠
- نصف صفحة بمبلغ ٥٠٠ ريال سعودي
- صفحة كاملة بمبلغ ١٠٠٠ ريال سعودي

آخر إصدارات سلسلة بحوث جغرافية

١٨- احتمالات هطول الأمطار، درجة الاعتماد عليها في المملكة العربية السعودية.	د. عبد الملك بن قسم السيد.
٢٢- نحو منهج موحد في الجغرافيا التطبيقية - أنموذج مقترح .	د. يحي بن محمد شيخ أبو الخير .
٢٣- الأشعة الشمسية القصيرة على سطح الأرض في المملكة العربية السعودية .	أ.د. محمد بن عبدالله الحراص .
٢٤- العواصف الرملية والغبارية وأثرها في ترب الحقول الزراعية في واحة الاحساء بالمملكة العربية السعودية.	أ.د. عبد الله بن احمد طاهر .
٢٥- أنماط توزيع الأراضي في المنطقة المركزية لمدينة الرياض .	أ.د. عبد العزيز بن عبد اللطيف آل الشيخ
٢٦- الخصائص الهيدروكيميائية ودرجة التحلل الكارستي في نبع عين الفيجة : سوريا .	د. محمد بن خالد حاج حسن
٢٧- تقييم طريقة الري بالرش المحوري : دراسة حالة في الجغرافيا الزراعية لمنطقة وادي الدواسر .	د. عبد الله بن سليمان الحديثي
٢٨- خصائص تربة الكثبان الرملية ومدى ملاءمتها للزراعة الجافة في واحة الأحساء بالمملكة العربية السعودية.	أ.د. عبد الله بن أحمد سعد الطاهر
٢٩- جغرافية التجارة الخارجية للمملكة العربية السعودية .	د. فريال بنت محمد الهاجري
٣٠- أهمية الأطلس المدرسي في تدريس مادة الجغرافيا في مراحل التعليم العام.	د. ناصر بن محمد عبد الله سلمى
٣١- العلاقات المكانية والزمنية للأسواق الأسبوعية وخصائصها الجغرافية في واحة الأحساء بالمملكة العربية السعودية.	د. محمد بن طاهر البوسف .
٣٢- المسح الميداني الإليكتروني باستخدام تقنية تحديد المواقع ونظام الربط الأرضي الخرائطي - G.P.S-GEOLINK	د. غازي عبد الواحد مكي المكي
٣٣- تقويم الوضع الـ.ايكولوجي الزراعي في منطقة وادي المياه بالمملكة العربية السعودية.	أ.د. عبدالله بن أحمد سعد الطاهر
٣٤- التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات لخصائص أحجام حبيبات الكثبان الرملية الهلالية بنفوذ النويرات:دراسة حالة في محافظة الغاط.	د. يحي بن محمد شيخ أبو الخير
٣٥- الأسواق الدورية في منطقة حازان : دراسة تحليلية عن التنظيم المكاني والدور الاقتصادي.	د. محمد بن عبدالكريم حبيب
٣٦- أثر استخدام المياه الجوفية على التربة وإنتاجية بعض المحاصيل الزراعية بمنطقة تبوك	د.عبدالعزيز بن ناصر السعران.
٣٧- التوزيع المكاني للسكان والتنمية في المملكة العربية السعودية في ١٣٩٤-١٤١٣هـ	د.محمد بن عبدالعزيز القباني.
٣٨- الأودية الداخلة إلى منطقة الحرم بالمدينة المنورة	د. محمود بن إبراهيم الدوعان .
٣٩- مواقع المدارس وسبل رفع مستوى سلامة التلاميذ المرورية في مدينة الرياض	د. عامر بن ناصر المطير .
٤٠- تردد الرياح الشمالية وتتابعها في المملكة العربية السعودية	د. جهاد بن محمد قربة .
٤١- القوى العاملة في المملكة العربية السعودية : أبعادها الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية	د. رشود بن محمد الحريف.
٤٢- خصائص السياح بمنطقة عسير وأهميتها للتخطيط والاستثمار السياحي	د. محمد بن مفرح شبلي القحطاني.
٤٣- تطور إنتاج خرائط المملكة العربية السعودية نصف قرن في دعم التنمية والتخطيط .	د. صبحي بن قاسم السعيد .
٤٤- تغيرات الحمولة الصلبة وعلاقاتها بالأمطار والجريان السطحي بالحوض الهيدروغرافي لوادي الكبير الرمال(التل القسنطيني-الجزائر) .	د. محمد بن فضيل بورزيه .
٤٥- نمذجة التحليل المورفومتري لشعيب نساح	د. مشاعل بنت محمد آل سعود .
٤٦- مورفولوجية كويستات هضبة تحد: دراسة تطبيقية على حال الوطاة.	أ.د. محمد خالد بن شوكت حاج حسن.
٤٧- الاتصال المناخي السطحي بين المملكة العربية السعودية ونصف الكرة الشمالي.	د. فهد بن محمد عبد الله الكليبي.
٤٨- دور مخطط التنمية في معالجة قضية التوازن الإقليمي في المملكة العربية السعودية: دراسة تقويمية لتجربة التنمية الإقليمية ما بين عامي١٣٩٠-١٤١٥هـ.	د. محمد بن عبد الحميد مشخص.
٤٩- تطور التوزيع الجغرافي لمرض السل وانتشاره في العالم.	د. فاطمة بنت أحمد محمد البيوك.
٥٠- العلاقة بين كميات الأمطار وارتفاع الماء الجوفي في حوض وادي عرفة بالمملكة العربية السعودية.	د. محمد بن عبد الله محمد الصالح.
٥١- الصناعات الصغيرة في المملكة العربية السعودية.	د. عبد الله بن حمد الصليع.
٥٢- أوجه التشابه والاختلاف وآفاق التكامل التقني والمنهجي بين المساحة التصويرية والاستشعار عن بعد.	د. طاهر بن علي الفرني.
٥٣- الخصائص المورفومترية لحوضي وادي عركان ووادي بيش بالمملكة العربية السعودية: دراسة تطبيقية مقارنة.	د. محمد فضيل بورزيه.
٥٤- التباين الإقليمي لتطور الصناعات الغذائية في المملكة العربية السعودية(١٣٧٣-١٤١٧هـ): تحليل جغرافي.	د. عبد العزيز بن إبراهيم الخرفي.

أسعار البيع :
سعر النسخة الواحدة للأعضاء : ١٠ ريالات سعودية.
سعر النسخة الواحدة للمؤسسات : ١٥ ريالاً سعودياً .
تضاف إلى هذه الأسعار أجرة البريد .

Price Listing Per Copy :
Individuals : 10 S.R.
Institutions : 15 S.R.
Handing & Mailing Charges are added on the above listing

عزيزي عضو الجمعية الجغرافية السعودية
هل غيرت عنوانك؟ فضلاً أملأ الاستمارة المرفقة وأرسلها على عنوان الجمعية
الاسم: ..... العنوان: ..... ص ب: ..... المدينة والرمز البريدي:..... البلد: ..... الاتصالات الهاتفية: عمل:..... منزل: ..... جوال: ..... بيجر: ..... بريد إليكتروني: .....
ترسل على العنوان التالي: الجمعية الجغرافية السعودية ص ب ٢٤٥٦ الرياض ١١٤٥١ المملكة العربية السعودية هاتف: ٤٦٧٨٧٩٨ ١ ٩٦٦+ فاكس: ٤٦٧٧٧٣٢ ١ ٩٦٦+ بريد إليكتروني: sgs@ksu.edu.sa كما يمكنكم زيارة موقع الجمعية على الإنترنت على العنوان التالي: www.ksu.edu.sa/societies/sgs/

Geographical Distribution of Health Care Services in Makkah Al-Mukarramah Province

Ramze A. Elzahrany
Geography Department- Umm Al-Qura University Makkah

Abstract

Health care services distribution has been a predominant subject in the medical geography literature. Such research has focused mainly on the distribution of services, with reference to population distribution and their needs.

The objective of the present research is to study health care services distribution in the province of Makkah, based on data provided by the health affairs directorates of Makkah and the province governance.

The study has simply calculated the location quotients of government and private health care services among different spatial units, (Muhafadhat), of the province. In addition, the research has also investigated some other distributional indicators, such as population/facility ratios.

The main findings illustrate clear tendency towards maldistribution of health care services in general, in favor of muhafadhat with larger urban areas, such as Jeddah, Makkah and Taif. However, governmental facilities distribution is relatively more dispersed in comparison with the distribution of private services, which largely concentrates on Jeddah.

As a result, we can conclude that a form of an Inverse Care Law is present in the distribution of health care services in the province of Makkah. Therefore, the present distribution has to be reformed. Furthermore, there is a need for more rigorous research, which includes the impact of more variables on the optimal distribution of heath care services in the province of Makkah. Such variables may include, among many others, the condition of transportation roads, and the distance to the nearest health care services.

ISSN 1018-1423

Administrative Board of the Saudi Geographical Society

Abdulaziz A. Al-Shaikh	Prof.	Chairman.
Mohammed S. Makki	Prof.	Vice-Chairman.
Badr A. Al-Faqeer	Ass. Prof.	Secretary General.
Abdulah H. Al-Solai	Ass. Prof.	Treasurer.
Ibrahim S. Al-Dosari	Ass. Prof.	Member.
Abdullah S. Al-Reqeba	Ass. Prof.	Member. Mohsen
Mohammed M. Al-Qahtani	Ass. Prof.	Member.
Ibrahim M. Al-Faqi	Ass. Prof.	Member.
Khadhran K. Al-Thobaiti	Ass. Prof.	Member.

RESEARCH PAPER IN GEOGRAPHY

OCCASIONAL REFEREED PAPERS PUBLISHED BY SAUDI GEOGRAPHICAL SOCIETY

55

Geographical Distribution of Health Care Service in Makkah Al-Mukarramah Province

Dr. Ramze A. El-Zahrany

King Saud University - Riyadh
Kingdom of Saudi Arabia
1424A.H. - 2003 A.D.