التحليل المكاني للخدمات الصحية في ولاية كسلا

Spatial Analysis of Health Services In Kassala State

أ . د/ عوض حاج علي

د/ مناهل إدريس أدروب عنجة

المستخلص

تناولت هذه الدراسة موضوع التحليل المكاني للخدمات الصحية في ولاية كسلا ومحلياتها.الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو تحليل واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية و مدي كفاءتها وملاءمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي حاجات المجتمع المحلي في ولاية كسلا. وإتبعت الدراسة في منهجيتها المنهج الوصفي والمنهج التحليلي بالإرتكاز علي نتائج المسح الميداني الشامل للخدمات الصحية العامة بالمستشفيات والمراكز الصحية والصيدليات في منطقة الدراسة ، بالإضافة إلي المخطط الهيكلي لمنطقة الدراسة كأساس في تعيين المحليات وتوزع السكان والمؤسسات الصحية عليها . أظهرت نتائج التحليل أن الخدمات الصحية الأولية ، تعاني من سوء التوزيع وعدم كفايتها ، مما يسبب ضغط علي الخدمة ويؤثر سلباً فى الصحي للسكان. وأوصت الدراسة بعدد من التوصيات ، كان أهمها إنشاء مستشفي عام في كل محلية في منطقة الدراسة ، لتخفيف ضغط الخدمة . كما أوصت الدراسة بضرورة العمل علي تطوير هذه المؤسسات من النواحي العمرانية والإدارية وحاجات البشرية والتجهيزات الطبية الفنية لتخفيف الضغط علي هذه المؤسسات وتقديم خدمة أفضل للمواطن . كما أوصت الدراسة بتطوير قاعدة البيانات المتعلقة بالمؤسسات الصحية لدي وزارة الصحة لتسهيل المتابعة والإشراف والتخطيط حيث إن الأرشيف الموجود حالياً تقليدي ولا يحقق الحد الأدني المطلوب للتخطيط المستقبلي . وكذلك وجوب إنشاء وحدة إدارة مكانية تابعة لدائرة التخطيط الصحي في وزارة الصحة السودانية لتعمل علي جمع المعلومات وإنشاء قاعدة بيانات مكانية للخدمات الصحية في ولاية كسلا ، لتكون بمثابة ركائز للخطة الصحية الوطنية السودانية القادمة .

Abstract

This study was to address the issue of spatial analysis of health services in kassala state , The main objective of this study is to analyze the current spatial distribution of health services and their suitability for spatial planning standards that meets the needs of the community in the kassala state . The methodology of study followed the descriptive and analytical approach based on the results of the results of a comprehensive field survey carried out by author for public health services , hospital and health centers , including the health center and pharmacies in the study area , in

addition to the current structural plan of the city's a basis to identify planning areas , and calculating the area and the population

distribution .The result of the analysis showed that health services, especially with regard to primary health care centers and pharmacies in the study area suffer from poor and inadequate distribution , causing pressure on the service and adversely affect the level of health of the population .

The study recommended a number of recommendations , the most important was the establishment of a general hospital in the region , since the existing governmental general hospital in kassala state is the only hospital in the governorate of kassala state , which is not subject to horizontal expansion in accordance with the planning standards and suffering from the pressure of service by up to approximately twice the currently available capabilities . In addition , the study recommended the necessity of the development of these centers in terms of their physical , administrative , human needs , and technical and medical equipment to ease pressure on the centers and provide better service to citizens. Finally , the study recommended the development of the database in the Ministry of Health in order to facilitate follow – up, supervision and planning . where the existing archive is primitive and dose not achieve the minimum required level for future planning .

المقدمة :

تعكسأهميةالخدماتالصحيةلأيمُجتمعمدىالتطورالاقتصاديوالاجتماعيللبلد،باعتبارهامنالمستلزماتالأساسيةللسكان،وقدحظيّهذاالجانببمكانة كبيرة فيكثيرمنالدول،لأن تطورالخدماتالصحيةدليلعلي قدرةالبلاد عليتحقيقالتنميةالاقتصاديةوالاجتماعية، ولكييؤديالمجتمعوظائفهبكفاءةعالية يتطلبهذاالأمرتوزيعاًمكانياًعادلاًللخدماتالصحيةبشكليتلاءممع كثافةالسكانفي محلياتالولاية،وتأتيأهميةدراسةمؤسسات الصحةالعامةلإرتباطهابحياةالسكانبماتقدمهمنخدماتذاتتماسٍمباشرمعحاجاتالسكان.تعد ولاية كسلاواحدةمنالمراكزالحضريةالمهمةالتييشهدمجتمعهازيادةمستمرةفيسكانها .

ونظراًلأهميةخدماتمؤسساتالصحةالعامةلأنهاجُزءًمنالخدماتالصحيةالمقدمةفيالولاية،ولارتباطهاالمباشربالسكانلِماتقدمهمن خدمات(علاجيةووقائية)ضمنالرقعةالجغرافيةللمؤسسةالصحيةولمختلفالفئاتالعمرية،فضلاًعنإرتباطهابالدولةبوصفهاالمسؤولالأولعنتأمينخدماتهالأفرادالمجتمع.ولحاجةالولايةإلىدراسةعلميةمستفيضةعنواقعالتوزيعالمكانيلهذهالمؤسسات،ومتغيراتهاالبشرية،فقدجاءتهذهالورقةلتُلقيالضوءعلىهذاالقطاعالحيويومناقشةمشاكلهِ،وقياسمدى كفاءةالتوزيعالمكانيفيضوءالمعايير المعتمدة في الدولة .

المشكلة:

تتمثلالمشكلةفي تدهوركفاءةالتوزيعالمكانيلمؤسساتالصحةالعامةفيولاية كسلابماينسجممعكثافةالسكانبالشكلالذييعكستردیمستوىكفاءةالخدماتالصحيةفيالولاية .ولأن الخدمات الصحية أحد ملامح التحضر في المجتمعات المعاصرة التي تعكس درجة التحضر لذلك فإن دراسة المراحل التطورية والمتغيرات المكانية للخدمات من شأنها أن تسهم في فهم خصائصها المكانية بهدف وضع تصور مستقبلي لتنميتها وتحقيق أفضل مستوي للاستفادة منها ،ويركز موضوع الدراسة الحالية عن كيفية الإستفادة من نظم المعلومات الجغرافية في دراسة خصائص الخدمات الصحية الأولية بولاية كسلا .

الأهداف:

تهدفالدراسةإلىتحقيقالأهدافالآتية:

1. معرفةكفاءةخدماتمؤسساتالصحةالعامةفيالولايةومدىكفايتها،وإيجادمكامنالخللفيمتغيراتها،باعتمادعددمنالمعايير المحلية.
2. التوجه نحو

إعدادقاعدةبياناتجغرافيةعنمؤسساتالصحةالعامةومتغيراتها،وتحليلالبياناتالإحصائيةلتقديممعلوماتدقيقةلمتخذيالقرارفيمجال التخطيطالصحي.

3. تعرف نمطالتوزيعالمكانيلمراكزالصحةالعامةفي ولاية كسلا بإستخدامنظمالمعلوماتالجغرافية (GIS).
4. التوزيع المكاني النوعي والكمي للمؤسسات الصحية الحالية في منطقة الدراسة .
5. تحليل التباين المكاني لخصائص المؤسسات الصحية .
6. تقديم من الخدمات الصحية في منطقة الدراسة ووضع توصيات تتيح لمتخذي القرار تحقيق المثلي من الخدمات الصحية الأولية .

الاهمية :

نظراًلأهميةخدماتمؤسساتالصحةالعامةفيالولاية

النابعةمنإرتباطهابحياةالسكان،ولدورنظمالمعلوماتالجغرافيةفيالتخطيطالصحيفقدجاءتهذهالدراسةلاعتباراتعدةمنأهمها:

1. عدموجوددراساتعلميةأكاديميةعنموضوعالدراسةتناولمنطقةالدراسة.
2. غيابإستخدامنظمالمعلوماتالجغرافيةفيدراسةالتوزيعاتالمكانيةومعالجةالعلاقاتالمكانيةوإعدادالخرائطالصحيةلمنطقةالدراسة.

فرضياتالدراسة :

صيغتفرضياتالدراسةبالشكلالآتي:

١ .هناكتباينفيالتوزيعالمكانيلمراكزالصحةالعامةومستوىكفاءتهاباعتمادعددمنالمعاييرالتخطيطيةالمحلية.

٢ .إنتقويمكفاءةالتوزيعالمكانيلمؤسساتالصحةالعامةفيولاية كسلايمكنأن يتحققبإستخدامنظمالمعلوماتالجغرافية (GIS).

منهجيةالدراسة:

المنهجية الأساسية للدراسة تقوم علي تحليل النظام القائم حالياً واستخدام المخططات والرسومات البيانية والخرائط .

الكلمات المفتاحية :

البيانات المكانية ،التخطيط ، المعايير التخطيطية للخدمات ، نظم المعلومات الجغرافية .

الدراسات السابقة :

تنوعت الدراسات الجغرافية المتعلقة بالخدمات الصحية وكذلك الخدمات العامة علي المستوي العالمي والمستوي المحلي ولقد تم الرجوع إليها ويمكن تصنيف هذه الدراسات إلي عدة محاور علي النحو التالي :

1. دراسات اهتمت بالتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية بالاعتماد علي الأساليب الإحصائية ، ومن أهمها : دراسة شنايدر (Schneider,1967) ودراسة أبرناثي وآخرون(Abernathy et al,1978) ، ودراسة هتزل (Hetzel,1978) ، ودراسة فيليبس(Phillips) ،ويميز هذه المجموعة من الدراسات محاولة النهوض بالخدمات الصحية من خلال تخطيط المواقع ، ودراسة خصائص المستفيدين منها ، وتحليل العوائق التي تؤثر في كفاءة الخدمات الصحية وفاعليتها ، ودراسة هذه العوائق . **[1]**
2. دراسات إهتمت بالتوزيع المكاني للخدمات الصحية علي أساس معدلات نمو السكان وتطور أعداد مراكز الخدمات الصحية وحجم قوة العمل فيها ،ومن أهمها دراسة تيلور (Taylor,1982) ، وقد ركزت علي مشكلة التباين في توزيع الخدمات العامة وسهولة الوصول إليها ، وبخاصة في المناطق الريفية ، ويؤكد أهمية دراسة التوزيع المكاني للرعاية الصحية ما ذكره كل من شانون ودفر (Shannon & Dever ,1974) من أن التوزيع المكاني الكمي والنوعي لمصادر الخدمات الصحية يعد من أساسيات تقديم الخدمات الصحية الفاعلة . **[2]**

ولم تبقي دول العالم النامي بعيدة عن الدراسات المتعلقة بالخدمات الصحية ، وبخاصة تقويم وضع الخدمات ومقارنتها مع الدول المتقدمة ، ومن ثم استخلاص المعوقات ووضع الحلول لتنميتها ، ومن أهم هذه الدراسات :

3. دراسة جستلر(Gesler ,1984) التي أبرزت خصائص الخدمات الصحية في الدول النامية ،ودراسة أنيس (Annis,1981) حول الخدمات الصحية في جواتيمالا. **[3]**

4. ودراسة عام (1980) حول سياسات الخدمات الصحية وتنمية القوة البشرية الصحية في باكستان .

5. وعلي المستوي العربي ظهرت مجموعة من الدراسات الجغرافية المتعلقة بالخدمات الصحية ، وبخاصة المتعلقة بمصر ، والمملكة العربية السعودية ،ومن أهمها دراسة رمسيس جمعة (1978) حول التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية ، ودراسة الزهراني (Al-Zahrani, 1989) حول الخدمات الصحية في مكة المكرمة ، ودراسة القحطاني (Al-kahtani,1991) حول أنماط التوزيع المكاني للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية ،ودراسة الربدي (Al-Ribdi) حول جغرافية الرعاية الصحية في السعودية ، ودراسة البشري (El-Bushra,1980) حول التوزيع الجغرافي للسكان والخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية ،ودراسته عام 1985 حول التوزيع الجغرافي للسكان والخدمات الصحية في اليمن ،ودراسته عام 1989 حول أنماط التوزيع الجغرافي وتخطيط الرعاية الصحية في السعودية إضافة إلي الدراسة التي قام بها يوسف طعماس (1986) حول التوزيع المكاني في الدراسات الجغرافية ولا سيما المتعلقة بالخدمات الصحية موضوع الدراسة الحالية ، ودراسة عبد الله الوليعي(1991) حول التوزيع الجغرافي للأمراض بالمملكة العربية السعودية مع التركيز علي العوامل المكانية التي تؤثر في توزيع الأمراض . **[4]**

6. وإمتدت الدراسات الجغرافية للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية للنمذجة المكانية للخدمات الصحية في منطقة الباحة ، مثل دراسة الغامدي وآخرون (Al-Ghamdi et ,1991) كما ظهرت دراسات جيدة تتعلق بتحليل التباين الإقليمي لتوزيع الخدمات وإبراز أسبابه ومشكلاته مثل دراسة محمد القحطاني (1994) ،ودراسة أحمد الجار الله (1997)، وهنالك دراسات أجريت في دولة الكويت إذ إقتصرت جهود الباحثين علي دراسة غانم سلطان (1998) حول الرعاية الصحية في دولة الكويت ،فقدم دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات الصحية ،و دراسة سناء بوحمرا وبدر الزيد (1999)المتعلقة بالخدمات الصحية في دولة الكويت وقد ركزت علي تحليل رضا المراجعين عن مستوي الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية واعتمدت علي المنهج المقارن ،وهناك ايضاً دراسة خالد الجار الله (1996) حول تطور الخدمات الصحية في دولة الكويت منذ إنشائها حتي استقلالها .**[5]**

7.عبدالرازق حسن إسماعيل اسحق (2008)م**[6]** .

وقد كانت الدراسة بعنوان الخدمات الصحية الأولية في ولاية النيل الأزرق تطورها ،خصائصها ، أنماطها وتوزيعاتها المكانية. تناقشهذه الدراسة الخدمات الصحية الأولية في ولاية النيل الازرق تطورها وخصائصهاوأنماطها وتوزيعاتها المكانية. وتهدف الدراسة إلي قياس تطور الخدمات الصحية وعلاقةذلك بإعداد السكان ومناطق الكثافات السكانية في مختلف الوحدات الإدارية بمنطقةالدراسة، كما اهتمت الدراسة بالتوزيعات المكانية لمراكز الخدمات الصحية وتعيينالمسافات التي يقطعها المستفيدون من الخدمات للوصول إلي المراكز

الصحية وكذلك معرفةدرجة رضا المستفيدين من هذه الخدمات . وقد تماستخدام الأساليب الإحصائية ذات العلاقة ، و تحليل البيانات عنطريق برنامج(spss)وجمع البيانات عن الخدمات الصحية في منطقة الدراسةميدانياً واستخدم الباحث العينة العشوائية المساحية .

8. سونيا ظاهر عمر مساد(2008)م**[7]** .

وقد كانت الدراسة بعنوان استراتيجيات تطوير وتخطيط الخدمات الصحية في مدينةجنين في ضوء التطور العمراني للمدينة.تنبع أهمية هذه الدراسة من الحاجة الملحة لدراسة قطاع الخدمات الصحية،.من هنا تبدو الحاجة ملحة لدراسة قطاع الخدمات الصحية في مدينة جنين وذلك من خلال تحليلوتقييم الواقع الحالي وتحديد الإحتياجات والمتطلبات والمعوقات ومن ثم وضع بعضالإستراتيجيات والمقترحات حول التخطيط والتطوير للخدمات الصحية في ضوء التطورالسكاني والعمراني للمدينة، هدفت هذه الدراسةالى ربط تطوير الخدمات الصحية في جنين بتطوير المدينة ونموها السكاني والإقتصاديوالعمراني، ووضع استراتيجيات مناسبة لتطوير قطاع الخدمات الصحية في المدينة، ثمالتوصل الى النتائج الضرورية.

9. سحر عبد الكريم عبد الرحمن محمد (2008)م**[8]** .

وقد كانت الدراسة بعنوان تقويم الخدمات الصحية في مدينة بورتسودان (من عام 1995م – 2008م).هدفت هذه الدراسة إلي تعرف حجم الخدمات الصحية في منطقة الدراسة مقارنةبالسكان، دراسة التوزيع الحالي للخدمات الصحية، معرفة أراء المستفيدين ومدى رضائهمعن الخدمات الصحية الأولية. أستخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهجين الاستقرائيوالاستدلالي واستخدمت الأساليب الإحصائية وتم تحليل البيانات عن طريق برنامج (spss) وتأتي أهمية هذا البحثمن أهمية الخدمات الصحية للإنسان هذا بالإضافة إلي قلة الدراسات في منطقة الدراسةعن الخدمات الصحية. افترضت هذه الدراسة أن الخدمات الموجودة لا تتناسب مع أعدادالسكانوأن توزيع الوحدات الصحية غير عادل، توصلت هذه الدراسة إلي عدة نتائج أهمها: بلغ معدل ما يخدمه الطبيب الواحد منالسكان 30 شخصا أما معدل السكان للسرير الواحد فقد بلغ 177 شخص لكل سرير وهذهالمستشفيات لا تخدم سكان المدينة فقط وإنما تخدم سكان الولاية بأكملها مما يشير إليأن هناك ضغط إضافي علي الخدمات الموجودة في هذه المراكز. أوضحت الدراسة أن هناك عواملتؤثر في درجة رضي المستفيدين من الخدمات الصحية مثل المسافة المقطوعة .

10. سليم أحمد سليم استيتة(2009م)**[9]** .

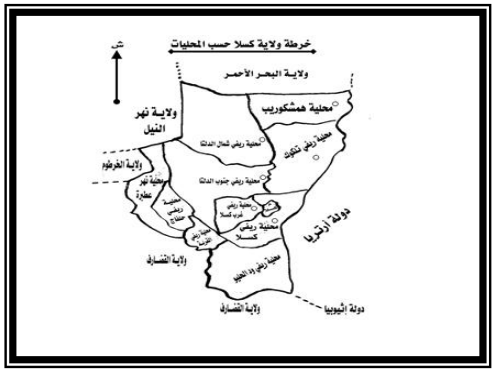
وقد كانت الدراسة بعنوان التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها بإستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية. ويعتبر الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو تحليل واقع التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية ومدي كفاءتها وملاءمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي حاجات المجتمع المحلي في مدينة طولكرم وضواحيها وكذلك تقديم مقترح لتوزيع مكاني أفضل. واتبعت الدراسة في منهجها المنهج الوصفي والمنهج التحليلي بالإرتكاز علي نتائج التعداد السكاني الذي قام به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام2007م ونتائج المسح الميداني الذي قام به الباحث للخدمات الصحية في منطقة الدراسة بلإضافة إلي المخطط الهيكلي المالي لمنطقة الدراسة كأساس في تحديد الناطق التخطيطية وإحتساب مساحاتها وتوزيع السكان عليها.

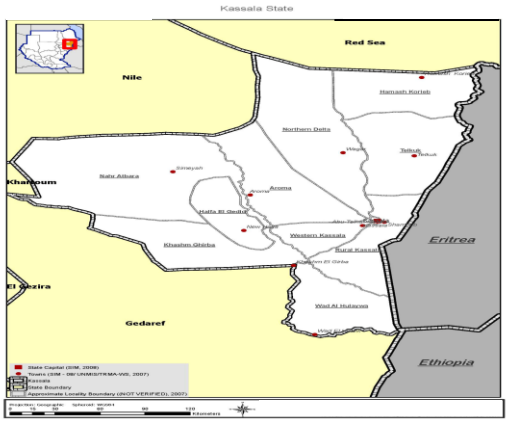
11. أحمد محمد جهاد دليمي الكبيسي(2009) :**[10]**

وقد كانت الدراسة بعنوان كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجه باستخدام نظم المعلومات الجغرافية.تناولت الدراسة كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجه باستخدام نظم المعلومات الجغرافية من خلال حقل التوزيعات المكانية في برنامج (Arcgis93) لتحليل البيانات المكانية بإستخدام اسلوب المسافة المعيارية ومركز المعدل الفعلي والمركز الجغرافي المتوسط فضلاً عن إستخدام برنامج الحقبة الإحصائية (spss) لتحليل العلاقة الإرتباطية بين متغيرات الخدمة الصحية.

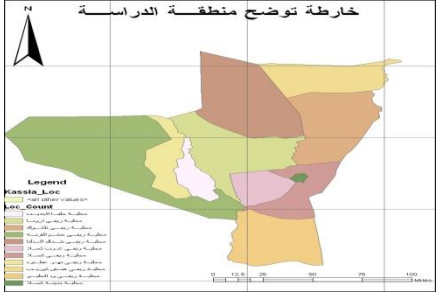
إجراءات التحليل :

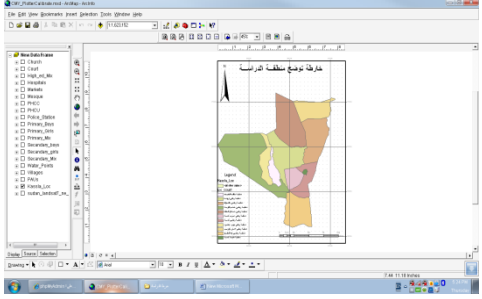
إستند التحليل علي المسح بولاية كسلا بمحلياتها (11محلية) للخدمات الصحية موضوع الدراسة ، وذلك ضمن نطاق المنطقة التي تستهدفها الدراسة ،حيث تم جمع البيانات من خلال الإستمارات ،التي شملت المستشفيات الحكومية والمستشفيات الأهلية والمراكز الصحية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية والصيدليات . وقد تضمنت البيانات الجوانب الجغرافية والعمرانية والبيانات الصحية وطاقة المراكز الإستيعابية بما يتعلق بالمستشفيات والمراكز الصحية . إضافة إلي البيانات المتعلقة بالسكان وتوزعهم علي منطقة الدراسة ،إستناداً علي بيانات تم الحصول عليها من المركز القومي للمعلومات الصحية والإدارة العامة للتخطيط والسياسات والبحوث إستناداً علي المسح السكاني للعام 2008 م .





خريطة رقم (2) : توضح الهيكل التخطيطي لمحليات ولاية كسلا





خريطة رقم (3) : ولاية كسلا

خريطة رقم(4) : المخطط الهيكلي لولاية كسلا(منطقة الدراسة)

منطقة الدراسة:

تتكون منطقة الدراسة(ولاية كسلا) من ثمان محليات (مدينة كسلا ،ريفي كسلا ،حلفا الجديدة ،ريفي نهر عطبرة ، ريفي خشم الفربة ، ريفى ود الحليو،ريفى اروما، ريفى شمال الدلتا ، ريفي همشكوريب ، ريفي تلكوك).

جدول رقم (1) : يوضح النسبة المئوية لنوع السكان

عدد السكان	حجم الاسرة	النسبة المئوية لنوع السكان		
		الحضر	الريف	الرحل
1881510	6.3	26.4	62.8	10.8

جدول رقم (2) : يوضح المؤشرات الديمغرافية

معدل النمو السكاني	معدل المواليد الخام	معدل الوفيات الخام	معدل وفيات الرضع	معدل الخصوبة العام	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
2.8	31.7	10.5	لكل 561000	7ولادة لكل امرأة	لكل 311000

جدول رقم (3):يوضح عدد سكان ولاية كسلا خلال العام 2010م على حسب النوع الاعمار والمحليات

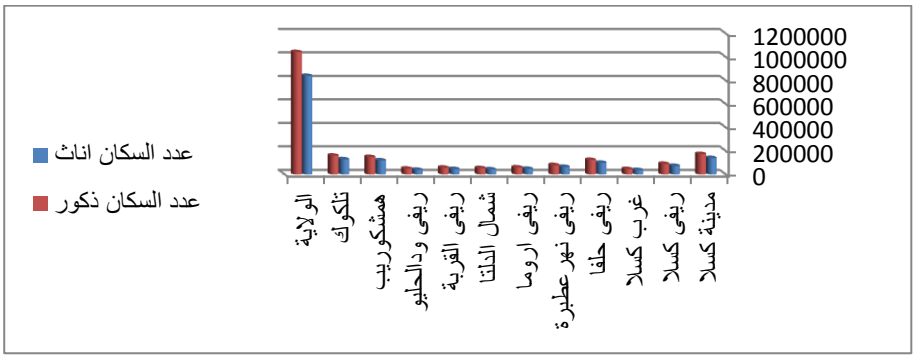
المحليات	عدد السكان			اقل من سنة	اقل من5سنوات	نساء فى سن الانجاب
	اناث	ذكور	المجموع			
مدينة كسلا	139966	173859	313825	10670	49396	77829
ريفى كسلا	72499	90054	162553	5527	25586	40313
غرب كسلا	37216	46227	83443	2837	13134	20694
ريفى حلفا	99333	123386	222719	7572	35056	55234
ريفى نهرعطبرة	64191	79735	143926	4893	22654	35694

26790	17003	3673	108024	59845	48179	ريفى اروما
23946	15198	3283	96557	53493	43064	شمال الدلتا
25794	16371	3536	104008	57620	46388	ريفى القرية
22077	14012	3027	89020	49317	39703	ريفى ودالحليو
66555	42241	9125	268368	148676	119692	همشكوريب
71689	45499	9828	289067	160143	128924	تلكوك
466614	296150	63971	1881510	1042355	839155	الولاية

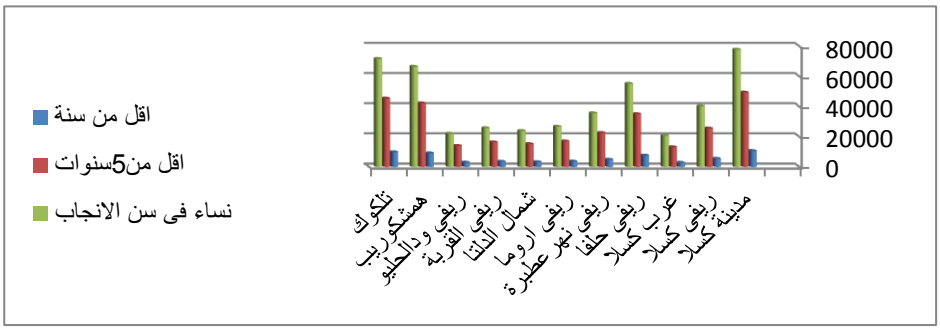
المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء

معدل النمو السنوي 2.83% ،الأطفال اقل من سنة 3.4% ، الأطفال اقل من 5 سنوات 15.74 ، النساء في سن الإنجاب 24.8 .

مخطط رقم (1) : عدد سكان ولاية كسلا(ذكور /اناث) على حسب المحليات



- **مخطط رقم (2) :عدد سكان بالمحليات حسب فئات الاعمار :**



النظام الصحي بالولاية :

- **النظام الصحي المحلي (الصحة بالمحليات) :**

بدأت نواة تطبيق النظام الصحى فى (7) محليات من محليات الولاية كسلا بتوزيع الاثاثات ووسائل الترحيل وتدريب الكوادر ويعمل النظام بصورة فعالة فى محلية القرية .

جدول رقم (4) : يوضح معدلات الأمراض الانتقالية ذات الأولوية

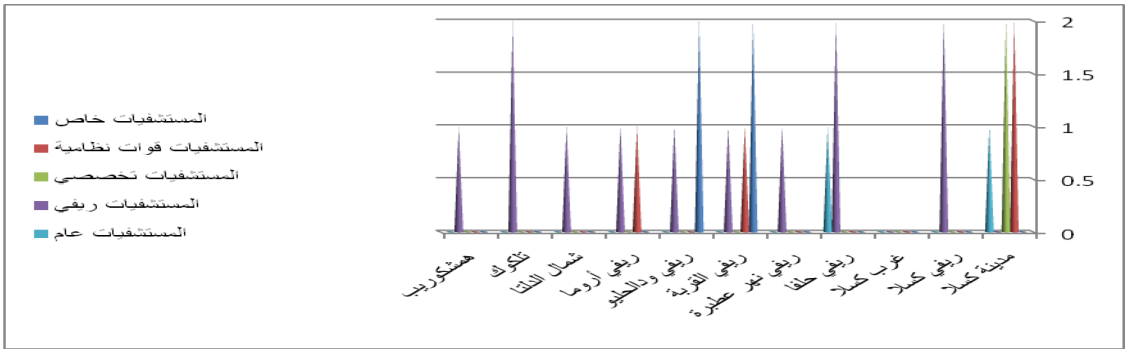
المرض	المعدل للسكان 2011
الملاريا	5.2 لكل 100.000 من السكان
الدرن	1.2 لكل 100.000 من السكان
البلهارسيا	10.3 لكل 100.000 من السكان
الأيدز	1.6 لكل 1000 من السكان

جدول رقم (6): يوضح أكثر عشرة أمراض تردداً على المؤسسات الصحية(التقرير الاحصائى 2010)

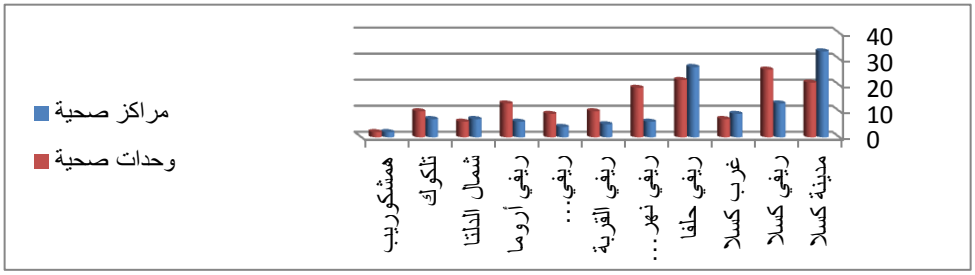
مخطط رقم (3) : نسبة المرض لمجموع المترددين

المؤسسات الصحية حسب المحليات بالولاية:

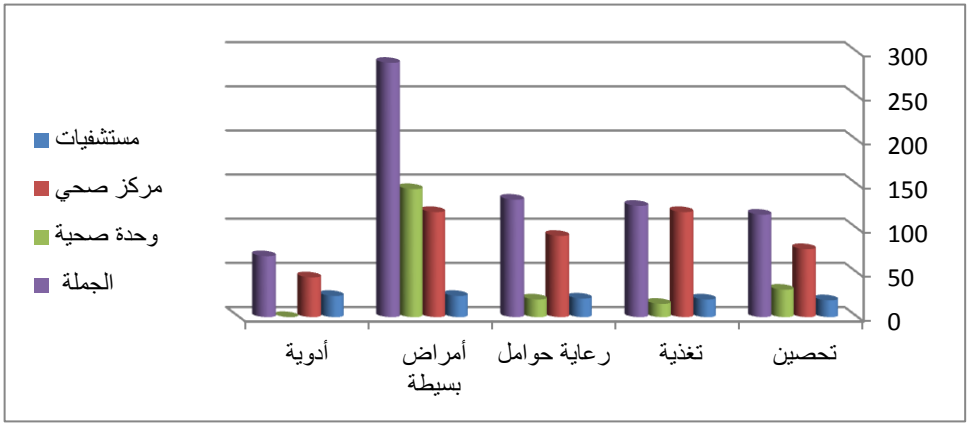
مخطط رقم (4) توزيع المستشفيات حسب المحليات :



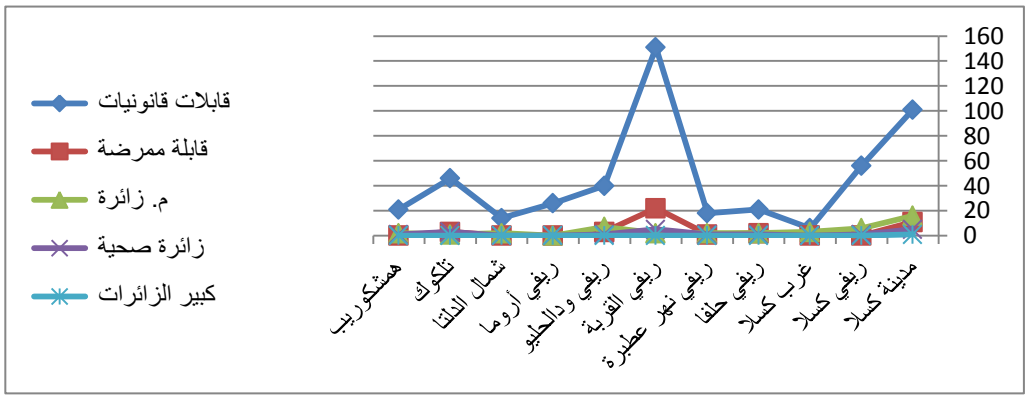
مخطط رقم (5) : توزيع المراكز الصحية والوحدات حسب المحليات :

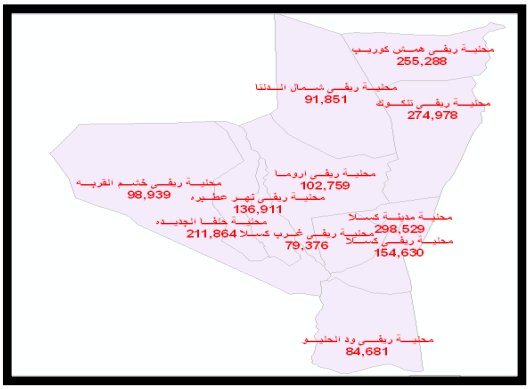


مخطط رقم (6):يوضح التغطية بالحزم الأساسية لخدمات الرعاية الصحية الأولية الثابتة(مسح المؤسسات 2010م)



مخطط رقم (7) : توزيع كوادر الصحة الإنجابية حسب المحليات





خريطة رقم (5):عدد السكان في منطقة الدراسة :السكان في المناطق التخطيطية في منطقة الدراسة

المصدر : المسح السكاني 2008م

من خلال الأمر(auto Lapel) تم إظهار عدد السكان في كل محلية كما هو مبين في الخريطة رقم(5) ، مصدر أعداد السكان (الجهاز المركزي للإحصاء في السودان المسح السكاني 2008) .

جدول رقم (5) : يوضح وفرة الكوادر الطبية والصحية حسب التخصص :

البيان	التغطية	المعيار
عدد الأخصائيين (49)	38,398لكل أخصائي	50,000 لكل أخصائي
عدد الأطباء العموميين (137)	13,734لكل طبيب	10,000لكل طبيب
عدد المساعدين الطبيين (324)	5,807لكل مساعد طبي	5,000لكل م. طبي
عدد الممرضين (760)	2,475لكل ممرض	2,000لكل ممرض

- هنالك عدد من المساعدين الطبيين نزلو المعاش بالتالى نقص العدد من 376ال 324 بنقصان 52 مساعد، كما لا توجد تغطية للمراكز بالأطباء سوا (3) مراكز

المستشفيات بمحليات الولاية حسب التبعية يوليو /2012م :

من التحليل وجد أن عدد المستشفيات بمحليات ولاية كسلا كالآتي :

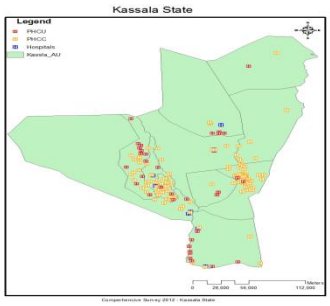
بلغ عدد المستشفيات بمحلية كسلا (8) مستشفيات و عدد (2) بمحلية ريفي كسلا و (4) بمحلية ريفي حلفا وعدد (1) بمحلية نهر و(4) بمحلية ريفي القرية ومحلية ود الحليو عدد (3)، وعدد (1) في كل من ريفي أروما وشمال الدلتا ، وعدد (2) في محليتي همشكوريب وتلكوك .

- مجموع المستشفيات العاملة (27) : مستشفيات وزارة الصحة (14) مستشفي.

قوات نظامية (5) : ((3) شرطة – (2) جيش) .خاص (8) : الهلال الأحمر(3)– اللاجئين/ هيئة الأعمال الخيرية (3)– (نقابة المعلمين (1) صندوق اغاثة المرضي الكويتي (1) .

- مجموع المستشفيات غيلر العاملة(1) .

لقد تم عمل (New theme) للمستشفيات والمراكز الصحية وتم تغذية البرنامج بالبيانات المتعلقة بها وتم تحديد مواقعها كما يظهر في الخريطة (6) .



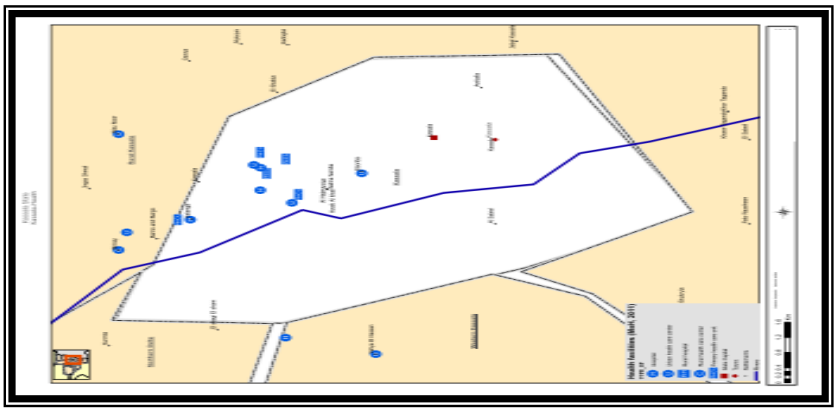
خريطة رقم (6) مواقع المستشفيات والمراكز الصحية والوحدات الصحية في ولاية كسلا

من خارطة ولاية كسلا الملاحظ أنه لا توجد عدالة في توزيع المؤسسات الصحية حيث أنها تتمركز في الوسط وتقل أو تكاد تنعدم في بعض المحليات التي بالأطراف .

تحليل النظام الصحي بالمحليات :

أولاً : محلية كسلا:قطاع الصحة :

لقد بدأ العمل بالنظام الصحي بمحلية مدينة كسلا في العام 1905م بإنشاء إستبالية كسلا وتم ترفيعها إلي مستشفي كسلا التعليمي عام 1952م إلي الآن .



خريطة رقم (7) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية كسلا

الوضع الراهن :

جدول رقم (6) : يوضح نوع وعدد المؤسسات الصحية بمحلية كسلا

نوع المؤسسة	المستشفيات	المراكز الصحية	الوحدات الصحية
العدد	5	42	7

ملحوظة: توجد عدد (2) مستشفي تتبع الي القوات النظامية (20) مركز صحي يتبع الي جهات خاصة كما توجد مدرسة قابلات.

نقاط القوة :توجد مستشفيات ومراكز صحية كافية بالمحلية مقارنة بعدد سكان المحلية وحسب المعيار.

ثانياً : محلية ريفي غرب كسلا:

قطاع الصحة : الوضع الراهن :

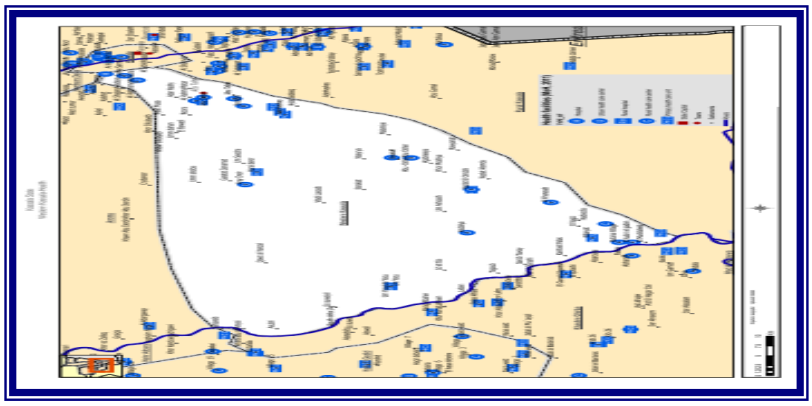
•جدول رقم (7) :يوضح عدد ونوع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي غرب كسلا

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية
العدد	0	7	8

▪يوجد عدد (2) مركز صحي وعدد 4 وحدات صحية غير عاملة .يوجد عدد (2) مركز صحي تابع لمنظمة القرن الافريقي .

نقاط القوة :وجود التزام سياسي تجاه قضايا الصحة ،وجود كوادر صحية .

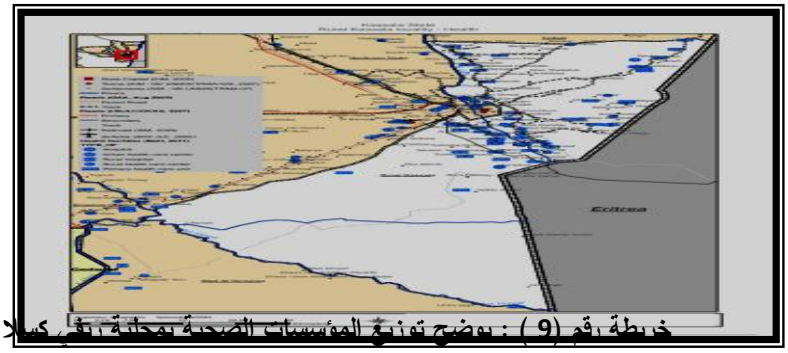
نقاط الضعف:تدني الوعي والسلوك الصحي .



خريطة رقم (8) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي غرب كسلا

ثالثاً : محلية ريفي كسلا:

الوضعالراهن :يوجد بالمحلية عدد 2 مستشفى ريفي هما(عد موسى والهلال الأحمر) . و عدد 10 مراكز صحية و32 وحدة صحية منها 26 عاملة و6 غير عاملة . هنالك مشاكل ومعوقات تواجة القطاع من ناحية الصحة العلاجية والوقائية . يوجدعدد 11 مؤسسةصحيةبالمحليةلاتعمل (مغلقة) .



خريطة رقم (9) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي كسلا

رابعاً : محلية ريفي أروما :

قطاع الصحة : بدأ العمل الصحي بمحلية ريفي اروما بصورة منتظمة بأنشاء مستشفى أروما الريفي عام 1958م وهو يعتبر نقلة حقيقية لأنه في ذلك الوقت قام بتقديم العديد من الخدمات التي يحتاج اليها مواطن محلية القاش , وهو يعتبر جزء من النظام الصحي القومي الذي يقوم علي الرعاية الصحية الاساسية وهي خدمات تقدم للمواطنين في اماكن تواجدهم.

- **الوضعالراهن :**

جدول رقم (8) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات بمحلية ريفي اروما

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية

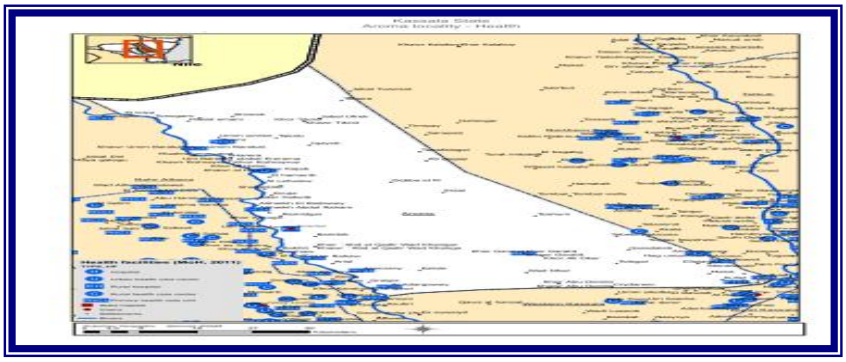
العدد	2	9	27

يوجد عدد (1) مستشفي تابع للقوات المسلحة .

•تحليل الوضع الراهن:

نقاط القوة :وجود مراكز ووحدات صحية كافية حسب توزيع السكان ،يوجد مستشفي ريفي،وجود ادارة خدمات صحية مكتملة بمباني ووجود عدد (1)عربة إشراف .

نقاط الضعف:قلة الكوادر العاملة ،عدم وجود برنامج مستمر للتدريب ،نقص الاجهزة والمعدات ،نقص الاجهزة والمعدات ،قلة الوعي (الامية) ونقص الادوية .



يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي أروما

خامساً : محلية ريفي خشم القربة :الوضع الصحي الراهن

جدول رقم (9) :يوضح عدد ونوع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي خشم القربة

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية
العدد	4	8	13

جدول رقم (10) :يوضح عدد المستشفيات بمحلية ريفي خشم القربة

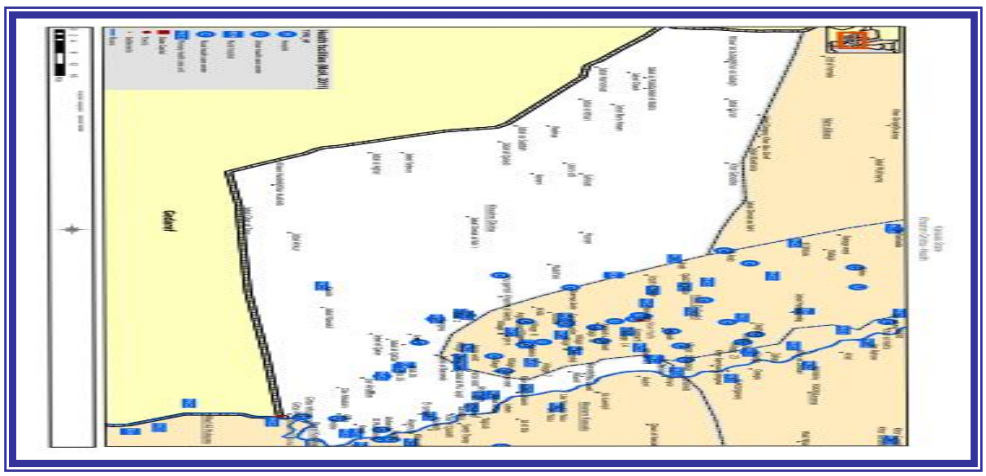
التبعية	الوزارة	قوات نظامية	خاص
العدد	1	1	2

نقاط القوة :وجود نظام صحي قوي،وجود وسائل حركة للاشراف،وجود مشاركة فعالة من المجتمع.

نقاط الضعف:نقص في عدد المؤسسات الصحية والعاملة تحتاج الي صيانة كبيرة. نقص في عدد الكوادر الصحية (القابلات)،نقص في آليات ومعدات صحة البيئة والمبيدات،وجود قبائل رحل .

سادساً:محلية نهر عطبرة :

قطاع الصحة:مع كبر حجم مساحة المحلية وكثرة عدد القري التي تتبع للمحلية تعاني المحلية من نقص في الكوادر الطبية والاشرافية وخاصة نقص في عدد العمال الذين يعملون في صحة البيئة والجانب الوقائي.



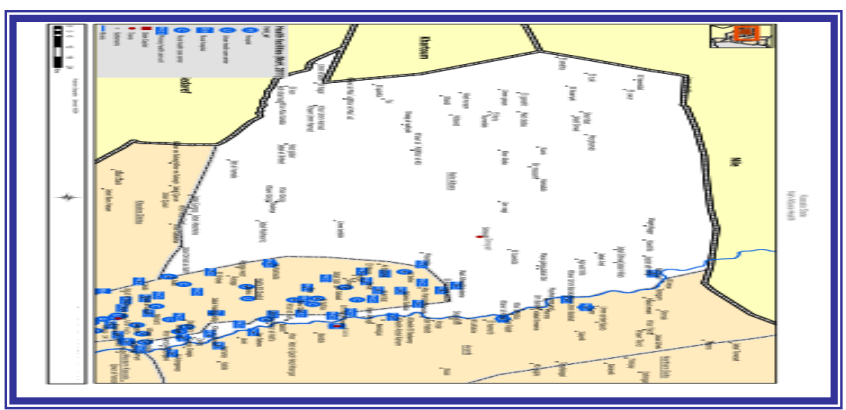
الوضعالراهن :

جدول رقم (11) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات الصحية بمحلية نهر عطبرة

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية
العدد	1	6	25

نقاط القوة :وجود مراكز ووحدات صحية كافية على حسب توزيع السكان ،يوجد مستشفي ريفي،وجود ادارة خدمات صحية

نقاط الضعف:تدني الوعي والسلوك الصحي وعدم وجود صيانة للمرافق الصحية الموجودة .



شكل رقم (12) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية نهر عطبرة

سابعاً : محلية حلفا الجديدة :

•**قطاع الصحة** :بدأ العمل بهذا القطاع منذ تطبيق نظام الرعاية الصحية الاساسية فى اوائل التسعينيات ، وبدأ بنظام العلاج بالأجر ,وضم الخدمات الصحية إلى المحليات.النظام الصحى بالمحليةهو جزء من النظام الصحى القومى,يقوم علي مفهوم الرعاية الصحية الأساسية وهي خدمات أساسية موزعة بعدالة وميسورة للمواطنين في أماكن سكنهم وعملهم بمشاركتهم وبتنسيق كامل بين القطاعات الرسمية ذات الصلة.

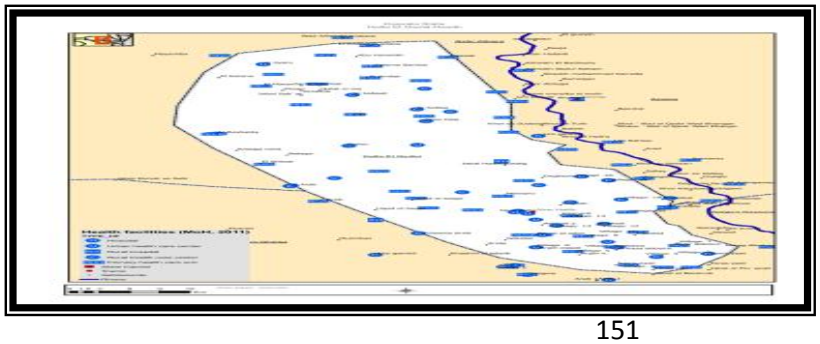
•**الوضع الراهن :**

جدول رقم (12) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات الصحية بمحلية حلفا الجديدة

وع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية
لعدد	3	23	36

▪منهم عدد (2) مركز صحي تابع للتأمين الصحي .

نقاط القوة :وجود مراكز ووحدات صحية كافية حسب عدد السكان وتوزيعهم ،وجود مدرسة قابلات ،وجود اكاديمية للتمريض ،وجود ادارة خدمات صحيةمنفصلة بهيكل متكامل .



خريطة رقم (13) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية حلفا الجديدة

ثامناً : محلية شمال الدلتا :

•**القطاع الصحى** :يعد القطاع الصحي من القطاعات االمهمه بالمحلية، وكانت البداية في الخمسينيات مع الاستعمار حيث أنشأت أول شفخانة غذائية بمدينة وقر وشفخانة في كل من (متاتيب السرايا – هداليا – اوليب – اونجواتيري) .

جدول رقم (13) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات الصحية بمحلية شمال الدلتا

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي			مركز صحي ريفي			وحدة رعاية صحية أساسية		
العدد	المطلوب	الموجود	الفجوة	المطلوب	الموجود	الفجوة	المطلوب	الموجود	الفجوة
	1	1	0	10	7	3	20	6	14

•**نقاط القوة** :وجود الكوادر الصحية بالمحلية ،تخرج (20) من ابناء المحلية من أكاديمية العلوم الصحية في مختلف التخصصات ،تخرج (28) قابلة قانونية من مدرسة وقر الاسعافية للقابلات .

نقاط الضعف :تدرى الوعي والسلوك الصحي لدي إنسان المحلية ،ضعف التردد علي المؤسسات الصحية حيث لا يتجاوز 20% ،إنتشار الأمراض (الدرن) حيث بلغت نسبة الإصابة في بعض المناطق 3 من كل 5 اشخاص ،عدم وجود مكتب ثابت للشئون الصحية بالمحلية.

خريطة رقم (14) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية شمال الدلتا

تاسعاً : محلية همشكوريب :

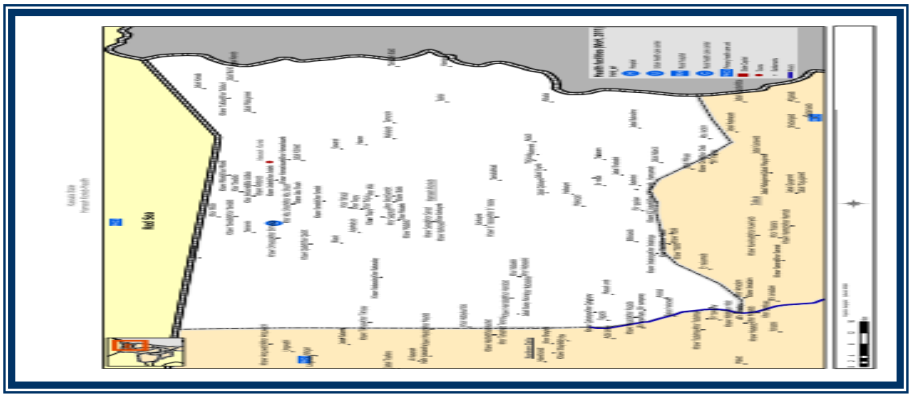
قطاع الصحة :لقد بدأ العمل بالنظام الصحي بالمحلية بنقطة غيار همشكوريب في العام 1967م وتم ترفيعها الي مركز صحي عام 1972م ورفع الي مستشفي همشكوريب الريفي عام 1982م الي الان .

•الوضعالراهن :

جدول رقم (14) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات الصحية بمحلية همشكوريب

نوع المؤسسة	مستشفي ريفي	مركز صحي ريفي	وحدة رعاية صحية أساسية
العدد	2	1	3

نقاط القوة :يوجد مستشفي ريفي ، **نقاط الضعف:** قلة الكوادر الصحية المؤهلةالصحية



خريطة رقم (15) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية همشكوريب

عاشراً : محلية تلكوك :

•الوضعالراهن:

بهاعدد (2) مستشفىريفيهما "مستشفىتلكوكومستشفىتوابيت"

وعدد(7)مركزصحي،وعدد(10)وحداتصحيةعاملةو(4)وحداتصحيةغيرعاملة.

•تحليلالوضعالراهن :

مستشفىتلكوكومستشفىتوابيت"ومبانيهمابالطوبالاحمروتحتاجالىزيادةعنابر .

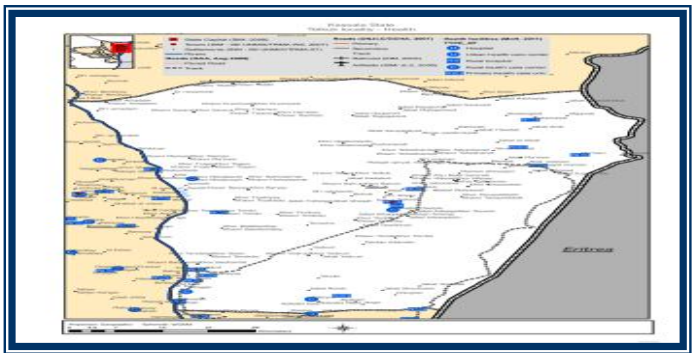
يوجدعدد 7 مراكزصحيةمبنيةبالطوبالأحمرمنهاعدد 5 مراكزصحيةتحتاجالىتأهيلوهيأيلات – بدروت – تهداي – أوسيس – تهجر

.

نقاطالقوة : مشاركةالمجتمعورغبتهفيتوفيرالخدماتالصحية ، وجودجهاتداعمةللتنمية

الضعف :قلةعددالكوادرالمتخصصةوالطبية .

-



خريطة رقم (16) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية تلكوك

الحادي عشر : محلية ريفي ود الحليو :

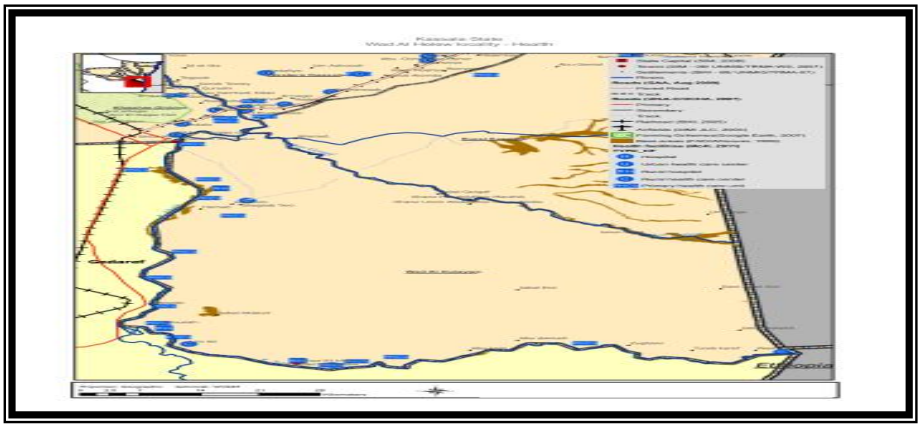
•قطاع الصحة :

جدول رقم (15) :يوضح عدد وأنواع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي ود الحليو

نوع المؤسسة	عاملة	غير عاملة	المجموع
وحدة الصحية	10	6	16
مركزصحى	3	–	3
مستشفى ريفي	3	–	3

•**نقاط القوة:** وجود إلتزام سياسي بتقديم الخدمات الصحية بشكل أفضل ، مشاركة المجتمع ورغبته في توفير الخدمات الصحية.

•**نقاط الضعف:** قلةعدد الكوادر المتخصصة والطبية ، نقص في عدد المؤسسات الصحيه .



خريطة رقم (17) : يوضح توزيع المؤسسات الصحية بمحلية ريفي ود الحليو

النتائج :

- لا توجد عدالة في توزيع الخدمات الصحية(المستشفيات ، المراكز الصحية ، والوحدات الصحية) في منطقة الدراسة على مستوى محليات ولاية كسلا .
- تعاني معظم المؤسسات الصحية من ضعف الكفاءة والفعالية خاصةً في مناطق الريف .
- تعاني التجمعات السكنية في بعض محليات منطقة الدراسة من عدم وجود أي مؤسسة صحية مثل محليات همشكوريب ، تلكوك وشمال الدلتا .

- معظم المراكز الصحية لم تقم علي أسس تخطيطية سليمة حسب معايير إنشاء مراكز صحية
- تفتقر المؤسسات الحكومية والأهلية والخاصة حتي للتقنيات الحديثة في مجال الإدارة والتخطيط المكاني للخدمات الصحية .
- توصلتالدراسة إلي وجود مشكلة في إيجاد معايير وطنية للتخطيط الصحي بشكل عام والتخطيط المكاني بشكل خاص ، حيث إن توزيع الخدمات الصحية سواء علي المستوي المحلي أو الولائي لا يتم ضمن خطة وطنية تنموية واضحة بل هي إجتهادات منقولة عن دول ومنظمات أخري عالمية بحيث تتلاءم مع طبيعة وظروف المجتمع السوداني .
- توصلت الدراسة إلي أن معظم الخدمات هي من النمط المتمركز في مناطق معينة وعلي الوسط التجاري من أي مجتمع .

الحلول البديلة :

- رسم خارطة صحية والإتفاق عليها من قبل شركاء الصحة علي مستوي الولاية والمحليات ومن ثم الترويج لها من وسط السياسين وحتي علي مستوي المجتمع وذلك لتجنب إنشاء وحدات صحية من قبل أي جهة من غير الرجوع للخريطة المتفق عليها .
- إعادة النظر في تصنيف المؤسسات وتوزيع القوي العاملة بما يتناسب مع الموارد المتاحة للإستفادة منها مع الإجتهاد في تفعيل التدريب الأساسي بالأكاديميات لتغطية النقص في الأطر المساعدة .
- وضع مقترح توزيع مكاني للمراكز الصحية والمستشفيات في منطقة الدراسة .

التوصيات :

فى ضوء النتائج المذكورة :

1. يوصي الباحث بالعمل علي إيصال جميع الأحياء والقري في منطقة الدراسة بالخدمات الصحية بحيث يجب إنشاء وحدة صحية علي الأقل في كل حي أو قرية أو تجمع سكني .

2. رفع كفاءة وفعالية المراكز الصحية في منطقة الدراسة من خلال :

- زيادة الكوادر البشرية وتطويرها بحيث تتناسب مع المعايير الوطنية والعالمية من جهة ومع حاجات السكان من جهة أخري .
- تطوير المراكز الصحية من حيث خصائصها العمرانية واستخدام التقنيات الحديثة .
- العمل علي إنشاء مراكز صحية بمعايير و أسس تخطيطية سليمة سواء من حيث المساحة والسكان .

3. يوصي الباحث بفتح مستشفيات إضافية علي المستوي المحلي وذلك تبعاً لحاجة السكان في منطقة الدراسة .

4. العمل علي إنشاء وحدة معلومات مكانية في وزارة الصحة تتبع دائرة التخطيط الصحي وتعتمد هذه الوحدة علي تقنيات (GIS) في جمع وتحليل البيانات الخاصة بالخدمات الصحية في منطقة الدراسة .

5. يوصي الباحث المسؤولين بوزارة الصحة بالعمل علي جمع المعلومات عن جميع الخدمات الصحية بجميع أنواعها وفئاتها ، سواء كانت حكومية أو خاصة أو أهلية وعدم الإهتمام بالمراكز الحكومية التي تتبع لها فقط لأنه من مسؤولية وزارة الصحة السودانية المعرفة الكاملة بقطاع الخدمات الصحية في منطقة الدراسة .والعمل علي وضع معايير محددة للتخطيط الصحي ولا سيما التخطيط المكاني للخدمات الصحية بما يتناسب مع الإمكانات وحاجات السكان .

6. يوصي الباحث بالعمل علي إعادة توزيع بعض الخدمات الصحية المتمركز في منطقة وذلك للوصول إلي أفضل توزيع مكاني للمواقع الصحية بما يخدم أكبر شريحة ممكنة من سكان منطقة الدراسة .

المصادر والمراجع :

[1] أحمد محمد جهاد دليمي الكبيسي : كفاءة التوزيع المكاني لمراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجة بإستخدام نظم المعلومات الجغرافية .

[2] التحليل المكاني للخدمات التعليمية في مدينة نابلس بإستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS) ، 2007 م .

[3] التحليل المكاني للخدمات التعليمية في مدينة نابلس بإستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS) ، 2007 م .

[4] سحر عبد الكريم عبد الرحمن محمد : تقويم الخدمات الصحية في مدينة بورتسودان (من 1995م – 2008 م) ، 2008 م .

[5] سليم أحمد سليم أستيتة : التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها بإستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية ، 2009 م .

[6] سونيا ظاهر عمر مساد : إستراتيجيات تطوير وتخطيط الخدمات الصحية في مدينة جنين في ضوء التطور العمراني للمدينة ، 2008 م .

[7] عبد الإله أبو عياش : الإحصاء والكمبيوتر في معالجة البيانات مع تطبيقات جغرافية ، وكالة المطبوعات – شارع فهد سالم – الكويت .

The important determinants of Inflation in Sudan and the effectiveness of monetary and fiscal policy in inflation reduction

During the period 2000-2014 with focusing on the period 2008-2014

Prepared by: Amani Elhaj Mohammed Ahmed Naser

Abstract

Inflation is regarded as main problem that faced the countries in a whole world, and Sudan has been suffering of this problem especially in specific period of time such as beginning of 1990s and also since 2008 until 2014, so this study focuses on this period of a time.

The paper aims to study the inflation in Sudan during the period 2000- 2014 with focusing on the period during 2008-2014 because of this period has suffered of sharp increasing in inflation and also deterioration in the economy, and determine the performance of the macro-economic variables therefore the impact of that in inflation.

The study used the descriptive analysis additional to the quantitative analysis through the simultaneous equations model that includes two equations.

The paper puts some hypotheses which are the external debt is an important factor that increases the inflation rates rapidly during the period 2000-2014, the financial deficit of public budget has a role in increasing the inflation rates rapidly during the study period, the decreasing of real GDP leads to increase the inflation rate during the study period, and the monetary and fiscal policies are ineffective to reduce the inflation during the period 2008-2014.

The study accepted the four hypotheses that reached to results can be briefed in determining the important determinants of inflation during the period 2000-2014 in the external debt, the financial deficit of public and the real GDP and the last result is an ineffective monetary and fiscal policy to achieve the inflation reduction during the period 2008-2014. And the descriptive analysis of the study reached to other results that there is some reform in monetary and fiscal policy in 2013 and 2014, but it is not sufficient to reduce the inflation, because the reformatory needs to structural and strong procedures with consistency between the both monetary and fiscal policy.

The main recommendations focus on the reform should be applied strong and structural procedures with incremental implementation; with essential issue that is the consistency between the monetary and fiscal policies to achieve the goal of inflation reduction.