Journal of Scientific and Human Dimensions
مجلة الأبعاد العلمية والإنسانية
Volume 2, Issue 2, 2026 Pages: 1129-1138
Journal homepage: https://jshd.com.ly/index.php/jshd/en

# The Spatial Distribution of Health Services in the Al-Asaba Area

Hussein Al-Mukhtar Abu Ras *
Department of Geography, Studies School of Humanities, Libyan Academy for Graduate, Tripoli, Libya

# التوزيع المكاني للخدمات الصحية بمنطقة الأصابعة

حسين المختار أبوراس*
قسم الجغرافيا، كلية الدراسات الإنسانية، الأكاديمية الليبية للدراسات العليا، طرابلس، ليبيا

*Corresponding author: hoosanaboras@gmail.com

| Received: April 25, 2026 | Accepted: May 25, 2026 | Published: June 22, 2026 |
|---|---|---|

**Copyright:** © 2026 by the authors. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**Abstract:**
The spatial distribution of healthcare services is considered one of the most significant indicators reflecting the level of urban development and the extent of governmental commitment to meeting the needs of populations across different geographical areas. Geographical literature indicates that imbalances in this distribution lead to what is known as the “service gap,” which refers to the actual distance between the location where a service is provided and the location where the target population resides. This issue assumes particular importance in mountainous and rugged regions, where geographical constraints interact with administrative planning factors to produce unequal patterns of access to essential healthcare services.

**Keywords**: Services, Health, Health, Education, Fingers.

**الملخص**
يُعد التوزيع المكاني للخدمات الصحية من أبرز المؤشرات التي تُعكس مستوى التطور العمراني ودرجة الاهتمام الحكومي بتلبية احتياجات السكان في مختلف المناطق الجغرافية، وتُشير الأدبيات الجغرافية إلى أن اختلال هذا التوزيع يُفضي إلى ما يُعرف بـ "الفجوة الخدمية" (Service Gap)، وهي المسافة الفعلية بين المكان الذي تتوفر فيه الخدمة والمكان الذي تسكنه الفئة المستهدفة. وتكتسب هذه الإشكالية أهمية استثنائية في المناطق الجبلية الوعرة، حيث تتضافر عوامل الطبيعة الجغرافية مع محددات التخطيط الإداري لتُنتج أنماطاً غير متكافئة من الوصول للخدمات الصحية الأساسية.

**الكلمات المفتاحية:** الخدمات، الصحية، الصحة، التعليم، الأصابعة.

## المقدمة

تستهدف هذه الدراسة تحليل التوزيع المكاني للوحدات الصحية في بلدية الأصابعة بمنطقة الجبل الغربي في ليبيا، وذلك من خلال رصد الشبكة المكانية للرموز الموضحة في الخريطة المساحية للمنطقة. وتُعد هذه الدراسة امتداداً طبيعياً للدراسة التحليلية التي أُجريت سابقاً حول الوحدات التعليمية، إذ يُفترض أن يخضع التخطيط الخدمي لمنطق تكاملي يربط بين قطاع الصحة وقطاع التعليم في آنٍ واحد (السماحي، 2015).

يُسهم هذا التحليل في الكشف عن الأنماط المكانية السائدة، ومدى توافقها مع النظريات الجغرافية في التخطيط العمراني، فضلاً عن تحديد الفجوات الحرجة التي تستوجب تدخلاً استراتيجياً، وتتمحور إشكالية هذا الفصل حول التساؤل الجوهري التالي

**كيف يمكن تفسير نمط التوزيع الصحي في الأصابعة من خلال النظريات** الجغرافية **للتخطيط، وما مدى عدالة هذا التوزيع في ضوء معايير الوصول المكاني؟** (عبد الله، 2018)

وللإجابة عن هذا التساؤل، سيتناول الفصل مجموعة من الأهداف الفرعية، أبرزها: تحديد الكثافة النسبية للوحدات الصحية في مختلف أنماط الاستيطان، ومقارنة هذا التوزيع بنظيره في القطاع التعليمي، وتقييم مستوى التكامل المكاني بين القطاعين، ثم تقديم توصيات استراتيجية تُسهم في سد الفجوات القائمة (القحطاني، 2016).

**المبحث الأول:**

**الإطار النظري للدراسة**

**أولاً: النظرية المركزية :- Places Central Theory:-**

تُعد نظرية الأماكن المركزية من أبرز الأطر النظرية التي فسرت توزيع الخدمات في المناطق الحضرية والريفية على حدٍّ سواء. وقد طور هذه النظرية العالم الألماني فالتر كريستالر (Walter Christaller)في ثلاثينيات القرن العشرين، وتقوم فكرتها على أن الخدمات تُنظم وفق هرمية مكانية تتدرج من المراكز الصغيرة التي تقدم خدمات بسيطة إلى المراكز الكبيرة التي تقدم خدمات متخصصة وشاملة (حميد، 2017).

وفي هذا السياق، يُمكن تصنيف الوحدات الصحية في الأصابعة وفق ثلاث مستويات: المستوى الأول (الخدمات الابتدائية) ويشمل مكاتب الرعاية الأولية ومراكز التطعيمات، والمستوى الثاني (الخدمات المتوسطة) يشمل المختبرات والعيادات المتخصصة، والمستوى الثالث (الخدمات التخصصية) يشمل مركز غسيل الكلى الذي يُمثل خدمة نوعية لا تتوفر إلا في المراكز الأعلى في الهرمية المكانية.(Christaller, 1966)

وبتطبيق هذه النظرية على بيانات الدراسة، يتضح أن مدينة الأصابعة المركزية تُمثل "المكان المركزي الأعلى" في المنطقة، إذ تستوعب ما يزيد عن 90% من إجمالي الوحدات الصحية، بينما تُمثل المنطقة الجنوبية وحدة طرفية ذات مستوى خدمي منخفض. وتُوافق هذه النتيجة ما ذهب إليه كلاين (Klein) في دراسته حول أنماط التركز الخدمي في المناطق الجبلية، حيث أكد أن المرتفعات الجبلية تُفرز أنماطاً حادة من التركز المركزي (Klein, 2005).

ثانياً: نظرية العدالة المكانية(Spatial Justice Theory)

أشار الجغرافي الأمريكي إدوارد سوجاي (Edward Soja) إلى أن الفضاء الجغرافي ليس محايداً، بل يُعيد إنتاج علاقات القوة ويُوزّع الموارد بشكل غير متكافئ. وتُؤكد هذه النظرية أن حق الوصول للخدمات الأساسية - ومن أبرزها الصحة - ليس مجرد خدمة إدارية، بل هو حق إنساني يجب أن يتوزع بعدالة مكانية (المذكور، 2014).

وتُشير الدراسات الحديثة إلى أن تطبيق هذه النظرية يتطلب قياس ما يُسمى بـ "الظلم المكاني " (Spatial Injustice)من خلال ثلاثة مؤشرات رئيسية: مؤشر المسافة الذي يقيس متوسط المسافة التي يقطعها السكان للوصول لأقرب وحدة صحية، ومؤشر الكثافة الذي يقارن عدد الوحدات الصحية بالنسبة لعدد السكان في كل نطاق جغرافي، ومؤشر التكافؤ الذي يفحص مدى تكافؤ نوعية الخدمات المتاحة في المركز مقارنة بالأطراف.(Soja, 2010)

وفي هذا الإطار، يُمكن تطبيق هذه المؤشرات على بيانات الأصابعة للكشف عن درجة "التفاوت المقبول (Acceptable Disparity) "في التوزيع الصحي، وهو المفهوم الذي يثير جدلاً واسعاً في الأدبيات التخطيطية بين من يُبرر التركز الكثيف بالكفاءة الاقتصادية ومن يرفضه باعتباره انتهاكاً لمبادئ العدالة الاجتماعية (الخالدي، 2019).

**ثالثـاً: نمـوذج التركـز والانضـباط الحضـري (Urban Sprawl and Concentration Model)**

يُفتـرض فـي هـذا النمـوذج أن التوسـع العمرانـي غيـر المنضـبط يُفضـي إلـى مـا يُعـرف بــ "التركـز اللامركـزي(Decentralized Concentration) "، وهـو نمـط تتركـز فيـه الخـدمات فـي قلـب المدينة مع تمدد سكني سريع في الأطراف لا يُوازَه بخدمات مناسبة (السماحي، 2015).

وقـد أكـدت دراسـة بشـير (2020) حـول التحليـل المكـاني للبنيـة التحتيـة الصـحية فـي ليبيـا أن هـذا الـنمط يسـود معظـم البلـديات الليبيـة، حيـث تتركـز الخـدمات فـي المراكـز الحضـرية بينمـا تعـاني الأطـراف مـن شـح حـاد فـي المرافـق. وتُجسـد بلديـة الأصـابعة هـذا النمـوذج بوضـوح، حيـث يتركـز الثقـل السـكاني والخـدمي فـي النطـاق الحضـري الشـمالي، بينمـا تمتـد الأطـراف الجنوبيـة والشـرقية بنمط سكني زراعي لا يحظى بنفس المستوى الخدمي.

كمـا أشـار تقريـر برنـامج الأمـم المتحـدة الإنمـائي (2020) إلـى أن التفـاوت فـي توزيـع الخـدمات الأساسـية يُعـد مـن أبـرز معوقـات التنميـة البشـرية فـي ليبيـا، داعيـاً إلـى ضـرورة إعـادة النظر في معايير التخطيط الخدمي لتحقيق العدالة المكانية.

**منهجية البحث التعليمى:-**

اعتمـدت هـذه الدراسـة علـى منهجيـة التحليـل المكـاني (Spatial Analysis) التـي تجمـع بـين البيانـات الوصـفية والمسـاحية. وقـد تـم الاعتمـاد علـى الخريطـة الموضـحة التـي تُظهـر الرمـوز المكانيـة للوحـدات الصـحية (رمـز القلـب الأحمـر)، مـع الاسـتعانة ببيانـات المسـح الميـداني والمعلومات الحكومية المتاحة حول هذه الوحدات (المجلس البلدي الأصابعة، 2018).

وتتشـابه هـذه المنهجيـة مـع مـا **اعتمـده الخالـدي (2019)** فـي دراسـته لتوزيـع الخـدمات الصـحية فـي المنـاطق الجبليـة، حيـث الجمـع بـين الرصـد الميـداني والتحليـل الخرائطـي. وتشـمل المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة four مراحل رئيسية:-

**أولاً**: رصـد الرمـوز داخـل الشـبكة وعـد الوحـدات الصـحية الموزعـة علـى الخريطـة وتصـنيفها وفق موقعها الجغرافي.

**ثانيـاً**: تحليـل النطاقـات بتقسـيم المنطقـة إلـى نطاقـات جغرافيـة (شـمال، جنـوب، شـرق، غـرب) لقياس الكثافة النسبية.

ثالثـاً: قيـاس المسـافات لتقـدير المسـافة الفاصـلة بـين الوحـدات الطرفيـة والمركـز باسـتخدام مقيـاس الرسم.

رابعـاً: المقارنـة التكامليـة لمقارنـة التوزيـع الصـحي بـالتوزيع التعليمـي مـن أجـل إبـراز أنمـاط التوافق والاختلاف (الزروقي، 2021).

وقـد اعتمـدت الدراسـة علـى مجموعـة مـن المصـادر الميدانيـة والإداريـة، مـن أبرزهـا: بيانـات المجلـس البلـدي الأصـابعة، وتقـارير وزارة الصـحة (2019)، وإحصـائيات مركـز المعلومـات والتوثيق الصحي.(2020)

**نتائج التحليل المكاني:**

**أولاً: البنية التحتية الصحية في الأصابعة ـ لوحة إحصائية**

يتضـح مـن تحليـل البيانـات المسـاحية أنبلديـة الأصـابعة تضـم مـا يقـارب **سـت عشـرة (16) وحـدة صحية** موزعة على النحو التالي:

**جدول (1)** الوحدات الصحية

| النمط السائد | النسبة المئوية | عدد الوحدات | النطاق الجغرافي |
|---|---|---|---|
| حضري – كثيف | 93.75% | 15 | النطاق الحضري الشمالي (المدينة المركزية) |
| ريفي – معزول | 6.25% | 1 | النطاق الجنوبي المنعزل |
| | 100% | 16 | الإجمالي |

يُظهر هذا الجدول بوضوح التفاوت الحاد في التوزيع، حيث يستحوذ النطاق الحضري الشمالي على النصيب الأعظم من الوحدات الصحية، بينما لا تتوفر إلا وحدة واحدة في النطاق الجنوبي الممتد على مساحات واسعة من الأراضي الزراعية والمزارع. وتُؤكد هذه النتيجة ما أشارت إليه دراسة **(بشير ، 2020)** من أن نسبة التركز في المرافق الصحية الليبية تتجاوز 80% في المراكز الحضرية.

إن هذا التوزيع يُشير إلى ما يُسمى بـ "مفارقة الكثافة(Density Paradox) "، حيث تتعاود الكثافة العالية للخدمات مع ندرة البدائل المتاحة للمستهلك، بعكس ما قد يُفترضه المنطق الاقتصادي (القحطاني، 2016).

**ثانياً: أنماط التوزيع المكاني:-**

**1. نمط التركز الكثيف(Concentrated Pattern) :-**

يُعد النطاق الحضري الشمالي نموذجاً تقليديًا (كلاسيكياً) للتركز الخدمي، إذ تتوضع خمس عشرة وحدة صحية في مساحة لا تتجاوز 15% من إجمالي مساحة البلدية. ويُشبه هذا النمط ما تُعرفه الأدبيات الجغرافية بـ "القطب الخدمي(Service Pole) "، حيث تتنافس المؤسسات الصحية على تقديم خدماتها في نطاق جغرافي محدود (الحازمي، 1428هـ).

وتُتيح هذه الكثافة للمواطن خيارات متعددة تشمل: مكاتب الرعاية الصحية الأولية، والمختبرات الطبية، والعيادات التخصصية، ومراكز التطعيم، ومركز غسيل الكلى، ومركز الفلترة والعزل. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية (2021) إلى أن التركز الخدمي يُعد إيجابياً عندما يتوفر فيه عنصر الاختيار، لكنه يُصبح إشكالياً عندما يُصاحبه عجز في الأطراف.

غير أن هذه الكثافة تتجاوز مفهوم "الوفرة" لتصل إلى "التشبع"، وهو ما يُثير تساؤلات حول مدى جدوى هذا التركز من منظور الكفاءة الاقتصادية. ويُفيد كلارك (Clarke) في دراسته حول كفاءة المرافق الصحية أن وجود عدد كبير من الوحدات في نطاق ضيق قد يُؤدي إلى: تدني معدلات الإشغال في بعض الوحدات، وازدواجية الخدمات المقدمة، وصعوبة التنسيق بين المؤسسات.(Clarke, 2016)

**2. نمط الوحدة المعزولة(Isolated Pattern)**

تُمثل الوحدة الصحية الجنوبية نقطة الارتكاز الوحيدة في النطاق الجنوبي، وتُوصف أكاديمياً بأنها "وحدة ربط ريفية .(Rural Link Unit) "وتقوم هذه الوحدة بوظيفتين أساسيتين: الوظيفة العلاجية المتمثلة في تقديم الخدمات الصحية الأولية لسكان المزارع والقرى الجنوبية، والوظيفة العبورية المتمثلة في serve as نقطة إسعاف أولى للمسافرين عبر الطرق الرابطة بين الأصابعة والمناطق المجاورة (الخالدي، 2019).

غير أن هذه الوحدة تواجه تحدياً جوهرياً يتمثل في العزلة الجغرافية، إذ تزيد المسافة الفاصلة بينها وبين أقرب مجمع صحي في الشمال عن خمسة عشر كيلومتراً تقريباً. وتُشير الدراسات حول الطوارئ الصحية إلى أن المسافة الحرجة للوصول للمستشفى لا تتجاوز 10 كيلومترات في الحالات الطارئة.(WHO, 2021)

وتكتسب هذه المسافة بُعداً حرجاً بشكل خاص في فترات الشتاء، حيث تتحول الطرق إلى مسالك وعرة يصعب اجتيازها. وقد أشارت دراسة على النظام الصحي الليبي إلى أن فصول الشتاء تُمثل تحدياً إضافياً للوصول للخدمات الصحية في المناطق الجبلية (حكومة الوفاق الوطني، 2019).

**3.الفراغ الشرقي: منطقة الظل الخدمي:-**

يُظهر التحليل وجود "فراغ خدمي (Service Void) "في الجهة الشرقية منبلدية الأصابعة، وتحديداً في المنطقة الممتدة من خط طول 13°2 'E وما يليها. ويُمكن تفسير هذا الفراغ بعدة عوامل: الطبيعة التضاريسية التي قد تكون هذه المنطقة ذات تضاريس وعرة يصعب الوصول إليها، والنمط السكني الذي قد يكون الاستيطان في هذه الجهة متناثراً ولا يستدعي إنشاء وحدات

ثابتة، والإهمال التخطيطي الذي قد يكون التخطيط الصحي لم يأخذ هذه المنطقة بعين الاعتبار (الزروقي، 2021).

أياً كان السبب، فإن هذا الفراغ يُمثل انتهاكاً لمبدأ العدالة المكانية، إذ يُحرم سكان هذه المنطقة من حقهم في الوصول الصحي المتساوي. وتُشير منظمة الصحة العالمية إلى أن "مناطق الظل (Shadow Zones) "تُعد من أخطر أشكال الحرمان الخدمي، خاصة عندما تتزامن مع غياب البدائل.(WHO, 2021)

**ثالثاً: تصنيف المؤسسات الصحية:-**

استناداً إلى البيانات الميدانية والمسح الحكومي، يمكن تصنيف المؤسسات الصحية في الأصابعة وفق التسلسل التالي:

**أولاً: المستوى الإداري والخدمي المركزي:**

- **مكتب الرعاية الصحية الأولية الأصابعة :**

يُعد هذا المكتب العصب الإداري والخدمي للمنطقة، وهو المسؤول عن: تنسيق حملات التطعيم الشاملة، وإدارة برامج الصحة الوقائية، والإشراف على الوحدات الصحية الفرعية، وجمع البيانات الإحصائية الصحية (وزارة الصحة، 2019).

وقد أشارت تقارير وزارة الصحة إلى أن مكاتب الرعاية الأولية تُمثل العمود الفقري للنظام الصحي في ليبيا، إذ تتولى تقديم ما يزيد عن 70% من الخدمات الصحية للمواطنين (حكومة الوفاق الوطني، 2019).

**ثانياً: المستوى التخصصي:**

- **مركز غسيل الكلى الأصابعة :**يُعد هذا المركز من المراكز التخصصية الحيوية التي تخدم أهالي الجبل الغربي بشكل عام. وتتجلى أهميته في: تجنيب المرضى مشقة السفر إلى طرابلس اى المسافة التي تتجاوز 200 كيلومتر، وتخفيف العبء المالي على الأسر المحتاجة لهذه الخدمة، وتقديم رعاية متخصصة في مجال الكلى والمسالك البولية (مركز المعلومات والتوثيق الصحي، 2020).
- يمثل هذا المركز نقلة نوعية في الخدمات الصحية بالمنطقة، إذ يُمثّل نموذجاً لمراكز غسيل الكلى التي أُنشئت في السنوات الأخيرة في مختلف أنحاء ليبيا لتخفيف العبء على مستشفيات طرابلس (علي، 2018).

**ثالثاً: المستوى الوقائي والتشخيصي:**

- **مراكز التطعيم الثابتة (5 مواقع) :**

تتوزع هذه المراكز في المواقع ذات الكثافة السكانية العالية، وقد شهد بعضها تطويراً ملحوظاً في ضوء دروس جائحة كوفيد-19، حيث باتت مجهزة بـ: سلاسل تبريد متطورة، وأنظمة تسجيل إلكتروني، وطواقم طبية مدربة (منظمة الصحة العالمية، 2021).

- **مركز الفلترة والعزل :-**

يُمثل وحدة استجابة متخصصة للتعامل مع الأمراض التنفسية والوبائية، ويستعد هذا المركز لـ: استقبال حالات التفشي الوبائي، وتطبيق بروتوكولات العزل الطبي، وتقديم الرعاية للحالات المشتبه بإصابتها (وزارة الصحة، 2019).

**التكامل المكاني بين الصحة والتعليم:**

يُعد الربط بين قطاعي الصحة والتعليم من أبرز سمات التخطيط العمراني الحديث، حيث يُفترض أن تتكامل المرافق الخدمية لتُشكل "مجمعات خدمية متكاملة"

.(Integrated Service Complexes) وقد أشار القحطاني (2016) إلى أن التكامل المكاني بين الخدمات يُعزز كفاءة الإنفاق ويُحسّن من جودة الخدمة المقدمة، وبمقارنة خريطة التوزيع الصحي مع خريطة التوزيع التعليمي التي أُجريت في دراسة سابقة، تبرز النتائج التالية:

**جدول (2)**: خدمات صحية

| معيار المقارنة | النتيجة |
|---|---|
| **نسبة التوافق المكاني** | 95% |
| **نمط التوزيع** | تكتلي في الشمال |
| **الفجوات المشتركة** | الجهة الشرقية |
| **نمط التكامل** | تجاور مباشر في الأحياء |

يُشير هذا التوافق بنسبة 95% إلى وجود تخطيط خدمي موحد اعتمد على نفس المعايير المكانية في توزيع المرافق الصحية والتعليمية. ويُتيح هذا التكامل جملة من الفوائد: سهولة الوصول حيث يستطيع الطالب وأسرته الحصول على الخدمة الصحية في نفس النطاق الجغرافي لمدرسته، والصحة المدرسية التي تُسهم قرب الوحدات الصحية من Schoolsفي تسهيل فحوصات الصحة المدرسية ومتابعة الأمراض المزمنة بين الطلاب، وكفاءة الإنفاق التي تُقلل التوزيع المتقارب من تكاليف البنية التحتية (الحازمي، 1428هـ).

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن التكامل بين الصحة والتعليم يُعد من أفضل الممارسات العالمية، إذ يُسهم في الوقاية من الأمراض ويُعزز الصحة العامة.(WHO, 2021)

**المبحث الثاني:**

**المناقشة والتحليل النقدي:**

**أولاً: تفسير نمط التوزيع في ضوء النظرية المركزية:**

يتطابق نمط التوزيع الصحي في الأصابعة بشكل لافت مع تنبؤات نظرية الأماكن المركزية، إذ تُمثل المدينة المركزية "القطب الأعلى" في الهرمية الخدمية، بينما تتلقى الأطراف خدمات من المستوى الأدنى. وقد طور كريستالر نظريته في الأصل لتفسير توزيع الخدمات التجارية، إلا أن التوسع في تطبيقها شمل الخدمات الصحية والتعليمية.(Christaller, 1966)

أكدت الدراسات النقدية في الجغرافيا البشرية أن تطبيق النظرية المركزية بشكل حرفي يُنتج ما يُسمى بـ "التفاوت المقبول(Acceptable Disparity) "، وهو تفاوت قد لا يكون مقبولاً في ضوء معايير حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية.(Soja, 2010)

يُضاف إلى ذلك أن النظرية المركزية صُممت في سياق مجتمعات زراعية أوروبية مختلفة تماماً عن السياق الليبي، حيث تختلف أنماط الاستيطان وكثافة السكان وطبيعة التضاريس(Therefore) ، فإن تطبيقها الحرفي على الواقع الليبي يتطلب تعديلات جوهرية تراعي الخصوصية المحلية (الخالدي، 2019).

**ثانياً: تقييم الكفاءة الاقتصادية:**

يُثير التركز الصحي في الشمال تساؤلات حول **الكفاءة الاقتصادية** للتوزيع، إذ يُفترض في التخطيط العقلاني أن تتوزع الموارد بما يُعظّم الاستفادة منها. وتُشير المؤشرات إلى عدة إشكاليات: الإفراط في التركز حيث يُشير وجود 15 وحدة في نطاق ضيق إلى ازدواجية محتملة في الخدمات، والعجز في الأطراف حيث يُشير وجود وحدة واحدة فقط في نطاق جنوبي واسع إلى فجوة خدمية حقيقية، ومؤشر التركيز الذي يقيس مدى انحراف التوزيع عن المساواة التامة (القحطاني، 2016).

وقد أشار كلارك (Clarke) في دراسته حول كفاءة المرافق الصحية إلى أن التوزيع الأمثل للخدمات الصحية يتطلب موازنة بين عنصرين متناقضين:-

عنصر الاختيار الذي يتزايد مع الكثافة، وعنصر الوصول الذي يتناقص مع المسافة (Clarke, 2016)

- **في حالة الأصابعة، تحقق الكثافة المركزية عنصر الاختيار على حساب عنصر الوصول للأطراف.**

كما أن تكلفة بناء وتشغيل المرافق الصحية تفوق تكلفة المرافق التعليمية، مما يجعل التوزيع غير المتكافئ أكثر تكلفة على المدى البعيد. وقد أشارت دراسة حول التكلفة-الفعالية في النظام الصحي الليبي إلى أن تفاوت التوزيع يرفع تكلفة الخدمات للمواطنين بنسبة تصل إلى 30% بسبب تكاليف التنقل (علي، 2018).

**ثالثاً: البُعد الإقليمي للخدمات الصحية:**

يُمثل مركز غسيل الكلى في الأصابعة نقطة تحوّل في الدور الإقليمي للبلدية، إذ لا يخدم المدينة فحسب، بل يجذب مرضى من بلديات الجبل الغربي المجاورة. ويُخول هذا المركز الأصابعة لتصبح **"مركزاً طبياً إقليمياً** (Regional Medical Center) "على خريطة ليبيا الصحية، وهو دور يتطلب: دعمًا ماليًا وبشريًا مستدامًا، وتطوير بنية تحتية لوجستية، وإنشاء وحدة للطوارئ مجهزة بالكامل (وزارة الصحة، 2019).

وقد أشارت تقارير وزارة الصحة إلى أن استراتيجية تطوير النظام الصحي في ليبيا تعتمد على إنشاء مراكز طبية متخصصة في مختلف المناطق لتخفيف الضغط على مستشفيات طرابلس (حكومة الوفاق الوطني، 2019).

ويُعد مركز الأصابعة نموذجاً لهذا التوجه، إذ يُقدم خدمات تخصصية لمئات المرضى من مناطق الجبل الغربي.

وإن نجاح هذا المركز في أداء دوره الإقليمي من شأنه أن:- يُخفف الضغط على مستشفيات طرابلس، ويُوفر ملايين الدنانير التي تُنفق على سفر المرضى، ويُعزز مكانة الأصابعة كمركز تنموي في المنطقة. وتُشير الإحصائيات إلى أن المريض الواحد يُنفق ما لا يقل عن 500 دينار ليبي على السفر ذهاباً وإياباً لتلقي جلسة غسيل كلى في طرابلس، مما يمثل عبئاً مالياً كبيراً على الأسر محدودة الدخل (مركز المعلومات والتوثيق الصحي، 2020).

**رابعاً: إشكالية الفجوات المكانية:**

تُشكّل الفجوات المكانية (خاصة الفراغ الشرقي والوحدة الجنوبية المعزولة) انتهاكاً لمبدأ **"التغطية الصحية الشاملة** (Universal Health Coverage) "الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية. ويُعرّف هذا المبدأ بأنه يضمن حصول جميع الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجونها دون مواجهة صعوبات مالية.(WHO, 2021)

وتُعرّف منظمة الصحة العالمية "الفجوة الصحية (Health Gap) "بأنها الفرق بين الوضع الصحي الفعلي والوضع الصحي الأمثل الذي يمكن تحقيقه. وفي حالة الأصابعة، تتجلى هذه الفجوة في: ضعف الوصول للخدمات في الأطراف، وارتفاع تكلفة التنقل، وتأخر التشخيص في الحالات الحرجة.(WHO, 2021)

ولتقريب الصورة، يُمكن تصور السيناريو التالي: أسرة تقيم في المزارع الجنوبية وتُصاب بحالة طوارئ (جلطة قلبية أو حادث مروري)، فإنها ستواجه: مسافة 15 كم على الأقل للوصول لأقرب وحدة صحية، وحالة طرق قد تكون غير سالكة في الشتاء، وغياب سيارات إسعاف متطورة في الوحدة الصحية الوحيدة، وتأخر في التشخيص والعلاج يُهدد حياة المريض (الخاللي، 2019).

وتُجسد هذه السيناريوهات ما يُسمى بـ "الجريمة الجغرافية (Geographical Crime) "في التخطيط الصحي، وهو المفهوم الذي أشار إليه الجغرافي ديفيد هارفي (David Harvey) لوصف الظلم الناتج عن التوزيع غير العادل للموارد) مكانياً.(Harvey, 1973)

**خامساً: دلالات التوافق الصحي-التعليمي:**

يُشير التوافق بنسبة 95% في مواقع المرافق الصحية والتعليمية إلى عدة دلالات مهمة. من جهة، يُثبت هذا التوافق وجود تخطيط خدمي موحد ركّز المرافق في المناطق ذات الكثافة

السكانية العالية. ومن جهة أخرى، يكشف هذا التوافق عن غياب استراتيجية واضحة لمعالجة الفجوات، حيث تتكرر الفجوة الشرقية في القطاعين الصحي والتعليمي (الزروقي، 2021).
كما يُشير هذا التوافق إلى أن معايير التوزيع اعتمدت بشكل أساسي على الكثافة السكانية، دون مراعاة كافية لمحدوديات الجغرافيا والوصول. وقد أشارت دراسة حول التخطيط العمراني في ليبيا إلى أن معظم البلديات اعتمدت معيار "الكثافة السكانية" كمعيار رئيسي في توزيع المرافق، مع إهمال معايير أخرى كالوصول والمسافة (السماحي، 2015).

**التوصيات الاستراتيجية:-**

في ضوء النتائج السابقة، يُقدم هذا الفصل جملة من التوصيات التي تُسهم في تحقيق العدالة المكانية في توزيع الخدمات الصحية:-

**أولاً: تعزيز القطب الصحي المركزي:**

1. **تحويل مكتب الرعاية الأولية إلى "مركز إدارة الأزمات الصحية:"**
   - رقمنة جميع البيانات الصحية وإنشاء قاعدة بيانات مركزية
   - إنشاء منظومة إنذار مبكر للأوبئة
   - التنسيق مع الحماية المدنية والطوارئ (وزارة الصحة، 2019)
2. **دعم مركز غسيل الكلى:**
   - توفير أحدث الأجهزة الطبية
   - استقطاب كوادر متخصصة
   - إنشاء صندوق دعم لمرضى الكلى (مركز المعلومات والتوثيق الصحي، 2020)
3. **ربط الوحدات بشبكة الطب عن بُعد:(Telemedicine)**
   - تُتيح التشخيص عن بُعد
   - تُقلل من الحاجة للتنقل
   - تُعزز جودة الخدمات في الوحدات الطرفية(WHO, 2021)

**ثانياً: تطوير الوحدات الطرفية:**

1. **الوحدة الصحية الجنوبية:**
   - تحويلها إلى "مجمع قروي متكامل(Integrated Rural Complex) "
   - تجهيزها بغرفة طوارئ دائمة تعمل على مدار الساعة
   - تزويدها بسيارات إسعاف حديثة مجهزة بكامل المعدات الطارئة
   - ربطها بمنظومة الطب عن بُعد لضمان التواصل الفوري مع الأطباء المتخصصين في المركز
   - توفير مختبر للتحاليل الطبية الأساسية

     إنشاء صيدلية لخدمة السكان المحليين (الخالدي، 2019)
2. **الفراغ الشرقي:-**
   - إنشاء وحدات صحية متنقلة (Mobile Health Units) تجوب هذه المنطقة بشكل دوري
   - تحديد أيام ثابتة للعيادات المتنقلة بناءً على التجمع السكاني
   - إنشاء نقطة صحية في موقع يتوسط المنطقة لاختصار مسافة الوصول (الزروقي، 2021)

**ثالثاً: سد الفجوات الحرجة:-**

1. **إنشاء وحدة صحية جديدة في النطاق الشرقي:-**
   - إجراء دراسة ميدانية لتحديد الموقع الأمثل
   - مراعاة التوزيع السكاني والأراضي الزراعية
   - ربط الوحدة بشبكة الطرق الرئيسية (القحطاني، 2016)
2. **تطوير شبكة الإسعاف:**
   - توزيع سيارات إسعاف جديدة على النقاط الاستراتيجية
   - إنشاء قاعدة بيانات مركزية لطلبات الإسعاف

- تطبيق نظام GPS لتتبع سيارات الإسعاف (حكومة الوفاق الوطني، 2019)

**رابعاً: التكامل الصحي-التعليمي:**

1. **تفعيل برنامج الصحة المدرسية:**
   - ربط المدارس بوحدات صحية قريبة
   - إجراء فحوصات دورية للطلاب
   - إنشاء سجلات صحية إلكترونية(WHO, 2021)
2. **إنشاء "منظومة صحة رقمية موحدة:"**
   - ربط السجلات الصحية للطلاب بسجلات العيادات
   - تسهيل المتابعة الصحية المستمرة
   - توفير بيانات موحدة لصانعي القرار (علي، 2018)

**خامساً: التوصيات البحثية المستقبلية:**

1. إجراء مسح شامل لاحتياجات السكان الصحية
2. دراسة الجدوى الاقتصادية لإنشاء وحدات جديدة
3. تحليل تكلفة-فعالية التوزيع الحالي
4. مقارنة تجربة الأصابعة ببلديات مماثلة في الجبل الغربي
5. دراسة تأثير التوزيع الصحي على مؤشرات التنمية البشرية

**خلاصة تحليل الوحدات الصحية:**

يكشف هذا التحليل عن اختلال جوهري في التوزيع المكاني للخدمات الصحية في بلدية الأصابعة، حيث تتركز أكثر من 93% من الوحدات في النطاق الحضري الشمالي، بينما تعاني الأطراف الجنوبية والشرقية من فجوات خدمية حادة. ويتطابق هذا النمط مع تنبؤات نظرية الأماكن المركزية، لكنه يُشكل في الوقت ذاته انتهاكاً لمبدأ العدالة المكانية الذي يُقر بحق جميع السكان في الوصول المتساوي للخدمات الصحية (المذكور، 2014).

لقد أثبتت الدراسة أن الأصابعة تمتلك بنية تحتية صحية متطورة في مركزها، بل تتجاوز دورها المحلي لتصبح مركزاً طبياً إقليمياً بفضل مركز غسيل الكلى الذي يخدم أهالي الجبل الغربي. غير أن هذا التطور لم يُترجم إلى تحسينات ملموسة في الأطراف، مما يستدعي تدخلاً استراتيجياً عاجلاً.

إن الحلقة المفقودة في التوزيع الصحي بالأصابعة ليست كمية (عدد الوحدات)، بل نوعية (جودة الوصول وعدالته). ويتطلب تحقيق العدالة المكانية تحولاً من نموذج "التركز الحضري" إلى نموذج "التوزيع المتوازن الشبكي" الذي يضمن: الاستجابة سرعة الوصول للحالات الطارئة، والعدالة توزيع الخيارات بالتساوي، والتكامل ربط الصحة بالتعليم وباقي الخدمات (القحطاني، 2016).

إن التوصيات المقدمة في هذا الفصل تُمثل خارطة طريق للتحول من واقع الفجوة إلى واقع التكافؤ، وهو ما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة insbesondere (خاصة) الهدف الثالث الذي يضمن الصحة للجميع. كما تُسهم هذه التوصيات في تحقيق رؤية ليبيا 2030 لتطوير نظام صحي شامل وعادل يُلبي احتياجات جميع المواطنين regardless of(بصرف النظر عن) موقعهم الجغرافي.

**المصادر والمراجع:**


[1] السماحي، أحمد محمد .(2015) التخطيط العمراني بين النظرية والتطبيق .القاهرة: دار الكتب العلمية.

[2] عبد الله، علي محمد .(2018) الجغرافيا الصحية: مفاهيمها وأدواتها .القاهرة: مركز الكتب للأبحاث والدراسات.

[3] القحطاني، سعيد بن معيض .(2016) تحليل أنماط التوزيع المكاني للمرافق العامة .الرياض: جامعة الملك سعود.

[4] المذكور، محمد .(2014) العدالة الاجتماعية في التخطيط العمراني .بيروت: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات.

[5] الخالدي، محمود جميل .(2019) توزيع الخدمات الصحية في المناطق الجبلية - دراسة حالة محافظة شمال .inawaأطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.

[6] الزروقي، إبراهيم .(2021) التفاوت المكاني في الخدمات الصحية - دراسة تحليلية .التقرير السنوي لمعهد التخطيط العمراني، طرابلس.

[7] علي، حسن .(2018) التجربة الليبية في تطوير النظام الصحي .مجلة الصحة والتنمية، المجلد 5، العدد 2.

[8] جامعة الدول العربية .(2019) .ميثاق حقوق الطفل العربية .القاهرة: الأمانة العامة.

[9] منظمة اليونسكو الإقليمية .(2018) .معايير جودة التعليم .القاهرة: اليونسكو.

[10] منظمة الصحة العالمية .(2021) التغطية الصحية الشاملة: التقرير العالمي .جنيف.WHO :
[11] منظمة الصحة العالمية .(2021) أهداف التنمية المستدامة - الصحة .جنيف.WHO :
[12] منظمة إنقاذ الطفولة .(2021) .التعليم تحت الهجوم .لندن: إنقاذ الطفولة.

**Disclaimer/Publisher's Note:** The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of **JSHD** and/or the editor(s). **JSHD** and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.