مجلة بحوث
كلية الآداب

البحث (١٩)

المعايير التخطيطية للخدمات الصحية والتعليمية بجمهورية مصر العربية

"دراسة نقدية"

إعداد

د / مرفت أحمد خلاف

أستاذ مساعد بكلية الآداب - جامعة المنصورة
أستاذ مشارك بكلية العلوم الاجتماعية - جامعة أم القرى

السنة ٢٨ العدد (١٠٩) ابريل ٢٠١٧م

http : // Art.menofia . edu. eg *** E- mail: rifa2012@ Gmail.com

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المعايير التخطيطية للخدمات الصحية والتعليمية بجمهورية مصر العربية

دراسة نقدية

د/ مرفت أحمد خلاف

أستاذ مساعد بكلية الآداب- جامعة المنصورة

أستاذ مشارك بكلية العلوم الاجتماعية- جامعة أم القرى

١٤٣٧هـ - ٢٠١٦م

المقدمة

يعرف قاموس أكسفورد المعيار Standard بأنه الأنموذج المقر الذي يعطي للمقاييس والأوزان قيمتها الحقيقية، أو هو مستوي أو درجة محددة لأي قياس كونه شيئاً ملزما يخدم أغراض معينة، والمعايير هي مستويات تقاس بها الأعمال وقد تكون هذه المعايير فنية أو اجتماعية، وتستخدم للوصول إلي أهداف التخطيط[١]. كما تُعرف المعايير القياسية بأنها ذلك المستوي المطلوب من الكم والكيف للخدمات أو المرافق العامة[٢].

وتعرف المعايير والمعدلات التخطيطية من قبل الجهات الرسمية[٣] علي أنها مجموعة الضوابط والمقاييس والاشتراكات الفنية التي تقنن معرفة الأوضاع الحالية واتجاهات النمو المستقبلية وهي الأداة التي يستخدمها صانعو القرار التخطيطي لترجمة احتياجات المستفيدين في ضوء الموارد والإمكانات المتاحة في اختيار مواقع ومسطحات من الاستخدامات المختلفة.

وفي الواقع تعد قضية توفير الخدمات خاصة الصحية والتعليمية أحدى أهم القضايا التي تواجه المخطط وصانع القرار، وبالتالي تمثل المعايير التخطيطية للخدمات إشكالية من أهم إشكاليات التنمية العمرانية في مصر، وبالرغم من كل التطلعات الطموحة لاختيار

• تاريخ تسليم البحث (نوفمبر /٢٠١٦) * تاريخ الموافقة على البحث (مارس / ٢٠١٧)

1) Nicko Lawst, Engelhardt, "Complete Guide for Planning New School", Parker Paldishing Company, 1970, p. 263.

٢) الهيئة العامة للتخطيط العمراني، قاموس مصطلحات التخطيط العمراني، الطبعة الأولي، ١٩٨٦م ، صـ١١.

٣) وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني، ٢٠١٤م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المعايير التخطيطية التي تحقق المعدلات الأنسب والأقرب إلي نظيرتها العالمية إلا أن الواقع الفعلي يفرض صعوبة كبيرة في الوصول إلي تحقيق المعدلات في الوقت القريب والباحثة لا ترغب في نقل التجربة كما هي والهرولة وراء ذلك النموذج الغربي الناجح في بيئته فالأمر يتطلب ولاشك وقفة متأنية تعتمد علي دراسات دقيقة من المتخصصين ولعل أولهم الجغرافي بما له من رؤية كلية شاملة يُراعي فيها ظروف المجتمع المصري وواقع الخدمات الصحية والتعليمية وشخصيتها الجغرافية.

ولعل مراجعة الخطط الإستراتيجية وضبط التنمية العمرانية تتطلب وبشكل أساسي وضع الأسس والمعايير التخطيطية للعديد من الخدمات العامة تلك التي تشغل مساحات كبيرة داخل وخارج المعمور المصري وتلبي احتياجات السكان بالمحافظات المختلفة، و مما لاشك فيه أن التخطيط وسيلة و أداة تستخدمه الدول في التخطيط التنموي للقطاعات الاقتصادية و الاجتماعية و يرتبط ذلك بالتخطيط الاقليمي و التنمية المحلية بهدف تحقيق الرفاه الاقتصادي و الاجتماعي(٤).

إن إعادة توزيع الخدمات علي أساس علمي سليم وشامل علي مستوى الجمهورية كان هدفاً للعديد من الخطط القومية التي وضعت من قبل الدولة خاصة وإن هناك العديد من المشروعات القومية التي تهدف لإنشاء تجمعات عمرانية جديدة تمتص فائض السكان في منطقتي الوادي والدلتا لضمان عدم تكرار المشكلات التي ارتبطت بالتوزيع غير المتعادل للعديد من الخدمات خاصة الصحية والتعليمية.

وقد أوضحت بعض الدراسات الفرق بين المعايير العددية والأخرى التخطيطية فالمعايير العددية هي أصلاً معايير كمية، وهي المواصفات القياسية التي لا يمكن التنازل عنها لتحقيق مجموعة الأهداف العامة وهي تقرأ كأرقام ونسب ومعدلات؛ أما المعايير التخطيطية فهي مجموعة الضوابط أو قل الاشتراطات الفنية التي تشخص الأوضاع الحالية للخدمات، وهي بذلك تعد الأداة الأساسية لمتخذي القرار التخطيطي لترجمة احتياجات

1) Jones, Ho. "Social Welfare in Third World Development", First Edition, Macmillan Education LTD, London, 1990, P. 167- 188.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المستفيدين من هذه الخدمات. وهذه المعايير تجدد وبشكل دقيق المواقع والمساحات والاستخدامات والأحجام ومناطق النفوذ للخدمات.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية دراسة المعايير التخطيطية للتعرف علي واقع الخدمات في إطار تحقيق مجموعة من الأهداف لعل أهمها تحسين مستوي المعيشة من خلال تحسين مستوي الخدمة المقدمة للفرد والذي يمثل اللبنة الأساسية في المجتمع والاهتمام بتحسين ظروفه المعيشية، ومن استطلاع العديد من أدبيات الدراسة أتضح أن ثمة تجارب ومحاولات عديدة عُنيت بالمعايير والمعدلات التخطيطية للخدمات خاصة في العقود الثلاثة الأخيرة، وقد توصلت هذه التجارب إلي نتائج وتوصيات مفيدة إلا أن الباحثة تري أنها تحتاج إلي مراجعة وتطوير بما يضمن ملاءمتها للواقع الحالي والمستقبلي وأيضاً للظروف الراهنة التي يمر بها المجتمع المصري.

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تلقي الضوء علي قضية هامة وهي هل الفكر التخطيطي بصفة عامة هو ذلك النوع من الفكر الذي يضمن إعادة صياغة المعايير التخطيطية المعدة والمعمول بها لتحقيق أهداف التنمية العمرانية المنشودة أم أن الأمر لا يتعلق بتحديث الأفكار التخطيطية بقدر ما يتعلق بآليات التنفيذ وسرعة الإنجاز.

ينعكس الاهتمام بالخدمات الصحية والتعليمية انعكاساً ايجابياً علي النمو الاقتصادي وعلي إيرادات الحكومة فالإنفاق في مجال الصحة والتعليم له مردوده الواضح علي معدل إنتاجية السكان لذا كان تخطيط الخدمات الصحية والتعليمية وفق معايير سليمة محددة يعد أهم الجوانب الأساسية في التخطيط للتنمية الشاملة.

ولهذه الدراسة أهمية خاصة في كونها تُجلي وبشكل جيد فكرة "**التقويم المكاني**" ومدى صلاحيتها في قياس دقة المعايير التخطيطية للتطبيق والاستخدام، فمن المعروف أن التقويم المكاني يكون بهدف التوزيع المناسب، وهذا في الواقع لا يعني مجرد المواقع المثالية فقط وإنما يعني الموقع الأمثل والحجم الأنسب والمسار الأقرب.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

أن إعادة تخطيط الخدمات الصحية والتعليمية من خلال تطبيق المعايير التخطيطية المنشودة يعني التأكيد علي تطبيق سياسات التخطيط الإقليمي والذي يساعد بدوره علي إيجاد التوازن السكاني والاستثماري علي مستوي الدولة كما أنه في إطار هذا التخطيط تأخذ برامج التنمية الاقتصادية بعدها المكاني أو قوامها العمراني الأمر الذي يساعد علي تكامل الخطط الاقتصادية والاجتماعية بالخطط العمرانية.

أن عدم وصول الخدمات الصحية والتعليمية إلي الحد الأدنى من المعايير التخطيطية معناه تدني كفاءة هذه الخدمات وفي نفس الوقت يُشكل تجاوزها للحد الأقصى عبئاً اقتصادياً علي الميزانية المخصصة للخدمات، وهذا يؤكد أهمية التخطيط وبشكل جيد لهذه المعايير . أن تحديد الشخصية الخدمية لكل محافظة من محافظات مصر وعلي مستوي الحضر والريف يعد جانب من جوانب أهمية هذه الدراسة فهذا ولا شك يدعم فهم الواقع الراهن لقطاع الخدمات وفي نفس الوقت أفاق تطويره المستقبلي بالمحافظات.

مشكلة الدراسة:

تمثل مشكلة توفير الخدمات بما يتلاءم واحتياجات السكان – كماً وكيفاً – واحدة من أكثر المشكلات إلحاحاً في مصر فرغم التوجه المباشر للدولة نحو تحقيق أهداف التنمية في قطاع الخدمات بأنواعها المختلفة إلا أن قضية الخدمات تظل دائماً في بؤرة الضوء والاهتمام من قبل الدولة، وكذلك من قبل الباحثين سواء بشكلها المباشر كنقص في حجم الخدمات أو بأشكال أخرى غير مباشرة مثل التفاوتات الإقليمية في توزيع الخدمات، وبالرغم من وجود المعدلات والمعايير التخطيطية اللازمة لتوفر الخدمات من حيث أعدادها ومساحاتها وكفاءتها؛ إلا أن هذه المعايير من الصعب أن تتناسب مع كافة المحافظات باختلاف أوزانها السكانية وخصائصها الاجتماعية والاقتصادية، كما أنها تحتاج من آن لآخر إلي إعادة النظر فيها من أجل الوصول بالخدمات المقدمة للسكان إلي أفضل حال، وتكمن مشكلة الدراسة في تقويم هذه المعايير ومقارنتها بالواقع الفعلي للخدمات الصحية والتعليمية المقدمة للسكان بالمحافظات المصرية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

أهداف الدراسة:

من خلال قراءة الواقع للعديد من المشروعات الخدمية بالعديد من المحافظات يتضح أن ثمة انفصال واضح بين مراحل التخطيط ومراحل التنفيذ حيث يبدو أن القرار التنفيذي بحكم قربة من صانع القرار أقوي من القرار التخطيطي علي الرغم من كون التخطيطي هو الاستراتيجي، ولذلك تبدو الفجوة بين المخطط والمنفذ وهذا يعطي صورة صادقة للمفارقة بين ما هو موجود بالخطط وما هو في أرض الواقع، ولذلك تهدف هذه الدراسة إلي رسم صورة دقيقة يمكن من خلالها المتابعة المستمرة في كل مرحلة من مراحل تنفيذ المشروعات الخدمية ومقدار توافقها بما خُطط لها.

كما تهدف هذه الدراسة إلي تحويل مجموعة كبيرة من المقاييس التخطيطية إلي نسب وأرقام ومعدلات يسهل التعامل معها من خلال المقارنة والتحليل بما يضمن كفاية وكفاءة الخدمات الصحية والتعليمية علي أسس علمية سليمة.

تهدف هذه الدراسة إلي طرح النقاش العلمي المنظم والهادف حول موضوع ذو جوانب تطبيقية هامة تبدو فيه مشاركة الخبراء بالجامعات المصرية محدودة حتى الآن مما يتطلب المزيد من المشاركات الأكاديمية من خلال عقد ورش العمل وتقديم الدراسات الأكاديمية (ماجستير ودكتوراه) التي تقدم الحلول والتوصيات لحل مشكلات الخدمات في مصر.

تهدف هذه الدراسة إلي إبراز مدى الارتباط بين المعايير ومتطلبات التخطيط الحضري والإقليمي؛ حيث تعتبر دراسة الخدمات بصفة عامة (توزيع، تصنيف، معايير) بمثابة مسح واقعي تحليلي شامل للخدمات خاصة الصحية والتعليمية.

كما تهدف هذه الدراسة أيضاً إلي التعرف علي خصائص الوحدات الإدارية التي تمثل الوعاء الذي تقدم فيه هذه الخدمات ومن ثم معرفة هل روعي في التخطيط لهذه الخدمات الاختلافات بين هذه الوحدات من حيث الشكل والثقل السكاني ودرجة التحضر.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

فرضيات الدراسة:

لا تختلف مصر عن العديد من دول العالم النامي من حيث الاهتمام بالخدمات خاصة الصحية والتعليمية، وذلك نظراً لدورها الكبير في تحقيق النمو الاقتصادي والتطور الاجتماعي والتنمية العمرانية.

ويتفق معظم الباحثين في أن الأصل في توزيع الخدمات بصفة عامة هو تحقيق الهدف من إنشائها وذلك بأقصى كفاءة ممكنة لضمان وصول هذه الخدمات إلي المستفيدين .

في دورة لجنة الاتحاد الجغرافي الدولي .I.G.U عن الملامح الإقليمية للتنمية والتي عُقدت خلال المؤتمر الجغرافي الدولي الثالث والعشرين في طاجيكستان ١٩٧٦م؛ قدم العالم تيلور "Taylor" ورقة بحثية تناول فيها إعادة بناء الحيز المكاني وناقش فيها نظرية التنمية الاستقطابية التي تعتبر المدن الكبرى أقطاب نمو ومناطق تركز الخدمات وهي في نفس الوقت مسئولة عن نمط انتشار فوائض وعوائد التنمية في المناطق الهامشية.

ولعل أهم تساؤلات هذه الدراسة يتمثل في الآتي:

- إلي أي حد يمكن أن تُتخذ هذه المعايير كنماذج نمطية قابلة للتطبيق، وهل قننت هذه المعايير عناصر الخدمات الصحية والتعليمية.
- إلي أي حد راعت هذه المعايير اختلاف ظروف المكان وطبيعة المجتمع (حضر ، ريف) وتفاعلت مع الجوانب الكيفية والكمية للخدمة، وهل روعي في هذه المعايير البعد الزمني ومرحلية التطبيق.

الدراسات السابقة:

تخضع الخدمات الصحية والتعليمية لنفس قوانين السلع المادية، وهذا يعني أنه إذا أراد الإنسان الحصول علي سلعة أو خدمه[٥]؛ فإنه يسعي للحصول عليها وبأقل مجهود

١) لعل أهم العوامل المؤثرة هنا: - الرغبة في الحصول علي الخدمة وتسمي الطلب Demand.
- مدى توفر الخدم وتسمي العرض Supply.
- المسافة Distance وهي البعد المكاني بين المستهلك وموقع الخدمة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وأيضاً بأقل تكاليف وذلك كونه إنسان ذو حس اقتصادي قويم كما أن له منطق سليم في التصرفات.

تعد قضية توفير الخدمات خاصة الصحية والتعليمية إحدى القضايا الأكثر إلحاحاً كما يمثل تحديد المعايير التخطيطية للخدمات إشكالية هامة من إشكاليات التنمية العمرانية في مصر بصفة عامة، وبرغم كل التطلعات الطموحة لتحقيق المعدلات الأعلى أو الأمثل والأقرب إلي نظيرتها العالمية إلا أنه يصعب إحداث طفرة فجائية لتحقيق هذه المعدلات، وهذا يعني أن الضرورة تقتضي وقفة متأنية لتناول هذه القضية ومناقشة المعايير التخطيطية المطروحة ليس فقط في ضوء الاحتياجات الملحة بل وأيضاً في ضوء الإمكانيات الحكومية الرسمية المتاحة.

تعددت الدراسات الجغرافية التي تناولت إعادة التنظيم المكاني Spatial Reorganization للخدمات الصحية والتعليمية في ضوء المعايير التخطيطية، وذلك لمعالجة قصور وفجوات مناطق التنمية الحضرية والريفية وما ينشأ عن ذلك من اختلافات مكانية وفوارق إقليمية قد تكون حادة داخل القطر الواحد وأحياناً داخل الإقليم الإداري الواحد (المحافظة)، وتعد نظرية الأماكن المركزية Central Place Theory للعالم كريستلر ١٩٣٣ – ولا تريد الباحثة الخوض في تفاصيل النظرية واشتراكات تطبيقها فأدبيات جغرافية المدن عرفت لذلك الكثير – هي إحدى أهم النظريات التي أعطت تصور لنموذج مثالي للأقاليم الخدمية، وعلي الرغم من اعتماد النظرية في التحديد عن البيانات الرقمية واستخدام الصيغ الرياضية إلا أنه يمكن القول أن الإقليم المثالي شكل لا يتحقق من خلال رقم محدد في معادلة رياضية معينة وبالتالي فإذا تجاوزت الباحثة قضية كيفية تحديد الإقليم بشكل دقيق فإن أهم ملامح هذا الإقليم هو ما يضمن سهولة الوصول من سكانه لمواقع خدماته وأيضاً أن تكون هذه الخدمات كافية وتلبي احتياجات السكان.

وفي الواقع فهناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة كل من زاوية خاصة ومن هذه الدراسات ما قدمه أحمد علي إسماعيل في دراسته عن التنمية العمرانية وإعادة توزيع السكان في مصر ضمن ندوة الجمعية الجغرافية المصرية بالقاهرة في

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

عام ١٩٦٩م، ودراسة حسين كفافي بعنوان "رؤية عصرية لخريطة مصر"، والمنشورة بالهيئة المصرية الهامة للكتاب بالقاهرة ١٩٧٩م، ودراسة سيد عبد المقصود عن "الإطار النظري العام للتخطيط الإقليمي"؛ بمعهد التخطيط القومي ١٩٧٩م، وأيضاً دراسة عبد الفتاح ناصف عن "التفاوتات الإقليمية واستراتيجيات التنمية الإقليمية بمعهد التخطيط القومي ١٩٨٧م، ودراسة المركز الديموغرافي بالقاهرة عن "إسقاطات السكان المستقبلية بمحافظات مصر ٢٠٠١-٢٠٢١"، والصادرة في عام ٢٠٠٠م، ودراسة سيد عبد المقصود وآخرون عن "أثر تجاهل البعد المكاني عن نمو الاقتصاد القومي: ضمن سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، والصادرة في ٢٠٠٣م.

كما تعددت الدراسات التي تناولت فكرة التباين المكاني واختلال الصورة السكانية وعلاقة ذلك بخطط التنمية، وذلك علي مستويات مختلفة إقليمياً ومحلياً، ومن أوائل هذه الدراسات ما قدمه Williamson ١٩٦٥م، وقد طبقها علي الولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلي أربعة وعشرون دولة أخرى، وأيضاً دراسة Bark ١٩٨٤م، والتي أوضح فيها الهيمنة الحضرية لمدينة نيومكسيكو ودراسة Chakravorty ١٩٩٤م وركز فيها علي ظاهرة الاستقطاب في عدد من دول العالم النامي، وأثر ذلك علي اختلاف توزيع بعض الخدمات، ودراسة الصالح وتناول فيها أهم الطرق الكمية في تحديد الاختلافات المكانية لمؤشرات التنمية بالمملكة العربية السعودية في عام ١٩٨٩م، وفي نفس السياق تناول الهذلول وأخرون تباين الخدمات التعليمية والصحية في عام ١٩٩٨م، ودراسة أمين، نادين، عبد الرازق، نجيم بعنوان "معايير الخدمات للمناطق السكنية في العراق ٢٠٠٧م، تناولت واقع معايير الخدمات والضوابط التخطيطية للمناطق السكنية في مدن العراق علي المستويات المختلفة (المحلة والحي والقطاع)، وذلك للتوصل إلي معايير موحدة ومشتركة يستفيد منها المصمم والمخطط، وتهدف هذه الدراسة إلي إجراء دراسة تحليلية مقارنة لواقع معايير الخدمات في المناطق السكنية لبعض المدن المصممة في العراق من قبل الشركات العالمية والدراسات المحلية لضمان توحيد تلك المعايير واستخلاص معايير وضوابط تخطيطية جديدة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ودراسة الجرف ٢٠٠٧م، بعنوان "تخطيط الخدمات العامة في المدن" حالة دراسية لمنطقة المخفية في مدينة نابلس، وقد هدفت الدراسة إلي تحديد مدى مطابقة تخطيط الخدمات العامة في المدن الفلسطينية لمعايير التخطيط العالمية ووضع أسس واستراتيجيات لتخطيط الخدمات العامة في المدن الفلسطينية، وقد خلصت الدراسة بضرورة مراعاة المعايير المعتمدة عند تخطيط الخدمات العامة بالمدن الفلسطينية.

وتأتي الدراسة التي قُدمت من الهيئة العامة للتخطيط العمراني بعنوان دليل المعدلات والمعايير التخطيطية العمراني بعنوان دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، وذلك للاسترشاد به في إعداد المخططات الإستراتيجية العامة علي مختلف المستويات التخطيطية بهدف ضمان إنفاذ القرار التخطيطي، وفي الوقت نفسه توحيد الفكر التخطيطي والدعم الفني بالمحافظات والوحدات المحلية.

دراسة الجابري، نزهة ٢٠١١م، بعنوان "المعايير التخطيطية للخدمات بالمملكة العربية السعودية" – دراسة مقارنة – وقد هدفت الدراسة إلي محاولة رسم صورة جديدة للأقاليم التخطيطية بالمملكة العربية السعودية واقتراح أقاليم تخطيطية جديدة، ومن ثم رسم الخطط التنموية الإقليمية للدولة بما يتوافق وشخصية كل إقليم، ومن ثم إعادة النظر في المعايير التخطيطية الحالية للخدمات لتصبح أكثر مواءمة للوضع الخاص بكل إقليم.

دراسة ممدوح الدبس ٢٠١٢م عن "تقييم منظومة العوامل البشرية المؤثرة في التباين المكاني في حاجات السكان إلي الخدمات" والواردة بمجلة جامعة دمشق بالمجلد رقم ٢٨ العدد الثالث والرابع ؛ حيث أتضح من هذه الدراسة العلاقة الطردية بين المستوي التعليمي والثقافي ومستوى الخدمات، وقد استفادت الباحثة من الإطلاع علي هذه الدراسات، وأهم ما توصلت إليه النتائج.

أولاً: الكيانات الإدارية كوعاء يصلح لتطبيق المعايير التخطيطية :

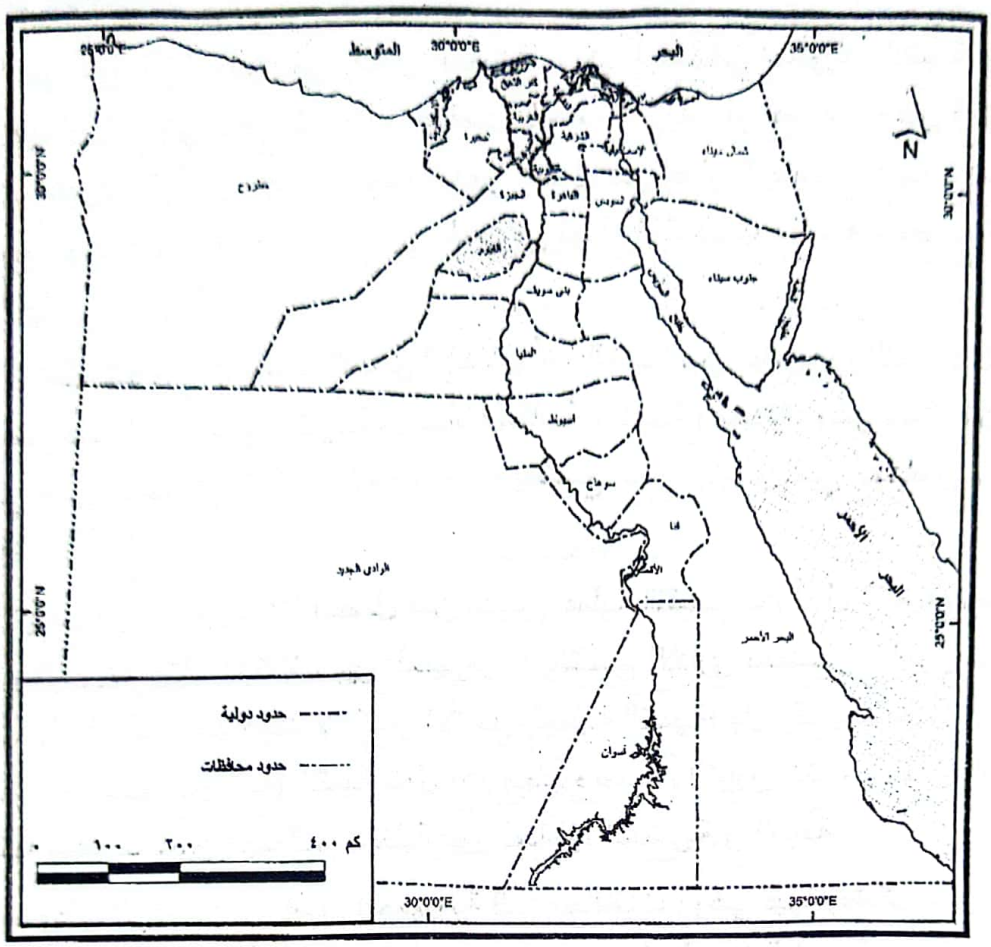
الكيانات الإدارية (حدود الأقاليم التخطيطية، حدود المحافظات – حدود المراكز الإدارية –حدود الوحدات المحلية – حدود القرى – حدود الأحياء بالمدن) هي الواقع الجغرافي الفعلي الذي يستوعب بداخلة مواقع الخدمات الصحية والتعليمية، وبغض النظر

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

عن مدى ملاءمة هذه الكيانات للتوزيع الأمثل لهذه النوعية من الخدمات؛ إلا أنها هي المعول عليها في الدراسة كونها الكيانات الرسمية للدولة، والتي يمكن أن تعتمد عليها الباحثة في التمثيل الكرتوجرافي بهذه الدراسة، وفي الوقت نفسه المتوافقة مع الوحدات التوزيعية الإحصائية الرسمية.

ولما كانت الجمهورية برمتها هي الإطار المكاني لهذه الدراسة فقد اقتضي الطرح العلمي السليم استدعاء فكرة المحافظة كوحدة مساحية توزيعية – دون غيرها من الوحدات التوزيعية الأخرى؛ كالأقاليم التخطيطية أو المراكز الإدارية ..... الخ _، وذلك لكون الجمهورية ضمت عدد مناسب من المحافظات (٢٧ محافظة) راجع الشكل رقم (١) و الذي يوضح الخريطة الإدارية للمحافظات المصرية، وهذا يتناسب والحجم المناسب للدراسة بالإضافة إلي أنه مع المحافظة كوحدة إدارية مساحية تتوزع عناصر المكان الأساسية (السكان، مراكز العمران، الأنشطة البشرية) بصورة نظامية، ومن الواضح أن عناصر المكان السالفة الذكر يتحقق معها ثلاثة مبادئ أساسية؛ الأول يتعلق بتوزيع السكان، والثاني بنظام توزيع المحلات العمرانية، والثالث بأعداد وأنماط الوظائف والخدمات التي تؤديها هذه المحلات وعلي هذا فإن الصورة العامة لخريطة الجمهورية تطالعنا بالتجمعات السكانية الكبيرة الحجم، وهي تتميز بقلة عددها وكثرة تباعدها وباحتوائها علي تركزات أكبر من الوظائف والخدمات، وهذا ما ينطبق علي عواصم المحافظات، وبالتالي فالمناطق الفاصلة بين هذه الحواضر تضم مراكز أصغر حجاً وأقل تباعداً، ومن ثم تؤدي وظائف وخدمات أقل مرتبة، وكل هذا يؤكد أن هذه المبادئ ليست تصادمية الحدوث ولكنها انعكاس لتنظيم أصولي للسكان وأنشطتهم ومراكز تجمعهم في المكان، وهذا ما أقرت به عدة نظريات اختصت بالتنظيم المكاني.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



أ- أشكال المحافظات:

ليس هناك اتفاق علي مفهوم واحد للإقليم كما أنه ليس هناك إقليم يخدم كل الأغراض ويحقق كل الأهداف وستعتمد الدراسة علي الإقليم الإداري Administration Region، وهذا الإقليم هو الخطوة الأولي للقيام بوظائف عديدة لعل أهمها الأمن والانتخاب؛ كما أن هذا الإقليم يبدو ذو خصائص مكانية محددة، وليس بالضرورة أن يكون هو ذلك الإقليم الجغرافي، وعلي الرغم من ذلك يعتمد عليه الجغرافيون في العديد من دراستهم وبحوثهم، فالحدود الإدارية هي الإطارات التي تستوعب الحقائق الجغرافية ، و هي إرث ماضي طويل غالباً ما يتعرض للكثير من التغيير . ويمكن القول أن ثمة معايير يمكن من خلالها التعرف علي جدوى الحدود الإدارية بين المحافظات، ومدى نجاح الخريطة الإدارية وتري الباحثة أن من أهم هذه المعايير هي تحقيق شكل أفضل من التنظيم المكاني الخدمي، وتحقيق درجة أعلي من التجانس القطاعي بالإضافة إلي تحقيق التكامل الإقليمي، وذلك بهدف تقليل

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

الفوارق بين أجزاء الإقليم ليس في مستوى المعيشة، ولكن أيضاً في مستويات التنمية. و في الواقع فإن أي تغير في حجم مكونات و عناصر الخدمة – زيادة أو نقصان – عن المتوسط العام للجمهورية لا يعني تحقيق وضعا خدميا أفضل في إطار الوحدة الإدارية و العكس صحيح ، و إنما لمعرفة أتجاه التغير المكاني لهذه المكونات مقارنة بالوضع العام للجمهورية.

وتمثل أشكال المحافظات المصرية أحدى أهم الخصائص البشرية، وذلك باعتبار أن هذه المساحات تظهر علي الخرائط كوحدات مكانية واضحة ومحددة. ومن خلال التحليل المرئي لخرائط مصر مقياس ١/٥٠٠٠٠٠٠ يتضح مدى التباين في أعداد و أشكال المحافظات(٦).

ولعل من المناسب هنا الفصل بين مفهوم عملية التقسيم من أجل التنمية، ومفهوم التقسيم الإداري؛ فهناك اختلاف بين المفهومين؛ فالتقسيم الإداري يخضع لمعايير وضوابط سياسية واجتماعية وأمنية وقد لا يكون الأنسب لعملية التنمية؛ بل وقد يعوقها في بعض الأحيان؛ أما التقسيم من أجل التنمية فلعل أهم معاييره ضمان التوازن الخدمي لتقليل الفوارق الإقليمية وذلك للحد من الهجرات الداخلية بين المناطق الحضرية و الريفية.

وعلي الرغم من أن تقسيم الجمهورية إلي محافظات روعي فيها وبشكل كبير وحدة الطبيعة الجغرافية للإقليم أي الإقليم الإداري إلا إنه مع هذه الوحدة الطبيعية لم تراع قضية الحجم؛ فهناك بعض المحافظات تجاوزت في مساحتها أضعاف مساحات محافظات أخرى، ولعل خير مثال علي ذلك محافظة مطروح والوادي الجديد والبحر الأحمر مقارنتاً بمحافظات

---

١) يمكن تتبع تطور التقسيم الإداري بشكل موجز علي النحو التالي:
- في عصر الفراعنة: قُسمت مصر إلي قسمين فقط.
  - مصر العليا (الوجه القبلي): وقسم إلي ٢٢ مقاطعة.
  - مصر السفلي (الوجه البحري): قسم إلي ٢٠ مقاطعة.
- في عصر البطالمة والرومان: قسمت مصر إلي ثلاثة أقاليم.
  - إقليم مصر السفلي. - إقليم مصر الوسطي. - إقليم مصر العليا.
  واحتوى كل إقليم علي مراكز وقري.
- في العصر الإسلامي: سُميت الأقسام "كور" واشتملت مصر علي ٨٠ كورة.
  - قسمت بدورها إلي مجموعة من القري.
- في العصر العثماني: قُسمت مصر إلي سنجقيات بلغ عددها ١٥ تسعة بالوجه البحري وستة بالوجه القبلي.
  - مع الحملة الفرنسية: أبقت الحملة علي التقسيم الإداري والعثماني وتغير الاسم ليصبح مديرية.
- فترة حكم محمد علي: قُسمت المديريات مراكز وأخطاط تضم العديد من القرى، ٤ مديريات في الوجهة البحري، و٣ مديريات في الوجه القبلي، و٥ محافظات هي القاهرة والإسكندرية ورشيد ودمياط والسويس.
- في العصر الحديث: صدر دستور ١٩٢٣ ونصت المادة ١٣٢ منه علي إعطاء الشخصية الاعتبارية للمديريات والمدن والقرى.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

القليوبية والغربية ودمياط، ومن الملاحظ أنه رغم تباين المساحة بين المحافظات المصرية إلا أن الحدود الإدارية حققت التجانس الاجتماعي حيث أن التركيبة السكانية داخل المحافظات جاءت متجانسة وإلي حد كبير، فالتنمية للإنسان وبالإنسان، وهذا يعني أن المحافظات لم تتضمن تلك الفوارق الاجتماعية التي يصعب معها جمع وحدة سكان المحافظة علي هدف تنموي أساسي؛ كما تشهد العديد من المحافظات تنوع اقتصادي واضح مع وجود ميزه نسبية[٧] لبعض المحافظات من خلال تخصيص اقتصادي محدد كالزراعة في محافظات الشرقية، الدقهلية، البحيرة، والصناعة في محافظات الغربية، ودمياط والسياحة في محافظات البحر الأحمر، جنوب سيناء، الأقصر.

وفي الواقع فدراسة أشكال المحافظات أصبحت محور اهتمام كبير من قبل المتخصصين خاصة المهتمين منهم بإعادة تخطيط الحدود الإدارية لتتناسب وواقع التنمية الإقليمية المنشودة من قبل الدولة.

وتتعدد خصائص الأشكال وصفاتها علي مستوى المحافظات، وعلي الرغم من ذلك فتظل هذه الأشكال ما بين صفتي الاندماج والاستطالة، وكلاهما يعكس العديد من العلاقات المكانية داخل إطار المحافظة. ويوضح الجدول التالي والشكل رقم (٢) معامل الشكل للمحافظات المصرية والذي تم عمله باستخدام برنامج الـ GIS.

يتضح من الجدول السابق وطبقاً لمعامل الشكل (هاجيت) أن اشكال المحافظات المصرية تتنوع ما بين النجمي والمستطيل والمثلث وإلي حدٍ ما المربع؛ بينما تبتعد عن الشكل السداسي والدائري؛ حيث أن الأشكال الهندسية النمطية طبقاً لمعامل هاجيت تأخذ القيم التالية:

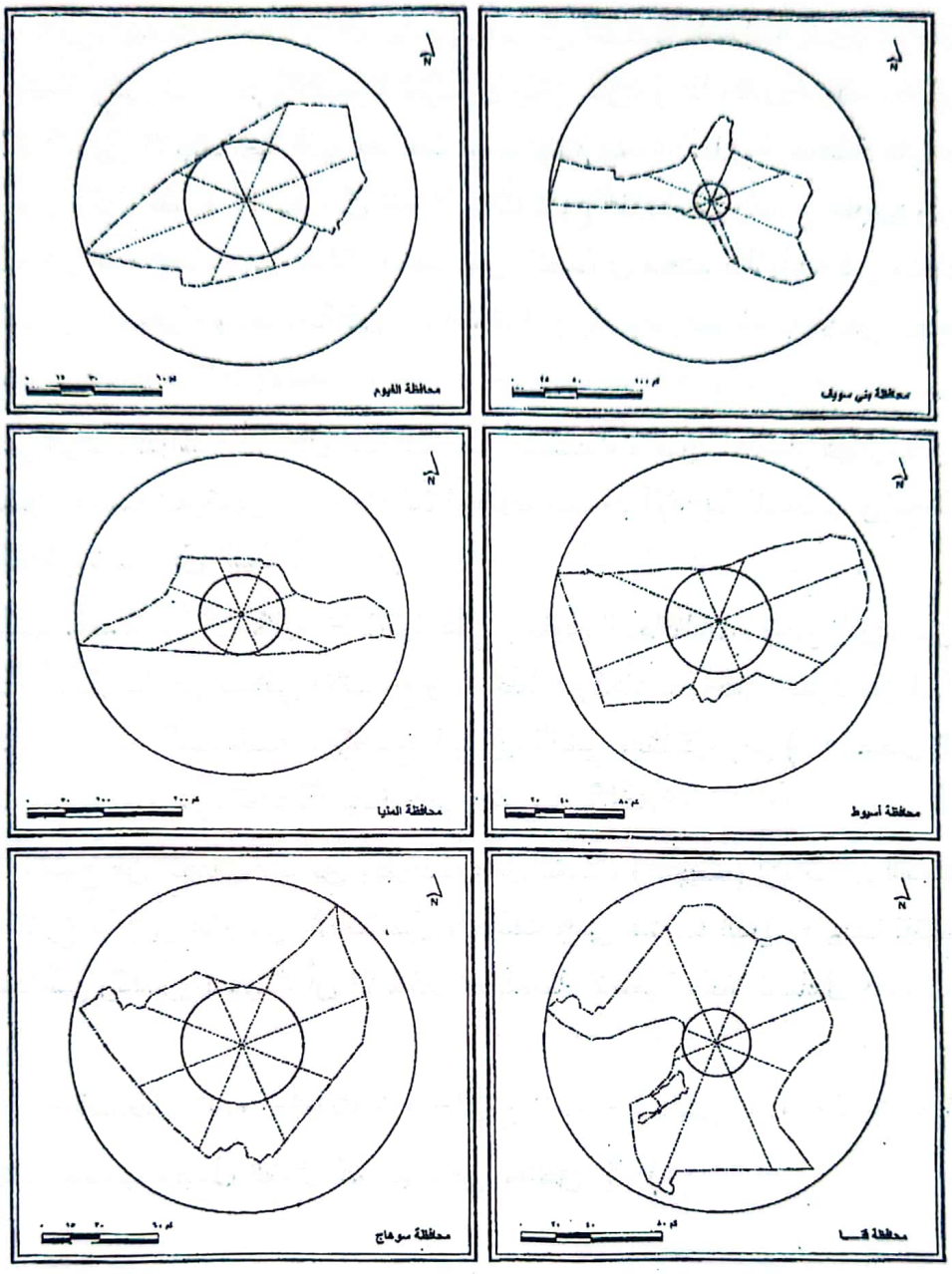
النجمي ٠.٥١ – المستطيل ٠.٥٣ – المثلث ٠.٦ – المربع ٠.٧١ – السداسي ٠.٨٠ – الدائرة ١.٠٠.

وقد تم حساب معامل الشكل كما جاء في الملحق رقم (١).

---

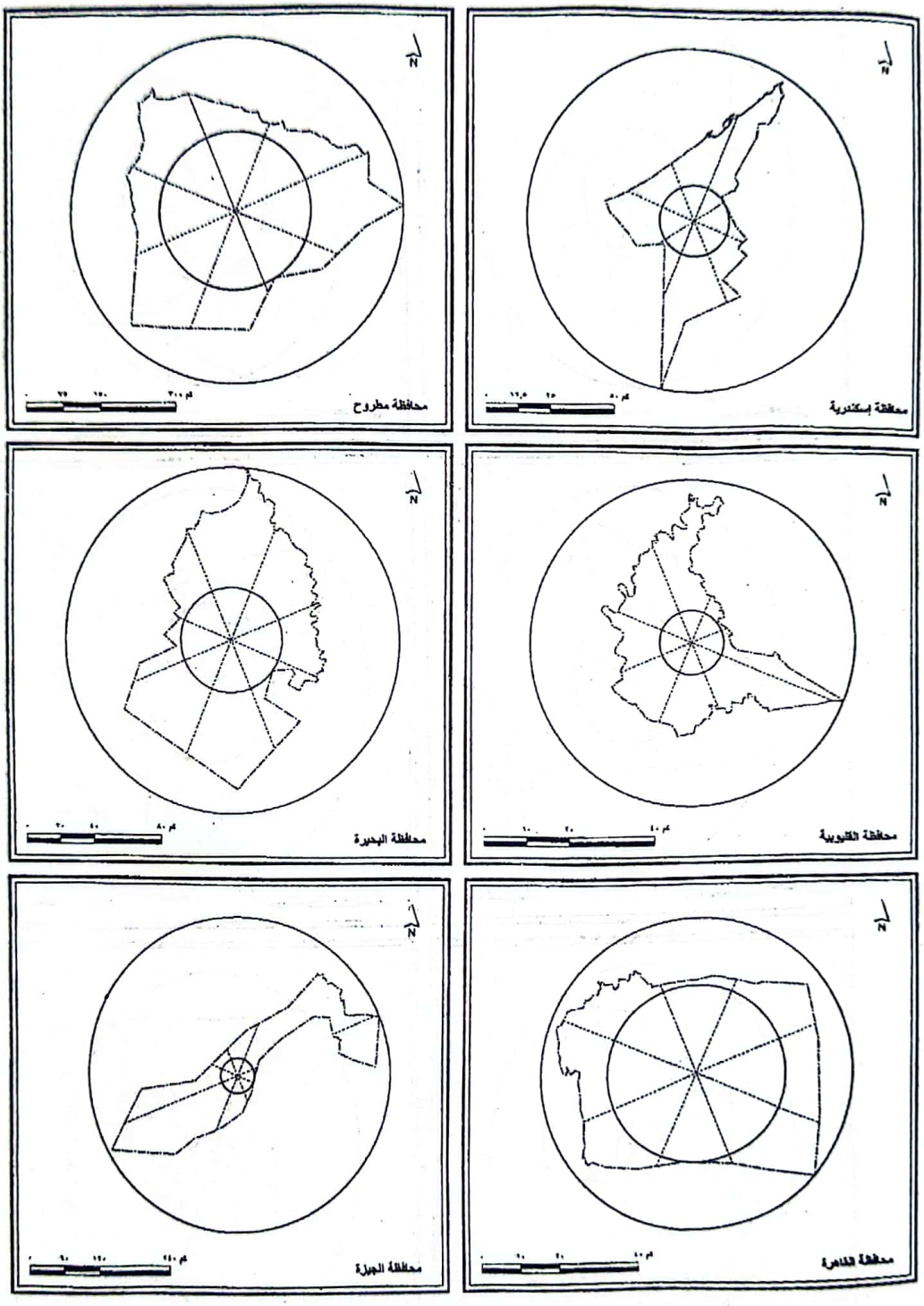
١) قد تكون الميزة النسبية موقعية ترتبط بموضع تحدده شبكة المواصلات أو ينتج عنها ظهور سوق يصرف منتجات المحافظة وهذا ما ينطبق علي محافظة دمياط ذات الظهير الزراعي المحدود، أو قد تكون الميزة النسبية وجود مصدر للمادة الخام كالبترول، وهذا ينطبق علي محافظة البحر الأحمر، أو وجود ميناء بحري يعمل كمركز للنمو Growth Center يصرف منتجات الداخل ويستقبل تجارة الوارد.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



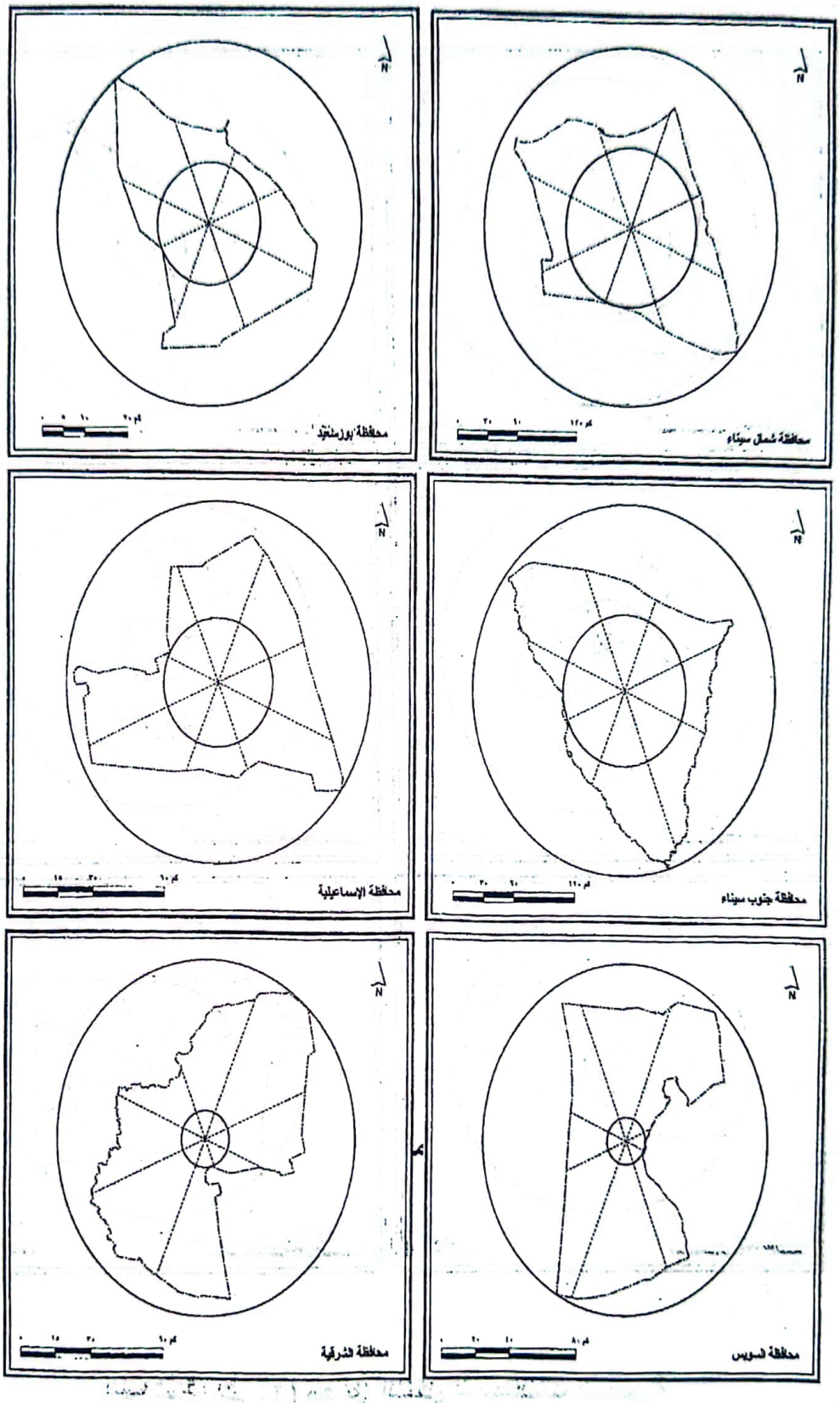
شكل رقم (٢) معامل الشكل للمحافظات المصرية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

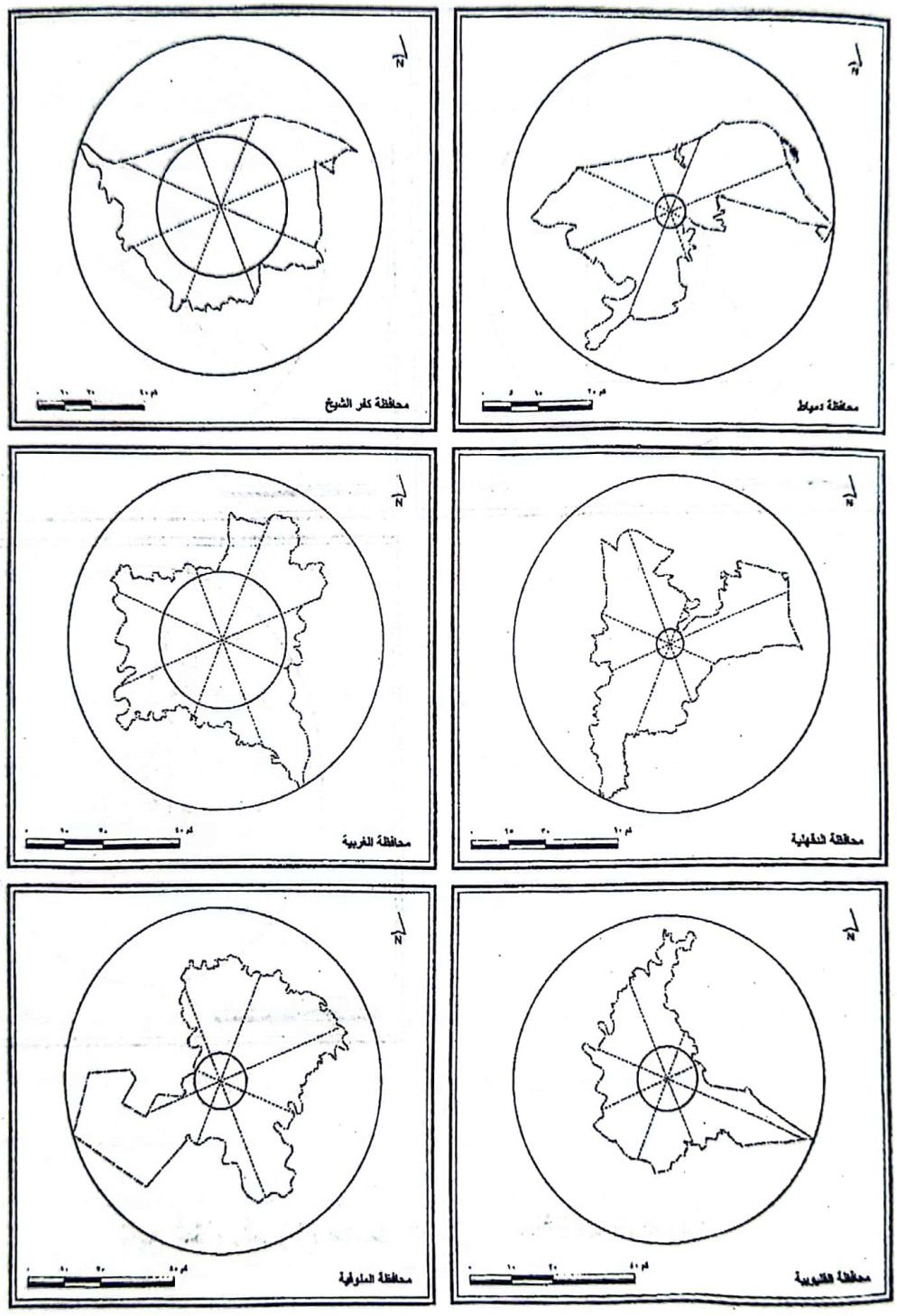


تابع شكل رقم (٢) معامل الشكل للمحافظات المصرية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

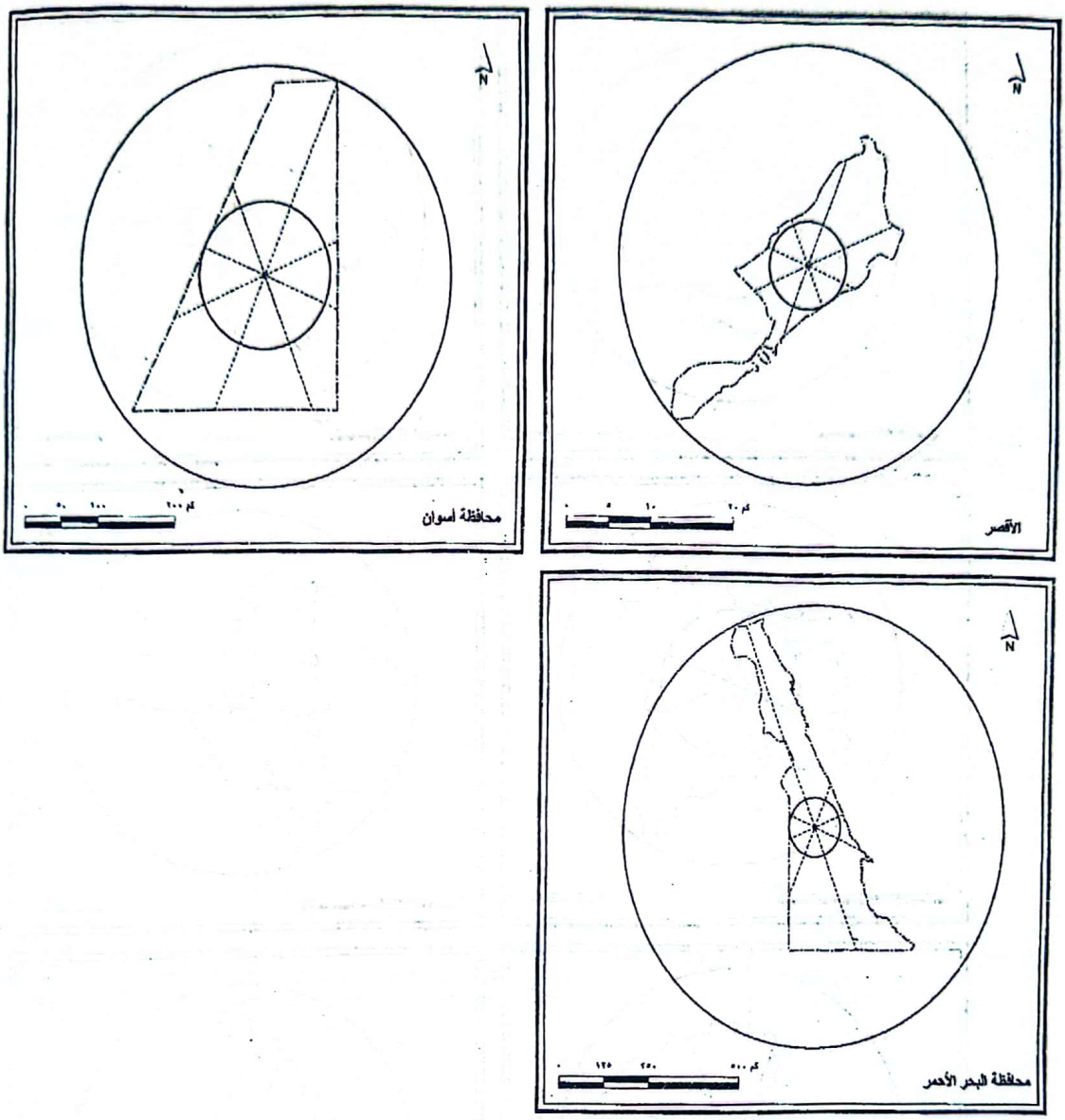


الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



تابع شكل رقم (٢) معامل الشكل للمحافظات المصرية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



تابع شكل رقم (٢) معامل الشكل للمحافظات المصرية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ب- مواقع عواصم المحافظات:

تستدعي الدراسة الجغرافية المتكاملة لقطاع الخدمات باختلاف أنواعها التعرف علي الأوضاع والظروف المؤثرة في توزيع الخدمات في مواقعها وتنظيمها المكاني، وفي ضوء ذلك يجب مراعاة عدة أمور لعل أهمها:

- طبيعة الفرع الخدمي المدروس وخصوصيته[٨].(*)
- مستوى الخدمات.
- أنواع الدراسة الجغرافية لقطاع الخدمات.
- اتجاهات الدراسة في جغرافية الخدمات.
- التباين في قوة تأثير كل عامل من مجمل العوامل البشرية في الظاهرة الخدمية المدروسة.

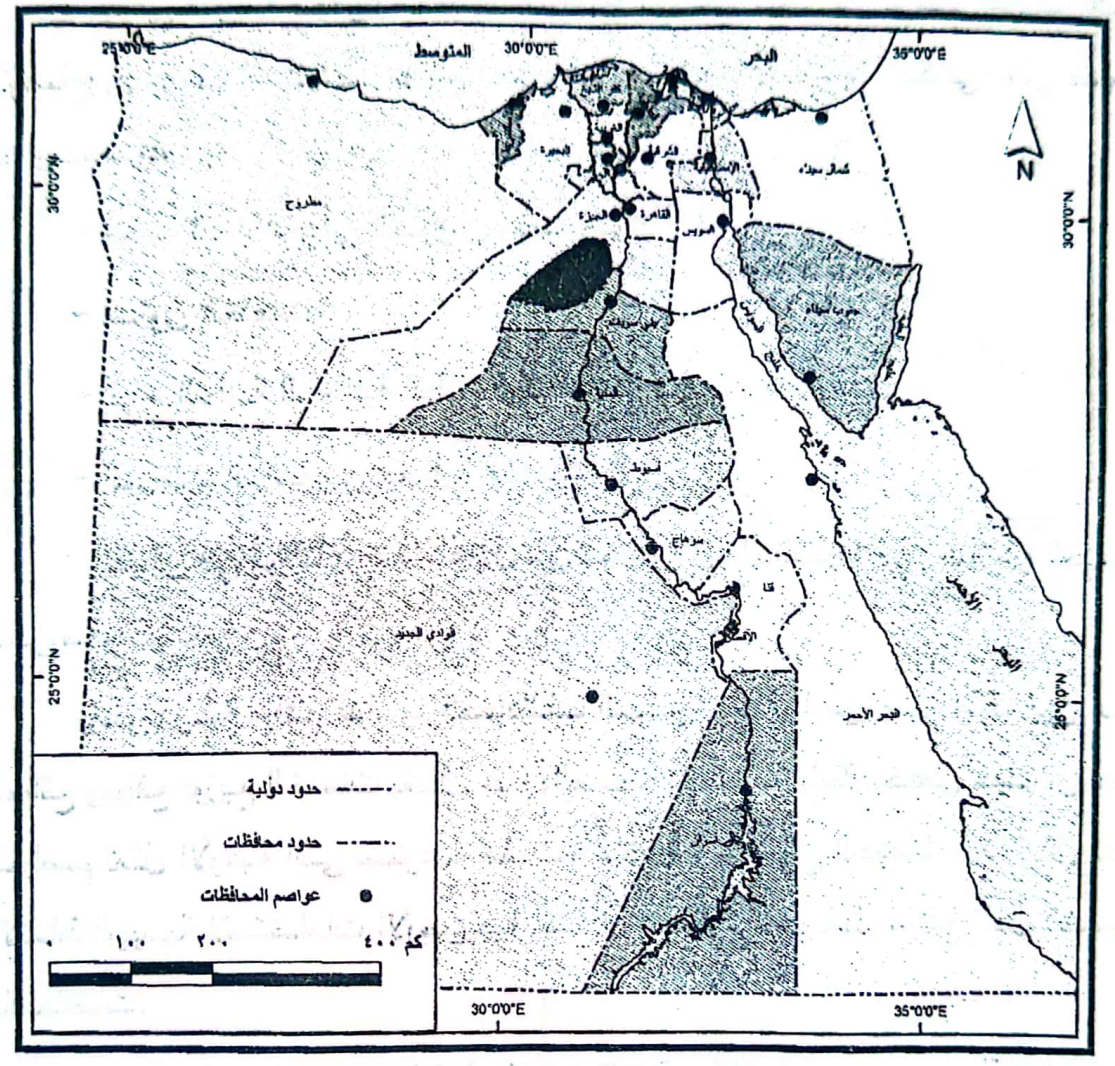
وتأتي دراسة مواقع عواصم المحافظات المصرية لما لها من صلة وثيقة بين هذه المواقع ومواقع توزيع الخدمات بشكل عام والصحية والتعليمية بشكل خاص حيث أن هذه العواصم تمثل الأوعية التي تستوعب هذه الخدمات بل إن مواقع الخدمات فيها تمثل أحد الأنماط الرئيسية لاستخدامات الأرض بها، كما أن هذه العواصم تمثل مواقع الثقل الخدمي بالمحافظات.

ومن خلال تحليل الخريطة المرفقة شكل رقم (٣) والذي يوضح مواقع عواصم المحافظات المصرية يتضح أن ثمة تباين واضح في مواقع هذه المدن، ويتضح من خلال الدراسة أن هناك تركز واضح للعديد من الخدمات الصحية والتعليمية في هذه المراكز الحضرية، وذلك بحكم ثقلها السكاني، ولذلك اعتمدت الدولة في العديد من سياساتها علي تطبيق إستراتيجية التنمية الإقليمية لتقليل الفوارق الريفية الحضرية في مجال الخدمات. وتؤثر

*) يضم قطاع الخدمات ١٣ نوعاً من الخدمات:
للاستزادة راجع: الكسيف أ.ي، وآخرون، جغرافية الخدمات – المناهج والمفاهيم الأساسية، تفير، ١٩٩١م.
- الدبس، ممدوح، تقييم منظومة العوامل البشرية المؤثرة في التباين المكاني في حاجات السكان إلي الخدمات واستهلاكها وتنظيمها المكاني في المراكز العمرانية من الأقاليم – دراسة في الأساس النظري والمنهجي، مجلة جامعة دمشق، مجلد ٢٨، ٢٠١٢م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

سياسة الدولة سواء على مستوى المحافظة أو على مستوى الدولة ككل في اختيار المواقع التي تخصص لتؤدي خدمات معينة و أيضا في تنمية كل أنواع الخدمات.



الشكل رقم (٣) مواقع عواصم المحافظات المصرية

و إذا كانت عاصمة المحافظة هي القطب الأول وربما الأوحد لتركز الخدمات داخل المحافظة خاصة الخدمات الصحية والتعليمة، كما أنها تمثل المدينة المهيمنة The Primate City وذلك اعتماداً علي ثقلها السكاني وقدرة جذبها للاستثمارات في القطاعات الخدمية وغير الخدمية فإن موقعها الهندسي داخل حدودها الإدارية سيحدد مدى نجاحها

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وأداءها الوظيفي[٩]، ولذلك كان من المناسب تطبيق معامل مركزية وهامشية العواصم الإدارية علي مستوي الجمهورية والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (١) المساحات وأعداد السكان ومعامل المركزية / الهامشية ٢٠١٤م

م	المحافظة	المساحة الكلية كم٢	عدد السكان بالآلاف	الرتبة السكانية	معامل المركزية / الهامشية
١	القاهرة	٣٠٨٥.١	٩١٠٢	١	هامشية
٢	الجيزة	١٣١٨٤.٠	٧٣٩٨	٢	هامشية
٣	الشرقية	٤٩١١.٠	٦٣٢٧	٣	بينية
٤	الدقهلية	٣٥٣٨.٢	٥٨١٨	٤	بينية
٥	البحيرة	٩٨٢٦.٠	٥٦٤٧	٥	شبهة هامشية
٦	المنيا	٣٢٢٧٩.٠	٥٠٠٤	٦	بينية
٧	القليوبية	١١٢٤.٣	٤٩٩٠	٧	هامشية
٨	الإسكندرية	٢٣٠٠.٠	٤٧١٦	٨	شبهة هامشية
٩	الغربية	١٩٤٢.٣	٤٦٤٨	٩	شبه مركزية
١٠	سوهاج	١١٠٢٢.٠	٤٤٦٩	١٠	بينية
١١	أسيوط	٢٥٩٢٦.٠	٤١٢٣	١١	بينية
١٢	المنوفية	٢٤٩٩.٠	٣٨٥٠	١٢	شبه مركزية
١٣	كفر الشيخ	٣٤٦٦.٧	٣٠٩٣	١٣	هامشية
١٤	الفيوم	٦٠٦٨.٠	٣٠٧٢	١٤	هامشية
١٥	قنا	١٠٧٩٨.٠	٢٩٥٩	١٥	بينية
١٦	بني سويف	١٠٩٥٤.٠	٢٧٧١	١٦	بينية
١٧	أسوان	٦٢٧٢٦.٠	١٣٩٤	١٧	بينية
١٨	دمياط	٩١٠.٣	١٣٠٠	١٨	هامشية
١٩	الإسماعيلية	٥٠٦٦.٩	١١٤٦	١٩	هامشية
٢٠	الأقصر	٢٤٠٩.٦	١١١٩	٢٠	مركزية
٢١	بورسعيد	١٣٤٤.٩	٦٥٣	٢١	هامشية
٢٢	السويس	٩٠٠٢.٢	٦٠٧	٢٢	هامشية
٢٣	مطروح	١٦٦٥٦٣.٠	٤٢٧	٢٣	هامشية
٢٤	شمال سيناء	٢٨٩٩٢.٠	٤٢١	٢٤	هامشية
٢٥	البحر الأحمر	١١٩٠٩٩.١	٣٣٧	٢٥	هامشية
٢٦	الوادي الجديد	٤٤٠٠٩٨.٠	٢١٩	٢٦	هامشية
٢٧	جنوب سيناء	٣١٢٧٢.٠	١٦٤	٢٧	هامشية

١) تهدف سياسة التنمية الإقليمية إلي إيجاد حالة من التوازن النسبي في توزيع الاستثمارات القطاعية علي مناطق الدولة المختلفة بهدف الحد من التركيز السكاني والتفاوت المكاني في مستويات التنمية الشاملة أي التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الإقليم الواحد أو بين أقاليم الدولة المختلفة وتركز هذه السياسة علي مبادئ التخطيط الإقليمي المتمثلة في ضرورة تحقيق الاستقرار المكاني للسكان، وذلك بتقليل عوامل طردهم من مناطق استقرارهم وتعزيز عوامل بقائهم فيها للحد من الهجرة الداخلية.

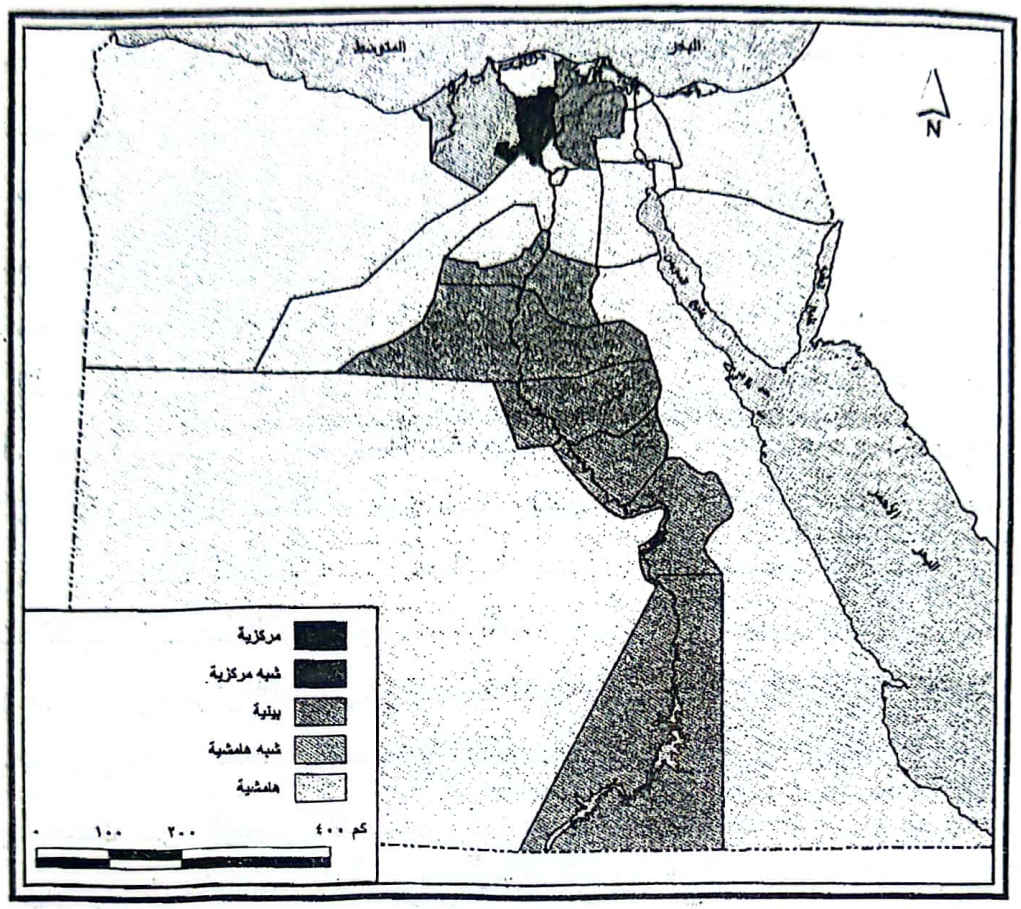
الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المصدر : من حساب الباحثة

ومن تحليل الجدول السابق والشكل رقم (٤) والذي يوضح معامل مركزية أو هامشية للعاصمة يتضح الأتي:

- تتباين المحافظات بشكل كبير في ثقلها السكاني وتفاوتها المساحي فالمحافظات الحضرية علي الرغم من صغر مساحتها؛ إلا أنها تضم أحجام سكانية كبيرة علي مستوي الجمهورية، وهذا ما يجعلها تشهد أكبر الكثافات السكانية ولا تظهر المحافظات الحضرية كنمط وحيد بل هناك المحافظات الريفية، وهي الأكثر عدداً وانتشاراً بالوادي والدلتا؛ بالإضافة إلي النمط الثالث، والذي يتمثل في المحافظات الصحراوية كمطروح والوادي الجديد والبحر الأحمر وشمال سيناء وجنوب سيناء، وتعمل الدولة من خلال تطبيق الاستراتيجيات الواردة بالخطط القومية علي خلق فرص استثمارية جديدة من خلال العديد من المشروعات القومية الحالية وجذب الاستثمارات العربية والأجنبية ويُعول علي ذلك في تغير خصائص وطبيعة هذه المحافظات وضمان جعلها مناطق استقرار حديثة تمتص فائض السكان في الوادي والدلتا.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



شكل (٣) معامل الهامشية والمركزية لمحافظات مصر

– تتباين المحافظات المصرية في معامل مركزية أو هامشية عاصمتها بشكل كبير فهي ما بين مركزية وشبه مركزية وبينية وشبه هامشية وهامشية[١٠]، وفي الواقع ليس ثمة علاقة بين الثقل السكاني والمساحي للمحافظة وبين مدي مركزية أو هامشية عاصمتها، إلا أن ما يمكن

---

١) معامل المركزية/ الهامشية $ك = \frac{س}{م\ نق}$

حيث س = المسافة بين موقع العاصمة والمركز الهندسي
م نق = متوسط انصاف أقطار الشكل
وبتراوح الناتج من تطبيق المعادلة بين صفر – ١
من صفر – ٠.٢٠ المركزية
من ٠.٢١ – ٠.٤٠ شبة المركزية
من ٠.٤١ – ٠.٦٠ بينية
من ٠.٦١ – ٠.٨٠ شبه هامشية
من ٠.٨١ – ١ هامشية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

قولـه أنـه مـع الأشـكال المسـاحية المندمجـة يسـهل أن تحتـل المدينـة الأم أو العاصـمة الموقـع المتوسط فيها فهذا يحقق تكافئ فرص الوصول داخل المحافظة إلي مراكز الخدمات الصحية والتعليمية المتمركزة داخل الكتلة السكنية للمدينة.

– ضمت الجمهورية ٢٧ محافظة اختلفت معامل مركزيتها بشكل واضح إذ حققت مدينة الأقصر في محافظتها مركزية واضحة، وهذا ما لم يتحقق في محافظة أخرى وقد جاءت مركزية هذه المدينة داخل إطارها الإداري نظراً لصغر مساحة هذه المحافظة؛ فقد كانت مدينة تابعة لمحافظة قنا بتعداد ٢٠٠٦م، ولذلك فهذه المدينة تتوسط إقليمها الإداري، ومن ثم يسهل علي طالبي الخدمات بها سهولة الوصول إليها، ويتمثل النمط الثاني في مدينتي طنطا وشبين الكوم؛ حيث حققت المدينتين شبه المركزية والمدينتان تقفا ضمن آراضي الدلتا المصرية ذات القدرات الإنتاجية المرتفعة والمخدومة بشبكة جيدة من الطرق المرصوفة وقد احتلتا موقعين قريبين من المركز الهندسي في كل محافظة، ولذلك فتبدو مدينة طنطا تتوسط إقليم النفوذ الصحي والتعليمي لمحافظة الغربية، وكذلك مدينة شبين الكوم.

هذا وقد حققت مدن: الزقازيق، المنصورة، المنيا، سوهاج، أسيوط، قنا، بني سويف، أسوان درجة البينية وتشغل هذه المحافظات حوالي ٣٠% من إجمالي محافظات الجمهورية، وجاءت مدينتي دمنهور والإسكندرية في مواقع شبة هامشية بين عواصم محافظات الجمهورية، ولعل النمط السائد يتمثل في المواقع الهامشية، و الذي تمثله مدن القاهرة والجيزة وبنها وكفر الشيخ والفيوم ودمياط والإسماعيلية وبورسعيد والسويس و مرسي مطروح والعريش والغردقة والخارجة والطور، وفي الواقع هذه المدن عواصم لأربعة عشر محافظة تمثل حوالي ٣٨% من إجمالي سكان الجمهورية، وتشهد هذه المجموعة من المدن أكبر حركة انتقال داخل هذه المحافظات للوصول إلي مناطق تركز الخدمات الصحية والتعليمية، والتي غالباً ما تتركز في العواصم والمدن الأم؛ كما أن هذه المدن سجلت أكثر المدن تطرفاً في مواقعها وابتعاداً عن الوسط الهندسي للمحافظة، وذلك بحكم الامتداد الطولي والشريطي الواضح للمحافظة نظراً لامتدادها الساحلي أو لكونها تضم العديد من المساحات الصحراوية غير المأهولة بالسكان، وبالتالي احتلت العاصمة موقعها في قلب المعمورة داخل كل محافظة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ثانياً: الفروق الإقليمية والعدالة التوزيعية

١) الفروق الإقليمية:

تتكون جمهورية مصر العربية من ٢٧ محافظة موزعة علي ٨ أقاليم تخطيطية تختلف هذه الأقاليم فيما بينها من حيث عدد ومساحة المحافظات بكل إقليم وقد اتضح من خلال الدراسة أنه يراعي في تقسيم هذه الأقاليم قدر من التنسيق، فهناك إقليم يضم محافظتان وآخر يضم محافظة واحدة بل وهناك إقليم يضم ست محافظات[١١].

وتختلف المحافظات المصرية ما بين محافظات حضرية وأخري ريفية، كما تختلف أيضاً فيما بينها في خصائص عديدة منها السكان والمساحة و العمران ويقتضي الطرح العلمي هنا تناول هذه الفوارق وتأثيرها علي توزيع الخدمات بالمحافظات المختلفة.

أ- الفروق السكانية:

تؤثر الأحجام السكانية للمحافظات علي توزيع الخدمات عامة والصحية والتعليمية خاصة، حيث أن توزيع الخدمات يتناسب إلي حد كبير مع التوزيع السكاني، كما أن توافر الخدمات بشكل جيد بكل محافظة يتناسب مع الحجم السكاني بها وهذا أمر ضروري فالخدمات تتطور وترتقي مع زيادة الحجم السكاني والعكس صحيح.

قد يؤدي نقص الخدمات أو انعدامها إلي وجود تيارات من الهجرة السكانية من المناطق الريفية إلي المناطق الحضرية بل أحيانا تكون الهجرة حضرية – حضرية بمعني أن تكون من المدن المتوسطة أو الصغيرة ذات الخدمات المتواضعة إلي المدن الرئيسية التي تتمتع بالهيمنة الخدمية إلي حد ما، وفي الواقع إن العديد من الخدمات الحضرية خاصة الصحية والتعليمية أصبحت تعاني من نقص الكفاءة بسبب الضغط السكاني وتزايد الطلب عليها ولذلك تهدف كل برامج التنمية الريفية إلي الحد من الهجرة من الريف إلي المدن وذلك عن طريق تحسين كفاءة الخدمات في المناطق الريفية. وفي واقع الأمر هناك العديد من العوامل البشرية المؤثرة في التباين المكاني في احتياجات السكان إلي الخدمات منها: حجم

---

١) للاستزادة : راجع :
معهد التخطيط القومي، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، رقم ١٦٢، تقسيم مصر إلي أقاليم تخطيطية، يناير ٢٠٠٣.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

السكان ومعدلات نموهم، التركيب السكاني النوعي والعمري .... الخ، وأنماط السكان حضر أو ريف أو بدو. وغير ذلك من هذه العوامل البشرية[١٢].

اعتمدت الدراسة هنا علي تقدير أعداد السكان عام ٢٠١٤م، والصادر عن الهيئة العامة للاستعلامات[١٣]، حيث أن الاعتماد علي تعداد عام ٢٠٠٦م سيكون بعيداً عن الواقع السكاني نظراً لقدمه ومن ثم فقد كان من الأفضل الاعتماد علي تقدير السكان لعام ٢٠١٤. هذا وقد بلغ إجمالي عدد السكان في داخل جمهورية مصر العربية حوالي ٨٦ مليوناً طبقاً لتقدير ٢٠١٤م. كما وصل معدل الزيادة الطبيعية ٢.٥% خلال عام ٢٠١٣م، هذا في حين أن إجمالي عدد السكان بالداخل في تعداد ٢٠٠٦م بلغ ما يقرب من ٧٣ مليوناً وبمعدل نمو قدره ٢.٠٢%، وتختلف المحافظات المصرية فيما بينها من حيث الحجم السكاني، والذي يؤثر بدوره في حجم الخدمات ونوعيتها والحاجة إليها ودرجة استهلاكها وتوزيعها الجغرافي في المراكز العمرانية، حيث تزداد حاجة السكان للخدمات واستهلاكهم لها مع ازدياد أعداد السكان في المراكز العمرانية، ولكي تتحقق الجدوى الاقتصادية والاجتماعية لكل خدمه يجب أن تتناسب قدرات وكفاءة الخدمة مع إعداد السكان المقدمة لهم، بل يمكن القول بان نمو الخدمات ينبغي أن يرتبط بالنمو السكاني في أي منطقة أو بعبارة أخري إن شهدت أي منطقة جغرافية ريفية أو حضرية نمواً سكانياً واضحاً، ولم يصاحب هذا نمو في خدماتها فإنها ستعد من المناطق المحرومة من الخدمات والطاردة للسكان، على سبيل المثال إن عدم توفر الخدمة الصحية يؤدي إلى عواقب وخيمة لا يحمد عقباها خاصة إن كان العجز يرجع إلى نقص عدد الأطباء و خاصة أطباء الاختصاص فلابد من توفر العدد اللازم بحيث يكون طبيب اختصاصي لكل ٢٠٠٠ نسمه ، و طبيب عام لكل ٨٠٠ نسمه مع توفر الدواء بالسعر الذي يتناسب ومستوى دخل الفرد، كذلك نقص أعداد الأسرة في المستشفيات مما يؤثر على المرضى قد يكون له انعكاس سلبي على السكان[١٤]، ولهذا تهدف جميع العمليات

---

١) للاستزادة : راجع :
الدبس، ممدوح، تقييم منظومة العوامل البشرية المؤثرة في التباين المكاني في حاجات السكان إلي الخدمات واستهلاكها وتنظيمها المكاني في المراكز العمرانية والأقاليم – دراسة في الأساس النظري والمنهجي. مرجع سابق

٢) الكتاب الإحصائي السنوي، تقدير أعداد السكان بالمحافظات، ٢٠١٤م.

1) Stewart, M. ,The City ; Problems of Planning , Penguin , Harmonds Worth , 1972,PP30-51

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

التخطيطية دائما إلي إحداث توازن بين النمو السكاني والنمو الخدمي، والجدول التالي يوضح الأحجام السكانية لمحافظات الجمهورية عام ٢٠١٤م.

جدول رقم (٢) الإحجام السكانية لمحافظات الجمهورية عام ٢٠١٤م.

مسلسل	المحافظة	أعداد السكان	% من الإجمالي
١	القاهرة	٩.١٠٢.٢٣٢	١٠.٦
٢	الجيزة	٧.٣٩٧.٥٧٧	٨.٦
٣	الشرقية	٦.٣٢٧.٥٦٢	٧.٤
٤	الدقهلية	٥.٨١٨.٣٦٣	٦.٨
٥	البحيرة	٥.٦٤٧.٢٣٣	٦.٦
٦	المنيا	٥.٠٠٤.٤٢١	٥.٨
٧	القليوبية	٤.٩٨٩.٣٠٢	٥.٨
٨	الإسكندرية	٤.٧١٦.٠٧٨	٥.٥
٩	الغربية	٤.٦٤٨.٤٠٨	٥.٤
١٠	سوهاج	٤.٤٦٩.١٥١	٥.٢
١١	أسيوط	٤.١٢٣.٤٤١	٤.٨
١٢	المنوفية	٣.٨٤٩.٨٥٠	٤.٥
١٣	كفر الشيخ	٣.٠٩٣.٧٥٤	٣.٦
١٤	الفيوم	٣.٠٧٢.١٨١	٣.٦
١٥	قنا	٢.٩٥٩.١٧٥	٣.٥
١٦	بني سويف	٢.٧٧١.١٣٨	٣.٢
١٧	أسوان	١.٣٩٤.٦٨٧	١.٦
١٨	دمياط	١.٣٠٠.٨١٥	١.٥
١٩	الإسماعيلية	١.١٤٦.٠٣٣	١.٣
٢٠	الأقصر	١.١١٩.٢٢٢	١.٣
٢١	بورسعيد	٦٥٣.٧٧٠	٠.٨
٢٢	السويس	٦٠٧.٧٧٥	٠.٧
٢٣	مطروح	٤٢٧.٥٧٣	٠.٥
٢٤	شمال سيناء	٤٢١.٩٨٤	٠.٥
٢٥	البحر الأحمر	٣٣٧.٠٥١	٠.٤
٢٦	الوادي الجديد	٢١٩.٦١٥	٠.٣
٢٧	جنوب سيناء	١٦٤.٥٧٤	٠.٢
	الإجمالي	٨٥.٧٨٢.٩٦٥	١٠٠

النسب من حساب الباحثة اعتماداً علي بيانات تقدير أعداد السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من تحليل الجدول السابق ما يلي:

يعد توزيع السكان علي محافظات الجمهورية توزيعاً غير متعادل، فهناك محافظات تعاني تضخماً في حجمها السكاني ومن ثم ضغط سكاني علي الخدمات بها، وفي الوقت نفسه هناك محافظات تعاني فقراً في السكان ونقصاً واضحاً في الخدمات.

- جاءت محافظة القاهرة علي رأس محافظات الجمهورية من حيث الحجم السكاني حيث استحوذت علي أكثر من ١٠% من إجمالي سكان الجمهورية وهذا يرجع إلي كونها المحافظة الحضرية الأولي والتي تتمثل بها أعلي درجة من تقديم الخدمات للسكان مما يجعلها جاذبة للسكان الأمر الذي يفسر سبب تضخمها السكاني مقارنة بباقي المحافظات الحضرية ، أما محافظة الإسكندرية وهي من المحافظات المنافسة لمحافظة القاهرة من حيث مستوي الخدمات المقدمة للسكان فقد بلغ نصيبها من السكان ٥.٥% من إجمالي سكان الجمهورية.

- ارتفع نصيب المحافظات الريفية من السكان ومنها محافظات الجيزة، الشرقية، الدقهلية، البحيرة، المنيا، القليوبية فقد بلغ نصيبها مجتمعه أكثر من ٤٠% من إجمالي سكان الجمهورية.

تأتي المحافظات الحدودية كأقل المحافظات من حيث الحجم السكاني وهي محافظات مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء، البحر الأحمر، الوادي الجديد، وقد بلغ نصيب هذه المحافظات مجتمعه ١.٩% فقط من إجمالي سكان الجمهورية وذلك يرجع لكونها محافظات ذات طبيعة صحراوية فهي غير جاذبة للسكان إضافة إلى قلة الخدمات بها وتحاول الدولة في الآونة الأخيرة إنشاء قاعدة اقتصادية بهذه المحافظات لتكون جاذبة للسكان. ومن الشكل رقم (٥) والذي يوضح نصيب المحافظات المصرية من إجمالي سكان الجمهورية ٢٠١٤م. يمكن تقسيم محافظات الجمهورية إلي عدة أنماط تبعاً لذلك كالتالي:

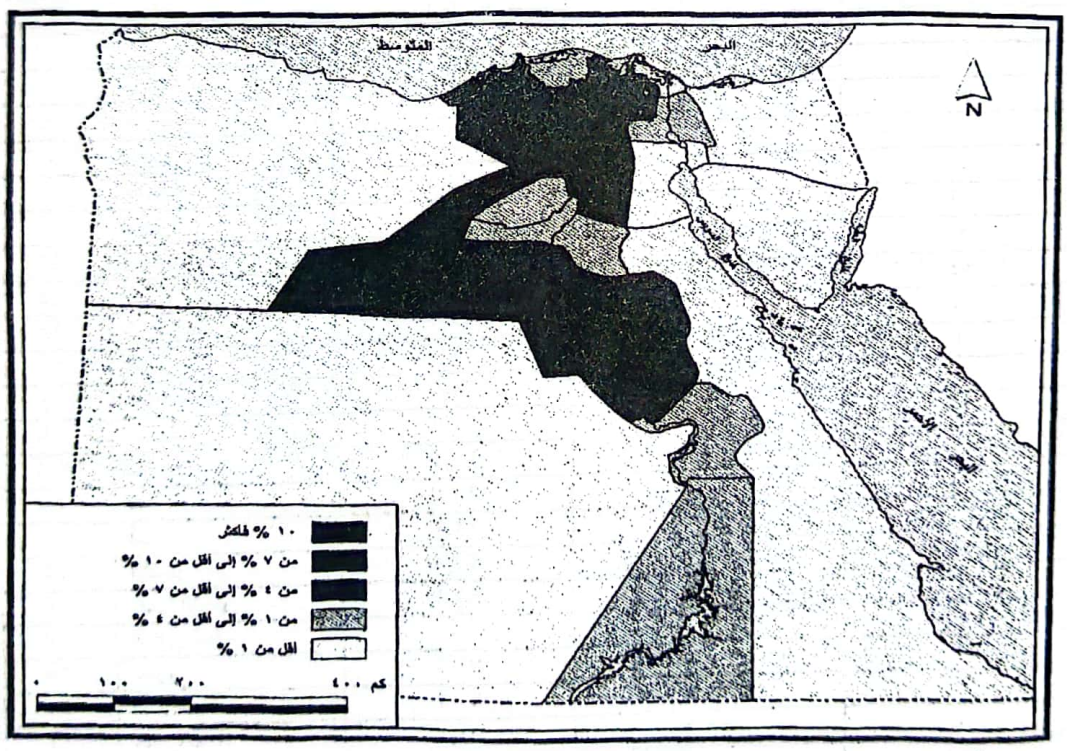
- **النمط الأول:** محافظات يبلغ نصيبها من إجمالي سكان الجمهورية أكثر من ١٠% وتمثلها محافظة القاهرة فقط.
- **النمط الثاني:** محافظات يتراوح نصيبها من إجمالي سكان الجمهورية مابين ١٠ – ٧ % وتمثلها محافظتي الجيزة والشرقية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

- **النمط الثالث:** محافظات يتراوح نصيبها من إجمالي سكان الجمهورية ما بين أقل من ٧ – ٤% وتمثلها تسع محافظات هي: الدقهلية، البحيرة، المنيا، القليوبية، الإسكندرية، الغربية سوهاج، أسيوط، المنوفية، وهذا النمط هو النمط الشائع بين محافظات الجمهورية حيث يضم هذا النمط أكثر من ٣٣% من المحافظات المصرية.

- **النمط الرابع:** محافظات يتراوح نصيبها من إجمالي سكان الجمهورية ما بين أقل من ٤ – ١% وتمثلها ثمان محافظات هي: كفر الشيخ، الفيوم، قنا، بني سويف، أسوان، دمياط، الإسماعيلية، الأقصر.

- **النمط الخامس:** محافظات يقل نصيبها من إجمالي السكان عن ١% وهي ما بين محافظات حضرية وأخري حدودية وهي: بورسعيد، السويس، مطروح، شمال سيناء، البحر الأحمر، الوادي الجديد ، جنوب سيناء.



الشكل رقم (٥) نصيب المحافظات المصرية من إجمالي سكان الجمهورية عام ٢٠١٤م

و مع تزايد عدد السكان ازداد الطلب على الخدمات بشكل عام و الصحية و التعليمية بشكل خاص، مما اقتضى التوسع في انشاء المدارس بمراحلها المختلفة و المستشفيات

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

بمستوياتها المختلفة و توفير الكوادر التعليمية و الطبية اللازمة لهما وإذا كان الحجم السكاني من أهم العناصر المؤثرة في توزيع الخدمات فإن تصنيف السكان ما بين سكان حضر وسكان ريف لا يقل أهمية في تأثيره علي واقع الخدمات ومستواها بل يمكن القول أن كثيراً من خرائط كثافة الخدمات تعكس وبدقة أنماط كثافة السكان، ولعل في دراسة توزيع السكان أهمية خاصة تتعلق بتحديد حجم الخدمة المطلوبة ومدي كفايتها بالنسبة للسكان علي مستوي الحضر والريف[١٥]، والجدول التالي يوضح نسبة سكان الحضر والريف بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م.

جدول رقم (٣) نسبة سكان الحضر والريف بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م

مسلسل	المحافظة	% الحضر	% الريف	عدد المدن
١	القاهرة	١٠٠	-	١
٢	الإسكندرية	٩٨.٨	١.٢	٢
٣	بورسعيد	١٠٠	-	٢
٤	السويس	١٠٠	-	١
٥	دمياط	٣٨.٧	٦١.٣	١١
٦	الدقهلية	٢٨.٢	٧١.٨	٢١
٧	الشرقية	٢٣.١	٧٦.٩	١٧
٨	القليوبية	٤٤.٧	٥٥.٣	١١
٩	كفر الشيخ	٢٣.١	٧٦.٩	١٣
١٠	الغربية	٣٠	٧٠	٨
١١	المنوفية	٢٠.٦	٧٩.٤	١٠
١٢	البحيرة	١٩.٥	٨٠.٥	١٦
١٣	الإسماعيلية	٤٥.٤	٥٤.٦	٧
١٤	الجيزة	٥٨.٦	٤١.٤	١٤
١٥	بني سويف	٢٣.٢	٧٦.٨	٨
١٦	الفيوم	٢٢.٥	٧٧.٥	٦
١٧	المنيا	١٨.٩	٨١.٨	١٠
١٨	أسيوط	٢٦.٦	٧٣.٥	١١
١٩	سوهاج	٢١.٤	٧٨.٦	١٢
٢٠	قنا	١٩.٧	٨٠.٣	١٠
٢١	أسوان	٤٢.٣	٥٧.٧	١٠
٢٢	الأقصر	٣٧.٨	٦٢.٢	٨
٢٣	البحر الأحمر	٩٥.١	٤.٩	٦
٢٤	الوادي الجديد	٤٨	٥٢	٥
٢٥	مطروح	٧٠.٦	٢٩.٤	٨
٢٦	شمال سيناء	٦٠.٢	٣٩.٨	٦
٢٧	جنوب سيناء	٥١.١	٤٨.٩	٩
	الإجمالي	٤٢.٧	٥٧.٣	٢٣٣

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، مصر في أرقام ٢٠١٤م.

[١] الشريعي، خلاف، جغرافية الخدمات ـ الأسس النظرية والدراسات التطبيقية ـ دار النشر الدولي، الرياض، ٢٠١٣م، صـ٨١.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من تحليل الجدول السابق ما يلي:

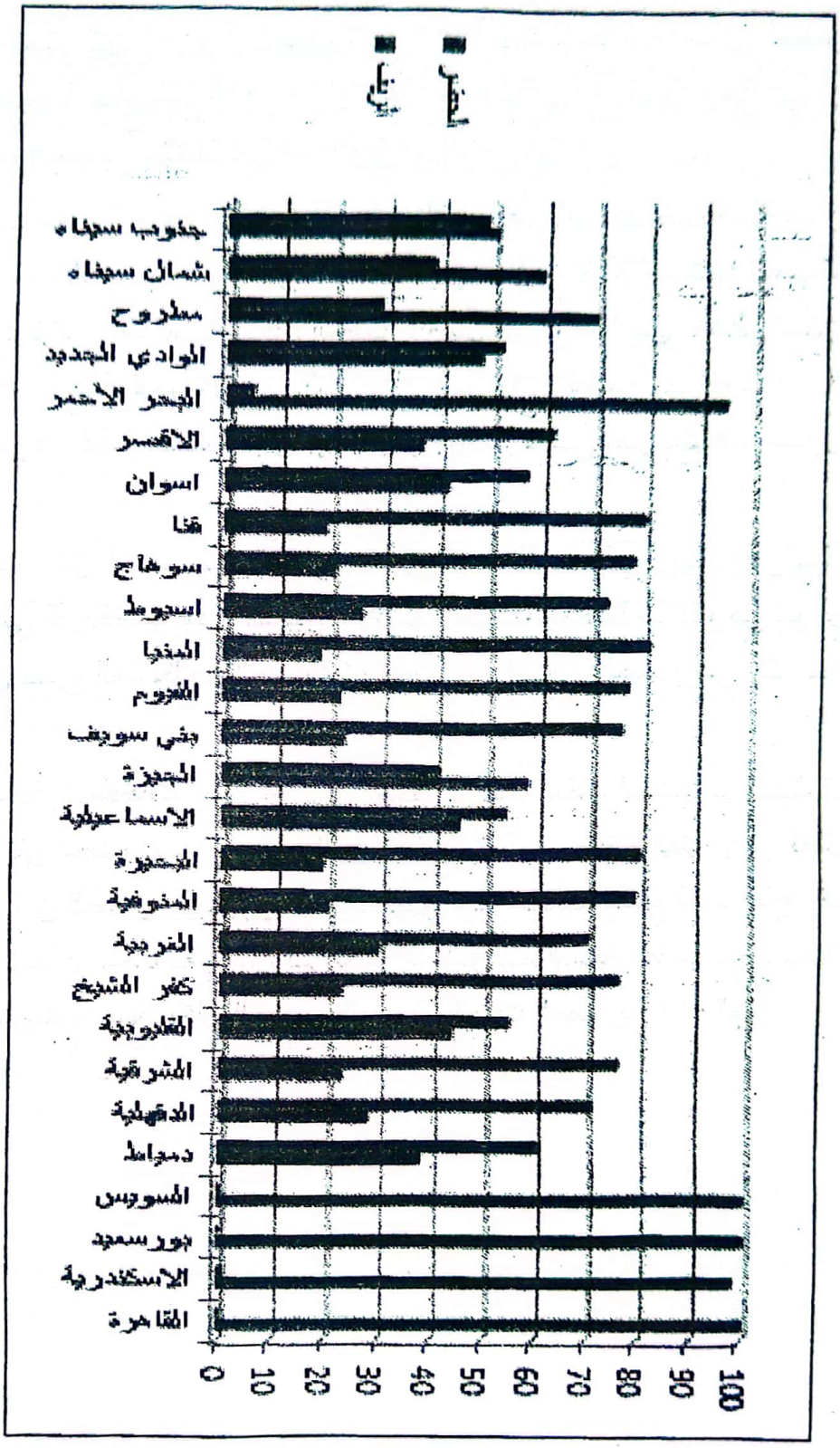
انخفاض نسبة سكان الحضر بالجمهورية عن ٥٠% حيث بلغت نسبة سكان الحضر علي مستوي الجمهورية حوالي ٤٣% في مقابل ٥٧% نسبة سكان الريف وهذا يرجع إلي أن معظم المحافظات المصرية محافظات ريفية زراعية في المقام الأول.

هناك ثلاث محافظات حضرية فقط ليس لها ظهير ريفي ومن ثم تصل نسبة سكان الحضر بها إلي ١٠٠% وهي القاهرة، بورسعيد ، السويس. والأمر لا يختلف كثيراً بمحافظة الإسكندرية حيث ترتفع بها نسبة سكان الحضر لتصل إلي ٩٩% من إجمالي سكان المحافظة، وكذلك محافظة البحر الأحمر والتي تمثل نسبة سكان الحضر بها حوالي ٩٥% من السكان وهي محافظة ساحلية ليس لها ظهير زراعي متسع نظراً لطبيعة التكوين الجيولوجي لها.

ترتفع نسبة سكان الحضر في ١٢ محافظة عن النسبة العامة بالجمهورية، وهي تمثل ٤٤% من إجمالي المحافظات وهي ما بين محافظات حدودية ومحافظات تقع في الوادي والدلتا، حيث أن جميع المحافظات الحدودية ترتفع بها نسبة سكان الحضر إلي أكثر من نصف السكان.

تتساوي معظم محافظات الوجه القبلي في انخفاض نسبة سكان الحضر بها حيث لم تتجاوز نسبة سكان الحضر بها عن ٣٠% من السكان وتمثلها محافظة المنيا والتي تمثل أقل نسبة من سكان الحضر بالجمهورية وكذلك الفيوم وبني سويف وأسيوط وسوهاج وقنا والأقصر بينما تتساوي محافظة أسوان في نسبة الحضر مع النسبة العامة بالجمهورية. والشكل رقم (٦) يوضح نسبة سكان الحضر والريف بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



شكل رقم (٦) نسبة سكان الحضر والريف بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ب- الفروق المساحية:

تتباين مساحة المحافظات المصرية تبايناً كبيراً في المساحة الإدارية لكل محافظة والتي تعرف بالمساحة الكلية وهذه تختلف بالطبع عن المساحة المأهولة بالسكان، فالمساحة الكلية (الإدارية) هي المساحة الأكبر بالطبع بينما المساحة المأهولة هي المساحة الفعلية للمحافظة والتي تمثل الوعاء الذي يتوزع به السكان وتتمثل به مواقع الخدمات، وتصل نسبة المساحة المأهولة من إجمالي المساحة الكلية علي مستوي الجمهورية ما يقرب من ٨% فقط، والجدول التالي يوضح المساحة الكلية والمساحة المأهولة والكثافة السكانية بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (٤) المساحة الكلية والمساحة المأهولة والكثافة السكانية بمحافظات الجمهورية ٢٠١٤م

معدل	المحافظة	المساحة كم٢				نسبة المساحة المأهولة من المساحة الكلية %	الكثافة السكانية بالمساحة المأهولة نسبة/كم٢
		الكلية	%	المأهولة	%		
١	القاهرة	٣٠٨٥.١	٠.٣	١٩٠.٤	٢	٦.٢	٤٨٢٣٥.٣
٢	الإسكندرية	٢٣٠٠	٠.٢	١٦٧٥.٥	٢.١	٧٢.٨	٢٨٤١.٥
٣	بورسعيد	١٣٤٤.٩	٠.١	١٣٢٠.٧	١.٧	٩٨.٢	٤٩٩.٧
٤	السويس	٩٠٠٢.٢	٠.٩	٩٠٠٢.٢	١١.٥	١٠٠	٦٨.٣
٥	دمياط	٩١٠.٣	٠.١	٦٦٨.٥	٩	٧٣.٤	١٩٦٨.٧
٦	الدقهلية	٣٥٣٨.٢	٠.٤	٣٥٣٨.٢	٤.٥	١٠٠	١٦٦٢.١
٧	الشرقية	٤٩١١	٠.٥	٤٧٦٤.٣	٦.١	٩٧	١٣٤٣.٧
٨	القليوبية	١١٢٤.٣	٠.١	١٠٧٢.٧	١.٤	٩٥.٤	٤٧٠٢.١
٩	كفر الشيخ	٣٤٦٦.٧	٠.٣	٣٤٦٦.٧	٤.٤	١٠٠	٩٠٣.٥
١٠	الغربية	١٩٤٢.٣	٠.٢	١٩٤٢.٣	٢.٥	١٠٠	٢٤١٨.٧
١١	المنوفية	٢٤٩٩	٠.٢	٢٤٣٥.٩	٣.١	٩٧.٥	١٥٩٦.٩
١٢	البحيرة	٩٨٢٦	١	٧٠٩٣.٨	٩.١	٧٢.٢	٨٠٦.٣
١٣	الإسماعيلية	٥٠٦٦.٩	٠.٥	٥٠٦٦.٩	٦.٥	١٠٠	٢٢٩.٣
١٤	الجيزة	١٣١٨٤	١.٣	١١٩١	١.٥	٩	٦٢٨٦.٣
١٥	بني سويف	١٠٩٥٤	١.١	١٣٦٩.٤	١.٧	١٢.٥	٢٠٥٣.٤
١٦	الفيوم	٦٠٦٨	٠.٦	١٨٥٦	٢.٤	٣٠.٦	١٦٨٠
١٧	المنيا	٣٢٢٧٩	٣.٢	٢٤١١.٦	٣.١	٧.٥	٢١٠٤.٨
١٨	أسيوط	٢٥٩٢٦	٢.٦	١٥٧٤	٢	٦.١	٢٦٥٦.٣
١٩	سوهاج	١١٠٢٢	١.١	١٥٩٣.٩	٢	١٤.٥	٢٨٤٥.٨
٢٠	قنا	١٠٧٩٨	١.١	١٧٤٠.٦	٢.٢	١٦.١	١٧٢٤.١
٢١	أسوان	٦٢٧٢٦	٦.٢	١٠٤.٧	٠.١	٠.٢	١٣٤٧٧.١
٢٢	الأقصر	٢٤٠٩.٦	٠.٢	٢٢٦.٧	٠.٣	٩.٤	٤٩٩٢.٧
٢٣	البحر الأحمر	١١٩٠٩٩	١١.٨	٧١.١	٠.١	٠.١	٤٧٩٤
٢٤	الوادي الجديد	٤٤٠٠٩٨	٤٣.٦	١٠٨٢.٢	١.٤	٠.٢	٢٠٥.١
٢٥	مطروح	١٦٦٥٦٣	١٦.٥	٣٩٢١.٤	٥	٢.٤	١١١.٤
٢٦	شمال سيناء	٢٨٩٩٢	٢.٩	٢١٠٠.٨	٢.٧	٧.٢	٢٠٣.٧
٢٧	جنوب سيناء	٣١٢٧٢	٣	١٦٧٩١	٢١.٥	٥٣.٧	٩.٩
الإجمالي		١٠١٠٤٠٧.٨	١٠٠	٧٨٢٧٢.٩	١٠٠	٧.٨	١١٠٩.١

المصدر: بيانات المساحة من الهيئة المصرية العامة للمساحة والنسب من حساب الباحثة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من تحليل الجدول السابق ما يلي:

تباين نسبة المساحة المأهولة بالسكان مع المساحة الكلية بالمحافظات المصرية حيث تصل نسبة المساحة المأهولة بالسكان في بعض المحافظات إلي ١٠٠% من المساحة الكلية ويتمثل هذا في خمس محافظات هي: السويس، الدقهلية، كفر الشيخ، الغربية، الإسماعيلية وهي جميعها محافظات صغيرة المساحة فجميعها لا تصل مساحته إلي ١%، هذا بالإضافة إلي أن معظمها محافظات زراعية والبعض منها حضرية تستغل أراضيها استغلال أمثل في توزيع السكان، وعلي العكس من ذلك هناك محافظات تصل نسبة المساحة المأهولة بها إلي ٠.١% من إجمالي المساحة الكلية لها وتمثلها محافظة البحر الأحمر وهي محافظة ذات طبيعة تضاريسية قاسية تقف عقبة أمام استغلال أراضيها استغلال أمثل.

هناك ما يقرب من ٣٧% من المحافظات المصرية نسبة المساحة المأهولة بها لا تمثل أكثر من ١٠% من المساحة الكلية بالمحافظة وعددها ١٠ محافظات هي: القاهرة، الجيزة، المنيا، أسيوط، أسوان، الأقصر، البحر الأحمر، الوادي الجديد، مطروح ، شمال سيناء، ويرجع السبب في ذلك أن معظم هذه المحافظات صحراوية والبعض الآخر منها تشغل مناطق الآثار به مساحة كبيرة وبالتالي فهي غير مستغلة.

بلغ المتوسط العام للكثافة السكانية علي مستوي الجمهورية ١١٠٩ نسمة/كم٢، وقد أرتفع متوسط الكثافة في أكثر من ثلثي محافظات الجمهورية عن هذا المتوسط وقد تمثل في ١٨ محافظة تمثل أكثر من ثلثي محافظات الجمهورية و هذا يدل على أن ارتفاع الكثافة السكانية بمحافظات الجمهورية هو النمط السائد

وقد تباينت الكثافة السكانية فيما بين محافظات الجمهورية فنجدها بلغت أكثر من ٤٨ ألف نسمه / كم٢ في محافظة القاهرة في حين جاءت الكثافة السكانية في محافظة أسوان والتي تأتي في المرتبة الثانية بعد محافظة القاهرة حوالي ١٣ ألف نسمه / كم٢ ويرجع السبب في ذلك إلي صغر المساحة المأهولة بالسكان في محافظة القاهرة والتي لا تزيد عن ٠.٢ % من المساحة الكلية للمحافظة هذا بالإضافة إلى الحجم السكاني الكبير والذي يزيد عن ٩ م نسمه. كما بلغت الكثافة في بعض المحافظات بالدلتا كمحافظة كفر الشيخ علي

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

سبيل المثال إلي ٩٠٣ نسمه / كم٢ ، وبعض المحافظات الحدودية مثل مطروح إلي ١١١ نسمه / كم٢.

ومن خلال الجدول السابق يمكن تصنيف المحافظات المصرية تبعاً للكثافة السكانية إلي عدة أنماط كما يوضحها الشكل رقم (٧) كالتالي:

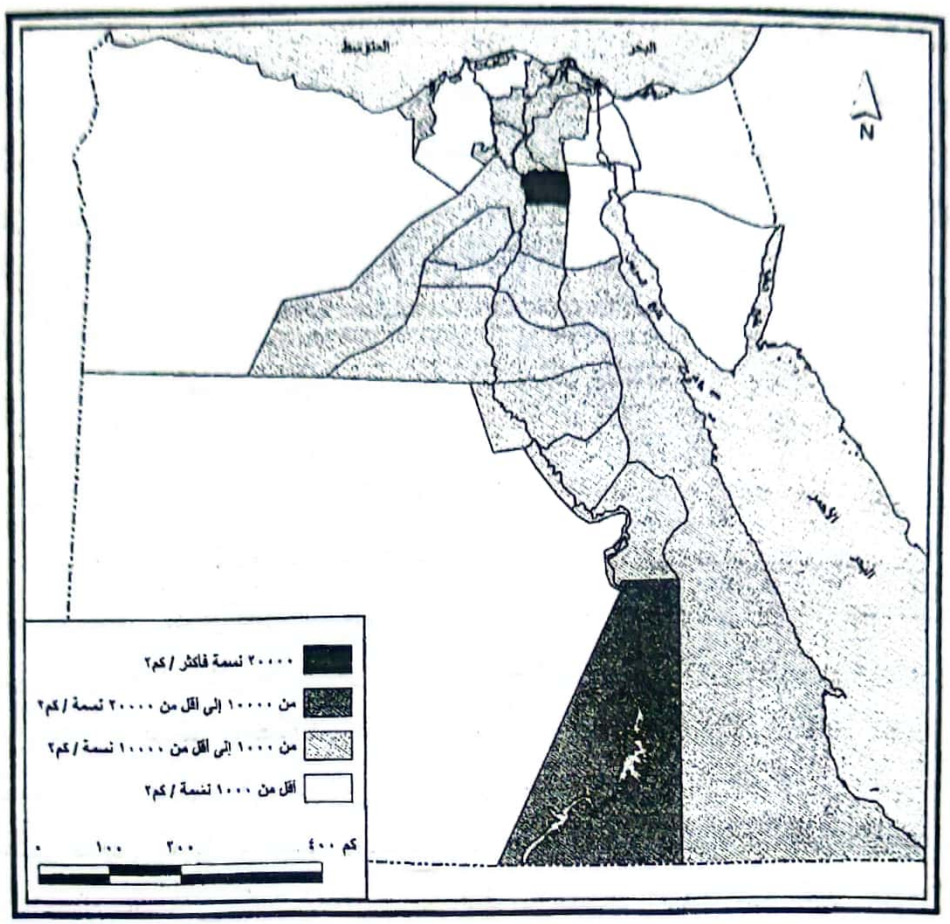
النمط الأول: محافظات بلغت الكثافة السكانية بها أكثر من ٢٠٠٠٠٠ نسمه / كم٢ وتمثلها محافظة القاهرة فقط وهي تمثل نمطاً فريداً من حيث الكثافة السكانية فهي المدينة الأولي بالجمهورية وبها أعلي تركز خدمي ومن ثم فهي أكثر المحافظات جذبا للسكان.

النمط الثاني: محافظات تتراوح الكثافة السكانية بها ما بين ٢٠٠٠٠٠ – ١٠٠٠٠٠ نسمه / كم٢ وتمثلها محافظة أسوان فقط وهي محافظة سياحية جاذبة للسكان برغم صغر الحيز الإداري بها.

النمط الثالث: محافظات تتراوح الكثافة السكانية بها ما بين أقل من ١٠٠٠٠٠ – ١٠٠٠ نسمه/كم٢، وهذا النمط هو النمط الأكثر انتشاراً بالجمهورية حيث تمثل في ستة عشر محافظة تمثل حوالي ثلثي محافظات الجمهورية وهذه المحافظات تتوزع علي طول الوادي والدلتا من الشمال للجنوب وهي: الإسكندرية، دمياط، الدقهلية، الشرقية، القليوبية، الغربية، المنوفية، الجيزة، بني سويف، الفيوم، المنيا، أسيوط، سوهاج، قنا، الأقصر، البحر الأحمر.

النمط الرابع: محافظات تنخفض بها الكثافة السكانية إلي أقل من ١٠٠٠ نسمه / كم٢ وتمثلها تسع محافظات تشكل أكثر من ٣٠% من محافظات الجمهورية هي: بورسعيد، السويس، الإسماعيلية، كفر الشيخ، البحيرة، الوادي الجديد، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء، وهي ما بين محافظات حضرية ليس لها ظهير زراعي وأخري حدودية معظم أراضيها صحراوية غير جاذبة للسكان ولهذا تنخفض بها الكثافة السكانية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



شكل رقم (٧) الكثافة السكانية بالمحافظات المصرية عام ٢٠١٤م

جـ - الفروق العمرانية:

تأتي دراسة العمران باعتباره أحد أهم العوامل المؤثرة في الخدمات بشكل عام من حيث نشأتها ومواقعها وأحجامها، وتبدو الصلة وثيقة بين الأنماط العمرانية – حضرية أو ريفية – وبين الخدمات فهذه المراكز العمرانية تمثل الأوعية التي تستوعب هذه الخدمات، بل إن مواقع الخدمات هي أحد أنماط استخدام الأرض بالحضر والريف، وغالباً ما تتطابق صورة توزيع الخدمات مع صورة توزيع المحلات العمرانية باختلاف أنواعها، بل أن هناك علاقة طردية بين أعداد القرى وأعداد المدارس بمرحلة التعليم الأساسي فكلما زادت أعداد القرى زادت أعداد المدارس، وكلما اختلف الثقل السكاني للقرى تتباين صورة توزيع الخدمات

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وخاصة التعليمية منها بل انه يمكن تصنيف الخدمات تبعاً لتصنيف المحلات العمرانية.[١٦](*) فلكل خدمة حدها الأدنى من السكان.

وتعد زيادة أعداد المراكز العمرانية عاملاً مؤثراً في تقوية العلاقات المكانية الخدمية بين هذه المراكز مما يساعد في تلبية احتياجات السكان إلي الخدمات واستهلاكهم لها وتنظيمها المكاني وتختلف الخدمات السكانية خاصة الصحية والتعليمية منها كما ونوعاً تبعاً لنمط المركز العمراني حيث تتنوع الخدمات الحضرية كما هو الحال بالمدن وذلك بخلاف الخدمات الريفية التي تتصف بتدني مستواها وقلة أعدادها حيث تفتقر إلي الكثير من الخدمات السكانية بل إن توزيع الخدمات داخل المدن ذاتها يختلف من حي لآخر داخل المدينة وشكل امتدادها العمراني يؤثر في توافر الخدمات وتنظيمها المكاني، فقد نجد في الكثير من الأحيان أن الأحياء المتطرفة في المدينة والتي تقع علي أطراف الكتلة السكنية بها تعاني من خلخلة الخدمات بها وذلك في مقابل تركز الخدمات في الجزء المركزي من المدينة، و الخدمة يمكن توقيعها حسب عدد السكان المخدومين من جهة و حسب حاجة السكان إليها من جهة أخرى فمن البديهي أنه لا يمكن وضع مستشفى في كل حي سكني لأن الخدمات التي توفرها أكثر بكثير من متطلبات السكان، و في نفس الوقت فإنه لا يمكن أن تخصص مدرسة ابتدائية واحدة في قسم كامل لأنها لا تؤمن الحاجة التعليمية المطلوبة في هذا القسم و عليه يمكن التوصل إلى نقطتين رئيسيتين فيما يتعلق بتوفير هذه الخدمات بالمدينة على سبيل المثال و هما : الحجم الوظيفي للخدمة إذ يجب أن يكون مناسبا للسكان، وأيضا المسافة التي يكون المستفيد من الخدمة مستعد لقطعها عند تكرار استخدامه للخدمة و أمر طبيعي أن يأخذ المخطط للخدمات الصحية أو التعليمية في اعتباره الحجم

---

*) يمكن تصنيف الخدمات إلي الأنماط التالية :

- **الخدمات المحلية :** وهي الأدنى في المستوي والمرتبة وغالباً ما تتوسط أقل التجمعات السكنية وذلك بهدف تحقيق اعتبارات العدالة التوزيعية السكانية، ويمكن اعتبار الخدمات الصحية والتعليمية المقدمة من قبل الدولة علي مستوي القرية النوع الممثل لهذا النمط.
- **الخدمات المركزية:** وهذه ترتبط بالتجمعات السكنية الأكبر حجماً والتي قد تصل إلي أكثر من ٢٠٠.٠٠٠ نسمة ويتعدي نطاق تأثير هذه الخدمة السكان المحليين غلي نطاق أكثر اتساعاً حيث يظهر لهذه الخدمة مجال أو نفوذ Catchment area، وقد اجتذبت فكرة المدى أو النفوذ للخدمة اهتمام العديد من المخططين ومنهم بيري Berry وجارليسون Garrison، والذين أوضحا أن الموقع المناسب للخدمة يعد مطلباً تخطيطياً مهما لأنه يحقق أقصي جدوى اقتصادية واجتماعية ممكنة.
- **الخدمات الإقليمية:** وغالباً ما تتركز هذه الخدمات بالمدن الكبرى كعواصم المحافظات والمدن الرئيسية والتي قد يصل حجمها السكاني إلي مليون نسمه وأكثر، وليس معني ذلك ان هذه النوعية من الخدمات كفاية لأعداد السكان، وإنما يمكن القول أنه مع هذه النوعية من المستوي الخدمي يظهر التخصص بشكل واضح خاصة مع الخدمات الصحية وخدمات التعليم العالي من الجامعات.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

السكاني عند زيادة عناصر الخدمة كعدد الأسرة و الأطباء و التمريض في مجال الخدمة الصحية أو اعداد المدارس و الفصول والمدرسين في الخدمة التعليمية فلابد أن يأخذ المخطط في اعتباره العلاقة القوية بين هذه المكونات وعدد النواحي الريفية و الحضرية في كل محافظة و أعداد السكان بها ، وفي حدود ذلك كان لابد من التعرض لأعداد المدن والقرى بالمحافظات المصرية والجدول التالي يوضح أعداد المراكز والمدن والوحدات المحلية والقرى التوابع بمحافظات الجمهورية.

جدول رقم (٥) أعداد المراكز والمدن والوحدات المحلية والقرى التوابع لمحافظات الجمهورية

مسلسل	المحافظة	عدد المراكز	عدد المدن	عدد الوحدات المحلية	عدد القرى التوابع
١	القاهرة	-	-	-	-
٢	الجيزة	٩	١١	٤٨	١٢٠
٣	القليوبية	٧	١٠	٥٠	١٤٧
٤	الإسكندرية	١	١	٣	٢
٥	البحيرة	١٥	١٥	٨٤	٤٠٦
٦	مطروح	٨	٨	٥٦	١
٧	المنوفية	٩	١٠	٧٠	٢٤٥
٨	الغربية	٨	٨	٧٠	٢٥١
٩	كفر الشيخ	١٠	١١	٩٥	١٣٠
١٠	دمياط	٥	١٠	٤٧	٣٣
١١	الدقهلية	١٦	١٩	١٢٠	٣٦٦
١٢	شمال سيناء	٦	٦	٨٥	-
١٣	جنوب سيناء	٥	٨	١٤	-
١٤	بورسعيد	-	٢	-	-
١٥	الإسماعيلية	٦	٧	٣٣	٥
١٦	السويس	-	-	-	-
١٧	الشرقية	١٣	١٥	١٠٣	٣٩٧
١٨	بني سويف	٧	٧	٣٩	١٨٠
١٩	المنيا	٩	٩	٦١	٣٠٠
٢٠	الفيوم	٦	٦	٦٢	١٠١
٢١	أسيوط	١١	١١	٥٥	١٨٠
٢٢	الوادي الجديد	٥	٥	٤٦	٨٢
٢٣	سوهاج	١١	١١	٥١	٢١٣
٢٤	قنا	٩	٩	٤١	١١١
٢٥	أسوان	٥	١٠	٣٧	٩٠
٢٦	البحر الأحمر	-	٦	١٢	-
٢٧	الأقصر	٦	٧	٣٢	٢٢
	الإجمالي	١٨٧	٢٢٢	١٣١٤	٣٣٨٢

المصدر: وزارة التنمية المحلية – نشرة التقسيمات الإدارية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

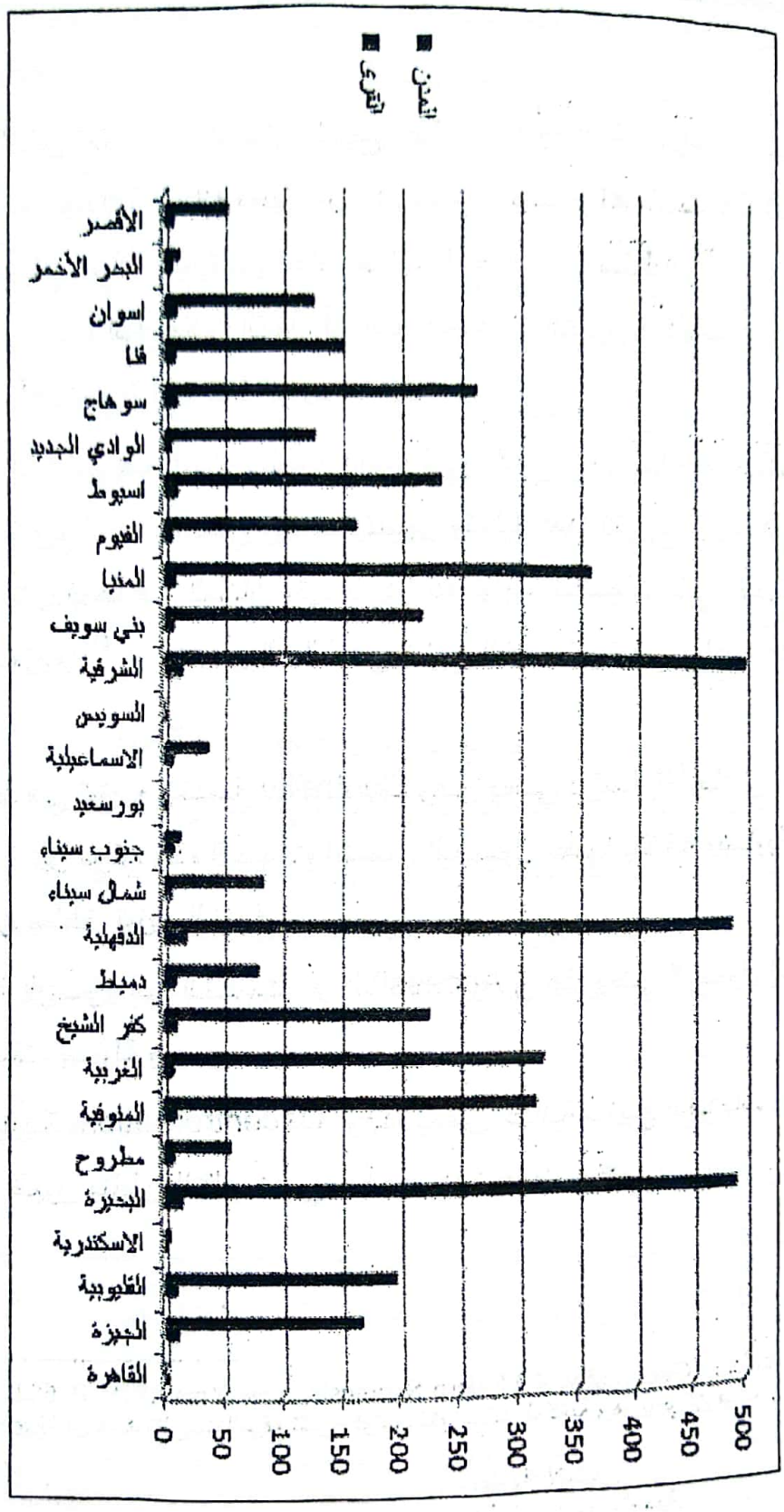
من الجدول السابق يتضح ما يلي:

يعاني النسق العمراني من عدم اتزان واضح في توزيع المحلات العمرانية (حضرية وريفية) علي المحافظات المصرية الأمر الذي يؤدي إلي وجود فوارق عمرانية بين المحافظات من خلال التباين الكبير في توزيع المدن والقرى علي المحافظات المصرية فقد بلغ إجمالي أعداد المدن بالجمهورية ٢٢٢ مدينة تركزت أعلي نسبة من هذه المدن بمحافظة الدقهلية حيث ضمت حوالي ٩% من إجمالي مدن الجمهورية وفي مقابل ذلك هناك محافظات تمثل مدينة واحدة مثل القاهرة والسويس.

بلغ إجمالي أعداد القرى التوابع بالجمهورية ٣٣٨٢ قرية تتباين في توزيعها علي محافظات الجمهورية فقد استحوذت معظم محافظات الوادي والدلتا علي أكبر عدد من القرى التوابع وتمثلها محافظات البحيرة، الشرقية، الدقهلية بالإضافة إلى المنيا وسوهاج من محافظات الوجه القبلي.

تمثلت أعلي نسبة من قري الوحدات المحلية بمحافظات الدقهلية والشرقية وكفر الشيخ والتي تضم مجتمعه حوالي ٢٥% من إجمالي الوحدات المحلية بالجمهورية هذا في مقابل قلة عدد الوحدات المحلية ببعض المحافظات وتمثلها محافظة البحر الأحمر حيث تصل نسبة الوحدات المحلية بها إلي ٠.٩% فقط ويوضح الشكل رقم (٨) أعداد المدن والقرى بالمحافظات المصرية ٢٠١٤م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

٢ – العدالة التوزيعية:

إن كشف التباين الإقليمي و المكاني لتوزيع الظاهرات الجغرافية و دراسته يعتبر هدفا من أهداف الدراسات الجغرافية بل إنه يعتبر من أهم خصوصيات و اهتمامات هذا الفرع من فروع المعرفة و يقع في منطقة البؤرة من اختصاصات الجغرافي و مسئولياته[١٧] هنا يضاف الهامش الانجليزي، كما أنه يمكن القول أن التعرف على التباين الاقليمي في توزيع الظاهرات يعد أحد أهم شروط التخطيط السليم للتنمية.

و التوزيع المكاني هو أساس العمل الجغرافي، كما أنه وسيلة لفهم الشخصية الإقليمية، ودراسة توزيع الخدمات تعني وصف وتفسير وتحليل هذا التوزيع من خلال معرفة خصائص الظاهرة وتغيرها في المكان وتهدف دراسة توزيع الخدمات إلي التعرف علي خصائص هذا التوزيع[١٨]. و لضمان العدالة في توزيع الخدمات ينبغي مراعاة عدة أمور أهمها:

- التوسط في توزيع الخدمة Centrality وهذا يعني دراسة الأبعاد و المسافات البينية بين مواقع هذه الخدمات لضمان الحصول عليها بتكلفة متساوية بالنسبة لسكان مناطق توزيع الخدمة.
- إمكانية الوصول إلى الخدمات Accessibility و هذا يعني الوصول إلى مواقع الخدمات بسهولة و يسر .
- اللامركزية Decentralization وهذا يحقق عدالة توزيع الخدمات و يضمن عدم ظهور مناطق افتقار خدمي و أخرى ذات فائض خدمي.

1) Peter Haffettm Geography, 4 Modern Sybthesis, New York 1979, P. 604.

٢) ذكر هدسون Hudson أن هناك نظريات للموقع تشرح قوانين التوزيعات المكانية وهو يري أن هناك أربعة مصادر لنظرية الموقع هي:

- نظرية المكان المركزي.
- نظرية الانتشار.
- نظرية التوزيع الإيكولوجي.
- القوانين المورفولوجية.

- Hudson. J., Location Theory for Rural Settlement, A.A.A. G. Vol. 59, P. 369-381.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

و عند التخطيط للخدمات الصحية لابد من ربط هذه الخدمات بالمفاهيم و النظريات و النماذج المعروفة في الجغرافيا مثل نموذج تليل الكلفة – العائد Cost- Benefit analysis و ربط الخدمات الصحية بالنموذجية تحقيا لسيادة العدالة Equity و المساواة Equality.[١٩]

وقد أهتم الكثير من الجغرافيين بدراسة المواقع، إلا أنه يمكن القول بأن معظم الدراسات دارت حول الموقع الفعلي والموقع المقترح للخدمة، والدراسة هنا لا تتناول المواقع المقترحة الأفضل لتوزيع الخدمة. وإنما تتعرض الدراسة للمواقع الفعلية ومدي اتفاقها مع المعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية. وجدير بالذكر أن المعايير التخطيطية دائماً ترتكز علي متطلبات ومحددات أساسية لتوزيع الخدمة في الموقع المناسب لها وبحجم يتناسب مع الحجم السكاني للمنطقة.

أ) الخدمات الصحية:

تهدف الدولة من وراء وضع المعايير التخطيطية للخدمات إلي تحقيق التنمية الإقليمية بالمحافظات المصرية وضمان الخروج بمعايير يصلح تطبيقها علي جميع المحافظات، وكلما زادت كفاءة ونضج المستوي التخطيطي كلما زادت الأنشطة الإنسانية تطوراً ونجاحاً واستطاعت توفير جميع الخدمات والاحتياجات الإنسانية وبالطبع إذا فسدت هذه المعايير التخطيطية تعرقلت الحركة بل شلت أحياناً وأدي ذلك إلي ضعف وتدهور الخدمات والوظائف التي توفر الحاجات اللازمة للإنسان[٢٠]. كما تهدف الدولة من وراء تطبيق هذه المعايير إلي تحقيق العدالة والتوزيع الأمثل للخدمات وتحسين الظروف المعيشية للسكان عن طريق تقديم الخدمات بوضع أفضل.

لقد حققت مصر في الآونة الأخيرة تقدماً ملموساً في الخدمات الصحية المقدمة للسكان من قبل الحكومة ولكن بالرغم من هذه المكاسب لا تزال هناك تباينات كبيرة فيما بين

---

١) جابر ، محمد مدحت ، معجم المصطلحات الجغرافية و البيئية – مطابع جامعة المنيا ، ٢٠٠٦م

٢) بهجت، حسام الدين، مصر بين العشوائية والتخطيط – دراسة تخطيطية وعمرانية، دار الفكر العربي، ٢٠١٣، ص١٦.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المحافظات بشكل عام والحضر والريف بشكل خاص حول تقديم هذه الخدمة، وقد عملت الدولة علي إدخال تحسينات علي جودة الخدمات الصحية لكن مع ذلك لا زالت خدمات الرعاية الصحية غير متاحة جغرافيا بشكل عادل ومنصف بين مختلف المحافظات، وبرغم زيادة أعداد الأطباء والأسرة بالمستشفيات في المدن والمناطق الحضرية إلا أن الريف والمناطق الفقيرة(*) لازالت تعاني من نقص الخدمة الصحية وزيادة تكلفتها مما يؤكد علي ضرورة وضع استراتيجيه تعمل علي تحقيق أفضل قيمة للخدمة الصحية. ويعكس تطور الخدمات الصحية في أي دولة مستوي تطورها ومدي سيطرتها علي الأوبئة الفتاكة وسيادة مفهوم الصحة العامة بين أبنائها مما ينعكس ايجابياً علي تقدمها اقتصادياً وحضارياً لذا فإن الاهتمام بدراسة واقع الخدمات الصحية ومدي ملائمة وتوازن توزيعها الجغرافي ضرورة مهمة(٢١)، وبالطبع يختلف مستوي الخدمة وتوزيعها طبقاً لمستوي التجمعات العمرانية التي تخدمها و تعتبر المستشفيات المركزية والتعليمية والعامة من أهم مؤسسات الخدمة الصحية الشائعة بالمناطق الحضرية و لا تخلو منها أي مدينة في أي دولة و قد تطورت في الفترة الأخيرة (١٩٨١– ١٩٩٨) حيث بلغت في عام ١٩٩٨ (٢٣٦مستشفى)، و كانت في عام ١٩٥١(٨٧ مستشفى) ذادت إلى (١٦٩ مستشفى في عام ١٩٨١)(٢٢)، ويوضح الجدول التالي أعداد المستشفيات والأسرة بالمحافظات المصرية لعام ٢٠١٣م، وهذه المستشفيات تمثل خدمات مركزية تتمثل في المدن الصغيرة والمتوسطة والكبيرة.

١) الطيف، بشير إبراهيم ، خدمات المدن دراسة في الجغرافية التنموية، بغداد، ٢٠٠٩م، صـ١٢٥.

*) بدأ أول برنامج منسق لخدمات الصحة القروية سنة ١٩٤٢م، وذلك بقانون رقم ٤٦، وبمقتضي هذا البرنامج تقدر إنشاء مجموعة صحية قروية تخدم من ١٥ – ٢٠ ألف من السكان الريفيين إلا أنه مع قرارات التامين في يوليو ١٩٦١ تم إعادة تنسيق الخدمات الصحية بالريف علي أساس عدد السكان وذلك بتحديد ٥٠٠٠ نسمه للوحدة الصحية، وأيضا ٢٠ ألف نسمه لكل من المجموعة الصحية أو المستشفي القروي.

- للاستزادة راجع: علام، أحمد خالد، عبد العظيم، عبد الغني شعبان، العمران والحكم المحلي في مصر، الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٠م.

٢) مصيلحي، فتحي محمد ، جغرافية الخدمات – الإطار النظري وتجارب عربية ، جامعة المنوفية، ٢٠٠١م، ص٤٣١.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (٦) أعداد المستشفيات والأسرة بالمحافظات المصرية عام ٢٠١٣م.

م	المحافظة	المستشفيات العامة[٢٣](*)		المستشفيات المركزية (أ)(*)		المستشفيات المركزية (ب)(*)		جملة المستشفيات العامة والمركزية	
		وحدات	أسرة	وحدات	أسرة	وحدات	أسرة	وحدات	أسرة
١	القاهرة	١٣	١٢٢١	-	-	٤	١٢٣	١٧	١٣٤٤
٢	الإسكندرية	٣	٣٨٣	١	١٢٠	٢	٥٤	٦	٥٥٧
٣	بورسعيد	١	١١٤	١	٩٢	٢	١٠٣	٤	٣٠٩
٤	السويس	١	٣١٣	-	-	-	-	١	٣١٣
٥	الإسماعيلية	١	٣١٧	-	-	٥	٢٦٥	٦	٥٨٢
٦	دمياط	٢	٥٣٧	٣	٦٣١	٦	٣٧٥	١١	١٥٤٣
٧	الدقهلية	٣	٧١٦	١١	١٧٧١	١٠	٧١١	٢٤	٣١٩٨
٨	الشرقية	٣	٥٤٩	٤	٥٦١	١٤	١١٣٤	٢١	٢٢٤٤
٩	القليوبية	١	١٤٠	٦	٤٧٦	٤	١٤٩	١١	٧٦٥
١٠	كفر الشيخ	٢	٦٠٦	٦	٥٣٤	٢	٢٢٣	١٠	١٣٦٣
١١	الغربية	٤	٥٦٣	٤	٣٧٧	٣	١٢٩	١١	١٠٦٩
١٢	المنوفية	٢	٣٨٣	٥	٩٦٥	٣	٢٨١	١٠	١٦٢٩
١٣	البحيرة	١	٢٤١	٧	٩٦٩	٩	٦٥٧	١٧	١٨٦٧
١٤	الجيزة	٥	٩١٩	٧	٦٧٣	٥	٨٨	١٧	١٦٨٠
١٥	بني سويف	١	٣٣٣	-	-	٦	٦٤٤	٧	٩٧٧
١٦	الفيوم	١	٣٢٤	-	-	٥	٥٣٩	٦	٨٦٣
١٧	المنيا	٢	٣٨٣	٧	١٢٢٥	-	-	٩	١٦٠٨
١٨	أسيوط	٣	٧٢٤	٧	٨٦٦	١	٦٠	١١	١٦٥٠
١٩	سوهاج	٣	٧٩٨	٣	٤٨٦	٧	٥٦٤	١٣	١٨٤٨
٢٠	قنا	٢	٣٦٦	٣	٢١٨	٤	٣٨١	٩	٨٦٥
٢١	أسوان	١	٢٦٢	٣	٤٣٠	١	٣٤	٥	٧٢٦
٢٢	مطروح	١	٢٣٢	-	-	٩	٣١٠	١٠	٥٤٢
٢٣	الوادي الجديد	١	٢٠١	١	١٥٦	٣	٨٦	٥	٤٤٣
٢٤	البحر الأحمر	١	٢٢١	-	-	٤	١٨٥	٥	٤٠٦
٢٥	شمال سيناء	١	١٨٥	-	-	٤	١١٤	٥	٢٩٩
٢٦	جنوب سيناء	١	٩٠	-	-	٦	٢٠٤	٧	٢٩٤
٢٧	الأقصر	١	١٥٩	٢	١٦٧	٢	٢٢٦	٥	٥٥٢
	الإجمالي	٦١	١١٢٨٠	٨١	١٠٨١٧	١٢١	٧٤٣٩	٢٦٣	٢٩٥٣٦

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٣م.

*) يقصد بالمستشفي العام هي المستشفي التي تقع في عاصمة المحافظة أو في مركز أدارى تعداد سكانه أكثر من ٥٠٠ ألف نسمه وعدد الأسرة به أكثر من ٢٠٠ سرير.

*) يقصد بالمستشفي المركزي ا : المستشفي التي تقع في مركز إداري أو مدينة تعداد سكانها يتراوح بين ٢٠٠ ـ ٥٠٠ ألف نسمه وعدد الأسرة بها يتراوح بين ١٠٠ ـ ٢٠٠ سرير.

*) يقصد بالمستشفي المركزي ب: المستشفي التي تقع في مركز إداري أو مدينة تعداد سكانها يتراوح بين ١٠٠ ـ ٢٠٠ الف نسمه وعدد الأسرة بها أقل من ١٠٠ سرير.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من تحليل الجدول السابق والشكل رقم (٩) ما يلي :

بلغ إجمالي عدد المستشفيات العامة والمركزية بالجمهورية ٢٦٣ مستشفي نسبة المستشفيات العامة منها ٢٣% والمركزية ٧٧% . وتعد محافظة القاهرة صاحبة النصيب الأكبر من المستشفيات العامة حيث يتركز بها حوالي ٢١% من إجمالي المستشفيات العامة بالجمهورية . تليها في ذلك محافظة الجيزة بنسبة تصل إلي ٨% فقط.

تتساوي محافظات الإسكندرية والدقهلية والشرقية وأسيوط وسوهاج في نصيب كل منها من المستشفيات العامة حيث يصل نصيب كل منها إلي ٥% تقريباً من المستشفيات العامة بالجمهورية.

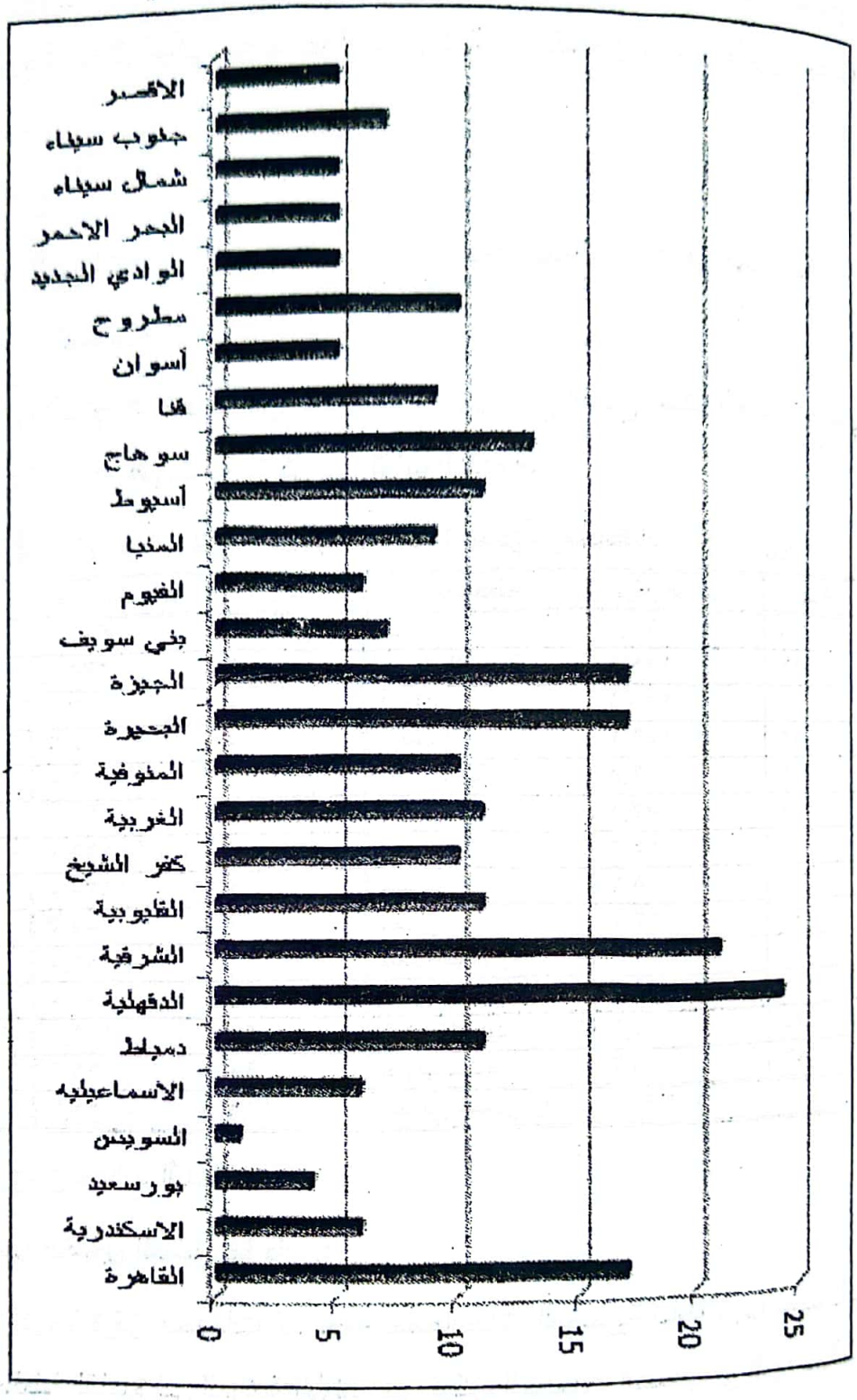
جاءت ١٤محافظة هي بورسعيد، السويس، الإسماعيلية ، القليوبية ، البحيرة، بني سويف، الفيوم، أسوان، مطروح، الوادي الجديد، البحر الأحمر، شمال سيناء، جنوب سيناء، الأقصر تمثل حوالي ٥٢% من محافظات الجمهورية بأقل نسبة من المستشفيات العامة حيث بلغ نصيب كل منها أقل من ٢% من المستشفيات العامة بالجمهورية.

حصلت محافظتي الشرقية والدقهلية علي أكبر نسبة من المستشفيات المركزية (أ ، ب) حيث حصلت الشرقية علي حوالي ١٢% من المستشفيات المركزية فئة ب علي مستوي الجمهورية ولا ينافسها في ذلك محافظة أخري. كما حصلت الدقهلية علي حوالي ١٤% من المستشفيات المركزية فئة (أ) ولا ينافسها أي محافظة أخري في ذلك.

خلت معظم المحافظات الحضرية والحدودية من المستشفيات المركزية فئة أ ومنها محافظات القاهرة والسويس والإسماعيلية ومطروح وشمال سيناء وجنوب سيناء والبحر الأحمر و غيرها ، أما المستشفيات فئة ب فقد خلت منها محافظة السويس والمنيا فقط.

تمثلت في محافظة الدقهلية أعلي نسبة من الأسرة بالمستشفيات العامة والمركزية فكان نصيبها حوالي ١١% من إجمالي الأسرة بالجمهورية تليها في ذلك محافظة الشرقية بنسبة تصل إلي حوالي ٨%. هذا في حين جاءت محافظة القاهرة في المرتبة الحادية عشر من حيث نصيبها من أعداد الأسرة بالمستشفيات والذي بلغ نسبته ما يقرب من ٥% من إجمالي الأسرة بالجمهورية. و يرجع السبب في نقص اعداد الأسرة في القاهرة نظرا لأنها تعتمد على الخدمات الصحية الخاصة و التي تتمتع بالتخصص و التنوع بجانب الخدمات الحكومية حيث تقدم أفضل خدمة صحية خاصة بالعاصمة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

ولقياس درجة التركز للخدمة الصحية متمثلة في المستشفيات بمحافظات الجمهورية فقد تم حساب درجة التركز والتي يوضحها الجدول التالي وذلك من خلال تطبيق المعادلة التالية:

ت = م ÷ ح

ت= تركز الخدمات م= عدد الخدمات في المحافظة

ح= مساحة المحافظة

ثم يضرب الناتج × عدد سكان المحافظة، ثم يوضع الناتج تحت الجذر التربيعي وكلما كبر الناتج دل ذلك على شدة التركز في توزيع الخدمة.

جدول رقم (٧) حساب درجة التركز للخدمة الصحية بمحافظات الجمهورية

المحافظة	تركز الخدمات	الترتيب	المحافظة	تركز الخدمات	الترتيب
القاهرة	٩٠١.٥	١	قنا	١٢٣.٧	١٦
الجيزة	٣٢٥.٠	٢	بني سويف	١١٩.٠	١٧
الشرقية	١٦٧.٠	٨	أسوان	٢٥٨.١	٣
الدقهلية	١٩٨.٦	٥	دمياط	١٤٦.٣	١٢
البحيرة	١١٦.٣	١٨	الإسماعيلية	٣٦.٨	٢٢
المنيا	١٣٦.٧	١٣	الأقصر	١٥٧.١	٩
القليوبية	٢٢٦.٢	٤	بورسعيد	٤٤.٦	٢١
الإسكندرية	١٣٠.٠	١٤	السويس	٨.٢	٢٧
الغربية	١٥٤.٧	١٠	مطروح	٣٣.٠	٢٣
سوهاج	١٩١.٠	٦	شمال سيناء	٣١.٧	٢٥
أسيوط	١٧٠.٠	٧	البحر الأحمر	١٥٤.٠	١١
المنوفية	١٢٥.٧	١٥	الوادي الجديد	٣١.٩	٢٤
كفر الشيخ	٩٩.١	٢٠	جنوب سيناء	٨.٣	٢٦
الفيوم	٩٩.٧	١٩	إجمالي الجمهورية	٥٣٦.٩	

المصدر: من حساب الباحثة

يتضح من تحليل الجدول السابق ما يأتي:

- تباين درجة تركز الخدمات الصحية بالمحافظات المصرية تباينا كبيرا حيث تأتي محافظة القاهرة في المرتبة الأولى في تركز الخدمات الصحية و تليها محافظة الجيزة وهذا أمر متوقع لأهمية هاتان المحافظتان و ثقلهما السكاني، بينما في

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المرتبة الثالثة تأتي محافظة اسوان و يرجع السبب في زيادة تركز الخدمات بها إلى ارتفاع نصيبها من الخدمات مقارنة بالسكان حيث أن نسبة الخدمات بها حوالي ٢% من اجمالي خدمات الجمهورية بينما نصيبها من السكان أقل من ذلك ١.٦ %.

- جاءت المحافظات الحضرية و الحدودية بأقل درجة تركز للخدمات على مستوى الجمهورية وهي: بورسعيد، الإسماعيلية، مطروح، الوادي الجديد، شمال سيناء، جنوب سيناء، السويس. وهذه المحافظات جاء ترتيبها من ٢١ – ٢٧ على التوالي. هذا و الأمر يختلف و إلى حد كبير بمحافظة البحر الأحمر وذلك لكونها من المحافظات ذات التوجه السياحي و لذلك فقد أولت الدولة هذه المحافظة أهمية خاصة لكونها مزار سياحياً للعديد من السياح مما يتطلب توافر الخدمة الصحية بها بشكل متكامل .

كما تم تطبيق منحنى لورنز Lorenz Curve حيث أنه يوازن بين التوزيعات الفعلية و التوزيع المثالي المنتظم للظاهرة وهو بذلك يقترب من الفكرة الأساسية للبحث و التي تدور حول مدى تقارب التوزيع الفعلي من المعايير التخطيطية للخدمة الصحية و برسم منحنى لورنز و حساب قرينة لورنز "معامل جني Gini Coefficient " لتوزيع المستشفيات العامة و المركزية بمحافظات الجمهورية و من خلال تطبيق منحنى لورنز نجد تقارب التوزيع الفعلي مع التوزيع المثالي للمستشفيات و هذا لا ينفي بطبيعة الحال المشكلات التي يعاني منها هذا القطاع من الخدمات الصحية والتي تظهر أيضاً من خلال نقص اعداد الأسرة بالمستشفيات إضافة إلى نقص الكفاءة الطبية للعاملين في هذه الخدمة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (٨) المتجمع الصاعد لنسب السكان و المستشفيات بمحافظات الجمهورية

المحافظة	السكان %	التجمع الصاعد للسكان	المستشفيات %	المتجمع الصاعد للمستشفيات
القاهرة	١٠.٦	١٠.٦	٦.٥	٦.٥
الجيزة	٨.٦	١٩.٢	٦.٥	١٣.٠
الشرقية	٧.٤	٢٦.٦	٨.٠	٢١.٠
الدقهلية	٦.٨	٣٣.٤	٩.١	٣٠.١
البحيرة	٦.٨	٤٠.٠	٦.٥	٣٦.٦
المنيا	٥.٨	٤٥.٨	٣.٤	٤٠.٠
القليوبية	٥.٨	٥١.٦	٤.٢	٤٤.٢
الإسكندرية	٥.٥	٥٧.١	٢.٣	٤٦.٥
الغربية	٥.٤	٦٢.٥	٣.٨	٥٠.٣
سوهاج	٥.٢	٦٧.٧	٤.٩	٥٥.٢
أسيوط	٤.٨	٧٢.٥	٤.٢	٥٩.٤
المنوفية	٤.٥	٧٧.٠	٣.٨	٦٣.٢
كفر الشيخ	٣.٦	٨٠.٦	٤.٢	٦٧.٤
الفيوم	٣.٦	٨٤.٢	٢.٣	٦٩.٧
قنا	٣.٥	٨٧.٧	٣.٤	٧٣.١
بني سويف	٣.٢	٩٠.٩	٢.٦	٧٥.٧
أسوان	١.٦	٩٢.٥	١.٩	٧٧.٦
دمياط	١.٥	٩٤.٠	٤.٢	٨١.٨
الإسماعيلية	١.٣	٩٥.٣	٢.٣	٨٤.١
الأقصر	١.٣	٩٦.٦	١.٩	٨٦.٠
بورسعيد	٠.٨	٩٧.٤	١.٥	٨٧.٥
السويس	٠.٧	٩٨.٤	١.٥	٨٧.٩
مطروح	٠.٥	٩٨.٦	٣.٨	٩١.٧
شمال سيناء	٠.٥	٩٩.١	١.٩	٩٣.٦
البحر الأحمر	٠.٤	٩٩.٥	١.٩	٩٥.٥
الوادي الجديد	٠.٣	٩٩.٨	١.٩	٩٧.٤
جنوب سيناء	٠.٢	١٠٠	٢.٦	١٠٠

المصدر : من حساب الباحثة

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

كما تم حساب قيمة معامل جيني[٢٤] و ذلك بتطبيق المعادلة التالية:

$$ج = \frac{ف - م}{ز - م} \times ١٠٠$$

ج = قيمة جني　　ف = مجموع التكرار الصاعد التوزيع الفعلي

م = مجموع التكرار الصاعد المنتظم ٥٥٠

ز = مجموع التكرار الصاعد للتوزيع المركز ١٠٠٠

و بتطبيق المعادلة :

$$ج = \frac{٦٣٦ - ٥٥٠}{١٠٠٠٠ - ٥٥٠} \times ١٠٠ = ١٩.١\%$$

و حيث أن قيمة معامل جيني يتراوح بين صفر و ١٠٠ ، و كلما كانت النتيجة قريبة من الصفر دل ذلك على عدم تركز الظاهرة و انتشارها ، و إذا كانت قريبة من الـ ١٠٠ دل على تركز الظاهرة المدروسة . و من هنا تدل نتيجة المعادلة ١٩ % على بعد الظاهرة عن التركز مما يدل على التباين فيما بين توزيع السكان و المستشفيات بمحافظات الجمهورية، و هذا ما يتضح من خلال المساحة المحصورة بين منحنى لورنز و خط التوزيع المثالي كما هو في شكل (١٠).

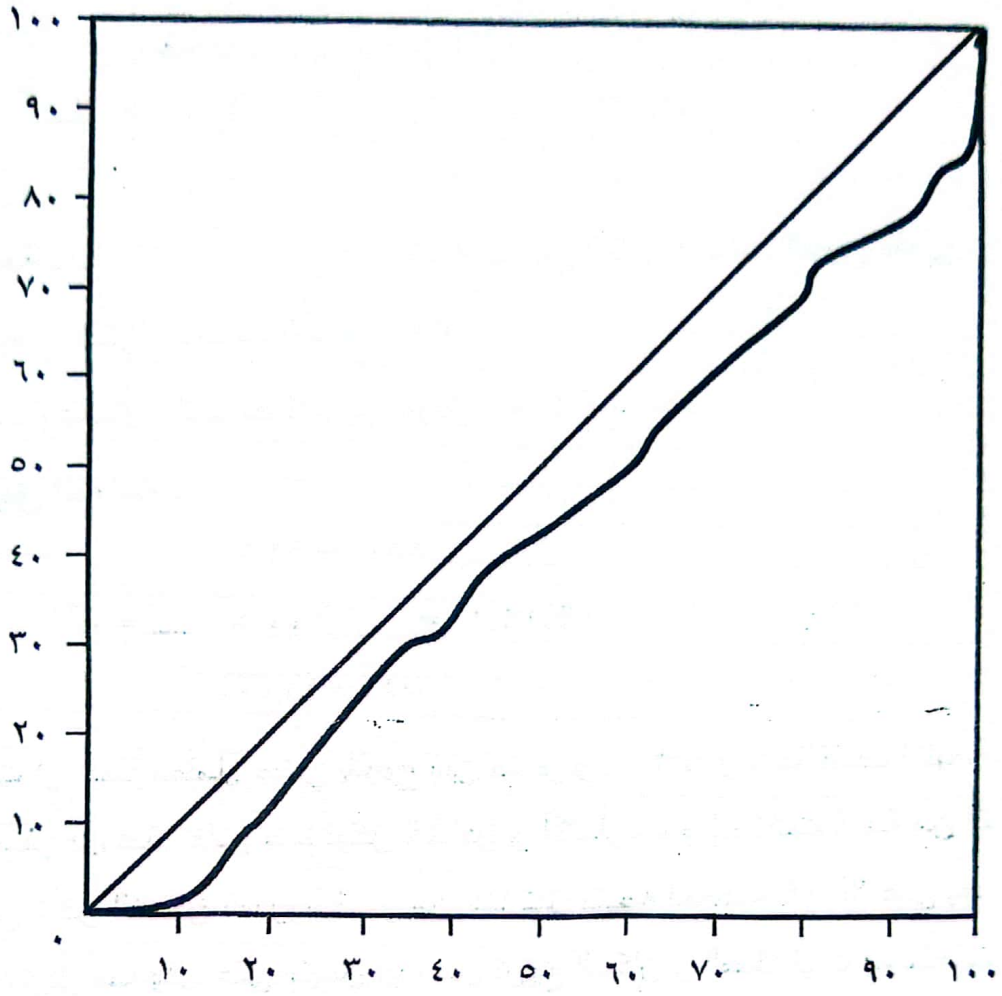
---

١) الجابري ، نزهه ، مؤشرات التباين الإقليمي للخدمات التعليمية بالمملكة العربية السعودية، المجلة الجغرافية العربية، العدد ٥٧ ، الجزء الأول ٢٠١١م ص- ص ٢٧٣- ٣٢٨.

للاستزادة راجع: الصالح ، ناصر و السرياني، محمد، الجغرافيا الكمية و الإحصائية – أسس و تطبيقات بالأساليب الحاسوبية الحديثة، العبيكان، مكة المكرمة، ١٤٢٠هـ، ص ٢٤٦.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner



شكل رقم (١٠) منحني لورنز للخدمات الصحية بجمهورية مصر العربية

هذا عن الخدمات الصحية المقدمة بالمدن باختلاف أحجامها. أما عن الخدمات الصحية المقدمة للسكان بالعزب أو القرى أو الأحياء السكنية والتي تعرف بالخدمات المحلية وهي تتمثل في مراكز صحة الأسرة وهي تتوزع علي المحافظات المصرية كما يوضحها الجدول التالي.

جدول رقم (٩) أعداد الوحدات الصحية والأسرة بالمحافظات المصرية ٢٠١٣م.

م	المحافظة[٢٥]	عدد المراكز الصحية *	%	عدد الأسرة	%
١	القاهرة	٩٨	١٤.٩	٢١٧٢٣	٢٢.١
٢	الإسكندرية	٣٩	٥.٩	٩٧٧٩	١٠
٣	بورسعيد	١٣	٢	١١١٢	١.١
٤	السويس	٩	١.٤	٧٨١	٠.٨
٥	دمياط	٢١	٣.٢	٢٤٦٥	٢.٥
٦	الدقهلية	٤٣	٦.٥	٦٨٩٤	٧
٧	الشرقية	٣٨	٥.٨	٤٧٩٢	٤.٩
٨	القليوبية	٣٤	٥.٢	٦٣٩٠	٦.٥
٩	كفر الشيخ	١٩	٢.٩	٢١٨٠	٢.٢
١٠	الغربية	٣٣	٥	٤٧٥٠	٤.٨
١١	المنوفية	٢٩	٤.٤	٤٠٤٣	٤.١
١٢	البحيرة	٣٢	٤.٩	٣٢٢٠	٣.٣
١٣	الإسماعيلية	١٦	٢.٤	١٥٧٤	١.٦
١٤	الجيزة	٣٦	٥.٥	٥٠٤٣	٥.١
١٥	بني سويف	١٣	٢	٢٠١٠	٢
١٦	الفيوم	١٢	١.٨	١٨١٠	١.٨
١٧	المنيا	٣٥	٥.٣	٣٥٤٤	٣.٦
١٨	أسيوط	٢٧	٤.١	٦٠٦١	٦.٢
١٩	سوهاج	٢٣	٣.٥	٣٦٥٤	٣.٧
٢٠	قنا	١٦	٢.٤	١٣٢٤	١.٣
٢١	أسوان	١٦	٢.٤	١٥٨١	١.٦
٢٢	الأقصر	١٠	١.٥	١٠٣٢	١.١
٢٣	البحر الأحمر	٧	١.١	٤٥٩	٠.٥
٢٤	الوادي الجديد	٨	١.٢	٥٤٧	٠.٥
٢٥	مطروح	١٥	٢.٣	٨٢٤	٠.٨
٢٦	شمال سيناء	٧	١.١	٣٤٦	٠.٤
٢٧	جنوب سيناء	٨	١.٢	٣٥٣	٠.٤
	الإجمالي	٦٥٧	%١٠٠	٩٨٢٩١	%١٠٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان ، مصر في أرقام ٢٠١٥م.

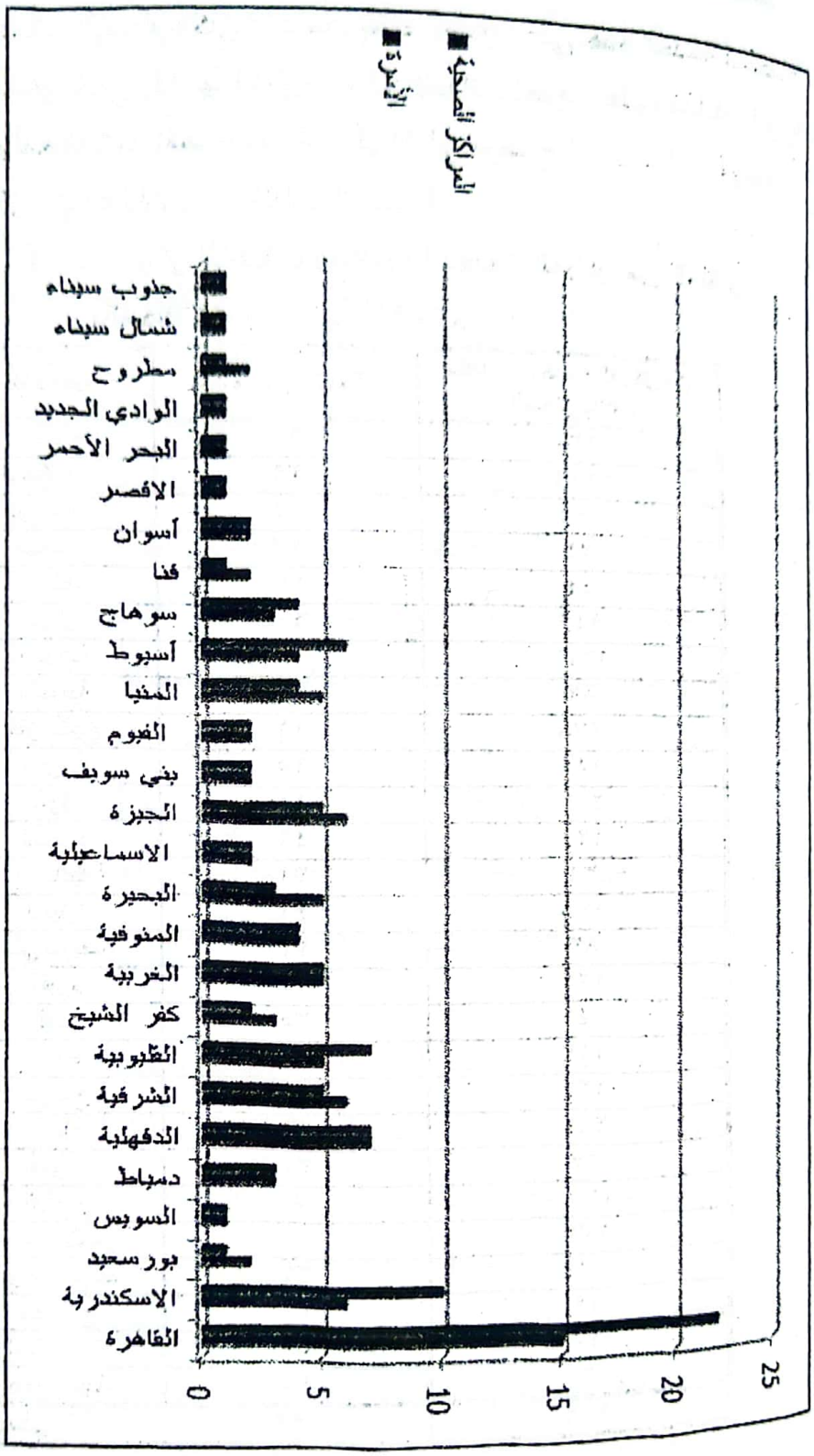
*) تشمل المراكز الصحية (المراكز الصحية الحكومية).

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من الجدول السابق والشكل رقم (١١) ما يلي:

انخفاض نسبة الوحدات الصحية بمعظم المحافظات المصرية ففي حين نجد محافظة القاهرة نصيبها أكثر من ٩٠ وحدة صحية نجد محافظات أخري نصيبها أقل من ١٠ وحدات صحية. ومن استعراض التطور التاريخي للوحدات الصحية الحكومية في مصر نجد تناقص في أعداد هذه الوحدات بدءاً من ٢٠٠٢ وحتى عام ٢٠١٣م. فبعد أن كانت إجمالي الوحدات ١٢٩٧ وحدة في عام ٢٠٠٢ بلغ ٦٥٧ وحدة في عام ٢٠١٣م وهذا ينطبق علي أعداد الأسرة بهذه الوحدات فبعد أن بلغت جملة أعداد الأسرة في هذه الوحدات أكثر من ١٢٠ ألف سرير في ٢٠٠٢م نجدها انخفضت أعدادها في عام ٢٠١٣م إلي ٩٨ ألف سرير ويمكن تفسير ذلك إلي أن الدولة تعتمد إلي حد كبير علي القطاع الخاص في هذه الخدمة خاصة في أعداد الوحدات الصحية والتي بلغ نصيب القطاع الخاص بها في عام ٢٠١٣م أكثر من ١٤٠٠ وحدة صحية علي مستوي الجمهورية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



شكل رقم (١١) نسبة المراكز الصحية والأسرة بالمحافظات المصرية ٢٠١٤م

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

ونظراً لأهمية خدمات الإسعاف كان لابد من إلقاء الضوء علي هذه الخدمة استكمالاً لمنظومة الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة للسكان وذلك للتعرف علي مناطق الوفرة والنقص لهذه الخدمة بالمحافظات المصرية، والجدول التالي يوضح أعداد مراكز الإسعاف ومعدل ما يخدمه المراكز من السكان بالمحافظات المصرية.

جدول رقم (١٠) أعداد مراكز الإسعاف ومعدل ما يخدمه المراكز من السكان بالمحافظات المصرية ٢٠١٣م.

م	المحافظة	عدد مراكز الإسعاف	معدل ما يخدمه المركز من السكان بآلاف
١	القاهرة	٦٩	١٣٠
٢	الإسكندرية	٣٩	١١٩
٣	بورسعيد	١٤	٤٦
٤	السويس	٢٧	٢٢
٥	دمياط	٢٩	٤٤
٦	الدقهلية	٤٠	١٤٤
٧	الشرقية	١	٦٢٤٣
٨	القليوبية	٦٠	٨٢
٩	كفر الشيخ	١١	٢٧٨
١٠	الغربية	٢٥	١٨٤
١١	المنوفية	١٨	٢١١
١٢	البحيرة	٤٦	١٢١
١٣	الإسماعيلية	٣١	٣٦
١٤	الجيزة	٤١	١٧٨
١٥	بني سويف	٣٣	٨٣
١٦	الفيوم	٢٥	١٢١
١٧	المنيا	٣٥	١٤١
١٨	أسيوط	٣٦	١١٣
١٩	سوهاج	٣٣	١٣٣
٢٠	قنا	١١	٢٦٥
٢١	أسوان	٣٧	٣٧
٢٢	الأقصر	١	١١٠٥
٢٣	البحر الأحمر	١	٣٣٣
٢٤	الوادي الجديد	٣١	٧
٢٥	مطروح	٣٦	١٢
٢٦	شمال سيناء	٤٠	١٠
٢٧	جنوب سيناء	٢٩	٦
	الإجمالي	**٧٩٩**	**١٠٦**

المصدر: وزارة الصحة والسكان ، مصر في أرقام ٢٠١٥م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وقد أشار المصدر أن إجمالي مراكز الإسعاف علي مستوي الجمهورية ٨٧٧ مركز وذلك نظرا لورود بيانات بعض المحافظات (الشرقية، الأقصر، البحر الأحمر) كل محافظة في مصدر واحد.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

ثمة تباين واضح في توزيع مراكز الإسعاف علي محافظات الجمهورية بحيث استحوذت محافظات كالقاهرة والقليوبية علي أكبر عدد من المراكز فهما معاً بلغ نصيبهما من المراكز أكثر من ١٦% من إجمالي مراكز الجمهورية وهذا يرجع بطبيعة الحال إلي كونهما معاً يشكلان القاهرة الكبرى وأكبر تجمع سكاني بالجمهورية ولكن في المقابل نجد محافظة الشرقية وهي المحافظة الثالثة من حيث الحجم السكاني تعاني قلة واضحة في أعداد مراكز الإسعاف بها بحيث أصبح معدل ما يخدمه المركز من سكان المحافظة أكثر من ٦ م نسمه وذلك نظراً لأن إجمالي أعداد السكان بالمحافظة وفقاً لتقدير ٢٠١٣م بلغ أكثر من ٦م نسمه. ومن خلال مقارنة معدل ما يخدمه المركز من السكان بمختلف المحافظات المصرية مع نظيره علي مستوي الجمهورية نجد أن هناك ١٦ محافظة تمثل ثلثي محافظات الجمهورية يرتفع بها معدل الخدمة بمراكز الإسعاف عن المتوسط العام للجمهورية، ومن هنا يمكن التوصل إلي الأنماط التالية لمعدل ما يخدمه مركز الإسعاف من السكان .

النمط الأول: ويضم محافظات بلغ معدل ما يخدمه مركز الإسعاف من السكان أكثر من ٥٠٠ ألف نسمه وهذا النمط تمثله محافظة الشرقية والأقصر فقط.

النمط الثاني: بلغ معدل ما يخدمه مركز الإسعاف من السكان ما بين ٥٠٠ – ٣٠٠ ألف نسمه وتمثله محافظة البحر الأحمر.

النمط الثالث: بلغ معدل ما يخدمه مركز الإسعاف من السكان ما بين أقل من ٣٠٠ – ١٠ ألف نسمه وهذا النمط يتمثل في ثلاثة عشر محافظة ومن ثم فهو النمط السائد وهي في غالبيتها محافظات ريفية ذات كثافة سكانية مرتفعة ونصيبها من الخدمة متدني يصل في البعض منها إلي ١١ مركز فقط.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

النمط الرابع: بلغ معدل ما يخدمه مركز الإسعاف من السكان به أقل من ١٠٠ ألف نسمه ويتمثل هذا النمط في أحدي عشر محافظة والغالبية من هذه المحافظات إما محافظات حضرية أو حدودية ذات كثافة سكانية منخفضة.

ولقياس مدي العلاقة بين السكان وعناصر الخدمة الصحية بالمحافظات المصرية فقد اعتمدت الدراسة علي تطبيق معامل ارتباط سبيرمان، وفي الواقع إن وجود الارتباط لا يعني وجود علاقة سببية بل قد يعني فقط أن الظاهرتين متلازمتان تلازماً شديداً يغري المرء بالبحث عن العلاقات بينهما.

وقد جاءت نتيجة تطبيق معامل الارتباط[٢٦] بين السكان والمستشفيات ٠.٧٩ وهي علاقة طردية موجبه.

كما جاءت نتيجة معامل الارتباط بين السكان وأعداد المراكز الصحية ٠.٩٣ وهي أقوي من العلاقة بين السكان وأعداد المستشفيات نظراً لزيادة أعداد المراكز الصحية بالمحافظات. في حين جاءت العلاقة بين أعداد السكان وأعداد الأسرة علاقة طردية قوية بلغت ٠.٨٢ كذلك بلغت قيمة معامل الارتباط بين أعداد السكان وأعداد مراكز الإسعاف ٠.٧٥ وهي تدل علي وجود علاقة طردية قوية أيضاً وفي واقع الأمر بالرغم من أن تطبيق معاملات الارتباط السابق ذكرها جاءت نتائجها طردية قوية إلا إنها لا تنفي القصور في تقديم الخدمة الصحية للسكان وتباين توزيعها من محافظة لآخري الأمر الذي يؤكد علي عدم العدالة التوزيعية لعناصر هذه الخدمة علي المحافظات المصرية.

ب : الخدمات التعليمية:

تكمن أهمية الخدمات التعليمية كونها تعد واحدة من أهم المرتكزات الأساسية في اكتشاف طاقات الطلبة الفكرية والذهنية، ولما هي كذلك فقد اتخذت نظاماً هرمياً تمثل قاعدته التعليم الابتدائي الذي يستوعب كل الأطفال في سن الدراسة ويتدرج حتى يصل القمة في مؤسسات التعليم العالي. إن مسالة التعليم في المدينة لفت أنظار الجغرافيين منذ عام

١) الصالح، ناصر، السرياني، محمد، الجغرافيا الكمية والإحصائية – أسس وتطبيقات بالأساليب الحاسوبية الحديثة، مرجع سابق، ص، ٣٥٤.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

١٩٤٩م، فتوزيع المؤسسات التعليمية بأنواعها ومدي ملائمة ذلك التوزيع للكثافات السكانية أمر مهم أثار انتباه العديد من المتمرسين في البحوث الجغرافية. فلقد ظهرت العديد من الدراسات التي تبحث في كيفية إيجاد توزيع مناسب لهذه الخدمات لكي تلبي حاجات السكان(٢٧).

ويعكس الواقع الجغرافي للمحافظات المصرية مدي الفوارق المكانية الإقليمية القائمة بين هذه المحافظات وخاصة في مجال الخدمات التعليمية تماما كما تعكس مشكلة البطالة بنفس المحافظات مدي انخفاض القدرات الاقتصادية وأثر ذلك علي كفاءة الخدمات التعليمية بها، ولذلك فقد عمدت الدولة إلي وضع العديد من خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية الخمسية علي مدار أكثر من ٧٠ سنه، وبغض النظر عن تقويم هذه الخطط ومدي ما حققته من نجاح أو أخفقت فيه من فشل إلا أن الدولة رأت في تطبيق سياسات وآليات التخطيط الإقليمي التغلب علي أهم المشكلات وإعادة تخطيط الخدمات خاصة التعليمية وذلك في ضوء ما وضعته الدولة من معايير تخطيطية لهذه النوعية من الخدمات.

ويمثل النقص في الخدمات التعليمية مشكلة لا تقل أهمية عن مشكلة الإسكان والمرافق، فالمدارس يعمل بعضها أكثر من فترة، كما أن كثافة الفصول بها مرتفعة مما يؤثر علي كفاءة الخدمة التعليمية بشكل واضح، ويظهر هذا في مستوى مخرجات العملية التعليمية من الطلاب والدارسين، وقد قامت الدولة ممثلة في وزارة التربية والتعليم والهيئات المختلفة منذ بداية القرن الماضي بإنشاء مشروعات بالريف المصري ولكن كانت القرى التي يتم اختيارها لإقامة المشروعات تتم عن طريق الصدفة أو الوساطة وقد تكون هناك قرى أحوج ما تكون للخدمة ولكن لا يقع عليها الاختيار(٢٨).

---

٢) الطيف، بشير، وآخرون، خدمات المدن دراسة في الجغرافية التنموية، مرجع سابق ، صـ١١١.

١) كان نظام الكتاب منتشراً في القرية المصرية منذ دخول الإسلام مصر حيث كان يقوم بتحفيظ القرآن الكريم وتعليم مبادئ القراءة والكتابة وأصول الحساب لإعدادهم لدخول الأزهر الشرف؛ ثم في عام ١٩١٦ أنشئت مدارس أولية بمصروفات بسيطة مدة الدراسة فيها أربع سنوات بجانب المدارس الابتدائية التي كانت موجودة في بعض المدن والتي كانت مدة الدراسة بها أربع سنوات بمصروفات أكبر نسبياً، ومع صدور دستور ١٩٢٣م جعل التعليم إلزامياً للمصريين وترتب علي ذلك إنشاء مدارس أولية إلزامية بدون مصروفات، وفي عام ١٩٢٤م بدأت الدولة في إنشاء مدارس أولية في بعض القرى لتعليم أبناء الريف أصول الزراعة والصناعات الريفية بجانب المقررات الدراسية الأخرى؛ ثم في عام ١٩٥٤م توحدت نظم التعليم المختلفة في المرحلة الأولي في المدرسة الابتدائية مدة الدراسة بها ستة سنوات تبدأ من سن السادسة وتنتشر هذه المدارس في جميع قرى مصر حالياً. للاستزادة راجع:

- أحمد خالد علام، عبد الغني شعبان عبد العظيم، العمران والحكم المحلي في مصر، مرجع سابق ، ٢٠٠٠م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وبرغم مجهودات الدولة في نشر الخدمات التعليمية بجميع المحافظات المصرية إلا أنه لا زالت هناك مناطق بها وفرة خدمية وأخرى تعاني نقصاً واضحاً بالخدمة خاصة إذا ما قورنت بالحجم السكاني سواء علي مستوي المحافظة أو علي مستوي الحضر والريف ولقياس توزيع هذه الخدمة فقد تم تطبيق معادلة درجة التناثر والتي يوضحها الجدول التالي وتوضح درجة التناثر[٢٩](*) مدى التبعثر والانتشار في توزيع الخدمة فكلما ارتفعت درجة التناثر دل ذلك على تبعثر الخدمة والعكس صحيح والعلاقة طردية بين درجة التناثر ومتوسط التباعد للخدمة بمعني أنه كلما ارتفعت درجة التناثر ازداد متوسط التباعد والعكس صحيح فكلما انخفضت درجة التناثر دل ذلك علي أن توزيع الخدمة يتصف بالتجمع والتكتل.

درجة التناثر =

(عدد الخدمات بريف المحافظة ـ عدد الخدمات في حاضرة المحافظة) × (عدد المحلات العمرانية ـ ١)

إجمالي عدد الخدمات في المحافظة (ريف + حضر)

(س – ص) × (ن – ١)

مج س ص

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (١١) درجة التناثر للخدمات التعليمية بالمحافظات بجمهورية مصر العربية

معدل	المحافظة	إجمالي الخدمات التعليمية	% من إجمالي الجمهورية	خدمات الحضر	خدمات الريف	درجة التناثر
١	القاهرة	٢٤٩٢	٥.٧	٢٤٩٢	-	١
٢	الجيزة	١٢٨٣	٢.٩	١٢٦٣	٢٠	٣.٩
٣	الشرقية	٣٤٩٤	٨.٠	٦٤٩	٢٨٤٥	٣٠٧.٣
٤	الدقهلية	٢٠٤٧	٤.٧	٤٢٨	١٦١٩	١٨٦.٢
٥	البحيرة	١٩٩٩	٤.٦	٣٩٨	١٦٠١	١٣٤.٨
٦	المنيا	١٩٦٨	٤.٥	٤٠٥	١٥٦٣	٢٨٧.١
٧	القليوبية	١٧٤٣	٤.٠	٤٥٢	١٢٩١	٩٤.٣
٨	الإسكندرية	٣١٦٥	٧.٢	٨٣٣	٢٣٣٢	٢٢٩.٧
٩	الغربية	٨٢٤	١.٨	٢٩٤	٥٣٠	٢٢.٦
١٠	سوهاج	٣٧٨٨	٨.٦	٧٧٢	٣٠١٦	٢٩٥.٦
١١	أسيوط	٣٦٢	٠.٨	٣٦٢	-	١
١٢	المنوفية	٨٤٩	١.٩	٣٨٢	٤٦٧	٣.٧
١٣	كفر الشيخ	٣٥٤	٠.٨	٣٥٤	-	١
١٤	الفيوم	١٨٤٦	٤.٢	٦٣٢	١٢١٤	٥٢.٧
١٥	قنا	١٨٣١	٤.٢	٢٥٣	١٥٧٨	١١٧.٩
١٦	بني سويف	٢١٤٧	٤.٩	٣٠٤	١٨٤٣	١٥٦.٣
١٧	أسوان	٢٦٦٠	٦.١	٦٤١	٢٠١٩	١٨٦.٥
١٨	دمياط	٢٤٢٩	٥.٥	٤٠٠	٢٠٢٩	٣٨١.٢
١٩	الإسماعيلية	٢٤٩٤	٥.٧	٤٩٤	٢٠٠٠	١٥٨.٨
٢٠	الأقصر	١٨٦٩	٤.٣	٣٤٤	١٥٢٥	٩٥.٤
٢١	بورسعيد	٨٤٩	١.٩	٣٠٩	٥٤٠	١٤.٤
٢٢	السويس	١٢٦٦	٢.٩	٢٧٨	٩٨٨	٧٠.٧
٢٣	مطروح	٥٨٥	١.٣	٣٢٢	٢٦٣	٥.٦
٢٤	شمال سيناء	٤١٩	١.٠	١٨٤	٢٣٥	١٥.٥
٢٥	البحر الأحمر	٢٦٨	٠.٧	٢٥٤	٣٢	٨.٥
٢٦	الوادي الجديد	٥٥٧	١.٣	٢٦٤	٢٩٣	٤.٤
٢٧	جنوب سيناء	٢٤٨	٠.٦	٩٧	١٥١	٢.٨
	الإجمالي	٤٣٨٥٤	%١٠٠	١٣٨٦٠	٢٩٩٩٤	٧٦٠.٤

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

يتضح من الجدول السابق والشكل رقم (١٢) ما يلي:

يتضح مدى التباين في توزيع الخدمات التعليمية بالمحافظات المصرية فقد جاءت محافظة الشرقية بأعلى نصيب من الخدمات التعليمية؛ حيث يقترب نصيبها من الخدمات التعليمية إلي ٩% تقريباً، وهي بذلك تتساوي مع إجمالي الخدمات التعليمية المقدمة للسكان في أكبر المحافظات المصرية، وهما محافظتي القاهرة والإسكندرية، وقد يرجع السبب إلي أن الشرقية تأتي في المركز الثالث من حيث الحجم السكاني بعد القاهرة والجيزة كما أنها تضم حوالي ٥٠٠ قرية تتوزع بها أكثر من ٣٠٠٠ خدمة تعليمية، بينما جاءت محافظة القاهرة في المرتبة الخامسة وهي بذلك تتساوي مع محافظة سوهاج في عدد الخدمات المقدمة للسكان.

يتضح أيضاً من الجدول تباين درجة التناثر بين المحافظات حيث جاءت أقل درجة تناثر في المحافظات الحضرية والمتمثلة في القاهرة والسويس وبورسعيد في حين جاءت أعلي درجة للتناثر في محافظة أسيوط.

ويمكن التوصل من خلال الجدول السابق والشكل رقم (١٠) إلي الأنماط التالية لدرجة التناثر للخدمات التعليمية.

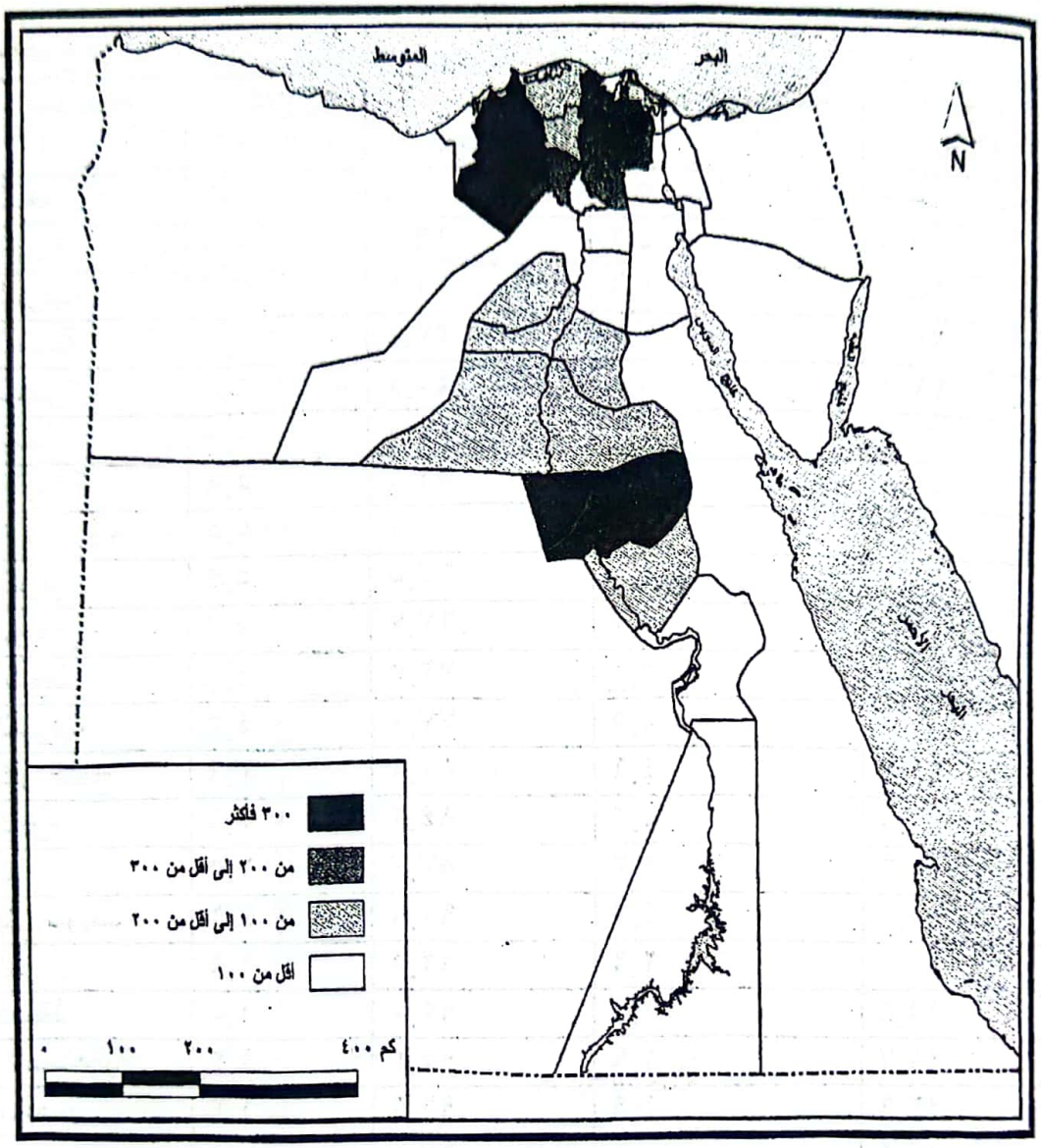
النمط الأول: محافظات ترتفع بها درجة التناثر إلي أكثر من ٣٠٠ وتمثلها محافظتي أسيوط والبحيرة.

النمط الثاني: محافظات تتراوح درجة التناثر بها ما بين ٣٠٠-٢٠٠ وتتمثل في محافظات الشرقية والدقهلية والمنوفية.

النمط الثالث: محافظات تتراوح درجة التناثر بها ما بين ٢٠٠-١٠٠ وتمثلها محافظات الغربية، كفر الشيخ، الفيوم، بني سويف، المنيا، سوهاج.

النمط الرابع: محافظات تقل بها درجة التناثر عن ١٠٠ ويمثلها حوالي ثلثي محافظات الجمهورية وعددها ١٦ محافظة، وهذا هو النمط السائد بالجمهورية وأغلب محافظات هذا النمط محافظات حدودية وأخرى حضرية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner



وبين إجمالي الخدمات التعليميه في كل محافظه وجاءت نتيجه معامل الارتباط ٠.٨٣ وهو ارتباط إيجابي قوي.

و لتوضيح الصورة التوزيعية الفعلية للخدمات التعليمية و مدى اتفاقها مع التوزيع المثالي بمحافظات الجمهورية فقد تم تطبيق منحنى لورنز كما يوضحه الجدول التالي و الشكل رقم (١٣).

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

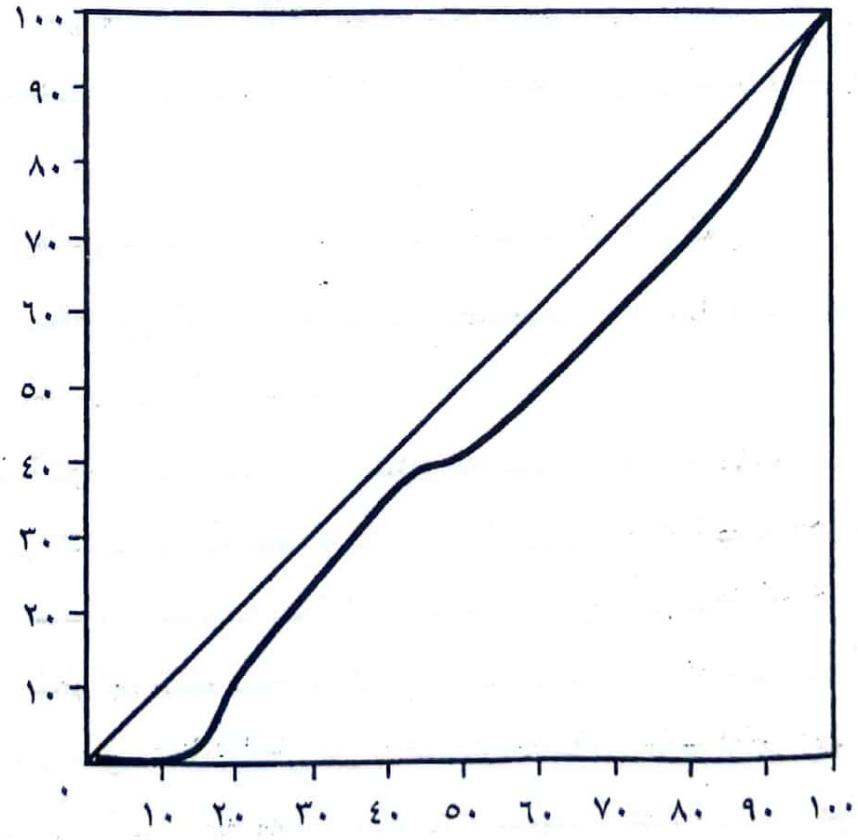
جدول رقم (١٢) النسبة المجمعة للسكان و الخدمات التعليمية بمحافظات الجمهورية

المحافظة	السكان %	المتجمع الصاعد	الخدمات التعليمية %	المتجمع الصاعد
القاهرة	١٠،٦	١٠.٦	٥.٧	٥.٧
الجيزة	٨.٦	١٩.٢	٤.٢	٩.٩
الشرقية	٧.٤	٢٦.٦	٨.٦	١٨.٥
الدقهلية	٦.٨	٣٣.٤	٧.٢	٢٥.٧
البحيرة	٦.٨	٤٠.٠	٨.٠	٣٣.٧
المنيا	٥.٨	٤٥.٨	٦.١	٣٩.٨
القليوبية	٥.٨	٥١.٦	٤.٠	٤٣.٨
الإسكندرية	٥.٥	٥٧.١	٢.٩	٤٦.٧
الغربية	٥.٤	٦٢.٥	٤.٧	٥١.٤
سوهاج	٥.٢	٦٧.٧	٥.٧	٥٧.١
أسيوط	٤.٨	٧٢.٥	٥.٥	٦٢.٦
المنوفية	٤.٥	٧٧.٠	٤.٥	٦٧.١
كفر الشيخ	٣.٦	٨٠.٦	٤.٦	٧١.٧
الفيوم	٣.٦	٨٤.٢	٤.٢	٧٥.٩
قنا	٣.٥	٨٧.٧	٤.٣	٨٠.٢
بني سويف	٣.٢	٩٠.٩	٤.٩	٨٥.١
أسوان	١.٦	٩٢.٥	٢.٩	٨٨.٠
دمياط	١.٥	٩٤.٠	١.٨	٨٩.٨
الإسماعيلية	١.٣	٩٥.٣	١.٩	٩١.٧
الأقصر	١.٣	٩٦.٦	١.٩	٩٣.٦
بورسعيد	٠.٨	٩٧.٤	٠.٨	٩٤.٤
السويس	٠.٧	٩٨.٤	٠.٨	٩٥.٢
مطروح	٠.٥	٩٨.٦	١.٣	٩٦.٥
شمال سيناء	٠.٥	٩٩.١	١.٣	٩٧.٨
البحر الأحمر	٠.٤	٩٩.٥	٠.٧	٩٨.٤
الوادي الجديد	٠.٣	٩٩.٨	١.٠	٩٩.٤
جنوب سيناء	٠.٢	١٠٠	٠.٦	١٠٠

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المصدر: من حساب الباحثة.

و قد تم تطبيق معامل جني لقياس توزيع الخدمات التعليمية بمحافظات الجمهورية و جاءت نتيجته ١٦,٨ % و هي تدل على عدم التركز و الانتشار للخدمات التعليمية و يؤكد هذا منحنى لورنز حيث يقترب من منحنى لورنز من خط التوزيع المثالي و هذا يدل على اقتراب التوزيع الفعلي من التوزيع المثالي إلى حد ما . و لكن هذا لا يعني عدم وجود مشكلات في قطاع الخدمات التعليمية فالمشكلة ليست في عدد المدارس فقط و أنما تظهر في نقص أعداد الفصول الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع كثافة الفصل بشكل يبتعد عن المعايير التخطيطية لذلك ، و هذا يؤثر بطبيعة الحال في كفاءة الخدمة التعليمية التي يحصل عليها السكان ، كما يؤثر أيضا و بشكل كبير في مخرجات العملية التعليمية و المستوى العلمي للمنتج من هذه العملية .



شكل رقم (١٣) منحني لورنز للخدمات التعليمية بجمهورية مصر العربية

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ثالثاً: المعايير التخطيطية و التجارب العربية والعالمية:

تعتمد الدول في تخطيطها للخدمات بشكل عام والخدمات التعليمية والصحية بشكل خاص علي مقاييس ومعايير مختلفة تراعي في هذه المعايير ظروف كل دولة من حيث احتياجاتها لهذه الخدمات.

إن التخطيط للخدمات يعتمد علي معايير تسند علي هذه الخدمات كماً ونوعاً وتوزيعاً وإن هذه المعايير ستعتمد في قياس الحاجة إليها مستقبلاً، وقد تأثرت الخدمات بشكل عام بالمشاكل التي تواجها الدولة والتي انعكست عليها إما بالنقض في المعروض من الخدمات، أو بعدم اختيار الموقع المناسب للخدمة، أو بعدم تناسب المساحة المحددة للخدمة مع احتياجات السكان ، بمعني أن الخدمة يتم توقيعها حسب عدد السكان المخدومين من جهة وحسب حاجة السكان إليها من جهة أخرى علي سبيل المثال لا يمكن توفير مستشفي في كل حي سكني لأنها خدمة أكبر من متطلبات الحي، وعلي العكس من ذلك لا يمكن أن تخصص مدرسة ابتدائي واحدة لكل قطاع لأنها لا تؤمن احتياجاتهم التعليمية، وبالتالي فعند توفير الخدمات بشكل عام والصحية والتعليمية بشكل خاص في أي مدينة فيجب مراعاة التالي:

- الحجم الوظيفي للخدمة فلابد أن تكون مناسبة للحجم السكاني المقدمة له.
- مقدار المسافة التي يقطعها المستفيد من الخدمة حيث أنه كلما زادت المسافة بين الخدمة والمستفيد منها قلت جاذبيتها له.

وتعد قضية توفير الخدمات العامة إحدى القضايا الأكثر إلحاحاً، ويمثل تحديد المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات إشكالية مهمة من إشكاليات التنمية العمرانية في مصر وبرغم كل التطلعات الطموحة بتحقيق المعدلات الأعلى – أو المعدلات المثلى، أو المعدلات الأقرب لنظيرتها العالمية – إلا أنه يصعب إحداث طفرة فجائية لتحقيق هذه المعدلات الأعلى، أو حتى معدلات أعلي من المعدلات الحالية، ويتطلب الأمر وقفة متأنية لتناول هذه القضية ومحاولة وضع معايير ومعدلات تخطيطية علمية تتناسب مع واقعنا

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المصري، نابعة من الاحتياجات والإمكانيات المحلية، وتعتمد علي منهج علمي وصولاً إلي مستوي أفضل مع رابطها بالبيئة المحيطة(٣٠).

سيتطرق البحث في هذا الجزء إلي استعراض أهم المعايير الخاصة بالخدمة الصحية والتعليمية التي وضعتها الدولة ومقارنتها بما هو قائم فعلاً، بالإضافة إلي مقارنتها ببعض المعايير الدولية. نظراً لأهمية الخدمات الصحية والتعليمية لارتباطهما سلبا وإيجابا بالعديد من القطاعات التنموية الاقتصادية والاجتماعية ولأهميتهما كأحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعي الدولة إلي تطويرها وتحقيق جودة منتجها الخدمي وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع، تأتي هذه الدراسة لتناقش المعايير التخطيطية لهذه الخدمات ومدي توافقها مع الواقع الفعلي المقدم من عناصر هذه الخدمات وما تعانيه من الضغط السكاني عليها.

أ- **المعايير التخطيطية للخدمات الصحية:**

تشمل الخدمة الصحية جميع عناصر الخدمة اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، وليس فقط تلبية الطلب علي الخدمة، وذلك طبقاً لمعايير يتم تحديدها وفقاً لعدد وتوزيع وخصائص السكان،وقد قامت وزارة الصحة و السكان في عام ٢٠٠٥م بإعداد برنامج لإصلاح القطاع الصحي ساهم فيه كثير من الخبراء من داخل و خارج مصر و تضمن هذا البرنامج المبادئ التالية(٣١):

- التغطية الشاملة Universality: وتعني تغطية جميع المواطنين بمجموعة متكاملة من الخدمات الأساسية ذات الأولوية بحيث يكون لكل فرد في أي مكان نفس الفرصة المتكافئة للحصول على الرعاية الأساسية و الاستفادة منها.
- الجودة Quality: و هي ضمان و تحسين مستويات الرعاية الصحية و أيضا أماكن تقديم الخدمات – الوحدات و المستشفيات – لتعظيم القدرة التشخيصية و الإكلينيكية ورفع مستوى التعليم الطبي و التمريض.

---

١) الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية،٢٠١٤م، ص١.

٢) جمعية التنمية الصحية و البيئية ، الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر – دراسة تحليلية للوضع الراهن و رؤى مستقبلية ، برنامج السياسات و النظم الصحية ، ٢٠٠٥م ، ص ٢٢ .

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

- العدالة Equality: تمويل الخدمات الصحية يعتمد على القدرة على دفع التكلفة بينما يعتمد تقديم الخدمات على الحاجة إليها، لذا يكون لكل المناطق والأفراد نصيب عادل في الحصول على الخدمة الصحية.
- الكفاءة Efficiency: تخصيص و توزيع الموارد المالية و البشرية و المنشآت الصحية بناء على احتياجات المواطنين و زيادة الفاعلية مقابل التكلفة Cost Effectiveness بحيث تحصل الحكومة و المواطنون على أكبر قيمة صحية مقابل ما ينفق من أموال.
- الاستمرارية Sustainability: و تعني ضمان دوام نظام الإصلاح الصحي وخدماته وكفاءته الذاتية لصالح صحة المواطنين و خاصة الأجيال القادمة.

إن الأعداد للتخطيط للخدمات الصحية لابد أن يتم من قبل فريق يكون هو الآلية المناسبة لتحقيق أهداف التخطيط للخدمات الصحية، كما يجب اختيار أعضاء هذا الفريق طبقا لمهارة كل منهم الفردية و مدى معرفتهم بمكونات الخدمات الصحية، و لابد أن تكون آراء أعضاء الفريق إرشادية أكثر منها ملزمة(٣٢).

وتتدرج مستويات الخدمة الصحية بدءاً من وحدة صحة الأسرة، مركز صحة الأسرة ، المستشفى المركزي، المستشفى العام، المستشفى التخصصي، وأخيراً المستشفى التعليمي الجامعي، وتسعى الدولة في تقديمها لمنظومة الخدمة الصحية إلي أن يتوفر فيها عدة شروط وهي :

1) Rathwell , T., Health Services Planning ;observation on the relationship between theory and practice , pp. 119 – 141 .

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (١٣) المعايير التخطيطية للخدمات الصحية في مصر

نوع المنشأة	موقعها الجغرافي	عدد السكان المخدوم (بالألف)	المساحة بين السكن والخدمة (بالكم)	الزمن بين السكن والخدمة بالدقيقة
وحدة صحة الأسرة	قرية أو مجاورة سكنية	٥ – ٢٠	٢.٥ – ٣	٥
مركز صحة الأسرة	حي أو وحدة محلية	٢٠ – ٤٠	٥ - ١٠	٢٠
مستشفي المركزي (أ)	مدينة صغيرة	أقل من ٤٠	١٠ - ٢٠	٢٠
مستشفي المركزي (ب)	مدينة متوسطة/مركز إداري	٤٠ – ١٠٠	٢٠	٢٠
المستشفي العام	مدينة كبيرة / عاصمة المحافظة	أكثر من ١٠٠	٤٠ – ٥٠	٤٠ - ٥٠

المصدر: دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني، الخدمات الصحية، ٢٠١٤م.

وتضم المستشفيات المركزية فئة (أ) عدد أسرة يتراوح ما بين ١٠٠ – ٢٠٠ سرير بينما يتراوح عدد الأسرة بالمستشفيات المركزية فئة (ب) ما بين ٥٠ – ١٠٠ سرير في حين أن عدد الأسرة بالمستشفيات العام يتراوح مابين ٢٠٠ – ٣٠٠ سرير وقد يزداد أكثر من ذلك حتى يصل إلي ٥٠٠ سرير في بعض المناطق ذات الكثافة السكانية المرتفعة واشتماله علي عدد من المراكز المتخصصة. ويحسب العدد الكلي للأسرة بالنسبة لعدد السكان المخدوم علي أساس ٢.٧ سرير/ ألف من السكان وهذه النسبة ملائمة للدول النامية[٣٣]، وهذه المعايير يتم تطبيقها في المجتمعات القائمة أو الجديدة أما المحافظات الحدودية والنائية فيتم تقديم الخدمة تبعاً لظروف وخصائص كل منطقة علي حدة.

وإذا كانت المعايير التخطيطية التي وضعتها الدولة تشير إلى أن كل ١٠٠٠ من السكان يخدمهم ٢.٧ سرير، فالوضع غير ذلك حيث أن معدل الخدمة للأسرة في مصر يصل إلي ٢.٢ سرير/ ١٠٠٠ نسمه، بينما المعايير الدولية تصل إلي ٢.٩ سرير/١٠٠٠ نسمه هذا وقد أشارت بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إن نسبة الأسرة

١) دليل المعايير ص.٢٩

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

بالمستشفيات الحكومية زادت في عام ٢٠١٣م بنسبة قدرها ١.٥% عنها في عام ٢٠١٢م. وهي نفس النسبة تقريبا لزيادة عدد المستشفيات الحكومية في عام ٢٠١٣م عن عام ٢٠١٢م.

وتوضح الجداول التالية المعدلات التخطيطية الاسترشادية للخدمات الصحية وفقاً لنطاق الخدمة ونصيب الفرد من الخدمة لكل متر مربع وتوضح الجداول التباينات الواجب مراعاتها وفقا لعدد السكان والرتبة الإدارية للمنطقة وإذا ما كانت مجتمعات جديدة أو قائمة، أما بالنسبة للمحافظات الحدودية والمناطق النائية فأنها لا تخضع لهذه المعايير.

جدول رقم (١٤) المعدلات التخطيطية الاسترشادية لوحدات ومراكز صحة الأسرة

الخدمة الصحية		محلي (رعاية صحية أساسية)	
		وحدة صحة الأسرة	مركز صحة الأسرة
نطاق الخدمة	عدد السكان المخدوم (ألف نسمة)	٥ - ٢٠	٢٠ - ٤٠
	الرتبة الإدارية	قرية / مجاورة سكنية	حي / وحدة محلية
	المسافة بين السكن والخدمة (كم)	٢.٥ - ٣	٥ - ١٠
	الزمن بين السكن والخدمة (دقيقة)	٥	٢٠

جدول رقم (١٥) المعدلات التخطيطية الاسترشادية للمستشفيات المركزية والعامة

الخدمة الصحية		مركزي (طب علاجي)		
		مستشفي مركزي (ب)	مستشفي مركزي (أ)	مستشفي عام
نطاق الخدمة	عدد السكان المخدوم (ألف نسمة)	أقل من ٤٠	٤٠ – ١٠٠	أكثر من ١٠٠
	عدد الأسرة	٥٠ - ١٠٠	١٠٠ - ٢٠٠	٢٠٠ - ٣٠٠
	الرتبة الإدارية	مدينة صغيرة	مدينة متوسطة / مركزي إداري	عاصمة المحافظة أو مدينة كبيرة
	المسافة بين السكن والخدمة (كم)	١٠ - ٢٠	٢٠	٤٠ - ٥٠
	الزمن بين السكن والخدمة (دقيقة)	٢٠	٢٠	٤٠ - ٥٠

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وتقوم الدولة حالياً بتطوير قطاع الخدمات الصحية وذلك عن طريق توفير الرعاية الطبية المجانية إلي الفقراء والمسنين وأصحاب المعاشات وكذلك التوسع في المستشفيات الحكومية المجانية، وذلك من أجل الوصول بالخدمات الصحية إلي اعلي مستوي طبقا للمعايير الدولية في البلاد المتقدمة. والجدول التالي يوضح الأهداف المطلوبة تحقيقها خلال خطط التنمية من ٢٠١٢ – ٢٠١٣ م.

جدول رقم (١٦) الأهداف المطلوب تحقيقها لتطوير قطاع الخدمات الصحية خلال خطط التنمية ٢٠١٢ – ٢٠٣٢م.

المؤشر	المستوي الحالي	٢٠١٧	٢٠٢٢	٢٠٢٧	٢٠٣٢	المتوسط في الدول المتقدمة
عدد وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ١٠٠٠ طفل	٣٣	١٨	٩	٥	٤	٤
نسبة الأطفال المطعمين	٩٦.٩	%٩٩	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠
عدد أسرة المستشفيات / ١٠٠٠ نسمه	١.٦٧	٣	٥.٥	٧	٧.٥	٨
نسبة الرعاية الصحية من الدخل القومي	%٤.٤٩	٦	٧	٨	٩	%١٢-٧
عدد المستشفيات / مائة ألف نسمه	٠.٥٥	١	١.٦	٢.٢	٣	٤.٠-٢.٥
عدد الأطباء /١٠٠٠ نسمه	٢.٤	٢.٨	٣	٣.٢	٣.٥	٥-٢ /١٠٠٠نسمه
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	٧٢.٤	٧٤	٧٦	٧٨	٨٠	٨٢

المصدر: www.Cairo21.org_healthcare.htm

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

وتدل البيانات العالمية الدالة على الموارد المتاحة للنظام الصحي على أنه في العالم ١٣ طبيبا لكل ١٠٠٠٠ نسمة ، مع وجود تفاوتات كبيرة بين البلدان و بعضها و بين الأقاليم و بعضها ، ففي الإقليم الإفريقي لا يوجد سوى طبيبين / ١٠٠٠٠ نسمة ، مقابل ٣٢ طبيبا / ١٠٠٠٠نسمة في الإقليم الأوروبي. كما تدل البيانات العالمية على وجود ٢٨ ممرض و ممرضه / ١٠٠٠٠ نسمة و يتراوح هذا العدد بين حد أدنى قدره ١١ممرض / ١٠٠٠٠نسمة في الإقليم الإفريقي ، و حد أعلى قدره ٧٩ ممرض /١٠٠٠٠نسمه. كما تشير احصاءات الأسرة على مدى تغطية احتياجات السكان فنجد في أوروبا تشير الاحصاءات إلى ٦٣ سرير /١٠٠٠٠نسمة في مقابل ١٠ أسرة / ١٠٠٠٠نسمه في أفريقيا منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية ، ٢٠٠٩ م ، ص ٩٥[٣٤].

و لا يوجد أي معيار ذهبي لتقدير مدى كفاية القوى العاملة الصحية و مع ذلك تقدر منظمة الصحة العالمية أن البلدان التي لديها أقل من ٢٣ عاملا في الرعاية الصحية – طبيب، ممرض، قابلة – لكل ١٠٠٠٠نسمه من السكان لن تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الوافية بالتدخلات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية حسب أولويات التنمية في الألفية الثالثة.

و يرى كل من Mayhew , Leonard أن أي نظام صحي لابد أن يؤدي الهدف منه و الأموال التي خصصت للصرف عليه وربط ذلك بمستويات متعددة من الخدمات الصحية المكانية التي تتنافس في الحصول على التمويل، لذا لابد أن يراعى النظام الصحي الأولويات Priorities ولابد أن يكون معيار النظام الصحي عائده الوظيفي UtilityFunction حيث يفترض أن النظام الصحي الذي يعالج مزيد من المرضى أفضل من ذلك الذي يعالج أعدادا أقل ، كذلك النظام المثالي هو الذي يستخدم الموارد المتاحة أفضل استخدام بشكل موفي بالغرض[٣٥].

---

١) منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، ٢٠٠٩ م ، ص ٩٥ .

2) Mayhew, L.D.,Leonard,G., Resource allocation in multilevel spatial health care systems pp. 194- 209.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

ب- المعايير التخطيطية للخدمات التعليمية:

خدمة التعليم من الخدمات الأساسية التي تعد ركيزة عامة من ركائز التطور الاجتماعي باعتباره أداة التنمية ووسيلة لتطوير وتنمية المجتمع ومحط رغبات المواطنين وهي خدمة إنتاجية تؤثر في استمرارية عمليات الإنتاج وتطويرها بصورة غير مباشرة. فالخدمات التعليمية من الخدمات ذات التأثير الكبير في حياة المجتمعات لدورها في تنمية وتحضر وتثقيف المجتمع، والتخطيط للخدمات التعليمية يعد ضرورة حتمية تحتمها الظروف الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع. وتعد عملية اختيار مواقع الأبنية التعليمية عقبة في المناطق الحضرية ولاسيما في إطار توسع المدن، لذا فإن التوزيع المتوازن لها يقدم دلائل ومؤشرات نحو تأمين تكافؤ الفرص التعليمية. فالخدمات التعليمية يتم توقيعها حسب نوع السكان المستفيدين منها من جهة ومن جهة أخري علي حسب حاجة السكان إليها، فمن غير المعقول أنه يتم إنشاء مدرسة ثانوية لكل قرية مثلاً وذلك لأن ما توفره المدرسة الثانوية من خدمات أكبر بكثير من متطلبات السكان في القرية وبالتالي يتم اختيار مواقع قري الوحدات المحلية لإقامة هذا النوع من المدارس حيث أن هذه القرى تقدم خدمات لعدد من القرى الأصغر فهي تمثل مواقع تركز الخدمات بالريف كما أن حجم المؤسسة التعليمية له علاقة وثيقة بالحجم السكاني في المنطقة المخدومة هذا فضلاً عن وجود اعتبارات سياسية واقتصادية واجتماعية تؤثر في نشأة الخدمات التعليمية.

ولنجاح المنظومة التعليمية لابد أن تكون هناك معايير تستند اليها هذه المنظومة لضمان نجاحها وقيامها بالمطلوب منها وهذه المعايير تتمثل في:

- المعايير الكمية
- المعايير المكانية
- المعايير التصميمية

ويقصد بالمعايير الكمية تلك المعايير التي تقوم علي قياس كفاءة الوظيفة التعليمية التي تقدمها الخدمة التعليمية وذلك من خلال مؤشرات سكانية معينة كعدد السكان والتركيب العمري والنوعي لهم وعدد المدارس والفصول والطلاب بكل مرحلة ومن ثم مقارنة هذه

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المعايير بالمعايير التخطيطية التي وضعتها الدولة اعتماداً علي الموارد المتاحة لها لتقديم أفضل الخدمات.

أما المعايير المكانية ويقصد بها اختيار المواقع لإقامة الخدمات التعليمية وهذه المعايير تعد من صميم العملية التخطيطية للخدمات والتي تقوم علي أساس الحجم السكاني في مواقع الخدمات التعليمية ويعتمد اختيار موقع الخدمة علي إمكانية وسهولة الوصول اليها وحجم المؤسسة التعليمية المراد إقامتها ومدي توفر خدمات البنية التحتية.

بينما يقصد بالمعايير التصميمية للمؤسسة التعليمية التصميم الهندسي للمبني ومدي توافر الشروط الصحية له وتوفير جميع المساحات اللازمة لإقامة جميع الأنشطة المدرسية به الأنشطة الرياضية والثقافية وغيرها.

وفي الواقع فإن التخطيط للعملية التعليمية يسعي إلي خلق بيئة متوازنة تهدف إلي الاستغلال الأمثل للخدمات بحيث لا يشكل توزيعها عبئا علي السكان في سبيل الوصول إليها، وبالتالي يضمن خدمة لأكبر عدد من السكان بأقل جهد وتكلفة هذا وقد سعت الخطة الإستراتيجية القومية لإصلاح التعليم قبل الجامعي في مصر ٢٠٠٧ / ٢٠٠٨ – ٢٠١١ / ٢٠١٢[٣٦]. إلي تحقيق عدة أهداف أهمها:

- تصميم بناء المدارس وفقاً لمعايير ملائمة للمتغيرات الجديدة.
- تحسين وتطوير إجراءات تخطيط وبناء المدارس.
- توفير المباني المدرسية لجميع احتياجات المراحل التعليمية.

– كما أكدت الخطة علي أن تكون مواقع المدارس مطابقة للاحتياجات ورغبات المهتمين بالعملية التعليمية وضرورة التأكيد من دقة التوقعات السكانية الخاصة لنمو السكان في سن المدرسة كذلك الأخذ في الاعتبار أن المدرسة لا يمكن أن تنشأ في أي مكان وأن الحد السكاني هو الحد الأدنى لمجموع السكان "داخل منطقة النفوذ" الكافي لإنشاء مدرسة.

[١]) الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المعايير التخطيطية للخدمات التعليمية ، المجلد الأول ، ٢٠١٤م، ص٢٠ – ٢١.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

- أن حجم كل مدرسة وسعتها وعدد فصولها لا يمكن أن تكون موحدة في كل مكان بل يجب أن تحدد بوحدة الحيز المكاني المطلوب للتلميذ لعدد الأطفال الذين يمكن قبولهم للحد السكاني الموجود داخل كل منطقة من مناطق النفوذ.
- أن فئة السن من السكان في مرحلة التعليم الأساسي يحددها قانون التعليم للالتحاق بالمدرسة وهي مرحلة إلزامية.

و توضح الجداول التالية المعدلات التخطيطية الاسترشادية للخدمات التعليمة.

جدول رقم (١٧) المعدلات التخطيطية الاسترشادية للخدمات التعليمية

الخدمة التعليمية		المستوي الأول مرحلة التعليم الأساسي	المستوي الثاني (مركزي /إقليمي) مرحلة التعليم الثانوي
نطاق الخدمة	الحد الأدنى لعدد السكان المخدوم (نسمه)	٢٠٠٠ – ٤٠٠٠	ثانوي عام/١٠٠٠٠ نسمه ثانوي صناعي/تجاري:٣٥٠٠٠ نسمه ثانوي فندقي/زراعي:٥٠٠٠٠٠ نسمه
	الرتبة الإدارية	تجميع صغير/قرية/مجاورة	قرية مركزية/قسم/حي/مدينة/مركز إداري
	الحد الأقصى للمسافة بين السكن والخدمة (كم)	ابتدائي : ٠.٧٥كم إعدادي : ٢٠.كم	ثانوي عام : عكم ثانوي صناعي/تجاري: قسم/مركز ثانوي زراعي/فندقي : المحافظة
الحد الأدنى لنصيب الفرد من الخدمة (م٢/فرد)	في التجمعات والمناطق القائمة	٠.٦	٠.٢
	في التجمعات والمناطق الجديدة	١.٢	٠.٤
الفئة العمرية المستهدفة		KG1&KG2 رياض أطفال ١- ٦ ابتدائي ١ – ٣ إعدادي ١ – ٩ تعليم أساسي	١٥-١٧ ثانوي(نظام ثلاث سنوات) ١٥-١٩ ثانوي (نظام خمس سنوات)
النظام – الصف		٤ – ٥% حضانة ١٢- ١٤% ابتدائي ٦ -٨% إعدادي	١-٣ ثانوي (فني/نظام ثلاث سنوات) ١-٥ ثانوي (فني نظام خمس سنوات)
نسبة الفئة العمرية المستهدفة بالخدمة/إجمالي عدد السكان		٢٢ – ٢٧% تعليم أساسي	٥.٥ – ٦.٥%
نسبة المستفيدين بالخدمة/ إجمالي الفئة العمرية المستهدفة بالخدمة		٦٠% حضانة ١٠٠% ابتدائي وإعدادي	٨٠ – ٨٥%
نسبة المستفيدين بالخدمة/إجمالي عدد السكان المخدوم		٢٠.٥ – ٢٥%	٤.٤ – ٥.٥%
توزيع نسبة الطلاب علي نوعيات التعليم في كل مرحلة		٨٨ – ٩٠% عام	٤٠-٥٠%ثانوي عام ٤٠-٤٥%ثانوي فني ٥٠%صناعي-٣٨%تجاري وفندقي-١٢%زراعي

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات جمهورية مصر العربية – المجلد الأول التعليم ٢٠١٤م.

جدول رقم (١٨) المعايير والمتطلبات التخطيطية الاسترشادية

لمدارس التعليم الأساسي والثانوي (عام/أزهري) بالتجمعات والمناطق القائمة*

الخدمة التعليمية		ابتدائي	إعدادي	تعليم أساسي	إعدادي وثانوي	أساسي وثانوي
الخدمة		محليه	محليه	محليه	محليه	محليه
الحد الأدنى لعدد السكان المخدوم (نسمه)		٢٠٠٠	٣٢٠٠	٣٢٠٠	٧٠٠٠	١٠٠٠٠
الموقع بالنسبة للطرق		فرعي	فرعي	فرعي	رئيسي	رئيسي
نوع المدرسة (بنون/بنات/مشتركة)		مشترك بنون/بنات	مشترك بنون/بنات	مشترك بنون/بنات	بنون أو بنات	مشترك (أساسي) بنون أو بنات (ثانوي)
نصيب التلميذ من الموقع (م٢)	الحد الأدنى	٤	٤	٤	٥	٥
	حد مفضل ومرغوب	٦	٦	٦	٧	٧
نسبة المساحة المبنية (%)	الحد الأعلى	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠
	حد مفضل ومرغوب	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠
نصيب التلميذ من المساحة المبنية (م٢)	الحد الأدنى	١.٠	١.٠	١.٠	١.٥	١.٥
	الحد الأعلى	٣	٣	٣	٤	٤
	حد مفضل ومرغوب	١.٥	١.٥	١.٥	٢.٠	٢.٠
كثافة الفصل (تلميذ/فصل)	الحد الأدنى	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥
	الحد الأعلى	٤٠	٤٠	٤٠	٣٦	٣٦
	حد مفضل ومرغوب	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠
عدد الفصول بالمدرسة (فصل)	الحد الأدنى	٨	٩	١١	١٢	١٤
	الحد الأعلى	٤٠	٣٠	٥٥	٦٠	٧٠
	حد مفضل ومرغوب	٢٤	٢٤	٣٣	٣٦	٤٢
عدد التلاميذ بالمدرسة (تلميذ)	الحد الأدنى	٣٢٠	٣٦٠	٤٤٠	٤٣٢	٥٠٤
	الحد الأعلى	١٦٠٠	١٢٠٠	٢٢٠٠	٢١٦٠	٢٥٢٠
	حد مفضل ومرغوب	٧٢٠	٧٢٠	٩٩٠	١٠٨٠	١٢٦٠

- الحد الأعلى لعدد التلاميذ بالفصل الدراسي لمرحلة رياض الأطفال ٢٦ تلميذ / فصل.
- يتم احتساب مساحة الموقع العام للمدرسة طبقا للمعادلة الآتية:

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

مساحة الموقع العام = عدد الفصول × كثافة الفصل × نصيب الطالب

- المعدلات والمعايير بالجدول لا تنطبق علي المحافظات الحدودية والمناطق النائية، ويتم دراسة الخدمة التعليمية بها وفقا للظروف والعوامل المختلفة طبقا لكل منطقة علي حدة.
- مراعاة توفير الخدمة بتحقيق الحدود الدنيا للاشتراطات الواردة بالجدول دون الربط بينها، مع مراعاة الحجم المناسب للخدمة.

- الحد الأدنى لعدد التلاميذ في المدرسة هو ناتج الحد الأدنى لعدد الفصول × الحد الأقصى لعدد التلاميذ في الفصل بهدف وضع حد أدنى للمساحة المتاحة لإقامة مدرسة طبقا لمرحلتها وذلك في المدن القائمة فقط.
- الحد الأدنى لنصيب التلميذ من مساحة الأفنية والملاعب والمناطق المفتوحة :

(بالتعليم الأساسي) = ٢.٥م٢ / للتلميذ

(بالتعليم الثانوي) = ٣.٠ م٢ / للتلميذ

(بالتعليم الأساسي والثانوي) = ٢.٧٥ م٢ / للتلميذ

وتختلف المعايير التخطيطية للخدمات من دول لأخرى بالشكل الذي يتناسب وخصوصية كل دولة من حيث ظروفها واحتياجاتها، والجدول الثاني يوضح معايير تخطيط الخدمات التعليمية في مصر والمملكة العربية السعودية:

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

جدول رقم (١٩) المعايير التخطيطية للخدمات التعليمية في مصر و المملكة العربية السعودية

المعيار	المرحلة الابتدائية		المرحلة الإعدادية		المرحلة الثانوية	
	مصر	السعودية	مصر	السعودية	مصر	السعودية
عدد السكان المخدومين	٢٠٠٠ ـ ٤٠٠٠ نسمة	٢٠٠٠ ـ ٦٠٠٠ نسمة	٣٢٠٠ نسمة	٦٠٠٠ ـ ١٠٠٠٠نسمة	١٠٠٠٠ ـ ٥٠٠٠٠ نسمة	١٠٠٠٠ ـ ٢٠٠٠٠ نسمة
نطاق الخدمة بالمتر	٨٠٠م	٥٠٠م	١٠٠٠ـ ١٥٠٠م	٧٥٠م	١٥٠٠ـ ٢٠٠٠م	١٥٠٠
عدد الطلاب بالمدرسة	٣٢٠ـ١٦٠٠	٢٤٠ـ٧٢٠	٣٦٠ـ ١٢٠٠	٢٤٠ـ٦٠٠ تلميذ	٤٣٢ـ ٢١٦٠	٢٦٠ـ٩٠٠
عدد الفصول بالمدرسة	٨ـ٤٠	١٢ـ٢٤	٩ـ٣٠	١٢ـ٢٠	١٢ـ٦٠	١٨ـ٣٠
عدد التلاميذ بالفصل الواحد	٢٥ـ٤٠	٢٠ـ٣٠	٢٥ـ٤٠	٢٠ـ٣٠	٢٥ـ٣٦	٢٠ـ٣٠
نصيب التلميذ من المساحة الكلية م٢	٤ـ٦م٢	١٥ـ٢٥م٢	٤ـ٦م٢	٢٥ـ٣٠م٢	٥ـ٧م٢	٢٥ـ٣٠

وفي الواقع فإن رغم ما تقوم به الدولة من محاولات لرفع كفاءة العملية التعليمية إلا أنها تواجه الكثير من التحديات في ذلك مما يعرقل نجاح العملية التعليمية كما أن قياس كفاءة التعليم تواجه مشاكل قياس المخرجات التي يصعب تحديدها وتستخدم أدوات غير موثوقة إلي حد ما مثل الاختيارات، وهي قياسات غير دقيقة إلي حد ما مما يجعل قياس التعليم مسألة خلافية بين الباحثين، وتصل نسبة الإنفاق علي التعليم قبل الجامعي حوالي ١٢% من إجمالي الإنفاق العام للدولة في العام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١٣م، كما تصل نسبة الإنفاق علي التعليم قبل الجامعي حوالي ٦٨% من إجمالي الإنفاق العام علي التعليم(٣٧).

١) مصر في أرقام ٢٠١٥، مرجع سابق.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

رابعاً: النتائج والتوصيات:

١) نتائج:

- يجب أن يعتمد على الدراسات الجغرافية العلمية القائمة علي التحليل والتقييم بما لها من مكانة متميزة بين العديد من الدراسات التي يمكن أن تكون الدعامة الأساسية لإعادة تخطيط الخدمات
- أن توطن الخدمات الصحية والتعليمية بشكل واضح في المناطق الحضرية (المدن) من قبل الدولة يعتمد أساساً علي الكفاءة المفترضة في هذه المدن دون غيرها، و قد خلصت الدراسة إلى أن الدولة اعتمدت في توزيع الخدمات على المعيار السكاني وحده لأي مدينة ، و هذا لا يكفي لنجاح الدولة في استراتيجيتها لتقديم الخدمات .
- كل مدينة تتميز بموقعها و بيئتها و طبيعة سكانها و حجمها و مقوماتها الاقتصادية و كذلك مستواها الثقافي و الاجتماعي ، الأمر الذي يؤكد على مدى التعقيد في وضع معايير للخدمات تناسب كل المدن و المحلات العمرانية إلا أن الذي يساعدنا في وضع المعايير و تعميمها هو الحاجة البشرية التي تتشابه في كثير من المناطق العمرانية– حضر أو ريف– فاحتياجات السكان للخدمة الصحية أو التعليمية لا تختلف في مدينة طنطا أو بنها مثلا عن مدينة اسيوط أو المنيا.
- أن عدم تطبيق العديد من المعايير التخطيطية والتأخر في الآخذ بها جسدت كثيراً من المشكلات الإقليمية وبلورتها بشكل أكبر؛ حيث تفاقمت هذه المشكلات لتصبح أقرب إلي الأزمات منها للمشكلات خاصة في المناطق الريفية بمنطقة الدراسة.
- أشارت الدراسة إلى أهمية مواقع عواصم المحافظات في توزيع الخدمات داخل الحدود الإدارية لكل محافظة حيث ان العواصم هي مناطق الجذب السكاني و الخدمي و موقعها سيحدد بلا شك مدى نجاحها في أداء وظيفتها الخدمية .
- تباينت محافظات الجمهورية من حيث أشكالها فهي ما بين الاندماج و الاستطالة و كلاهما يؤثر في توزيع الخدمات و مدى نجاح العلاقات المكانية داخل المحافظة

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

حيث أن توزيع الخدمات داخل المحافظة يتأثر بشكلها مما يؤثر على التنمية المنشودة ، و هذا ما تقوم به الدولة في الفترة الأخيرة من إعادة تخطيط الحدود الإدارية للمحافظات.

- هناك قصور في عدد الخدمات الصحية في معظم المحافظات فعلى سبيل المثال هناك أكثر من ٥٠ % من محافظات مصر نصيب كل منها من المستشفيات العامة لا يتعدى ٢% من اجمالي الجمهورية ، كما خلت معظم المحافظات الحضرية و الحدودية من المستشفيات فئة أ و التي من المفترض أنها تخدم مركز إداري أو مدينة عدد سكانها يتراوح بين ٢٠٠- ٥٠٠ ألف نسمه.
- خلصت الدراسة إلى أن الخدمات التعليمية تتوزع داخل محافظات الجمهورية بشكل يفتقد إلى العدالة التوزيعية حيث توجد مناطق بها وفرة خدمية و أخرى تعاني نقصا خدميا و ذلك مقارنة بأعداد السكان على مستوى المحافظة أو الحضر و الريف ، و قد تأكد هذا من خلال تطبيق درجة التناثر التي جاءت نتائجها دالة على أن معظم المحافظات تتوزع بها الخدمة بشكل يميل إلى التبعثر و الانتشار.
- تبين أن هناك اختلاف بين المعايير التخطيطية للخدمات الصحية و بين ما هو قائم بالفعل من هذه الخدمات على سبيل المثال فقد حددت استراتيجية الدولة أن تقام المستشفى فئة أ في مدينة صغيرة تخدم حوالي ٤٠ ألف نسمة بينما في واقع الأمر نجد كثير من المحافظات و التي يزيد عدد سكانها عن أضعاف هذا العدد لا يتوفر بها هذا المستوى من الخدمة ، و هذا يجعل المستفيد من الخدمة يقطع مسافة تزيد على ٢٠ كم، و مسافة زمنية تزيد على ٢٠ دقيقة للوصول للخدمة .
- بمقارنة المعايير و الخطط الإسترشادية في الخدمة التعليمية نجد أن هناك فرق كبير بين ما تنشده الدولة و ما هو على أرض الواقع حيث أكدت خطط الدولة على أن كثافة الفصل في مراحل التعليم الأساسي لا تزيد عن ٤٠ تلميذ ، بينما الواقع الفعلي يؤكد أن هناك فصول في ريف مصر خاصة في محافظات الوجه القبلي

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

اعداد التلاميذ بها تصل إلى ٧٠ تلميذ / فصل ، بل أن بعض التلاميذ في مرحلة التعليم الأساسي ينتقل من قرية لأخرى على الطرق الرئيسية للحصول على الخدمة ، وهذا يتنافى مع أبسط معايير الخدمة التعليمية و التي تؤكد على أن تلميذ المرحلة الابتدائية يقطع مسافة أقل من ١ كم كحد أقصى للحصول على الخدمة .

٢) التوصيات:

- ينبغي أن تدعم الدراسات التقويمية للمعايير التخطيطية للخدمات الصحية والتعليمية – وقد اقترحت الباحثة إجراء ذلك كل خمس سنوات – بما يمكن أن تقدمه تحليلات برامج نظم المعلومات الجغرافية وخاصة تطبيق نماذج الملائمة المكانية Suitability Model للتعرف علي أفضل المواقع التي يمكن أن تتوطن بها الخدمات المطلوبة.
- إن إعادة التنظيم المكاني للخدمات الصحية والتعليمية وفق المعايير التخطيطية المعمول بها والمنشودة يضمن أعلي أداء وظيفي لهذه الخدمات، وهذا يحقق في نفس ذات الوقت مستوى التنمية المطلوب.
- إن المعايير التخطيطية التي وضعت من قبل الجهات الرسمية كإطار تلتزم به كل القطاعات التنفيذية الصحية والتعليمية في حاجة إلي تأكيد لبعض منهجيات المفاهيم المكانية – مراكز النمو، نطاقات التأثير، مناطق الانتشار، أقطاب ومحاور التنمية – وذلك لكون هذه المفاهيم تعكس آلية جديدة للتنمية الإقليمية.
- ينبغي النظر إلى المعايير التخطيطية ليس باعتبارها ثوابت جامدة و إنما خطط قابلة للتعديل مع ما يطرأ في المستقبل من تغيرات و ذلك لضمان تحقيق المبادئ الأساسية للمعايير التخطيطية و هي التغطية الشاملة و العدالة التوزيعية و الكفاءة المطلوبة ومن ثم يجب مراجعة المعايير التخطيطية وإجراء التعديلات عليها كل خمس سنوات علي الأقل كما ينبغي إخضاع المجتمعات العمرانية الجديدة لنفس التجربة.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

- انطلاقاً من أن لكل خدمة خصائص محددة تنعكس على متطلبات مواقعها لذلك ينبغي توطن الخدمات في ضوء خصائص مواقعها.
- تؤكد هذه الدراسة علي إعادة النظر في الدور الذي يمكن أن تؤديه المدن المتوسطة الحجم بالمحافظات وذلك تجنباً لتركز أكثر للخدمات الصحية والتعليمية بالمدن الرئيسية (عواصم المحافظات) والذي يؤدي إلي تزايد الهجرة إلي تلك المدن والتي تشكو أيضاً من نقص الخدمات، وهذا يعني أن تعمل المدن المتوسطة كقطب نمو جديد يمكن الاعتماد عليه في إعادة توزيع الخدمات داخل الإقليم الإداري، وهذا في الواقع يضمن استمرارية إيجابيات سياسة التنمية الإقليمية الموضوعة من قبل الدولة وفي الوقت نفسه يقلل من التفاوتات المكانية داخل الإقليم الإداري.
- ينبغي عدم التخطيط لاستراتيجيات توطين الخدمات بناء على المعايير التخطيطية بمعزل عن استراتيجيات استخدام الأرض فالتكامل الوظيفي ضمان نجاح هذه الاستراتيجيات بما يحقق أعلى معدلات الاستفادة من المواقع الجديدة .
- لا ينبغي النظر إلي المعايير التخطيطية كروشته أو وصفة طبية ناجحة تضمن علاج العديد من مشكلات الخدمات الصحية والتعليمية في المحافظات فقد اتضح من الدراسة أن الشخصية الجغرافية لكل محافظة قد تركت بصماتها علي مشكلات تتعلق بكل محافظة علي حدي علي الرغم من إمكانية تحديد العديد من القواسم المشتركة التي تجمع بين هذه المشكلات.
- أن الأساس النظري لنظرية كريستلر كنموذج مثالي لتوزيع الخدمات منحة النجاح والتوفيق، إلا أن صعوبة تطبيقها كنظرية سلبت منها هذا النجاح بل وجعلتها إلي ترقي إلي حد كونها نظرية لتصبح مجرد افتراض علمي Hypothesis إذ لا يمكن تطبيقها علي منطقة الدراسة كمسافات رغم انطباقها كأحجام ووظائف أن الإقليم المثالي لتوزيع الخدمات علي مستوي الجمهورية هو الذي يضمن سهولة الوصول ويلبي احتياجات السكان ويحقق الكفاءة الذاتية للخدمات بالإقليم.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المراجع

المراجع العربية:

١- الجابري، نزهه، مؤشرات التباين الإقليمي للخدمات التعليمية بالمملكة العربية السعودية، الجلة الجغرافية العربية، الهدد ٥٧، الجزء الأول ٢٠١١م.

٢- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، ٢٠١٣م.

٣- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، مصر في أرقام، ٢٠١٤م.

٤- الريس، ممدوح، تقييم منظومة العوامل البشرية المؤثرة في التباين السكاني في حاجات السكان إلي الخدمات واستهلاكها وتنظيمها السكاني في المراكز العمرانية من الأقاليم – دراسة في الأساس النظري والمنهجي، مجلة جامعة دمشق مجلد ٢٨، ٢٠١٢م.

٥- الشريعي، خلاف، جغرافية الخدمات – الأسس النظرية والدراسات التطبيقية، دار النشر الدولي، الرياض، ٢٠١٣م.

٦- الصالح، ناصر، السرياني، محمد، الجغرافيا الكمية والإحصائية – أسس وتطبيقات بالأساليب الجاسوبية الحديثة، العبيكان، مكة المكرمة ١٤٢٠هـ.

٧- الطيف، بشير إبراهيم، خدمات المدن دراسة في الجغرافية التنموية، بغداد ٢٠٠٩م.

٨- الكتاب الإحصائي السنوي، تقدير أعداد السكان بالمحافظات، ٢٠١٤م.

٩- الكسيف أ- ي، وآخرون، جغرافية الخدمات – المناهج والمفاهيم الأساسية، تسفير، ١٩٩١م.

١٠- الهيئة العامة للتخطيط العمراني، قاموس مصطلحات التخطيط العمراني، الطبعة الأولي، ١٩٨٦.

١١- الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني: الخدمات الصحية ٢٠١٤م.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

١٢- الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الأول: الخدمات التعليمية ٢٠١٤م.

١٣- بهجت، حسام الدين، معدين العشوائية والتخطيط – دراسة تخطيطية وعمرانية، دار الفكر العربي، ٢٠١٣م.

١٤- جابر، محمد مدحت، معجم المصطلحات الجغرافية والبيئية، مطابع جامعة المنيا، ٢٠٠٦م.

١٥- علام، أحمد خالد، عبد العظيم، عبد الغني شعبان، العمران والحكم المحلي في مصر، الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٠م.

١٥- جمعية التنمية الصحية والبيئية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم العلمية، ٢٠٠٥م.

www:Cairo21.org_healthcare.htm

١٦- مصيلحي، فتحي محمد، جغرافية الخدمات – الإطار النظري وتجارب عربية، مطابع جامعة المنوفية، ٢٠٠١م.

١٧- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، ٢٠٠٩م.

١٨- معهد التخطيط القومي، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، رقم ١٦٢، تقسيم مصر إلي أقاليم تخطيطية، يناير ٢٠٠٣م.

١٩- وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني ٢٠١٤م.

٢٠- وزارة التربية والتعليم، كتاب الإحصاء السنوي للعام الدراسي ٢٠١٤ – ٢٠١٥م.

٢١- وزارة التنمية المحلية – نشرة التقسيمات الإدارية.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

المراجع الأجنبية:

1- Hudsom J., Location Theory For Rural Settlement, A.A.A.G.Vol.59.

2- May hew, L.D, Leonard, G., Resoumce allocation in multilevel spalial health care systems.

3- Niko lawst, Engelhard t, " complete Guide For planning New School " Parker paldishing Company, 1970.

4- Rathwell, T., Health Services Planning, Observation On the relationship between theory and practice.

5- Stewart, M, The City, problems g planning, Penguin, Harmonds Worth, 1972.

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner

فهرس المحتويات

المقدمة:	٧٧٩
أهمية الدراسة	٧٨١
مشكلة الدراسة	٧٨٢
أهداف الدراسة	٧٨٣
فرضيات الدراسة	٧٨٤
الدراسات السابقة	٧٨٤
أولاً: الكيانات الإدارية كوعاء يصلح لتطبيق المعايير التخطيطية	٧٨٧
أ- أشكال المحافظات.	٧٨٩
ب- مواقع عواصم المحافظات.	٧٩٧
ثانياً: الفروق الإقليمية والعدالة التوزيعية.	٨٠٣
١- الفروق الإقليمية.	٨٠٣
أ- الفروق السكانية.	٨٠٣
ب- الفروق المساحية.	٨١١
جـ- الفروق العمرانية.	٨١٥
٢) العدالة التوزيعية.	٨٢٠
أ- الخدمات الصحية.	٨٢١
ب- الخدمات التعليمية.	٨٣٦
ثالثاً: المعايير التخطيطية والتجارب العربية والعالمية.	٨٤٤
رابعاً: النتائج والتوصيات.	٨٥٧
المراجع	٨٦١

الممسوحه ضوئيا بـ CamScanner