المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الجغرافيا

جغرافية مرض الفشل الكُلوي المزمن لدى الإناث بمدينة مكة المكرمة

إعداد
نسيم بنت ماطر المسفري المجنوني

إشراف الأستاذ الدكتور
رمزي بن أحمد الزهراني

دراسة مقدمة إلى قسم الجغرافيا
كلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى
كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في الجغرافيا
الفصل الدراسي الثاني ١٤٣٠هـ – ٢٠٠٩م

ملخص

المجنوني، نسيم بنت ماطر المسفري (١٤٣٠هـ). "جغرافية مرض الفشل الكُلوي المزمن لدى الإناث بمدينة مكة المكرمة"، رسالة ماجستير في الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى.

تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على التوزع المكاني لمريضات الفشل الكُلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، وخصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وخبراتهن في استخدام الطب الشعبي كوسيلة علاج. وقد اعتمدت الباحثة في إعدادها على بيانات العمل الميداني التي جمعت من المريضات اللواتي يجرين عملية الغسيل الكلوي بمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة، خلال النصف الثاني من العام ١٤٢٦هـ. مستخدمة عددا من المعاملات الإحصائية المتمثلة في مربع كاي، ومعامل كريمر، وذلك بهدف إظهار العلاقات الارتباطية بين خصائص المريضات ومواقع سكنهن ومواقع مراكز التنقية الدموية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة تركز المريضات في الدوائر الأولى والثانية والثالثة، في حين جاءت أحياء النزهة و المسفلة والمنصور كأكثر الأحياء التي تمركزن بها بالمدينة.

وحول خصائص المريضات أظهرت النتائج أن معظمهن من السعوديات، أعمارهن تمتد بين (٤٠ إلى أقل من ٥٠ عاماً)، تتسم مستوياتهن التعليمية بالضعف، نصفهن يقطن في شقق مستأجرة، وتقع في نطاق الأحياء نصف العشوائية. (٥٩.٥ %) منهن أصبن بالمرض في الفترة الممتدة بين عامي (١٤٢١-١٤٢٦هـ)، معظمهن غير مصابات بداء السكر. وفي حين لم يسبق لأكثرهن استخدام الطب الشعبي لعلاج المرض، كان معظم من استخدمنه من المريضات قد استخدمنه لمرة واحدة فقط، وذلك من خلال نصيحة مقدمة من إحدى المعارف أو الأصدقاء.

وأظهرت العلاقات الارتباطية بين معظم خصائص المريضات ومواقع كل من السكن ومراكز التنقية الدموية ارتباطا ضعيفا، باستثناء الخصائص الاقتصادية التي أظهرت ارتباطا متوسطا مع تلك المواقع.

ختاما يؤمل أن تسهم هذه الدراسة، وتساعد صانعي القرارات في وضع خطط استراتيجية صحية مكانية ترتبط بمرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة.

الطالبة	المشرف على الرسالة	عميد كلية العلوم الاجتماعية
نسيم بنت ماطر المجنوني	أ.د. رمزي بن أحمد الزهراني	أ.د. محمد مسفر القرني

Abstract

Al-Majnooni , Naseem Mater Al-Mesfery (2009) " Geography of Female Chronic Renal Failure in Makkah ", Master Thesis in Geography , College of Social Sciences, Umm Al-Qura University.

The objectives of this study is to identify the distribution of female Chronic Renal Failures in Makkah and the social, economic and health care characteristics of the patients, in addition to their experience in utilizing traditional medicine in this context..

The research data was collected from female patients who had been preparing for dialysis at different centers in Makkah during the second half of the year 1426 (2005). A formal set of questionnaire was used. Then tabulated and analyzed using the non-parametric statistics of (Chi- squared) and (*Cramer*'s *coefficient*), to examine the correlation among patients' characteristics, and the locations of both their residences, and the centers that they utilized for dialysis .

The results of study show that most of the patients were from the first , second and the third electoral districts and the neighborhoods of Al- Nuzhah , Al-Masfalah, and Al- Mansoor. Most of them were Saudis, their age range was (40 and less than 50); illiterates, lived in rented apartments in semi- squatter neighborhoods .More half of them diagnosed during the last five years prior to the research. In addition, most of them did not suffer from diabetes. The traditional medicine was utilized by a minority in the research, based upon advices from friends and relatives. Furthermore, the correlations between patients' characteristics and the locations of both; residences and centers of dialysis were mostly low.

Finally, this study hopes to assist decision makers in strategic health care plans related to chronic renal failure in Makkah.

Student	Adrvisor	Dean of college of social Sciences
Naseem Al-majnooni	Prof. Ramze A. Elzahrany	Prof. Muhammad M. Al-Qarni

إنني أرى نفسي وكأنني طفل صغير يلهو على شاطئ البحر، فرحا بما يجده من حين لآخر من حبات حصى ملساء وأصداف جميلة بينما أمامي في جوف البحر الواسع تكمن الحقيقة التي لم تكتشف بعد .

السير إسحاق نيوتن

١٦٤٢-١٧٢٧م

الشكر

بادئ ذي بدء وبعد الحمد لله والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد (صلى الله عليه وسلم) أتوجه بالشكر العظيم والامتنان الكبير لله عز وجل على ما تفضل به علي من إتمام هذا العمل، والذي أرجو أن يتقبله مني، مع ما اعتراه من نقص بشري لا يرقي بأي عمل لمدارج الكمال. ثم إني أتوجه بعد ذلك بشكري وامتناني لسعادة الأستاذ الدكتور رمزي بن أحمد الزهراني على الأيادي البيضاء التي مدها ويمدها لي على الدوام منذ التحاقي بصرح التعليم الجامعي بوصفي طالبة علم، وحتى إنجاز بحثي هذا، الذي هو صاحب فكرته، والدليل الأول والمرشد الأهم لكل خطواته، وإنه لمن دواعي فخري أن أسجل هنا اعتزازي بإشرافه على رسالتي، وقبل ذلك بأني إحدى طالباته اللاتي نهلن من علمه وواسع إدراكه، فله مني جزيل الشكر وفائق الامتنان. والشكر موصول أيضا لعضوي مناقشة الرسالة سعادة الدكتور معراج بن نواب مرزا، وسعادة الدكتورة نزهة بنت يقظان الجابري على تكرمهما بمناقشة الرسالة وإبداء مرئياتهما القيمة حولها، التي كان لها أبلغ الأثر في إخراج الرسالة بشكلها الحالي.

كما ويسعدني هنا أن أتقدم بالشكر الجزيل الذي يتواضع أمام كريم الصنع وجميل المعروف الذي عمتني وتعمني به والدتي السيدة الفاضلة/ هيلة عبد القادر مكاوي حفظها الله تعالى ورعاها، والتي تعجز الكلمات وتحتار الألفاظ في وصف تضحياتها وما قدمته لأصل لما وصلت إليه، راجية المولى عز وجل أن يرعاها ويجزل لها الثواب. كما أني أتقدم لجميع أفراد أسرتي بالشكر على ما تفضلوا به علي من مساعدة ومعاونة لأتمكن من إنجاز عملي هذا، وأخص بالذكر أختّي نسرين وعبير لما لهما من فضل بعد الله تعالى في مساندتي ومعاونتي لإتمام الدراسة، فلهما مني فائق الشكر وخالص المودة. ويسرني كذلك أن أتقدم بامتناني للأستاذة أمنة أحمد علاجي لما قدمته لي من مساعدة في انجاز المهام المنوطة بأشكال الدراسة، فلها مني كل الشكر.

ولا يفوتني أن أشكر جميع المريضات في جميع مراكز التنقية الدموية، واللآتي رغم مرير الألم وقسوة المرض لم يتوانين للحظة في مساعدتي والإجابة عن تساؤلاتي، في صبر وأناة وأحيانا بابتسامة يحدوها الأمل بفرج عاجل تنقشع معه غمامة الألم تلك، وتحل محلها إشراقة الصحة على وجوههن، سائلة الله تعالى لهن الشفاء التام و العاجل، ولمن توفاهن إليه الرحمة وواسع المغفرة. ولا أنسى كذلك أن أتوجه بشكري للكادر الطبي والتمريضي وجميع القائمين على المستشفيات ومراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة التي قمت بزيارتها أثناء إعداد الدراسة على طيب الاستقبال وكريم التعاون، فللجميع مني كل المودة.

ختاما فإني استميح عذرا جميع من قدم لي يدا بيضاء ولم يرد اسمه بين ثنايا السطور، مؤملة في أن يعمهم الله عز وجل بثوابه، وتاركة شكرهم عليه فهو القادر على ذلك وهو خير مأمول.

فهرس الموضوعات

المحتويات	رقم الصفحة
الفصل الأول: موضوع الدراسة:	
المقدمة	٢
مشكلة الدراسة وتساؤلاتها	٣
أهداف الدراسة	٣
فرضيات الدراسة	٣
أهمية الدراسة	٤
منهج الدراسة	٥
طبيعة البيانات	٥
مصادر البيانات	٥
أسلوب الدراسة	٦
متغيرات الدراسة	٧
تمثيل وتحليل البيانات	٧
منطقة الدراسة	٨
فصول الدراسة	١٦
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة:	
أولا: الإطار النظري:	١٨
١. مفهوم الجغرافيا الطبية	١٨
٢.نظرية التحول الوبائي	١٩
٣. الطب الشعبي بوصفه أسلوب للعلاج	٢٠
٤. مرض الفشل الكلوي المزمن (النهائي)	٢٣
ثانيا: الدراسات السابقة:	٤٠
١. دراسات سابقة لأمراض مختلفة	٤٠
٢. دراسات سابقة لمرض الفشل الكلوي	٤٢
٣. دراسات سابقة للطب الشعبي	٤٤
٤. دراسات سابقة لمنطقة الدراسة	٤٥
الفصل الثالث: التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع السكن بمدينة مكة المكرمة:	
أولا: التوزع الجغرافي لمواقع سكن المريضات	٥٠
ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:	٥٥
١. الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن	٥٥
٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن	٧٠
٣. الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن	٨٥
ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقع السكن	٩٧

المحتويات	رقم الصفحة
الفصل الرابع: التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة:	
أولا: التوزع الجغرافي للمريضات حسب مواقع مراكز التنقية الدموية	**١٠٤**
ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:	**١٠٧**
١. الخصائص الاجتماعية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية	**١٠٧**
٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية	**١١٩**
٣. الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية	**١٣٠**
ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقعها	**١٤٠**
الفصل الخامس: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة وخصائص المستخدمات الاجتماعية والاقتصادية والصحية:	
أولا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة	**١٤٦**
ثانيا: التوزع الجغرافي لمناطق تلقي المريضات للعلاج الشعبي	**١٦١**
ثالثا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية:	**١٦٧**
١.استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية.	**١٦٧**
٢.استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاقتصادية.	**١٧٣**
٣.استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الصحية	**١٨٠**
الفصل السادس: الخاتمة:	
الخاتمة:	**١٨٥**
أولا: النتائج	**١٨٥**
ثانيا: التوصيات	**١٩٠**
المراجع	**١٩٢**
الملاحق	**١٩٦**

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	رقم الصفحة
١	المرضى المعالجون بالتنقية الدموية في جميع القطاعات الصحية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٢٦
٢	مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٢٨
٣	أعداد المستشفيات التي يعالج بها مرضى الفشل الكلوي المزمن وعدد أجهزة التنقية الدموية في وحدات الكلى الصناعية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٢٩
٤	مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٢
٥	المرضى المعالجون بالتنقية الدموية في مستشفيات ومراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٤
٦	مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة	٣٥
٧	مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٧
٨	مرضى التنقية الدموية والأجهزة في وحدات الكلية الصناعية بمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٩
٩	التوزع الجغرافي للمريضات حسب مواقع السكن في الدوائر الانتخابية والأحياء بمدينة مكة المكرمة	٥٣
١٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية	٥٧
١١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية	٥٩
١٢	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية	٦١
١٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة	٦٣
١٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية	٦٦
١٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة	٦٨
١٦	العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات ومواقع السكن	٦٩
١٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية	٧١
١٨	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة	٧٤
١٩	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز	٧٧
٢٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن	٧٩
٢١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن	٨١
٢٢	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي	٨٣
٢٣	العلاقة بين الخصائص الاقتصادية للمريضات ومواقع السكن	٨٤
٢٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض	٨٨
٢٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر	٩٠
٢٦	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم	٩٢
٢٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	٩٥

٢٨	العلاقة بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع السكن	٩٦
٢٩	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع مركز التنقية الدموية	٩٨
٣٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز	١٠٠
٣١	العلاقة بين خصائص مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة ومواقع السكن	١٠١
٣٢	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة	١٠٥
٣٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية	١٠٩
٣٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية	١١١
٣٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية	١١٢
٣٦	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة	١١٤
٣٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية	١١٥
٣٨	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة	١١٧
٣٩	العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية	١١٨
٤٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية	١٢٠
٤١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة	١٢٢
٤٢	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز	١٢٤
٤٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن	١٢٥
٤٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن	١٢٧
٤٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي	١٢٨
٤٦	العلاقة بين الخصائص الاقتصادية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية	١٢٩
٤٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض	١٣٢
٤٨	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر	١٣٣
٤٩	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم	١٣٥
٥٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	١٣٧
٥١	العلاقة بين نوع مراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة والحالة الصحية للمريضات أثناء عملية التنقية الدموية	١٣٨
٥٢	العلاقة بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية	١٣٩
٥٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز	١٤١
٥٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز	١٤٣
٥٥	العلاقة بين خصائص مراكز التنقية الدموية ومواقعها	١٤٣
٥٦	التوزع النسبي للمريضات بالدوائر الانتخابية حسب استخدام الطب الشعبي	١٤٨
٥٧	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مرات استخدام الطب الشعبي	١٥١
٥٨	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب طريقة التعرف على الطب الشعبي	١٥٤
٥٩	التوزع النسبي لنوع لاستخدامات العلاج الشعبي	١٥٥
٦٠	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب تاريخ آخر استخدام للعلاج الشعبي	١٥٨
٦١	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مدى الاستفادة من الطب الشعبي باعتباره وسيلة علاج	١٦٠

٦٢	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مناطق تلقي العلاج الشعبي	١٦٢
٦٣	الأحياء التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٣
٦٤	المناطق الإدارية التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٤
٦٥	الدول التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٥
٦٦	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الجنسية	١٦٨
٦٧	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الفئات العمرية	١٦٩
٦٨	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة الاجتماعية	١٧٠
٦٩	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب حجم الأسرة	١٧١
٧٠	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة التعليمية	١٧٢
٧١	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب مرافق المريضة	١٧٣
٧٢	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة المهنية	١٧٤
٧٣	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب عدد السيارات المملوكة	١٧٥
٧٤	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب وسيلة الوصول للمركز	١٧٦
٧٥	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوعية المسكن	١٧٧
٧٦	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب ملكية المسكن	١٧٨
٧٧	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الحي الذي تسكنه المريضة	١٧٩
٧٨	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب تاريخ الإصابة بالمرض	١٨٠
٧٩	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بمرض السكر	١٨١
٨٠	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الإصابة بضغط الدم	١٨٢
٨١	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	١٨٣

فهرس الأشكال

رقم الشكل	العنوان	رقم الصفحة
١	الأحياء والدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة	١٠
٢	تصنيف الأحياء بمدينة مكة المكرمة	١٤
٣	التوزع العددي لمرضى التنقية الدموية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٢٧
٤	التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلى الصناعية والمرضى المعالجون بها في القطاعات الصحية بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٢٨
٥	التوزع العددي لمستشفيات ومراكز التنقية الدموية وأجهزة الكلى الصناعية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)	٣٠
٦	التوزيع العددي لمرضى الفشل الكلوي المزمن بمناطق المملكة حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	٣١
٧	التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٢
٨	مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة	٣٦
٩	التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)	٣٨
١٠	التوزيع العددي لمرضى التنقية الدموية والأجهزة في وحدات الكلى الصناعية بمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة ٢٠٠٥	٣٩
١١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية	٥٢
١٢	توزع سكن المريضات على الأحياء والدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة	٥٤
١٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية	٥٦
١٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية	٥٨
١٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية	٦٠
١٦	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة	٦٢
١٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية	٦٥
١٨	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة	٦٧
١٩	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية	٧٢
٢٠	التوزع النسبي للمريضات المزمن على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة	٧٣
٢١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمراكز	٧٦
٢٢	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن	٧٨
٢٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن	٨٠
٢٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي	٨٢
٢٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض	٨٧
٢٦	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر	٩١
٢٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم	٩٣

٢٨	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	٩٤
٢٩	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز	٩٩
٣٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز	١٠١
٣١	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة	١٠٥
٣٢	توزع المريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة	١٠٦
٣٣	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية	١٠٨
٣٤	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية	١١٠
٣٥	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية حسب الحالة الاجتماعية	١١٢
٣٦	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسر	١١٣
٣٧	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية	١١٥
٣٨	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة	١١٦
٣٩	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية	١٢٠
٤٠	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة	١٢١
٤١	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز	١٢٣
٤٢	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن	١٢٥
٤٣	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن	١٢٦
٤٤	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي	١٢٨
٤٥	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض	١٣١
٤٦	التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر	١٣٣
٤٧	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم	١٣٤
٤٨	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروس	١٣٦
٤٩	تصنيف المريضات حسب نوع مركز التنقية الدموية وتصنيف حالاتهن الصحية أثناء عملية التنقية	١٣٨
٥٠	التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز	١٤١
٥١	التوزع النسبي المريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز	١٤٢
٥٢	التوزيع النسبي للمريضات بالدوائر الانتخابية حسب استخدام الطب الشعبي	١٤٧
٥٣	التوزع الجغرافي لاستخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة	١٤٩
٥٤	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مرات استخدام الطب الشعبي	١٥٠
٥٥	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب وسائل التعرف على الطب الشعبي	١٥٣
٥٦	التوزع النسبي لاستخدامات العلاج الشعبي	١٥٦
٥٧	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب تاريخ آخر استخدام للعلاج الشعبي	١٥٧
٥٨	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مدى الاستفادة من العلاج الشعبي	١٥٩
٥٩	التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مناطق تلقي العلاج الشعبي	١٦١
٦٠	أحياء مدينة مكة المكرمة التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٣
٦١	التوزع النسبي للمريضات حسب مناطق المملكة التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٤
٦٢	الدول التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها	١٦٥

٦٣	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الجنسية	١٦٧
٦٤	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الفئات العمرية	١٦٨
٦٥	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة الاجتماعية	١٦٩
٦٦	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب حجم الأسرة	١٧٠
٦٧	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة التعليمية	١٧٢
٦٨	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب مرافق المريضة	١٧٣
٦٩	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة المهنية	١٧٤
٧٠	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب عدد السيارات المملوكة	١٧٥
٧١	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب وسيلة الوصول للمركز	١٧٦
٧٢	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوعية المسكن	١٧٧
٧٣	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب ملكية المسكن	١٧٨
٧٤	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الحي	١٧٩
٧٥	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب تاريخ الإصابة بالمرض	١٨٠
٧٦	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بمرض السكر	١٨١
٧٧	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم	١٨٢
٧٨	التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية	١٨٣

الفصل الأول

موضوع الدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
- أهداف الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهمية الدراسة
- منهج الدراسة
- طبيعة البيانات
- مصادر البيانات
- أسلوب الدراسة
- متغيرات الدراسة
- تمثيل وتحليل البيانات
- منطقة الدراسة
- فصول الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة:

يعتبر مرض الفشل الكُلوي أحد الأمراض المزمنة، الآخذة في الانتشار بشكل متزايد وبصورة ملحوظة في دول العالم، ومن ضمنها المملكة العربية السعودية، حيث تؤكد الإحصاءات الصادرة من الجهات المختصة في كل مرة، ارتفاع معدلات الإصابة بهذا المرض فيها، حيث قدرت إحدى الإحصاءات المنشورة عدد الإصابات بمرض الفشل الكلوي في المملكة العربية السعودية بأكثر من ٨٥٠٠ مصاب (العطاس، ١٤٢٧هـ)، مما ينذر بخطر حقيقي بات يهدد المجتمع بأكمله.

ويصبح لهذه القضية صدى أكبر في ظل الارتفاع المتزايد في نسبة المرضى المصابين بأمراض ترتبط بشكل مباشر بمرض الفشل الكُلوي، باعتبارها أحد المسببات الرئيسة للإصابة به، حيث لا تكمن الأهمية في العدد الفعلي للمصابين بهذا المرض، بالقدر الذي يشكله ارتفاع حالات الإصابة بأمراض أخرى كداء السكري وارتفاع ضغط الدم، والتي تؤدي في كثير من الأحوال إلى التأذي الكلوي، وفي سياق ذلك قدر تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في العام ٢٠٠٦م عدد المرضى المصابين بداء السكري في العالم بما يقارب (١٧١) مليون شخص، مع توقع بأن يتضاعف هذا العدد بحلول العام ٢٠٣٠م، وتعد المملكة العربية السعودية واحدة من أعلى الدول في نسبة انتشار هذا المرض (الحميد، ١٤٢٨هـ، ص ص٣، ٥)، حيث أشارت إحدى الدراسات أن نسبة الإصابة بداء السكري في المملكة قد ارتفعت كثيراً حتى وصلت إلى ما بين ٢٠ و ٢٥ % من عدد السكان (خوجة، ١٤٢٧هـ)، وتشير التقارير كذلك إلى أن أكثر من خمسة مليون سعودي مصاب بهذا المرض، أي أن هناك فرداً من بين كل أربعة أفراد في المملكة مريض بالسكري (صحيفة إيلاف الالكترونية، ٢٠٠٦م). ومن المعلوم طبيا أن مرض السكري يعتبر أحد المسببات الرئيسة للإصابة بالفشل الكُلوي، وذلك بفعل تأثيراته الخطيرة على الأعضاء الحيوية بجسم الإنسان المصاب به، بما فيها الكلى. أما فيما يتعلق بارتفاع ضغط الدم فإن المشكلة تتفاقم في ظل غياب الإحصاءات الدقيقة التي توضح حجم انتشار هذا النوع من الأمراض، التي توصف عادة بأنها أمراض صامتة لا تظهر أعراضها مباشرة على جسم الإنسان، إلا أنها تتسم بتأثيرات سلبية على الصحة العامة.

وحيث لم تعد قضايا الصحة والمرض تقتصر في أهميتها على الفرد فقط، فإن إحصاءات كهذه تستدعي الاهتمام المنوط بصناع القرار، خاصة في ظل بروز قضايا الحفاظ على المستويات الصحية في الدول إلى الواجهة، باعتبارها تحديا كبيرا تسعى كافة المجتمعات لتحقيقه، وجانب ذو أهمية كبرى، يقاس من خلاله مدى تقدمها وازدهارها.

و من هذا المنطلق هدفت هذه الدراسة إلى تعرف توزع مريضات الفشل الكلوي المزمن في الحيز الجغرافي المحدد بمدينة مكة المكرمة، ودراسة خصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وعلاقتها بمواقع سكنهن ومواقع مراكز التنقية الدموية المنتشرة في المدينة، إضافة لذلك اهتمت هذه الدراسة باستجلاء تجارب المريضات بهذا المرض في التعامل مع الطب الشعبي، كوسيلة علاج يمكن الاعتماد عليها في التداوي منه.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

حاولت هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

١. أين تتوزع مريضات الفشل الكُلوي المزمن مكانيا بمدينة مكة المكرمة ؟
٢. ما هي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمريضات الفشل الكُلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة؟
٣. كيف تتوزع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، وفقا لمواقع السكن ومواقع مراكز التنقية الدموية بها؟
٤. ما علاقة المرض بالمستوى المعيشي للأحياء التي تقطنها المريضات؟
٥. ما نوعية المراكز التي تستخدمها المريضات لإجراء عملية التنقية الدموية ؟
٦. ما هي تجارب المريضات في استخدام الطب الشعبي للتعامل مع المرض؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على:

١. التوزع المكاني للمريضات بمدينة مكة المكرمة.
٢. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وتوزعها حسب مواقع سكنهن بمدينة مكة المكرمة.
٣. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وتوزعها حسب مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة.
٤. نمط استعمال مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات في منطقة الدراسة.
٥. التعرف على خبرات المريضات بمدينة مكة المكرمة في استعمال الطب الشعبي للتعامل مع حالاتهن المرضية.

فرضيات الدراسة:

ترتكز هذه الدراسة على عدد من الفرضيات وذلك على النحو الآتي:

فرضيات العدم Null Hypotheses:

١. لا توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وبين مواقع السكن.
٢. لا توجد علاقة بين انتشار المرض بين الإناث بمدينة مكة المكرمة وبين نوع الأحياء التي يسكنَّ فيها.
٣. لا توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وبين مواقع مراكز التنقية الدموية.
٤. لا تؤثر الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات في استخدام مراكز التنقية الدموية.
٥. لا توجد علاقة بين مواقع السكن ونوع المركز الذي تراجعه المريضات لإجراء عملية التنقية الدموية.
٦. لا توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وبين استخدام الطب الشعبي.

فرضيات الدراسة Research Hypotheses:

١. توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وبين مواقع السكن.
٢. توجد علاقة بين انتشار المرض بين الإناث بمدينة مكة المكرمة وبين نوع الأحياء التي يسكنَّ فيها.
٣. توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وبين مواقع مراكز التنقية الدموية.
٤. تؤثر الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات في استخدام مراكز التنقية الدموية.
٥. توجد علاقة بين مواقع السكن ونوع المركز الذي تراجعه المريضات لإجراء عملية التنقية الدموية.
٦. توجد علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وبين استخدام الطب الشعبي.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية دراسة كهذه من نواحي ثلاث تتمثل الأولى منها في أهميتها المكانية، حيث تهتم بإبراز ظاهرة "مرض الفشل الكلوي المزمن" مكانيا، وتأثيرات ذلك المكان- من خلال عدد من العوامل المتصلة به- في حدوثها، وذلك باعتبار أن مدينة مكة المكرمة وهي منطقة الدراسة لم تلقَ على مستوى الرسائل الجامعية - على حد علم الباحثة - اهتماما بالجوانب المكانية للظواهر المرضية على وجه الخصوص.

أما الأهمية الثانية فتنبع من تركيزها على دراسة أحد الأمراض المزمنة، والتي تؤثر على حياة الإنسان وتفاعله مع بيئته بشكل مباشر. في حين تتمثل الأهمية الثالثة لها في اهتمامها بدراسة فئة محددة ومهمة من المجتمع، هي فئة الإناث، والتي لا تلقى اهتماما ملحوظا بها في الدراسات الجغرافية العربية كفئة مستقلة، وقد يكون لجنس الباحثة دورٌ سهل عليها إجراء دراسة كهذه، وذلك من منطلق أن أفضل من يدرس المرأة هي المرأة نفسها، خاصة في مجتمع تحكمه ضوابط خاصة بذلك.

منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الأصولي Genetic Approach في الجغرافيا الطبية، والذي يتم التركيز فيه على دراسة الارتباط بين الظواهر بوصفه أول خطوة لاختبار فروض البحث، وعلى قياس الترابط بين الظواهر وتقدير التفاعل بينها وبين مكوناتها بالطرق الكمية المختلفة. (الحميدي، ١٤٢١هـ، ص٨٠؛ نقلا عن وهيبة، ١٤١١هـ، ص ص١، ٢).

وفي هذا الشأن يمكن دراسة أي مرض كمرض الفشل الكُلوي من حيث درجة انتشاره وموطنه وهل ينتشر في جميع جهات الإقليم أم تختص به بعض جهاته دون أخرى، وما مدى اختلاف خصائصه من حيث مدى تركزه في كل جزء من أجزاء ذلك الإقليم، وصلة هذا المرض كظاهرة ... ... بالعوامل البشرية "على وجه الخصوص" ... ... (الحميدي، ١٤٢١هـ، ص ٨٠).

طبيعة البيانات:

اهتمت الدراسة بجمع بيانات خاصة بالتوزع المكاني للإناث من كافة الفئات العمرية، واللاتي أصبن بمرض الفشل الكلوي المزمن، ويخضعن لعملية الغسيل الكُلوي من النوع الأول، وهو ما يعرف بالتنقية الدموية، والتي يتم فيها تنقية دم المريض Hemodialysis، بمراكز التنقية الدموية الموجودة بمدينة مكة المكرمة.

كما تشتمل على بيانات خاصة بخصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية المرتبطة بالمرض، بالإضافة إلى البيانات المرتبطة بتجاربهن مع الطب الشعبي، ومدى الاعتماد عليه باعتباره وسيلة علاج، ونمط استخدامهن لمراكز التنقية الدموية الموجودة بمنطقة الدراسة.

مصادر البيانات:

تمثلت أهم مصادر الدراسة في البيانات التي أمكن الحصول عليها من العمل الميداني الذي أجرته الباحثة في منطقة الدراسة، وذلك من خلال توزيع صحيفة الاستبيان على مجتمع الدراسة، إضافة إلى ما تم الاعتماد عليه

من بيانات إحصائية متوفرة لدى وزارة الصحة، ممثلة بمديرية الشئون الصحية بالعاصمة المقدسة، خاصة فيما يتعلق بمراكز التنقية الدموية، الواقعة ضمن حدود منطقة الدراسة، وعلى البيانات المأخوذة منها

إضافة لذلك اعُتمد على عدد من الدوائر الحكومية الأخرى كأمانة العاصمة المقدسة، والهيئة العليا لتطوير منطقة مكة المكرمة، والمركز السعودي لزراعة الأعضاء، وما صدر عنها من نشرات وتقارير ذات صلة، وعلى المصادر والمراجع المكتبية، والدراسات السابقة، والدوريات، والمواقع الالكترونية المتوفرة على شبكة الانترنت، و بعض الخرائط المأخوذة من المصادر الحكومية والخاصة، وذلك بهدف التعرف على منطقة الدراسة.

أسلوب الدراسة:

اعتمدت الباحثة في جمع بيانات الدراسة على أسلوب الحصر الشامل لمجتمع الدراسة، من خلال تعبئة صحيفة الاستبيان التي صممت لجمع البيانات (ملحق أ)، المتعلقة بجميع مريضات الفشل الكُلوي، سواءً كن سعوديات أم غير سعوديات، واللاتي يقمن بعملية التنقية الدموية داخل المراكز الخاصة بذلك، و المنتشرة في مدينة مكة المكرمة، أثناء القيام بتلك العملية، وذلك لصعوبة مقابلة جميع المريضات دون استثناء في غير هذا الوقت، لأسباب عدة يتمثل أهمها في عدم توفر الإمكانات في بعض المراكز، كعدم وجود استراحات كافية لمقابلة جميع المراجعات، إضافة إلى وصول بعضهن في الوقت المحدد للتنقية أو بعده، مما يجعلهن يتجهن مباشرة إلى الحجرات المخصصة لهن، كما أن المرور على غرف التنقية يجعل من السهل على الباحثة إحصاء جميع المريضات ومعرفة المتغيبات منهن أو الرافضات للتجاوب لسبب أو لأخر، مما ييسر عليها العودة إليهن مجددا في وقت لاحق.

هذا وقد بدأ العمل الميداني الفعلي لهذه الدراسة مع بداية الفصل الدراسي الأول من العام ١٤٢٦/١٤٢٧هـ، وقد اختارت الباحثة تلك الفترة بحيث يتسنى للمريضات المسافرات خلال الإجازة الصيفية العودة إلى منطقة الدراسة، ومباشرة عملية التنقية في المراكز الموجودة فيها، مما يضفي على الدراسة مصداقية أكبر في حصر الظاهرة، وتمثيلها. هذا وقد تم استثناء المواسم الدينية والعطلات الرسمية التي تخللت تلك الفترة، والتي يصعب العمل الميداني خلالها لأسباب مختلفة، أهمها الزيادة السكانية التي تطرأ على منطقة الدراسة في تلك الفترة، بسبب المواسم الدينية (شهر رمضان المبارك)، أو الأعياد والتي قد تسبب خللا في الإحصائية الحقيقية والدقيقة لمجتمع الدراسة، وقد انتهى بنهاية شهر شوال من نفس العام.

وللقيام بهذه العملية استوجب قيام الباحثة بتعبئة بطاقات الاستبيان من خلال سؤال المريضات كل على حدة على مدى يومين في كل مركز - مع بعض الاستثناءات- من خلال ثلاث فترات إلى فترة واحدة في كل يوم، تبدأ الفترة الأولى، وهي الفترة الصباحية من الساعة السابعة والنصف صباحا، وتنتهي عند الساعة الحادية عشرة والنصف صباحا، في حين تبدأ الفترة الثانية من الساعة الثانية عشرة ظهرا إلى الساعة الخامسة عصرا، أما

الفترة الثالثة فتبدأ من الساعة الخامسة عصرا لتنتهي عند التاسعة والنصف مساءً. وقد حرصت الباحثة على الحضور في جميع الفترات لضمان سؤال جميع المريضات دون استثناء.

هذا وبلغ عدد المريضات المسجلة أسمائهن في مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة بنهاية العمل الميداني نحو (٢٤٩) حالة، لم تسجل منها ثمان حالات، وذلك لتخلف عدد منهن عن الحضور في الوقت المحدد لهن، و لسفر البعض الآخر خارج المدينة وقت إعداد الدراسة. فيما بلغ عدد اللواتي سجلت الباحثة حالتهن في صحيفة الاستبيان حوالي (٢٤١)، استبعد منها (١٤حالة) لعدم تجاوب البعض مع الباحثة بالصورة المطلوبة، ولسكن البعض الآخر خارج نطاق الدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة. مما يجدر ذكره أن الباحثة لم تقم بتسجيل أي حالة خارج إطار الحالات الموجودة في وحدات التنقية الدموية التابعة للمستشفيات أو المركز، كالحالات المصابة بمرض الايدز، أو الحالات التي توجد في غرف العناية المركزة، وذلك لخصوصية هذه الحالات التي تتطلب إجراءات طبية خاصة.

متغيرات الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على عدد من المتغيرات، والتي يمكن تحديدها على النحو الآتي:

١. **الوحدات المكانية:** أحياء مدينة مكة المكرمة، و الدوائر الانتخابية بها.
٢. **المتغيرات الاجتماعية:** وتتمثل في كل من متغير الجنسية، والعمر، والحالة الاجتماعية، وحجم الأسرة، والحالة التعليمية، ومُرافق المريضة إلى مركز التنقية الدموية.
٣. **المتغيرات الاقتصادية:** وتتمثل في كل من متغير الحالة المهنية، عدد السيارات المملوكة، ووسيلة الوصول، ونوعية المسكن، وملكيته، ونوع الحي الذي تسكنه المريضة.
٤. **المتغيرات الصحية:** وتتمثل في كل من متغير تاريخ الإصابة بالمرض، والإصابة بمرض السكر، و الإصابة بأمراض ضغط الدم، والإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية، إضافة لأسبقية استخدام المريضات للطب الشعبي، وعدد مرات ذلك الاستخدام إن حصل، ووسائل التعرف عليه، وأنواع العلاجات المستخدمة في تلك الحالة، وتاريخ آخر استخدام لهذا النوع من العلاج، ومدى استفادتهن منه.
٥. **متغيرات خاصة بنمط استعمال مراكز التنقية الدموية:** نوع وموقع المركز الذي تراجعه المريضة باستمرار، وسبب اختياره.

تمثيل وتحليل البيانات:

تم تمثيل و تحليل بيانات الدراسة اعتمادا على الأساليب الكمية والإحصائية، والبيانية و الكارتوغرافية، وتتمثل هذه الأساليب في التالي:

١. **الجداول المتقاطعة:** اهتمت الباحثة بتحويل بيانات الدراسة المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن ومواقع مراكز التنقية الدموية من بيانات رقمية أولية إلى جداول متقاطعة، توضح الصورة العامة للعلاقة بين تلك الخصائص كل على حده من حيث مواقع السكن من ناحية، ومواقع العلاج من ناحية أخرى.

٢. **الأشكال والرسوم البيانية:** يمكن من خلال هذا الأسلوب إعطاء القارئ صورة إجمالية جيدة عن بيانات الظاهرة المدروسة، من خلال إخراج الرسوم والأشكال البيانية الخاصة بمتغيرات الدراسة.

٣. **مقاييس الارتباط للمتغيرات النوعية:** اعتمدت الدراسة في تحليل بياناتها على مقياسين يتناسبان مع طبيعة تلك البيانات، حيث تقسم إلى بيانات نوعية لا تخضع للقياسات الكمية، وبيانات كمية يمكن التعبير عنها بصورة رقمية. وذلك لقياس قوة العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية ومواقع السكن، والعلاقة بين ذات الخصائص ومواقع العلاج، وهذان المقياسان هما:

- **مربع كاي (Chi-Square):** استخدم هذا المقياس للتعرف على ما إذا كانت توجد فروق جوهرية بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات بمدينة مكة المكرمة، وبين مواقع السكن من ناحية ومواقع العلاج من ناحية أخرى.
- **مقياس كريمر (Creamer):** تم استخدام هذا المقياس لقياس الحالات التي يكون فيها المتغير المستقل متغيرا اسميا (Nonorderrable Discrete Variable). حيث تكمن أهمية هذا المعامل في تحديده قوة العلاقة بين المتغيرين، والتي يشير مربع كاي لوجودها من عدمها بينهما. حيث صنفت العلاقة بين المتغيرات وفقا لما هو معمول به في دراسات سابقة إلى ثلاثة مستويات:

١. ضعيفة قيمتها أقل من (٢٠).
٢. متوسطة قيمتها تتراوح بين (٢٠-٩,٢٩).
٣. قوية قيمتها أعلى من (٣٠). (المطرفي، ٢٠٠٦م، ص ٢٤).

وتم معالجة هذه البيانات بالأساليب آنفة الذكر من خلال البرامج الحاسوبية الخاص بكل منها، كبرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وبرنامج Microsoft Excel 2007، وذلك لاستخراج الرسوم والجداول والأشكال البيانية، كما تم الاعتماد على برنامج Arc GIS 9.0، لإظهار التوزع الجغرافي للظاهرة على الخرائط الخاصة بمنطقة الدراسة.

منطقة الدراسة:

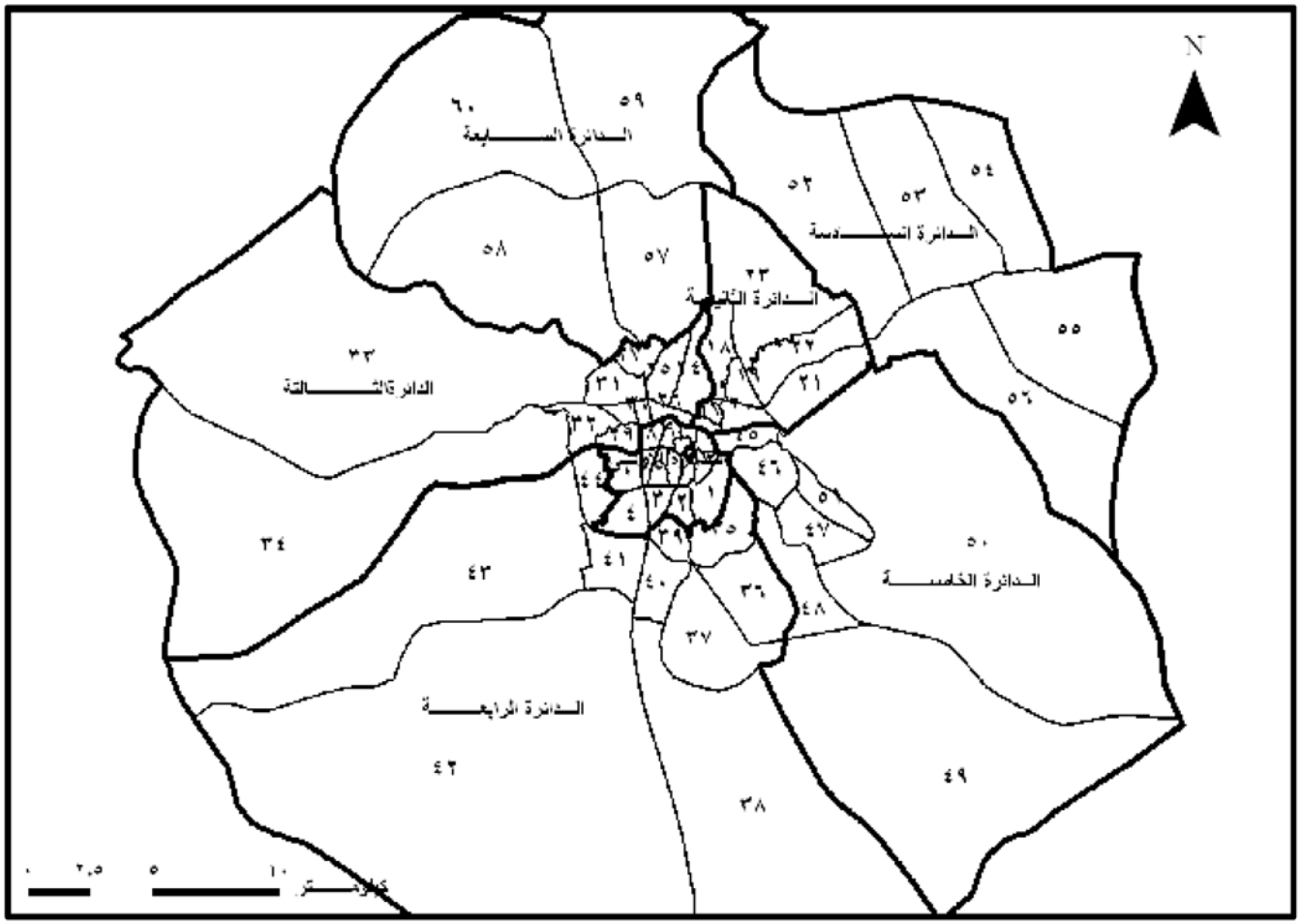
تقع مدينة مكة المكرمة – وهي منطقة الدراسة- في الجهة الغربية من المملكة العربية السعودية، وتمثل المدينة المحورية بمنطقة مكة المكرمة، حيث تقع عند نقطة التقاء سهل تهامة الساحلي وجبال السروات الدنيا، التي تشكل بداية سلسلة جبال الحجاز بين خطي عرض٢٠ َ ٢١ ْ ، ٣٠ َ ٢١ ْ شمالا، وخطي طول ٤٥ َ ٣٩ ْ ، ٠٠ َ ٤٠ ْ شرقا (وزارة الشئون البلدية والقروية، أمانة العاصمة المقدسة، ٢٠٠٥م).

تترامى على موقع يتراوح ارتفاعه بين ٢٥٠ متراً في الناحية الغربية، و٣٥٠ متراً في الناحية الشرقية على التلال الساحلية التي تمثل انتقالا سلميا من سطح البحر وسهل تهامة إلى جرف جبال الحجاز بالقرب من الطائف في الشرق. (مرزا، وأحمد، ٢٠٠١م، ص ٩).

وتضم المدينة (٦٠) حيا سكنيا. موزعة على سبع دوائر انتخابية، تتمثل في عدة نطاقات مكانية، تبدأ بالدائرة الانتخابية الأولى وهي "أجياد" التي تقع في وسط المدينة، ثم الدائرة الانتخابية الثانية "المعابدة" والتي تقع إلى الشمال الشرقي من الدائرة الانتخابية الأولى، ثم الدائرة الانتخابية الثالثة "العتيبية" والتي تقع غرب مدينة مكة، والدائرة الانتخابية الرابعة " الشوقية " الواقعة في جنوب وجنوب غرب المدينة، والدائرة الانتخابية الخامسة "العزيزية " الواقعة إلى الشرق منها، والدائرة الانتخابية السادسة " الشرائع" الواقعة في شمال شرق مدينة مكة، وأخيرا الدائرة الانتخابية السابعة " العمرة الجديدة " الواقعة في شمالها.شكل (١).

وصل عدد سكان المدينة حسب التعداد العام للسكان والمساكن والذي تم حصره في العام ١٤٢٥هـ إلى (٤٤٠,٢٩٤,١) نسمة، حيث بلغ عدد السكان السعوديين منهم نحو (١٧٣,٧٢٤) نسمة، بلغ عدد الذكور (٣٦٣٤٥٠) نسمة في حين بلغ عدد الإناث حوالي (٧٢٣,٣٦٠) نسمة، و بلغ عدد السكان غير السعوديين نحو (٥٧٠٢٦٧) نسمة، بلغ عدد الذكور منهم (٣٤١٠٢٥) نسمة، أما عدد الإناث فبلغ نحو (٢٤٢,٢٢٩) نسمة. أما عدد المساكن المشغولة بالسكان في مدينة مكة المكرمة فقد بلغ نحو (٦١٨,٢٤٣) وحدة سكنية (وزارة الاقتصاد والتخطيط مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات السكانية والحيوية، ١٤٢٥هـ).

شكل (١) الأحياء والدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة



المصدر: من إعداد الباحثة (١٤٢٦هـ).

الأحياء والدوائر الانتخابية:

الدائرة الانتخابية الأولى:

١.الروابي	٢. المسفلة
٣. جرهم	٤.الخالدية
٥.الطنبداوي	
٦.الهنداوية	٧.المنصور
٨.التيسير	٩.جرول
١٠.القرارة	١١. شعب عامر وعلي
١٢. أجياد	١٣.الشبيكة
١٤.المجلة	١٣.حارة الباب

الدائرة الانتخابية الثانية:

١٦. السليمانية	١٧. الجميزة
١٨.ربع ذاخر	١٩. الخنساء
٢٠.المعابدة	٢١.العدل
٢٢.جبل النور	٢٣.وادي جليل

الدائرة الانتخابية الثالثة:

٢٤.الأندلس	٢٥.العتيبية
٢٨.البيبان	٢٩.الزهراء
٣٤.الحمراء وأم الجود	
٣٠.الضيافة	٣١. الزاهر
٣٢.النزهة	٣٣.السلامة
٢٦.الحجون	٢٧.الشهداء

الدائرة الانتخابية الرابعة:

٣٥. كدي	٣٦.الهجرة
٣٧.بطحاء قريش	٣٨.العكيشية
٣٩.التقوى	٤٠.الكمكية
٤١.الشوقية	٤٢.ولي العهد
٤٣.الملك فهد	٤٤.الرصيفة

الدائرة الانتخابية الخامسة:

٤٥. الروضة	٤٦.العزيزية
٤٧.الجامعة	٤٨.النسيم
٤٩.العوالي	٥٠.المشاعر المقدسة
٥١. المرسلات	

الدائرة الانتخابية السادسة:

٥٢.العسيلة	٥٣.الشرائع
٥٤.شرائع المجاهدين	٥٥.الراشدية
٥٦.الخضراء	

الدائرة الانتخابية السابعة:

٥٧. التنعيم	٥٨.البحيرات
٥٩.العمرة الجديدة	٦٠.النوارية.

النمو العمراني واستعمالات الأراضي بمدينة مكة المكرمة:

ارتبط نمو مدينة مكة المكرمة ارتباطا وثيقا بانتشار الإسلام، وقد نمت المدينة من (٤٥ هكتار) في عام ١٣٣٦هـ إلى (٨٠٠ هكتاراً) في عام ١٣٧٧هـ، وإلى (١١١٢ هكتاراً) في عام ١٣٩١هـ، وتبعا لزيادة العائدات النفطية، والاستثمارات الكبيرة في المدينة عامة بالإضافة إلى الأنشطة المتعلقة بالحج، فقد نمت المدينة إلى حوالي (١٢٧١٢ هكتاراً) في عام ١٤٠٧هـ، وإلى (٢٧١٣٠ هكتاراً) في عام ١٤١٩هـ، وقد صاحب النمو السريع للمدينة بعد عام ١٣٧٥هـ، انتشار السيارات الخاصة وتطور مرافق الطرق على المستوى الإقليمي وداخل مدينة مكة المكرمة، وقد نمت المدينة وبلغت حجم وتعقيد مدن العواصم، ومن المتوقع أن تزيد نموا في السنوات القادمة. هذا وكانت اتجاهات النمو الرئيسة للمدينة حسب ترتيب حجمها على النحو الآتي:

- اتجاه النمو على طريق الشرائع شرقا.
- اتجاه النمو على طريق المدينة المنورة شمالا.
- اتجاه النمو بمحاذاة منطقة المشاعر المقدسة.
- اتجاه النمو جنوب المدينة حتى الطريق الدائري الثالث.

وتبلغ مساحة الكتلة العمرانية للمدينة حوالي (٣,١٥١٥٩ هكتار)، بمتوسط معدل نمو سنوي (٣,٨ %) خلال العقدين الماضيين. ومن خلال المسح العمراني للكتلة المبنية بمدينة مكة المكرمة والمشاعر المقدسة عام ١٤٢٤هـ وجد أن الاستعمال السكني قد سيطر على كافة الاستعمالات الأخرى حيث يمثل (٩,٣٩ %) من المساحة المبنية، إضافة إلى الاستعمالات السكنية الفندقية التي تمثل (٧,٠ %) حيث يزداد تركيزها كلما تم الاقتراب من المسجد الحرام وبالقرب من المشاعر المقدسة في منطقة العزيزية، وتمثل الاستعمالات التجارية والسكنية التجارية (٥٦,٦ %) وهي نسبة مرتفعة نسبيا، وهو ما يعكس الوظيفة التجارية للمدينة، وتشغل الاستخدامات الخدمية (٣,٦ %) من جملة الكتلة العمرانية، وهو معدل منخفض لا يتناسب مع الدور الوظيفي للمدينة، وتمثل الاستعمالات الصناعية والورش (٣,٣ %) أما المستودعات فتمثل (١,٢ %)، كما تمثل الاستعمالات الترفيهية (١٣,١ %) وهي نسبة متدنية مقارنة بالمعدلات التخطيطية، هذا وتتركز المقابر بقلب المدينة وبمنطقة الشرائع وتمثل (١٤,٠ %) كما تمثل الطرق والمحاور الرئيسة (٩,١٦ %) من مساحة الكتلة العمرانية للمدينة. (وزارة الشئون البلدية والقروية، أمانة العاصمة المقدسة، مركز المعلومات الجغرافية، التقرير الفني للمخطط الهيكلي لمكة- المكتب التنفيذي لمخطط عام مكة المكرمة، ١٤٢٥هـ).

تصنيف الأحياء بمدينة مكة المكرمة:

صنف مركز المعلومات الجغرافية التابع لأمانة العاصمة المقدسة أحياء مدينة مكة المكرمة من حيث التخطيط إلى ثلاثة مستويات، شكل (٢)، وذلك على النحو التالي:

أ.الأحياء العشوائية:

يبلغ عددها (٢٧) حياً، وتضم كل من أحياء الخنساء، البيبان، الهجلة، المنصور، الهنداوية، المسفلة، حارة الباب، الجميزة، الطندباوي، الروضة، الزهراء، المعابدة، أجياد، جرهم، شعب عامر وعلي، الحجون، السليمانية، جرول، الشبيكة، الروابي، القرارة والنقا، الأندلس، التنعيم، التيسير، ريع ذاخر، السلامة، العتيبية.

وتشكل هذه الأحياء النسبة الأكبر من أحياء مدينة مكة المكرمة، حيث تبلغ نسبتها (٤٥ %) من إجمالي مجموع الأحياء بالمدينة، وتدخل في نطاق هذه المجموعة جميع أحياء الدائرة الأولى ماعدا حياً واحداً، كما تقع ضمن نطاق هذه المجموعة بعض أحياء الدائرة الثانية والثالثة، حياً واحداً من الدائرتين الخامسة والسابعة. ويبلغ عدد سكان هذه المجموعة من الأحياء مجتمعة نحو (٦٠٠,٥٨١) نسمة، بينما تبلغ إجمالي مساحة الأراضي فيها (٣٨,٦٤,١٣٩) هكتاراً.

ب.الأحياء نصف العشوائية:

تضم هذه المجموعة (١٥) حياً تشمل كل من أحياء الزاهر، الزهة، الهجرة، الكعكية، الشهداء، جبل النور، وادي جليل، البحيرات، الشرائع، الشوقية، الحمراء وأم الجود، الرصيفة، النوارية، العدل، العزيزية. وتبلغ نسبة هذه الأحياء إلى مجموع الأحياء بالمدينة (٢٥ %) من إجمالي مجموع الأحياء، ويدخل في نطاقها بعض الأحياء من جميع الدوائر الانتخابية السبعة في مدينة مكة المكرمة، ما عدا الدائرة الأولى. وبلغ عدد سكانها مجتمعة نحو (١٢٣,٣٣٠) نسمة، في حين بلغت مساحتها (١٢٥,٢٧) هكتاراً.

ج.الأحياء المخططة:

وهي بقية الأحياء ويبلغ عددها (١٨) حياً، وتضم كل من أحياء كدي، التقوى، بطحاء قريش، العكيشية، الملك فهد، ولي العهد، الجامعة، النسيم، العوالي، المشاعر، المرسلات، العسيلة، شرائع المجاهدين، الراشدية، الخضراء، العمرة الجديدة، الخالدية، الضيافة.

تلي في ترتيبها من حيث العدد أحياء المجموعة الأولى، حيث تبلغ نسبتها إلى إجمالي أحياء مدينة مكة المكرمة، نحو (٣٠ %) من المجموع العام، وتنتظم هذه الأحياء في نطاق عدد من الدوائر الانتخابية، تتمثل في كل من الدائرة الأولى، الرابعة، الخامسة، والسادسة، وحي وحيد في الدائرة السابعة. يبلغ عدد سكان هذه الأحياء نحو (٧١٧,٣٨٢) نسمة، يتوزعون في مساحة تبلغ (٣,٠٤٤,١٠١) هكتار.

وبشكل عام تتباين وجهات النظر العلمية حول التصنيف السابق، بحيث يمكن النظر إليه على أنه تصـــنيف إجرائي ممثل لوجهة نظر الجهة الناشرة للخريطة المصدر، وذلك وفقا للمعيار الذي اعتمدته في تصنيفها لتلـــك الأحياء، والذي قد يختلف بالضرورة مع معايير أخرى تصنف على أساسها الأحياء من حيث النوع.

شكل (٢) تصنيف الأحياء بمدينة مكة المكرمة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات مركز المعلومات الجغرافية، أمانة العاصمة المقدسة (١٤٢٦هـ).

حدود منطقة الدراسة:

اتخذت الباحثة من التقسيم الذي تم اعتماده في العملية الانتخابية للمجالس البلدية التي جـــرت بالمملكـــة العربية السعودية في العام ١٤٢٥هـــ، والتي تم على أساسها تقسيم مدينة مكة المكرمة إلى سبع دوائر انتخابية، أساسا مكانيا لدراسة الظاهرة، حيث تم توزيع الأحياء في مدينة مكة المكرمة على الدوائر الانتخابية على النحو الآتي:

الدائرة الانتخابية الأولى:

وتضم خمسة عشر حياً هي: أجياد، الروابي، المسفلة، جرهم، الخالدية، الطندباوي، الهنداوية، المنصور التيسير، جرول، القرارة، حي شعب عامر وعلي، الشبيكة، الهجلة، حارة الباب.

الدائرة الانتخابية الثانية:

وتضم ثمانية أحياء وهي:المعابدة، السليمانية، الجميزة، ريع ذاخر، الخنساء، العدل، جبل النور، وادي جليل.

الدائرة الانتخابية الثالثة:

وتضم أحد عشر حياً هي: العتيبية، الأندلس، الحجون، الشهداء، البيبان، الزهراء، الضيافة، الزاهر، النزهـــة، السلامة، حي الحمراء وأم الجود.

الدائرة الانتخابية الرابعة:

وتضم عشرة أحياء هي: الشوقية، كدي، الهجرة، بطحاء قريش، العكيشية، التقوى، الكعكية، ولي العهـــد، الملك فهد، الرصيفة.

الدائرة الانتخابية الخامسة:

وتضم سبعة أحياء هي: العزيزية، الروضة، الجامعة، النسيم، العوالي، المشاعر، المرسلات.

الدائرة الانتخابية السادسة:

وتضم خمسة أحياء هي:الشرائع، شرائع المجاهدين، العسيلة، الراشدية، الخضراء.

الدائرة الانتخابية السابعة:

وتضم أربعة أحياء هي: التنعيم، البحيرات ،العمرة الجديدة، النوارية. ملحق (٢).

فصول الدراسة:

قسمت هذه الدراسة إلى ستة فصول، اشتمل الفصل الأول منها على المقدمة، ومشكلة الدراسة، وأهميتها ومبرراتها، وأهدافها، وتساؤلاتها، وفرضياتها، ومنهجها، ومصادر البيانات، ومنطقة الدراسة، والفصول. في حين تضمن الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة. بينما يركز الفصل الثالث على إظهار التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع السكن. ويتناول الفصل الرابع التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية. في حين يناقش الفصل الخامس استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة، وعلاقة خصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية باستخدامات هذا النوع من العلاج. وختاما يعرض الفصل السادس لنتائج الدراسة وتوصياتها.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا: الإطار النظري:

١. مفهوم الجغرافيا الطبية

٢. نظرية التحول الوبائي

٣. الطب الشعبي بوصفه أسلوبا للعلاج.

٤. مرض الفشل الكلوي المزمن (النهائي).

ثانيا: الدراسات السابقة:

١. دراسات سابقة لأمراض مختلفة

٢. دراسات سابقة لمرض الفشل الكلوي

٣. دراسات سابقة للطب الشعبي

٤. دراسات سابقة لمنطقة الدراسة

الإطار النظري والدراسات السابقة

يناقش هذا الفصل مفهوم الجغرافيا الطبية بوصفه فرعاً من فروع الجغرافيا البشرية، وصلته بالعلوم الأخرى وما يميزه عنها، كما يتناول أهم النظريات المرتبطة بموضوع الدراسة، ومراحلها التي تفسر عن طريقها ظاهرة المرض في المجتمعات السكانية، إضافة لذلك يتضمن جانبا عن مفهوم الطب الشعبي بوصفة وسيلة علاج، قد يعتمد عليها المجتمع في حالات معينة لمداواة مرضاه. و يعرض لمرضى التنقية الدموية بالمملكة العربية السعودية.

و يتضمن كذلك استعراضا لأهم الدراسات السابقة، التي تفيد الدراسة وترتبط بها من جوانب مختلفة، وقد قسمت إلى دراسات سابقة تناولت أمراضا مختلفة، ودراسات سابقة تناولت مرض الفشل الكلوي، وأخرى سابقة كان محورها الطب الشعبي، وأخرى عرضت لمنطقة الدراسة.

أولا: الإطار النظري:

١. مفهوم الجغرافيا الطبية:

تتعدد المفاهيم المتعلقة بالجغرافيا الطبية وتختلف، بناء على تعدد وجهات نظر الباحثين في هذا المجال، فاعتمادا على تعريف ليرمونث (١٩٨٧م) للجغرافيا الطبية، يمكن فهم ذلك الفرع من فروع الجغرافيا البشرية على أنه دراسة أنماط التوزيع الجغرافي للأمراض البشرية، وذلك بهدف تفسيرها (شرف، ١٩٩٣م، ص ٩، نقلا عن (Learmonth A. (1978). كما يمكن تعريفها على أنها ذلك العلم الذي يتم فيه تطبيق الأساليب الجغرافية على المشكلات الصحية، وذلك لإبراز التوزيع المكاني لأنماط الأمراض المرتبطة بالإنسان. (المرامحي، ١٤١٧هـ، ص١٠؛ نقلا عن Learmonth:1981. Hunter: 1974).

ومقارنة بعدد من فروع علم الجغرافيا، فقد جاء ظهور فرع الجغرافيا الطبية بمفهومها الذي تعرف عليه الآن متأخرا، وذلك مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين، فمنذ أن قرر الاتحاد الجغرافي الدولي International Geographical Union عقد لجنة لدراسة الجغرافيا الطبية، ومناقشة أول تقرير لهذه اللجنة في مؤتمر الاتحاد الجغرافي الدولي الذي عقد في واشنطن في العام ١٩٥٢م (السبعاوي، ١٩٩٧م)، بدأ الاهتمام بهذا الفرع يتزايد من قبل الجغرافيين، خاصة في ظل التوصيات الفاعلة التي خرج بها المؤتمر والتقرير، القاضية بضرورة الاهتمام بتدريس الجغرافيا الطبية، وتوجيه الباحثين والدارسين في أقسام الجغرافيا نحوها.

ولا ينفي الظهور المتأخر لهذا الفرع من العلم العلاقة الوطيدة القائمة بين ظاهرتي الصحة والمرض، وبين العوامل الجغرافية الطبيعية منها والبشرية منذ القدم، حيث ظهرت تلك العلاقة في كتابات العديد من العلماء والمفكرين في عدة عصور، فقد وجد أن لليونانيين والعرب وغيرهما دورا في إيضاح بعض المفاهيم التي تدور

حول البيئة ومشكلاتها والعلاقة بينها وبين الأحياء التي تعيش فيها منذ القدم (الوليعي، ١٤١١هـ). إلا أنها في ذات الوقت لم تأخذ وضعها الأكاديمي والتطبيقي إلا بعد ظهورها كفرع علمي معترف به.

وعموما فقد ركزت الدراسات الجغرافية الطبية في وقت مضى على دراسة مسارين في هذا المجال، الأول منهما هو دراسة بيئة المرض Disease Ecology، والثاني دراسة الرعاية الصحية Medical Care، والذي يهتم بتوزيع الخدمات الصحية والتخطيط لها، في حين تسلك الدراسات الحديثة في ذات المجال وتركز على تطبيقات التقنيات الحديثة كتقنية الاستشعار عن بعد ونظم المعلومات الجغرافية في دراسة الظواهر التي تعنى بها الجغرافيا الطبية، في مسلك مواكب لثورة المعلومات، وسبل معالجتها، والمتسع لعدة علوم، منها على سبيل المثال لا الحصر علم الجغرافيا، وفرعها الجغرافيا الطبية كما سبق القول.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مجال اهتمام الجغرافيا الطبية يشترك - خاصة فيما يتعلق بظاهرة المرض- مع عدد من فروع العلوم الأخرى المستقلة، كالطب، وعلم الوبائيات، وعلم الاجتماع الطبي، وعلم التغذية. إلا أن أهم ما يميز الجغرافيا الطبية عنها جميعا هي وصفها للأنماط المكانية للظواهر، وإبرازها من خلال ذلك للسمة المكانية لها، والعوامل التي أدت لوجودها في المكان على النمط الذي هي عليه، بصورة تفتقدها تلك العلوم، فبينما لا يسمح على سبيل المثال تخصص الطبيب له بالبحث فيما وراء الأسباب والعّلات الموجودة في جسم المريض والتي أدت لإصابته بالمرض، فإن للأبحاث الاجتماعية بوجه عام والأبحاث الجغرافية الطبية بوجه خاص دورا مهما في الكشف عن الأسباب الطبيعية والبشرية، المرتبطة بالبيئة التي يكون لها أثر في إصابة الشخص، أو شريحة من المجتمع أو المجتمع نفسه بمرض ما (الحميدي، ١٤٢١هـ).

٢. نظرية التحول الوبائي Epidemiological Transition Theory:

يمكن تفسير ظاهرة انتشار الأمراض بشكل عام، ومرض الفشل الكلوي بنوعيه الحاد والمزمن بشكل خاص، في ضوء نظرية التحول الوبائي Epidemiological Transition Theory، التي صاغها الطبيب العربي عبد الرحيم عمران في العام (١٩٧١م)، والتي شرح من خلالها العلاقة بين الحالة الصحية العامة التي تمر بها المجتمعات، ومراحل نمو السكان، حيث يرتكز نموهم على معدلات الإصابة بالأمراض وما يرتبط بها من وفيات، والتي لها آثارها على نمو السكان العام (اللبان، ١٩٩٩م، ص ٦١). و تتلخص فكرة هذه النظرية في أن المجتمع السكاني يمر من وجهة نظر صحية بمراحل ثلاث هي:

المرحلة الأولى: مرحلة الأوبئة والمجاعات.

المرحلة الثانية: مرحلة انحسار الأوبئة.

المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض التحللية والأمراض من صنيع الإنسان.

واعتمد عمران عند وضع نظريته هذه على نظريـــة الانتقـــال أو التحـــول الـــديموغرافي Demographic Transition Theory متناولا فيها عاملي الصحة والمرض وتأثيرهما في معدلات المواليد والوفيات في المجتمعـــات المختلفة من خلال تصنيفه لمراحل نظريته على النحو السابق.

ففي المرحلة الأولى رأى عمران أن الأوبئة والأمراض المتوطنة والمعدية والمجاعات أثرت على معدلات نمو السكان سلبا، حيث اتسمت هذه المرحلة بارتفاع معدلات المواليد والوفيات في نفس الوقت، بحيث سجلت تلك الوفيات في فئة صغار السن وفئة الشباب، مما جعل معدلات نمو السكان بشكل عام تتسم بالانخفاض. أما المرحلة الثانية والتي انحسر فيها تأثير الأوبئة والأمراض الطفيلية والمجاعات بفعل التحسن الذي طرأ على الحالة الصحية للسكان حيث توفرت اللقاحات والطعوم والأمصال التي تساعد على الوقاية من عـــدد مـــن تلـــك الأمراض، فتميزت هذه الفترة بزيادة معدلات المواليد و انخفاض معدلات الوفيات، مما أدى لزيادة معدلات نمو السكان، وقد لعب التطور الاقتصادي إلى جانب الأسباب الصحية دورا مهما في ذلك.

أما المرحلة الثالثة من مراحل نظرية التحول الوبائي فميزها عمران بمرحلة انخفاض معدلات الوفيات الـــتي تركزت في فئة كبار السن - عكس المرحلة الأولى- وقد تزامن مع ذلك الانخفاض انخفـــاضٌ في معـــدلات المواليد. وهذا بالطبع أثر على معدلات نمو السكان، حيث اتسمت بالبطء، كما هو حاصل الآن في بعض دول غرب أوروبا. و بشكل عام فإن دول العالم تتفاوت في المرور بهذه المراحل، وذلك عائد إلى التباين في معدلات النمو الصناعي والحضاري والاقتصادي والطبي (اللبان، ١٩٩٩م، ص٦٢).

ويمكن على أساس نظرية التحول الوبائي، تصنيف مرض الفشل الكلوي ضمن أمراض المرحلـــة الثالثـــة، والتي نشأت بفعل التطور والتقدم واتخاذ الحياة البشرية بشكل عام شكلا حضاريا جديدا، تغير على أثره نمط حياة الفرد اليومي، واتخذت الحياة من خلاله إيقاعاً سريعا، زاد فيه الاعتماد على وسائل الراحة والترفيه، التي تعبر عن سمات الحياة العصرية الحديثة، والتي واكبها تغير في الثقافات المعيشية و الغذائية، مما أثر على صـــحة الفرد في الدول المتقدمة، وفي عدة دول نامية كالمملكة، والذي أدى بدوره إلى تكوُّن أنـــواعٍ جديـــدة مـــن الأمراض التي تحمل سمة الأمراض المزمنة.

٣. الطب الشعبي بوصفه أسلوب للعلاج:

يعتبر الطب الشعبي أحد عناصر المعتقدات والثقافة، التي ينظر إليها كمجموعة التاريخ الفكري الوجداني، الذي لا تكون الأمة أمة إلا به، والذي يميز به شخصيتها عن غيرها من الأمم، وهي بذلك مركب من أساليب الشعور والفكر والسلوك الذي يميز مجموعة من الناس يتوارثونه جيلا بعد جيل، وترتبط تلك العناصر ببعضها بعلاقات تفاعل وتأثير متبادل، ويؤدي كل عنصر منها وظيفته الخاصة في إطار الثقافة الكلية للمجتمع (صالح، ٢٠٠٣م، ص ص ٦١، ٦٣).

ويقوم أساس معتقد الطب الشعبي على أن الله تعالى قد خلق لكل داء دواء، و أن ما على الإنسان إلا أن ينهج الطريق السليم للبحث عن هذا الدواء (فوزي، ١٩٨٢م، ص١٨٥). ومن حيث الهدف فيرى (الجمال، بدون تاريخ) أن الطب الشعبي يهدف إلى شفاء الأمراض والوقاية منها بكافة الطرق والوسائل، مثله في ذلك مثل الطب الحديث، ولكلا النوعين من الطب نفس الهدف النهائي، ولكن الطب الشعبي يختلف في نظرياته المتعلقة بسبب الأمراض وكيفية التعامل معها وعلاجها.

ويفرق بين الطب الحديث والطب الشعبي بقوله إن الطب الحديث أو الأكاديمي يعتبر المرض حادثا لبعض المسببات الفسيولوجية – الباثولوجية مثل الجراثيم أو الميكروبات أو بعض المواد السامة الموجودة في الطعام أو البيئة، في حين أن الطب الشعبي يعتبر الأمراض ناتجة عن أسباب خارجة عن الناموس الطبيعي ... ... مما يؤكد بدرجة كبيرة على الأسباب السيكولوجية أو النفسية لحدوث الأمراض، كذلك يعد هذا النوع جزء من الثقافة والتقاليد المتوارثة عن الآباء والأجداد، والتي وجدوها نافعة لهم مما سبب التصاقها بمعتقداتهم الراسخة في أعماقهم. ولذلك فإن حدوث الأمراض هي الظاهرة المميزة للتفرقة بين الطب الشعبي والطب الحديث (الجمال، بدون تاريخ، ص ١٩).

ويعكس الطب الشعبي ... التفاعل بين الإنسان والنسق الايكولوجي الذي يعيش فيه، فمصادر البيئة من حشائش طبية وأحجار ورمال لا يمكن أن تشفي الأمراض وحدها دون وجود الخبرة البشرية في استخدامها والتعامل معها. كما أن تلك الأخيرة لا يمكن أن يكون لها قيمة بدون تلك المصادر التي تتعامل معها وتخضعها للاستخدام اليومي بصرف النظر - طبعا- عن صحة هذا الاستخدام من خطائه. (الجوهري، ١٩٩٠م، ص ٥٢١).

وفي العموم يتخذ هذا النوع من الطب مسميات عدة مرادفه له كالطب العربي، والطب النبوي، أو شامله له كمفهوم الطب البديل، الذي عاد مفهومه للانتشار في الفترة الأخيرة، وتصاعدت دعوات عدة للعودة إلى أسسه في مداواة الأمراض والوقاية منها، خاصة في ظل وقوف "الطب الحديث" أحيانا أمام بعض الأمراض المستعصية موقف الحائر، ما جعل التنافس بين المجالين على أشده.

شجع على ظهور هذا النوع من التنافس التطور الكبير في وسائل الاتصال كظهور قنوات تلفزيونية تركز على أهمية العودة لمفهوم "الطب القديم" بأنواعه ومسمياته المختلفة في علاج الأمراض، متزامنة مع ظهور عدد من الكتب والصحف والمجلات المتخصصة في هذا المجال (كمجلة الطب البديل)، أو غير المتخصصة فيه والتي تفرد أحيان حيزا لمناقشة مثل هذه الموضوعات والتطرق إليها، إضافة لعدد كبير من المواقع الالكترونية على شبكة الانترنت (Internet)، والتي تعرض لهذا النوع من الطب وتركز على أهمية العودة إليه، واعتماده كوسيلة للاستشفاء من الأمراض، منها على سبيل المثال موقع بيت الشفاء (http://www.baytalshifaa.com) وهو موقع متخصص في الطب الطبيعي (المايكروبيوتيك) يعرض لأهمية العودة للطبيعة للوقاية من الأمراض قبل حدوثها، وشفائها بعد الإصابة بها، كما يعرض للتعريف بالطب الطبيعي وأساسياته، ومكملاته كالعلاج بالألوان

وبالأصوات وبالتنفس، ويعرض لمفاهيم تتعلق به، متناولا ذلك كله في إطار علمي فلسفي. في حين يعنى موقع عشبة الالكتروني (http:// www.oshba.com) بالعلاجات الطبيعية، وبتقديم النصائح التي تهتم بتوفير المعلومات عن أهمية طب الأعشاب وفوائده في التشافي من الأمراض والوقاية منها، كما يتضمن موسوعة للأعشاب، يعرض من خلالها طرق الاستفادة من كل نوع منها. أما موقع وقاء (http:// www.weqaaworld.com) فيهتم بكل ما يتصل بالطب البديل، وجميع ما يندرج تحت ذلك من علاج بالأعشاب والرياضة الروحية وسبل الوقاية والاستشفاء من الأمراض، مثله في ذلك مثل موقع العلاج البديل العربي (http://arabaltmed.com/ews/).

ويُمارس الطب الشعبي عادة من قبل الأطباء الشعبيين الذين يداوون مرضاهم بمركبات دوائية تتكون من مواد طبيعية وعناصر معدنية وصخرية خاصة، والعطارين الذين هم بمثابة الصيادلة الذين يصرفون الأدوية مركبة ومفردة، أو من قبل المرضى أنفسهم، أو ربات البيوت وذلك باستعمال بعض المنتجات خاصة النباتية منها. (الحميدي، ١٤٢١هـ).

ورغم أن الطب الشعبي يرتكز في أساسه على مبادئ سليمة، إلا أن تلك الصورة قد أصابها الخلل من أكثر من جانب. فقد دخل ميدان هذا الطب ولأسباب مادية غالبا من لا يعرفونه حق المعرفة ولا يفهمون أساليبه الصحيحة، ووسائله الناجعة، فيطبقونها تطبيقا خاطئا، أو يبتدعون من لدن أنفسهم ما يدعون أنه منه، فأصبحت نتائج تطبيقها تأتي معه غير سليمة، وبالتالي أصبح له آثار سيئة التي أبرزها استفحال كثير من الحالات المرضية التي يركن أصحابها إلى العلاج به (الحميدي، ١٤٢١هـ، ص ٥٠).

وبالنظر للمجتمع المحلي في المملكة العربية السعودية يمكن القول إنه كان يشهد - قبل التطور في المجالات الصحية- اعتمادا كبيرا على الطب الشعبي الذي توارث خبراته من خلال تراكم المعارف العلمية لدى الأجيال المتعاقبة في هذا المجال، وفي مجالات أخرى متنوعة، تستند إلى جانب الملاحظات الشخصية، على ما جاءت به المأثورات الدينية، والتجارب السابقة. (الحميدي، ١٤٢١هـ).

ومما استلهمه المجتمع من المصادر الأربعة (القرآن الكريم، السنة المطهرة، تجارب قدماء العرب والمسلمين، الملاحظة المباشرة على المرضى) وغيرها تكونت له أساليبه الوقائية الخاصة، ووسائله العلاجية الناجعة، فكان هناك التداوي بالأعشاب، والعلاج الطبيعي، والتجبير، والكي، والفصد، والحجامة، والحمية، إضافة إلى الرقية المتمثلة بالقراءة على المريض من آيات القران الكريم، والأدعية المأثورة عن النبي (صلى الله عليه وسلم)، وهذه الأساليب الوقائية والوسائل العلاجية سدت الفراغ الناجم عن عدم توفر السبل الوقائية والعلاجية المتطورة لفترات طويلة (الحميدي، ١٤٢١هـ، ص ٤٩).

و يمكن تمييز المجتمع في غرب المملكة على وجه الخصوص باعتماده على عنصر مهم في بناء الثقافة العلاجية المرتبطة بالطب الشعبي، وهم الحجاج والمعتمرون، الذين قد يمارسون الطب الشعبي، وذلك كما ألفوه في بيئاتهم، وينقلون معهم في كل عام عددا لا يحصى من الأفكار والثقافات والعادات والتقاليد، والبضائع التي قد يكون من ضمنها مواد يرون فيها القدرة على شفاء الأمراض، والعوارض الصحية.

أكاديميا كثيرا ما يناقش علم الأنثربولوجيا الطبية[1]، وعلم الاجتماع الطبي[2] مفهوم الطب الشعبي كظواهر اجتماعية، "في حين أن بعض المناهج الجغرافية الحديثة في معالجة الجغرافيا الطبية تتبنى طريقة للدراسة أو مدخلا يعتمد على ما هو موجود في معظم الدول النامية من ثنائية طبية Medical Pluralism، ونعني بذلك الطب الحديث والطب الشعبي... ...، أي الطب الخاص بمجموعة عرقية أو منطقة جغرافية معينة، ومع أن اهتمام الجغرافيين بالطب الشعبي محدود فإن هذا المنهج مهم للغاية، والدليل على ذلك أن منظمة الصحة العالمية WHO بدأت تدعو حاليا للاهتمام به". (جابر، ٢٠٠٣م، ص٢٥).

٤. مرض الفشل الكُلوي المزمن (النهائي):

يعد مرض الفشل الكُلوي أحد أهم الأمراض المزمنة الآخذة في الانتشار بين سكان العالم، حيث تتصاعد الأرقام الدالة على معدلات حدوث المرض في الدول أجمع، فحسب إحصاءات غير رسمية، قدر عدد المرضى الذين يعالجون عن طريق التنقية الدموية في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال في العام (٢٠٠٠م) بأكثر من (٢٥٠٠٠٠) مريض، يضاف إليهم نحو (١٦٦) مريضاً لكل مليون نسمة، وفي أوربا في نفس العام كان يعالج بذات الطريقة أكثر من (١٧٠٠٠٠) مريض، يضاف إلى ذلك (٣٠-٨٠) مريض لكل مليون نسمة. (حريب،١٤٢١هـ).

وفي دول العالم العربي تراوحت نسب الإصابة بالمرض بين (٨٠ – ١٢٠) حالة لكل مليون نسمة (وزارة شئون مجلس الوزراء بدولة الإمارات العربية المتحدة، ٢٠٠٧م). فعلى سبيل المثال تشير إحصائية صادرة عن الجمعية المصرية لمرضى الفشل الكلوي بأن عدد المرضى المصابين بالمرض قد بلغ في الجمهورية نحو (١٥ ألف) مريض، أو ٢٠٠ مريض لكل مليون شخص (الباز، ٢٠٠٧م). وقد تزيد عن هذا المعدل كما تشير لذلك إحدى المسوح الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ، والذي أكد أن عدد مرضى الفشل الكلوي المزمن في الأردن قد بلغ (١٧١١) مريضاً، بمعدل انتشار (٣١٢) مريضاً لكل مليون نسمة من السكان. (Batiehha.A, et al, 2003). أما في المملكة العربية السعودية فقد بلغ معدل الإصابة بالمرض ١٠٠ حالة لكل مليون نسمة من السكان، وهذا المعدل يعتبر متوسطا إذا ما قورن بمعدلات الإصابة بالمرض في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، وأوربا. (شاهين، ١٤٢٦هـ).

---

١) حقل ثانوي من علم الإنسان يسعى للاستفادة من الظروف الاجتماعية والثقافية والبيولوجية للإنسان في فهم العوامل التي تؤثر على الصحة والرفاه (بمعناه الواسع) والوسائل والأساليب التي تسلكها المجتمعات في الوقاية من الأمراض، وتعرف طرق إدارة الأنظمة العلاجية. (جمعية الأنثربولوجيا الطبية، ٢٠٠٩).

٢) فرع من علم الاجتماع يدرس بناء المجتمع ونظمه ووظائفه في علاقتها بظاهرتي الصحة والمرض، ويركز على فهم الظروف الاجتماعية والمعيشية للأفراد المتعلقة بالسكن والدخل وسلامة البيئة والغذاء والكساء والثقافة والطرق والأساليب الشعبية للعلاج والتنمية الاجتماعية والسياسية والصحية وغيرها (الدويبي، ٢٠٠٦، ص١٤).

أ. مرضى التنقية الدموية بالمملكة العربية السعودية:

كشفت بيانات التقرير السنوي الصادر عن المركز السعودي لزراعة الأعضاء بنهاية العام (٢٠٠٦م) أن عدد مرضى الفشل الكلوي بالمملكة قد بلغ في العام (٢٠٠٥) نحو (٨٤٨٢) مريضاً ومريضة، (٩٢,٣ %[٣]) منهم يعالجون عن طريق التنقية الدموية، و (٧,٧ %) يعالج بالتنقية البريتونية، في حين أشار التقرير إلى أن عدد المرضى الجدد منهم قد بلغ في نفس العام (٢٠٨٠) مريضاً، يعالجون عن طريق التنقية الدموية، و(٢٥٦) ممن يعالجون عن طريق التنقية البريتونية.

وبالتركيز على المرضى المعالجين بالتنقية الدموية يلاحظ وفقا لبيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، وبحسب الجنسية أن عدد مرضى التنقية بالمملكة من غير السعوديين قد بلغ في العام (٢٠٠٥م)، نحو (٨٨٦) مريضاً، وذلك بنسبة (١١,٣ %) من إجمالي الحالات المسجلة في المملكة، في حين بلغ عدد المرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة ممن تقل أعمارهم عن ١٥ عاما (١١٤) مريضاً ومريضة، بنسبة (١,٤ %)، في حين بلغ عدد المرضى الذين تزيد أعمارهم عن ٧٥ عاما (٤٢٣) مريضاً ومريضة، وبنسبة (٥,٣ %) من مجموع مرضى التنقية الدموية فيها.

كما أشار التقرير إلى أن المرضى الذين سجلت نتائج فحص دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي من الفئة (ب) (٤٦٢) مريضاً، بنسبة (٥,٨ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بالمملكة، أما المرضى الذين سجلت دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي فئة (ج) فقد بلغوا (٣١٢٩) مريضاً، بنسبة (٣٩,٩ %) من الإجمالي العام. أما المرضى المصابين بداء السكري فقد بلغ عددهم (١٠٠٦) مريضاً، بنسبة (١٢,٨ %) من مجموع مرضى التنقية الدموية بالمملكة. في حين بلغ عدد المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم نحو (٢٦٠٧) مريضاً، وبنسبة (٣٣,٢ %) من الإجمالي العام. أما عدد المرضى الذين يعانون من المرضين معا فقد بلغ (١٨٠٣) مريض، وذلك بنسبة (٢٣ %) من المجموع العام للمرضى. هذا في حين بلغ عدد الوفيات بين مرضى التنقية الدموية خلال العام ٢٠٠٥م نحو (٩٧٧)، بنسبة (١٢,٤ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بالمملكة.

وبالنظر إلى معدلي الانتشار ووفيات الإصابة فيلاحظ أن المرض قد سجل معدل انتشار في المملكة بلغ (٣,٤٥) مريض لكل ١٠٠٠٠ نسمة من السكان. بلغ أعلى معدل للانتشار بحسب المناطق في منطقة الحدود الشمالية، بنحو (٤,١٥) مريض لكل ١٠٠٠٠ نسمة من السكان، في حين قاربت معدلات الانتشار في بقية المناطق الأخرى المعدل المسجل في المملكة. أما فيما يتعلق بمعدل وفيات الإصابة في المملكة فقد بلغ (١٢٤٧) حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠ مريض. بلغ أعلى معدل للوفيات في مناطق المملكة في منطقتي حائل والباحة بنحو

[٣] النسب من حساب الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

(٢٦٨٣) و(٢١٦٤) لكل منهما على التوالي، بينما سجلت منطقة الحدود الشمالية أقل تلك المعدلات بنحو (٨٦٢) حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠ مريض بالمنطقة.

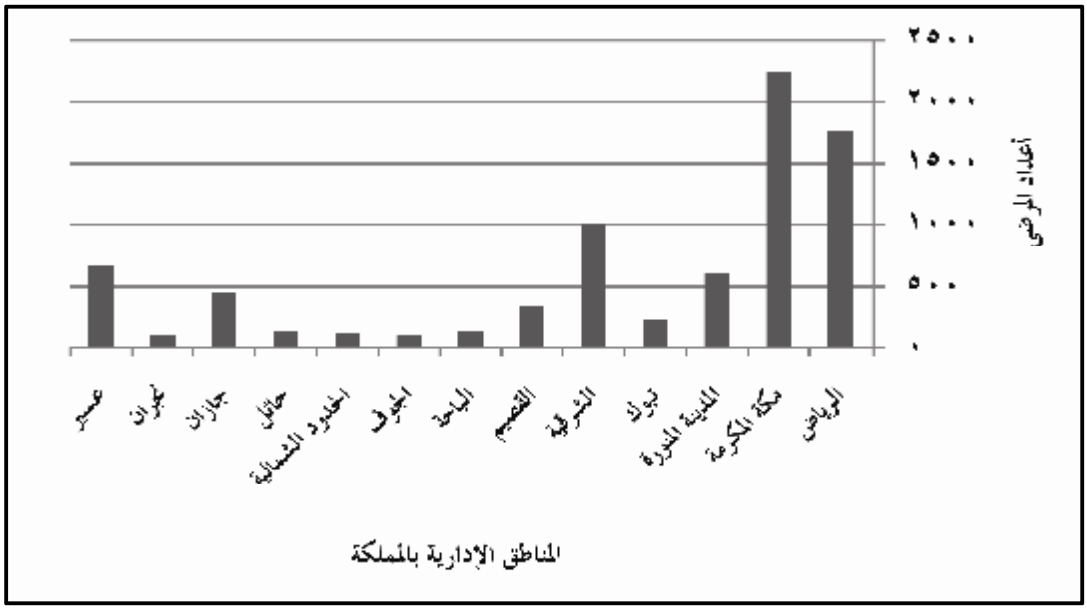
ووفقا للتوزع الجغرافي لمرضى التنقية الدموية بمناطق المملكة فتشير بيانات المركز السعودي لزراعة الأعضاء، أن منطقة مكة المكرمة – والتي تتبع لها منطقة الدراسة- قد سجلت أعلى عدد مسجل للمرضى المصابين بالمرض ممن يقومون بعملية التنقية الدموية في المملكة، وذلك بنحو (٢٢٤٦) مريضاً، تلتها منطقة الرياض بحوالي (١٧٥٣) مريضاً، ما يساوي مجموعهما نصف حالات الإصابة بالمرض المسجلة في المملكة. ويعود ذلك لارتفاع عدد السكان بمنطقتي مكة المكرمة والرياض، مقارنة ببقية مناطق المملكة، وبالتالي انخفاض أعداد المرضى تبعا لانخفاض عدد السكان كما هو ظاهر في منطقتي الجوف ونجران اللتين سجلتا أقل عدد لحالات الإصابة بالمملكة، بنحو (٩٩) و (١٠٠) حالة لكل منهما على التوالي. جدول (١)، شكل (٣).

جدول (١) المرضى المعالجين بالتنقية الدموية في جميع القطاعات الصحية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)

المنطقة	عدد السكان	عدد المرضى	المرضى غير السعوديين	المرضى الجدد خلال عام ٢٠٠٥م	مرضى الالتهاب الكبدي الوبائي فئة (ب)	مرضى الالتهاب الكبدي الوبائي الكبدي الوبائي فئة (ج)	المرضى تحت ١٥ عام	المرضى فوق ٧٥ عام	المرضى المصابين			الوفيات خلال عام ٢٠٠٥	معدل الانتشار	معدل وفيات الإصابة
									بداء السكري	بارتفاع ضغط الدم	بالاثنين معا			
الرياض	٥٤٥٥٣٦٣	١٧٥٣	١٦٦	٤٧٦	٩٥	٦٨٤	٢٨	٩١	٢٣٣	٥٨٢	٤٥٠	١٦٩	٣,٢١	٩٦٤
مكة المكرمة	٥٧٩٧٩٧١	٢٢٤٦	٤١٧	٥٠٨	١١٩	١١١٨	٤٦	١١٦	٢٦٤	٧٦٣	٣٦٨	٢٥٩	٣,٨٧	١١٥٣
المدينة المنورة	١٥١٢٠٧٦	٥٩٧	١١٢	١٢٢	٣١	١٦٦	٥	٢٦	٩٧	٢٢١	١٤٥	٦١	٣,٩٤	١٠٢٢
تبوك	٦٩١٥١٧	٢٣٢	١٠	٦٤	١٤	٧٣	٥	٣٠	٣٣	٩٢	٥٨	٢٩	٣,٣٥	١٢٥٠
الشرقية	٣٣٦٠١٥٧	١٠٠٢	٥٨	٣٤١	٨٢	٢٢٣	٩	٦٤	١٦٢	٣٢٨	٣٨٨	١٧٩	٢,٩٨	١٧٨٦
القصيم	١٠١٦٧٥٦	٣٣٣	١٢	١١٦	١٣	٧٩	٦	٢٦	٤٣	١٣٠	٩١	٦٣	٣,٢٧	١٨٩٢
الباحة	٣٧٧٧٣٩	١٣٤	٣	٣٦	٩	٧٢	٢	٣	١٣	٣٧	٢٤	٢٩	٣,٥٤	٢١٦٤
الجوف	٣٦١٦٧٦	٩٩	٤	٣٥	٠	٢٨	٢	٤	٢٥	٣٥	٢٢	١٨	٢,٧٣	١٨١٨
الحدود الشمالية	٢٧٩٢٨٦	١١٦	٤	٣٧	٤	٢٩	٢	٢	٢٨	٣١	٢٩	١٠	٤,١٥	٨٦٢
حائل	٥٢٧٠٣٣	١٢٣	٣	٣٣	٣	٣٦	٠	٥	١٠	٢٢	٢٨	٣٣	٢,٣٣	٢٦٨٣
جازان	١١٨٦١٣٩	٤٤٥	٦٠	٩١	٤٧	٢٢٤	٥	١٧	٣٣	١٥٢	٤٠	٤٤	٣,٧٥	٩٨٩
نجران	٤١٩٤٥٧	١٠٠	١٩	٢٢	٦	٣٥	١	٠	٤	٣١	١٠	١٤	٢,٣٨	١٤٠٠
عسير	١٦٨٨٣٦٨	٦٥٧	١٨	١٩٩	٣٩	٣٦٢	٣	٣٩	٦١	١٨٣	١٥٠	٦٩	٣,٨٩	١٠٥٠
المجموع	**٢٢٦٧٣٥٣٨**	**٧٨٣٧**	**٨٨٦**	**٢٠٨٠**	**٤٦٢**	**٣١٢٩**	**١١٤**	**٤٢٣**	**١٠٠٦**	**٢٦٠٧**	**١٨٠٣**	**٩٧٧**	**٣,٤٥**	**١٢٤٧**

المصدر: بتصرف عن التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

شكل (٣) التوزع العددي لمرضى التنقية الدموية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

ب. مراكز التنقية الدموية بالمملكة العربية السعودية:

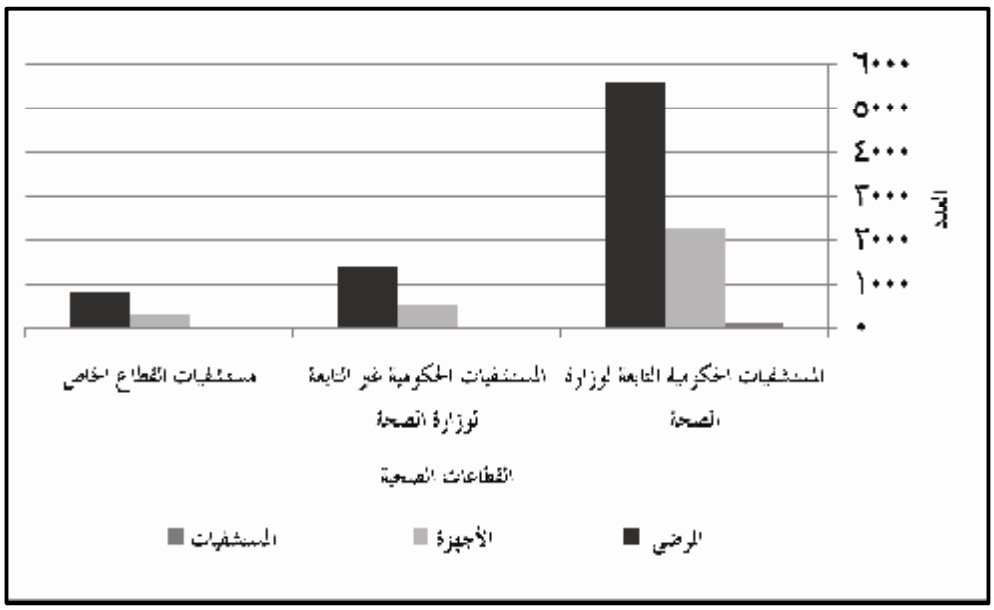
بلغ عدد المراكز والمستشفيات التي تقوم بعملية التنقية الدموية لمرضى الفشل الكلوي المزمن بالمملكة في العام (٢٠٠٥ م) (١٦٠) مستشفى ومركز، تتبع لعدد من القطاعات الصحية، و تتوزع على مناطق المملكة. بحيث تتبع (١١١) مستشفى حكومي منها ما يتبع لوزارة الصحة، بلغ عدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية فيها (٢٢٦٢) جهاز، يعالج عن طريقها (٥٦٠٥) مريض، بمعدل (٢.٤٧) مريض لكل جهاز. في حين بلغ عدد المستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة منها (١٩) مستشفى، بلغ عدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية فيها (٥٢١) جهازاً، يعالج عن طريقها (١٤١٤) مريضاً، بمعدل (٢,٧١) مريض لكل جهاز. و تتبع (٣٠) مستشفى منها للقطاع الخاص، وتتضمن (٣٢١) جهازاً في وحدات الكلية الصناعية. يعالج عن طريقها (٨١٨) مريضاً ومريضة، وذلك بمعدل (٢,٥٤) مريض لكل جهاز. جدول (٢)، شكل (٤).

جدول (٢) مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)

القطاع الصحي	عدد المستشفيات	النسبة	عدد الأجهزة	النسبة	عدد المرضى	النسبة	مريض / جهاز
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة	١١١	٧٠	٢٢٦٢	٧٣	٥٦٠٥	٧٢	٢,٤٧
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة	١٩	١١	٥٢١	١٧	١٤١٤	١٨	٢,٧١
المجموع الكلي لمستشفيات القطاع الخاص	٣٠	١٩	٣٢١	١٠	٨١٨	١٠	٢,٥٤
المجموع الكلي لمستشفيات المملكة	**١٦٠**	**١٠٠**	**٣١٠٤**	**١٠٠**	**٧٨٣٧**	**١٠٠**	**٢,٥٢**

المصدر: بتصرف عن التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦، (نسخة الكترونية).

شكل (٤) التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلى الصناعية والمرضى المعالجون بها في القطاعات الصحية بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

كان أعلى عدد من تلك المراكز والمستشفيات قد سجل بمنطقة الرياض بحيث بلغ عـــددها نحـــو (٤٢) مستشفى ومركز، و(٧٦٦) جهازاً في وحدات الكلية الصناعية التابعة لها، بمعدل (٢,٢٨) مريض لكل جهاز. تلتها في ذلك منطقة مكة المكرمة بـــ (٣١) مركزاً و مستشفى، و بنحو (٦٥٨) جهازاً، وبمعـــدل (٣,٤١) مريض لكل جهاز. ويلاحظ ارتفاع هذا المعدل عن المعدل المسجل على مستوى المملكة، والذي بلغ (٢,٥٢)

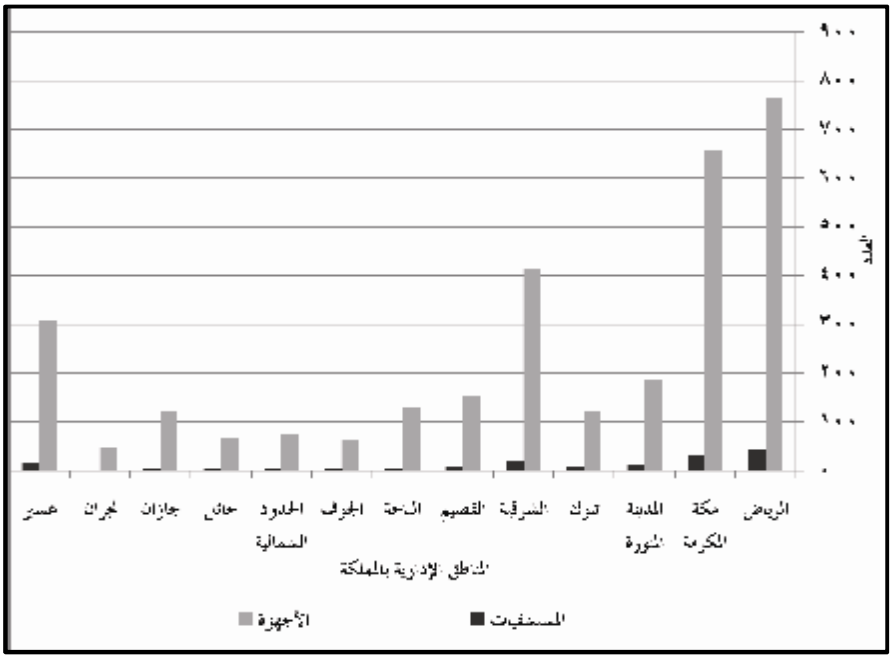
مريض لكل جهاز. في حين كانت منطقة نجران أقلها عددا بواقع مركزين، و (٤٩) جهازاً فقط. ، بمعـــدل (٢,٠٤) مريض لكل جهاز. جدول (٣)، شكل (٥).

جدول (٣) أعداد المستشفيات التي يعالج بها مرضى الفشل الكلوي المزمن وعدد أجهزة التنقية الدموية في وحدات الكلى الصناعية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م).

المنطقة	عدد المستشفيات	النسبة	عدد الأجهزة	النسبة	عدد المرضى	النسبة	مريض / جهاز
الرياض	٤٢	٢٦	٧٦٦	٢٥	١٧٥٣	٢٢	٢,٢٨
مكة المكرمة	٣١	١٩	٦٥٨	٢١	٢٢٤٦	٢٩	٣,٤١
المدينة المنورة	١١	٧	١٨٧	٦	٥٩٧	٨	٣,١
تبوك	٨	٥	١٢٢	٤	٢٣٢	٣	١,٩٠
الشرقية	٢٠	١٢	٤١٠	١٣	١٠٠٢	١٣	٢,٤٤
القصيم	٨	٥	١٥٠	٥	٣٣٣	٤	٢,٢٢
الباحة	٥	٣	١٢٩	٤	١٣٤	٢	١,٠٣
الجوف	٣	٢	٦٢	٢	٩٩	١	١,٥٩
الحدود الشمالية	٤	٣	٧٦	٢	١١٦	١	١,٥٢
حائل	٦	٤	٦٨	٢	١٢٣	٢	١,٨٠
جازان	٤	٣	١٢١	٤	٤٤٥	٦	٣,٦٧
نجران	٢	١	٤٩	٢	١٠٠	١	٢,٠٤
عسير	١٦	١٠	٣٠٦	١٠	٦٥٧	٨	٢,١٤
المجموع	**١٦٠**	**١٠٠**	**٣١٠٤**	**١٠٠**	**٧٨٣٧**	**١٠٠**	**٢,٥٢**

المصدر: بتصرف عن التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

شكل (٥) التوزع العددي لمستشفيات ومراكز التنقية الدموية وأجهزة الكلى الصناعية بمناطق المملكة العربية السعودية (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

ج. مرضى التنقية الدموية بمنطقة مكة المكرمة:

تشير البيانات الصادرة عن المركز السعودي لزراعة الأعضاء أن منطقة مكة المكرمة كانت أكثر المناطق التي يوجد بها مرضى للتنقية الدموية بالمملكة، بنسبة بلغت (٢٨,٦ %[٤]) من إجمالي المرضى المعالجين بهذه الطريقة في المملكة. وقد بلغ عدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية بالمنطقة نحو (٦٥٨) جهازاً، بنسبة (٢١,١%) من إجمالي أجهزة التنقية الدموية بالمملكة.

وقد بلغ عدد المرضى الجدد في المنطقة في العام (٢٠٠٥م) نحو (٥٠٨) مريض، بلغت نسبتهم إلى إجمالي المرضى المسجلين فيها في نفس العام نحو (٢٢,٦ %). أما المرضى من غير السعوديين فقد بلغ عددهم من إجمالي مرضى التنقية الدموية بالمنطقة نحو (٤١٧) مريضاً، وذلك بنسبة (١٨,٥ %) من إجمالي المرضى المعالجين بهذه الطريقة في المنطقة. في حين بلغ عدد المرضى تحت سن ١٥ عاماً نحو (٤٦) مريضاً ومريضة، بنسبة (٢ %) فقط من إجمالي مرضى التنقية في المنطقة. أما عدد المرضى الذين هم فوق سن ٧٥ عاماً فقد بلغ (١١٦) مريضاً ومريضة، بنسبة (٥,١ %) من الإجمالي العام للمنطقة.

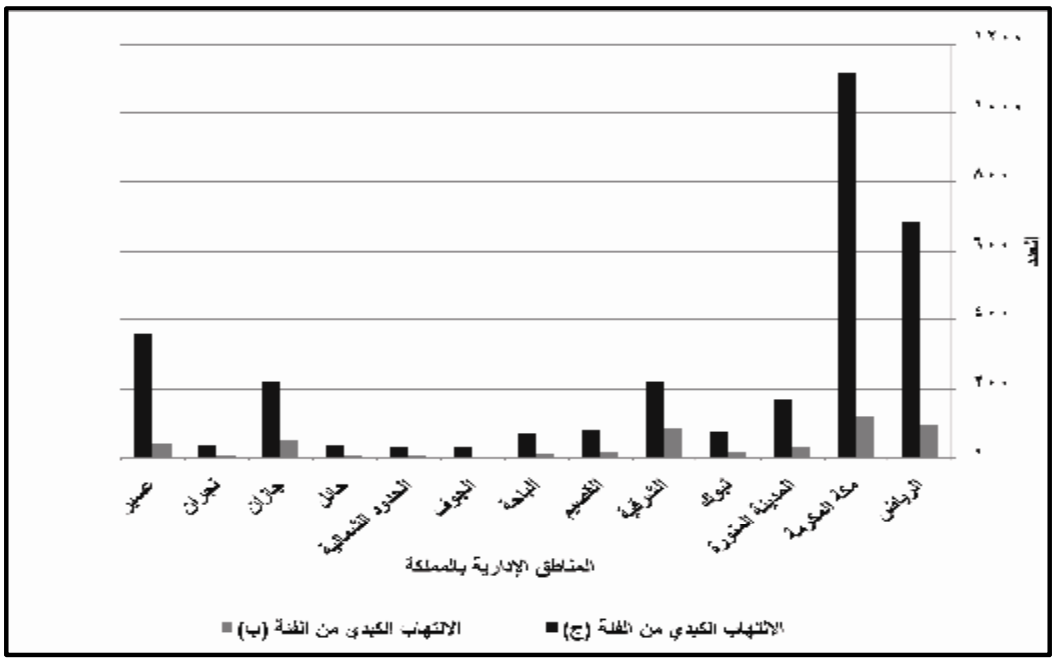
في حين ذلك أشارت البيانات إلى أن عدد المرضى الذين سجلت نتائج فحص دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي من الفئة (ب) بمنطقة مكة المكرمة، قد بلغوا في العام (٢٠٠٥م)،

[٤] النسب من حساب الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

(١١٩) مريضاً، بنسبة (٥,٢ %) من إجمالي الحالات المصابة بالمرض من مرضى التنقية الدموية بالمنطقة. وبلغ عدد المرضى الذين سجلت دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي فئة (ج) نحو نصف عدد مرضى التنقية الدموية (١١١٨) مريضاً، بنسبة بلغت (١٤,٢ %) من إجمالي الحالات، و (٤٩,٧ %) من إجمالي الحالات المسجلة بالمنطقة، وهي نسب مرتفعة مقارنة بغيرها من مناطق المملكة. شكل (٦).

أما المرضى المصابون بداء السكري في المنطقة فقد بلغ عددهم نحو (٢٦٤) مريضاً، بنسبة (١١,٧ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية فيها. بينما بلغ عدد المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم نحو (٧٦٣) مريضاً، وبنسبة (٣٣,٩ %) من إجمالي المرضى في المنطقة. في حين بلغ عدد المرضى المصابين بالمرضين معا نحو (٣٦٨) مريضاً، بنسبة (١٦,٣ %) من إجمالي مرضى التنقية فيها. وتم تسجيل نحو (٢٥٩) حالة وفاة بين مرضى التنقية الدموية حدثت بالمنطقة خلال العام ٢٠٠٥م، وذلك بنسبة (١١.٥ %) من الإجمالي العام. جدول (١).

شكل (٦) التوزيع العددي لمرضى الفشل الكلوي المزمن بمناطق المملكة حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

د. مراكز ومستشفيات التنقية الدموية بمنطقة مكة المكرمة:

بلغ عدد المستشفيات والمراكز التي تقوم بعملية التنقية الدموية بمنطقة مكة المكرمة في العام (٢٠٠٥ م) (٣١) مركزاً موزعة على عدد من المحافظات، وبلغ عدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية بها نحو (٦٥٨) جهاز، يعالج من خلالها مرضى التنقية الدموية المسجلون في المنطقة بشكل منتظم.

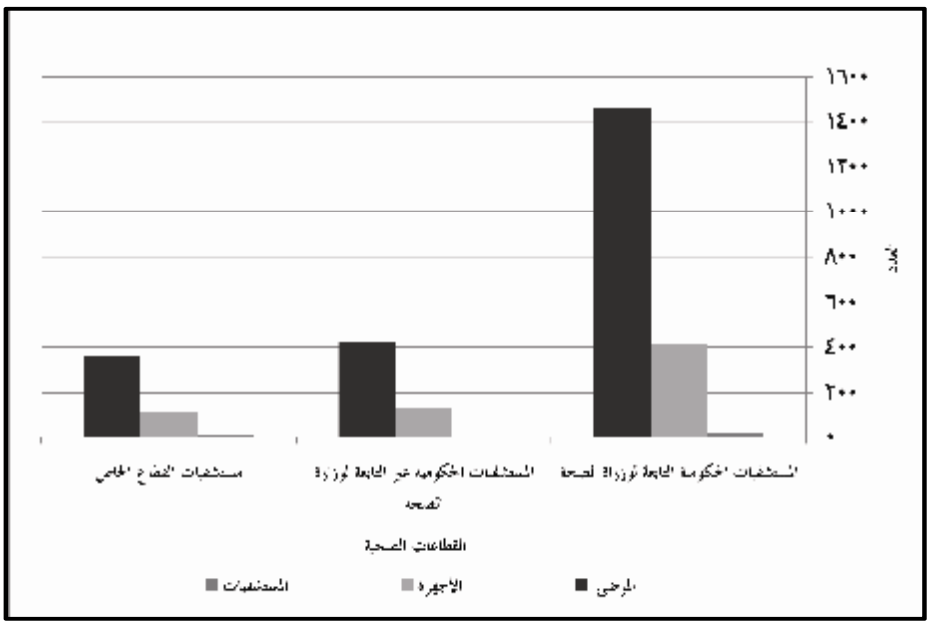
ويبلغ عدد المستشفيات التابعة لوزارة الصحة منها نحو (١٤) مستشفى ومركز، يبلغ عدد الأجهـــزة في وحدات الكلية الصناعية بها (٤١٥) جهاز، في حين يبلغ عدد المرضى المعالجين بالتنقية الدموية المنتظمة فيهـــا نحو (١٤٦٤) مريضاً ومريضة. أما المستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة فقد بلغ عددها في المنطقة (٥) مستشفيات فقط، يبلغ عدد أجهزتها (١٣٠) جهاز، يعالج عن طريقها بصورة منتظمة نحو (٤٢٥) مريضاً ومريضة. أما القطاع الخاص فتتبع له (١٢) مستشفى ومركز، بلغت أعداد الأجهـــزة في وحـــدات الكليـــة الصناعية بها (١١) جهازاً، ويعالج عن طريقها (٣٥٧) مريضاً ومريضة. جدول (٤)، شكل (٧).

جدول (٤) مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)

القطاع الصحي	عدد المستشفيات	النسبة	عدد الأجهزة	النسبة	عدد المرضى	النسبة	مريض / جهاز
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة	١٤	٤٥	٤١٥	٦٣	١٤٦٤	٦٥	٣,٥٢
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة	٥	١٦	١٣٠	٢٠	٤٢٥	١٩	٣,٢٦
المجموع الكلي لمستشفيات القطاع الخاص	١٢	٣٩	١١٣	١٧	٣٥٧	١٦	٣,١٥
المجموع الكلي لمستشفيات المملكة	**٣١**	**١٠٠**	**٦٥٨**	**١٠٠**	**٢٢٦٤**	**١٠٠**	**٣,٤٤**

المصدر: بتصرف عن التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

شكل (٧) التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

هـ. مرضى التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة:

بلغ عدد مرضى التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة وفقا لما أشارت إليه بيانات تقرير المركز السعودي لزراعة الأعضاء في العام (٢٠٠٥م) نحو (٦٤٢) مريضاً ومريضة، بلغت نسبتهم (٢٨,٣ %[٥]) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بمنطقة مكة المكرمة، و (٨,١ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بالمملكة.

سجل عدد المرضى الجدد منهم نحو (١٢٢) مريضاً ومريضة، بنسبة (١٩ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة. ووفقا للجنسية بلغ عدد المرضى غير السعوديين (١٩٥) مريضاً ومريضة، وقد بلغت نسبتهم إلى إجمالي الحالات المسجلة في المدينة نحو (٣٠,٣ %). أما فيما يختص بالعمر فقد بلغ عدد المرضى تحت ١٥ عاماً منهم (١١) مريضاً ومريضة، بنسبة (١,٧ %) من إجمالي مرضى التنقية بالمدينة، أما المرضى الذين تزيد أعمارهم عن ٧٥ عاماً، فقد بلغ عددهم (٩) مرضى من الذكور والإناث فقط، حيث لم تتجاوز نسبتهم (١,٤ %) من مجموع مرضى التنقية بالمدينة.

ومن حيث الخصائص الصحية فقد أشارت بيانات المركز إلى أن المرضى الذين سجلت نتائج فحص دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي من الفئة (ب) بمدينة مكة المكرمة قد بلغوا في العام (٢٠٠٥م)، (٣٨) مريضاً، بنسبة (٥,٩ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بالمدينة. في حين بلغ عدد المرضى الذين سجلت دماؤهم نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي فئة (ج) (٤٣٥) مريضاً ومريضة، وبنسبة (٦٧,٧ %) من إجمالي مرضى التنقية بمدينة مكة المكرمة. في حين ذلك بلغ عدد المرضى المصابين بداء السكر (٥٣) مريض ومريضة، بنسبة (٨,٢ %) من مجموع المرضى بالمدينة. أما المرضى المصابون بارتفاع ضغط الدم فقد بلغوا (٢٤٦) مريضاً، بنسبة (٣٨,٣ %) من ذات الإجمالي. و بلغ عدد المرضى المصابين بالمرضين معا (١٠١) مريضاً ومريضة، بنسبة (١٥.٧ %) من إجمالي مرضى التنقية الدموية بها. أما عدد الوفيات بين المرضى بالمدينة فقد بلغ خلال عام ٢٠٠٥م نحو (٦٧) مريضاً ومريضة، وبنسبة (١٠,٤ %) من الإجمالي العام للمرضى. جدول (٥).

[٥] النسب من حساب الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

جدول (٥) المرضى المعالجين بالتنقية الدموية في مستشفيات ومراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م).

مراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة	المرضى	المرضى غير السعوديين	المرضى الجدد خلال عام ٢٠٠٥م	مرضى الالتهاب الكبدي الوبائي فئة (ب)	مرضى الالتهاب الكبدي الوبائي فئة (ج)	المرضى تحت ١٥ عام	المرضى فوق ٧٥ عام	المرضى المصابين			الوفيات خلال عام ٢٠٠٥
								بداء السكري	بارتفاع ضغط الدم	بالاثنين معا	
مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة	٣٣٨	٢٤	٥٦	١٥	٢٣٨	٧	٨	٩	١٤١	٧٩	٣٦
مستشفى الملك عبد العزيز	١١٤	١٥	٢٩	٢	٨٧	١	٠	١٩	٤٥	٧	١٤
مستشفى الملك فيصل	٢٠	٠	٣	٠	٥	٠	٠	٦	٣	٠	٠
مركز علاج مرضى الكلى الخيري (التكافل)	٤٧	٤٥	١٠	١٢	٣٠	٠	٠	٣	٢٢	٨	٣
مركز الجمعية الخيرية	٤٣	٤١	٢	٦	٢١	٣	٠	١٣	٩	٠	٠
مركز آسيا لغسيل الكلى	٨٠	٧٠	٢٢	٣	٥٤	٠	١	٣	٢٦	٧	١٤
المجموع	**٦٤٢**	**١٩٥**	**١٢٢**	**٣٨**	**٤٣٥**	**١١**	**٩**	**٥٣**	**٢٤٦**	**١٠١**	**٦٧**

المصدر: بتصرف عن التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

و. مراكز ومستشفيات التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة:

يوجد بمدينة مكة المكرمة عدد من مراكز التنقية الدموية، بعضها يتبع لمستشفيات معينة، وبعضها مستقل يتبع عادة للقطاع الخاص، وهي غالبا ما تكون مراكز خيرية، أسسها أفراد أو جمعيات مستقلة.

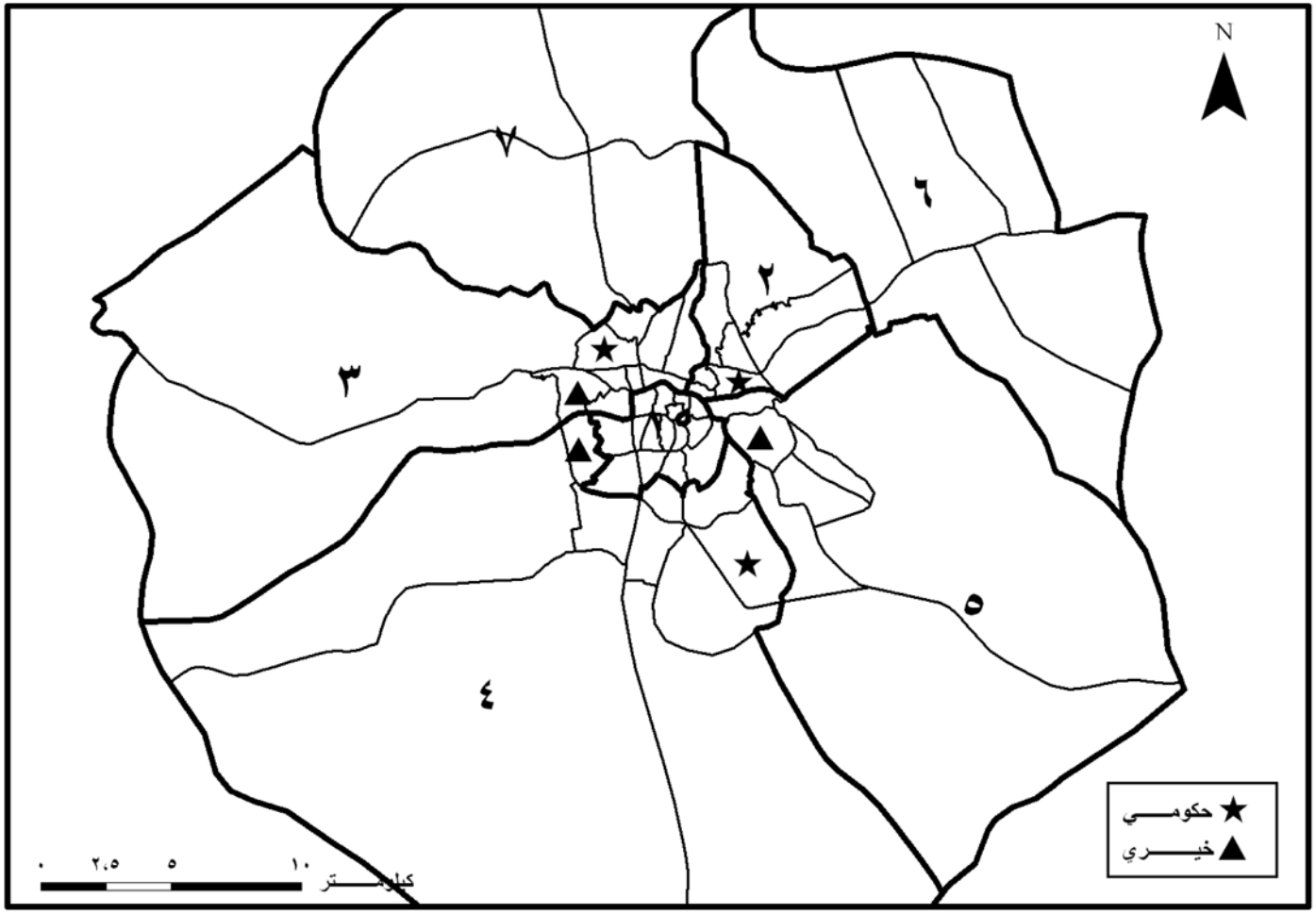
وبشكل عام يبلغ عدد مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة، و المسجلة بمديرية الشئون الصحية بالعاصمة المقدسة (ستة مراكز)، وهي مركز الكلى وضغط الدم بمستشفى النور التخصصي بحي الهجرة، الواقع في نطاق الدائرة الرابعة، ووحدة الغسيل الكلوي بمستشفى الملك عبد العزيز بحي الزاهر، الواقع في نطاق الدائرة الثالثة، ووحدة الغسيل الكلوي بمستشفى الملك فيصل بن عبد العزيز بحي المعابدة بالدائرة الثانية، ومركز آسيا لغسيل الكلى بحي العزيزية الواقع بالدائرة الخامسة، مركز علاج مرضى الكلى الخيري (التكافل) بحي الرصيفة والواقع بالدائرة الرابعة، ووحدة غسيل الكلى بمستوصف الجمعية الخيرية بحي النزهة، والواقع في نطاق الدائرة الثالثة. جدول (٦)، شكل (٨).

جدول (٦) مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة

اسم مركز التنقية	الحي	الدائرة الانتخابية
مركز أمراض الكلى وضغط الدم بمستشفى النور التخصصي	حي الهجرة	الدائرة الرابعة
وحدة الغسيل الكلوي بمستشفى الملك عبد العزيز	حي الزاهر	الدائرة الثالثة
وحدة غسيل الكلى بمستشفى الملك فيصل	المعابدة	الدائرة الثانية
مركز آسيا لغسيل الكلى	العزيزية	الدائرة الخامسة
مركز علاج مرضى الكلى الخيري (التكافل)	الرصيفة	الدائرة الرابعة
مركز الجمعية الخيرية	النزهة	الدائرة الثالثة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٨) مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

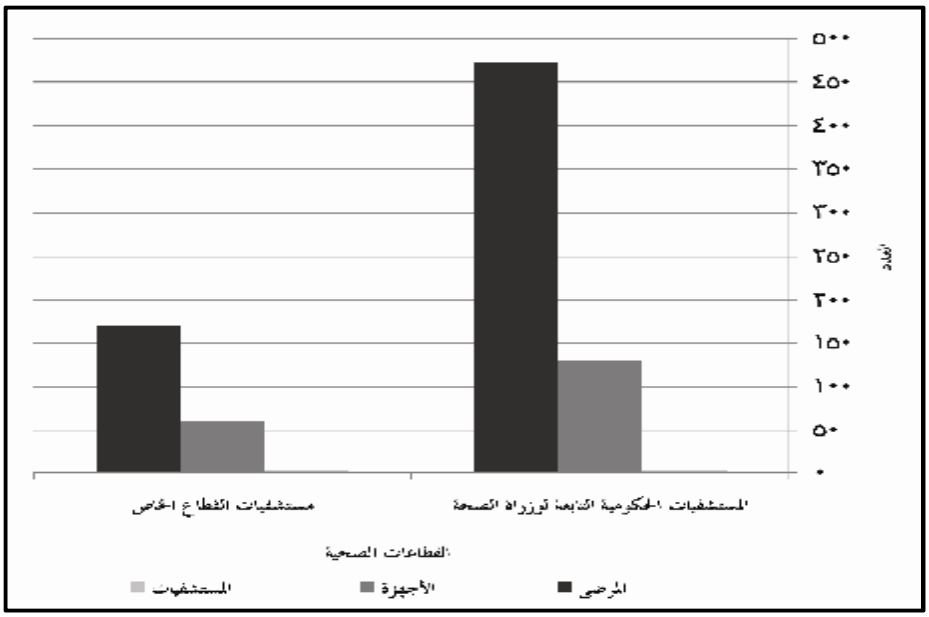
ويبلغ عدد المستشفيات الحكومية منها التي تتبع لوزارة الصحة بمدينة مكة المكرمة (٣) مستشفيات، وهي المركز التابع لمستشفى النور التخصصي، ووحدتا الغسيل التابعتان لمستشفى الملك عبد العزيز ومستشفى الملك فيصل، حيث بلغ عدد الأجهزة في وحدة الكلية الصناعية فيها (١٣٠) جهازاً، يعالج عن طريقها (٤٧٢) مريضاً. في حين بلغ عدد المراكز التي تتبع القطاع الخاص منها (٣) مراكز، وهي مركز آسيا لغسيل الكلى، ومركز علاج مرضى الكلى الخيري (التكافل)، ومركز الجمعية الخيرية، حيث بلغ عدد الأجهزة في وحدة الكلية الصناعية بها (٦٠) جهازاً، يعالج من خلالها (١٧٠) مريضاً ومريضة. جدول (٧)، شكل (٩).

جدول (٧) مراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)

القطاع الصحي	عدد المستشفيات	النسبة	عدد الأجهزة	النسبة	عدد المرضى	النسبة	مريض /جهاز
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة	٣	٥٠	١٣٠	٦٨	٤٧٢	٧٤	٣,٦٣
المجموع الكلي للمستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
المجموع الكلي لمستشفيات القطاع الخاص	٣	٥٠	٦٠	٣٢	١٧٠	٢٦	٢,٨٣
المجموع الكلي لمستشفيات المملكة	**٦**	**١٠٠**	**١٩٠**	**١٠٠**	**٦٤٢**	**١٠٠**	**٣,٣٧**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

شكل (٩) التوزيع العددي لمراكز التنقية الدموية وعدد الأجهزة في وحدات الكلية الصناعية والمرضى المعالجون بها حسب القطاعات الصحية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

يذكر أن (٨١) جهازاً من أجهزة التنقية الدموية المتوفرة بالمدينة موجود في مركز أمراض الكلى وضغط الدم بمستشفى النور التخصصي، حيث يتم عن طريقها تنقية دماء أكثر من نصف المرضى (٣٣٨) مريضاً ومريضة، وذلك من أصل (٦٤٢) من المرضى الذين يقومون بعملية التنقية الدموية بشكل منتظم بمدينة مكة المكرمة، ويتوزعون على مراكز التنقية الدموية المنتشرة بها.

في حين كانت وحدة غسيل الكلى بمستشفى الملك فيصل أقل الوحدات التي تمتلك أجهزة تنقية دموية بنحو (١٠) أجهزة فقط، يتم من خلالها تنقية دماء (٢٠) حالة من حالات مرضى الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة بصورة منتظمة. جدول (٨)، شكل (١٠).

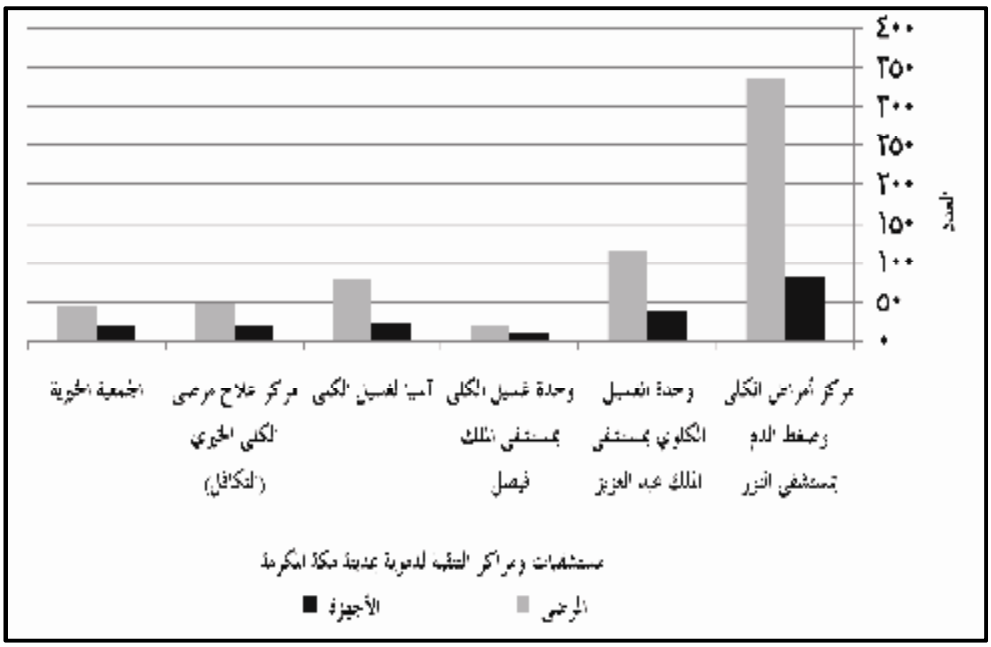
وفي ما عدا تلك المراكز والمستشفيات فتعتبر مراكز تنقية خاصة - كمستشفى علوي تونسي، ومستشفى الدكتور طه عبد الرحمن بخش، ومستشفى باشراحيل- ممن تقدم خدماتها لفئة معينة من المرضى، عادة ما تكون من المرضى المحولين من أقسام وعيادات أخرى بذات المستشفى التي يتبع لها ذلك المركز أو تلك الوحدة.

جدول (٨) مرضى التنقية الدموية والأجهزة في وحدات الكلية الصناعية بمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)

اسم مركز التنقية	عدد الأجهزة	النسبة	عدد المرضى	النسبة	مريض /جهاز
مركز أمراض الكلى وضغط الدم بمستشفى النور التخصصي	٨١	٤٢,٦	٣٣٨	٥٢,٦	٤,١٧
وحدة الغسيل الكلوي بمستشفى الملك عبد العزيز	٣٩	٢٠,٥	١١٤	١٧,٧	٢,٩٢
وحدة غسيل الكلى بمستشفى الملك فيصل	١٠	٥,٢	٢٠	٣.١١	٢
مركز آسيا لغسيل الكلى	٢٣	١٢,١	٨٠	١٢,٤	٣,٤٧
مركز علاج مرضى الكلى الخيري (التكافل)	١٨	٩,٤	٤٧	٧,٣٢	٢,٦١
مركز الجمعية الخيرية	١٩	١٠	٤٣	٦,٦	٢,٢٦
المجموع	**١٩٠**	**١٠٠**	**٦٤٢**	**١٠٠**	**٣,٣٧**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

شكل (١٠) التوزيع العددي لمرضى التنقية الدموية والأجهزة في وحدات الكلى الصناعية بمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة (٢٠٠٥م)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات المركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، (نسخة الكترونية).

ثانيا: الدراسات السابقة:

١. دراسات سابقة للأمراض المختلفة:

اهتم عدد كبير من الباحثين و الأكاديميين بدراسة الأمراض المختلفة، حيث حصل عدد منهم على درجات علمية من خلال دراسات كانت الأمراض محورها الأساسي، فكما كان للجغرافيين الطبيين إسهامات ملحوظة في تسليط الضوء على موضوع الأمراض ومعالجته جغرافيا وبيئيا، كان لعلم الاجتماع الطبي دورٌ فعالٌ في تتبع الأمراض و إبراز أبعادها الاجتماعية المؤثرة فيها، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال العرض التالي:

تناول (الوليعي ١٤١١هـ) في دراسته التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية والعوامل المؤثرة في هذا التوزيع، مع إشارة خاصة لمنطقة إمارة الرياض ومدينة الرياض، هادفا لدراسة التوزيع الجغرافي الإقليمي للأمراض باستخدام بيانات المسح الميداني، ومقارنة ذلك بالبيانات الرسمية الصادرة من وزارة الصحة لإعطاء صورة عامة عن الانتشار الجغرافي للأمراض بمناطق المملكة الجغرافية المختلفة، وتوقيع بيانات بعض الأمراض على خرائط على مستوى المملكة، إضافة إلى تحليل العلاقات بين بعض الأمراض ومسبباتها، من خلال ربطها بعدد من الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، وبيان أثر البيئة الطبيعية خصوصا عند دراسة الأمراض المتوطنة، وقد خلص الباحث في نهاية دراسته إلى نتيجة مفادها أن هناك أربعة عشر مرضا سائدا في المملكة العربية السعودية تحتل أمراض الجهاز البولي- والتي يصنف مرض الفشل الكلوي من ضمنها- المرتبة الخامسة، في حين احتلت أمراض الجهاز التنفسي بحسب المسح الأسري المرتبة الأولى بوصفها أكثر الأمراض انتشارا بمدينة الرياض.

أما (الزهراني ١٤١٤هـ) فقد تناول في دراسة له التغيرات الزمانية والمكانية للإصابة بمرضيّ الحصبة والجديري المائي في المملكة العربية السعودية خلال الفترة ١٩٨١-١٩٩٢م، وقد هدف إلى الإسهام في الجهود الساعية إلى النهوض ببرامج الرعاية الصحية الوطنية، لمكافحة الأمراض المعدية والتحصين للوقاية منها، وقد خلص إلى نتيجة مفادها أن تبايناً هناك في معدلات الإصابة بمرضيّ الحصبة والجديري المائي في المناطق الإدارية بالمملكة العربية السعودية، وأن معدلات الإصابة بهذين المرضين تختلف في المملكة باختلاف الفصول، فترتفع نسبيا في فصلي الشتاء والربيع. إضافة إلى أن هناك اختلافا كبيرا فيما بين تلك المعدلات وبين اتجاهاتها عبر سنوات الدراسة، فيلاحظ أن هناك تزايدا في معدلات الإصابة بمرض الجديري المائي، وفي المقابل فإن هناك تناقصا في معدلات الإصابة بمرض الحصبة، وذلك نتيجة لبرامج التحصين والوقاية من الحصبة المطبقة في المملكة العربية السعودية.

و تناول (المرامحي، ١٤١٧هـ) في دراسته مرض السكر بمدينة جدة التي هدف من خلالها إلى التعرف على التوزع الجغرافي للمرضى المصابين بالمرض بالمدينة، وتحديد الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لهم. وقد خرج بنتيجة مفادها أن معظم الحالات المصابة بمرض السكر في مدينة جدة عائدة في اكتشافها إلى العشرين

سنة الماضية، وأن النمط السائد من المرض فيها هو نمط السكر غير المعتمد على الأنسولين (Niddm) وذلك على مستوى المدينة، و مناطقها التي حددها الباحث بخمس مناطق، هذا وجاء توزع المرضى داخل المدينة بصورة التوزع المتباين، وغير المركز في منطقة واحدة. في حين كان هناك توافقُ بين توزيع المرض ومستويات الأحياء الاجتماعية والاقتصادية، وإن كانت بعض الأحياء قد سجلت نتيجة عكسية فيما يتعلق بالتوافق بين التوزع والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للحي، كما أظهرت الدراسة إن العلاقة بين نمط المرض والخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمرضى ضعيفة مع وجود بعض الاستثناءات.

وفي دراسة أعدها (سلطان ١٩٩٧م) تناول فيها مرض الايدز، كدراسة تحليلية في الجغرافيا الصحية، هدف الباحث لدراسة التوزع الجغرافي لهذا المرض في العالم، وتحليل أسباب التركز الإقليمي له في بيئات دون أخرى، ولمعرفة دور البيئة ممثلا في العوامل الطبيعية والبشرية في ظهوره وانتشاره وتوطنه، وقد خلص لعدة نتائج أهمها أن المرض كما ينتشر في المجتمعات المتقدمة فإنه ينتشر في المجتمعات الفقيرة.

وتعرض (الحميدي ١٤٢١هـ) في دراسته لموضوع الجغرافيا الطبية في منطقة الرياض بهدف الكشف عن مسببات الأمراض البيئية طبيعية كانت أم بشرية، وتحديد العوامل المؤثرة في انتشار الأمراض بالمنطقة، وكذلك الكشف عن الصور التوزعية للأمراض الأكثر انتشارا بها، ودراسة مدى كفاءة التقسيم الإداري الصحي الحالي للمنطقة، ومدى صلاحه أساسا لتحديد الأقاليم المرضية.

وقد خرج بعدد من النتائج كان من أهمها والذي يتعلق بهذه الدراسة أن الإصابة (بالتهابات مجرى البول) تنخفض بشكل عام في مدينة الرياض، ومنطقتي السليل، وحريملاء. وأن درجات الإصابة بهذا المرض تنخفض في مناطق وترتفع في مناطق أخرى. إضافة لتوصله إلى أن درجة الإصابة (بارتفاع ضغط الدم) قد انخفضت في كل من مدينة الرياض، ومنطقة الخرج. بينما ارتفعت في مناطق رماح، والأفلاج، والمجمعة، وحريملاء، وارتفعت ارتفاعا كبيرا في منطقتي ضرما، والحريق.

ودرس (أمان، ١٤٢٢هـ) الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت، هادفا إلى تحليل العوامل البيئية المؤثرة في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في دولة الكويت، ودراسة المؤشرات الإحصائية لهذه الأمراض وحجم وفياتها بين المواطنين والمقيمين في الدولة، ولمحاولة التعرف على مدى التباين في التوزع الجغرافي لأمراض القلب والأوعية الدموية في المناطق الصحية بمحافظات الكويت.

وقد خرج بنتائج أهمها أن للعوامل المناخية السائدة في دولة الكويت أثراً غير مباشر في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وذلك من خلال تأثيرها في الحد من ممارسة الرياضة كرياضة المشي في الأجواء المكشوفة طوال العام، كما لاحظ أن أهم أسباب الوفاة بأمراض القلب والأوعية الدموية عائد إلى نقص وصول الدم للقلب، يليه ارتفاع ضغط الدم، وأن معدلات الوفيات في الذكور أكثر منها في الإناث طوال الفترة الممتدة من عام ١٩٨٠م إلى عام ١٩٩٥م، و أن غالبية تلك الوفيات بين سكان الكويت بسبب هذا

المرض تنحصر في الفئات العمرية (٤٥-٦٤) و (٦٥-٨٤) عام . مشيرا إلى أن منطقة حولي الصحية كانت أعلى المناطق تسجيلا لعدد الوفيات بالمرض بدولة الكويت.

في حين ذلك درس (عبد الجليل ٢٠٠٣م) التحول الوبائي في دولة الإمارات العربية المتحدة، هادفا من خلال دراسته إلى تحليل التغير في بيئة المرض في دولة الإمارات العربية المتحدة خلال ثلاثين سنة، والعوامل البيئية والبشرية التي كانت وراء التحول في تلك البيئة، إضافة إلى إلقاء الضوء على تطور نظم الرعاية الصحية في الدولة في تلك الفترة، واستخلاص الأبعاد التي يمكن لها المساهمة في جعل الصحة جزءا من التنمية المستدامة في الدولة، وذلك بتفاعل قطاع الصحة مع بقية القطاعات في منطقة الدراسة. وقد توصل الباحث في نهاية دراسته إلى إثبات صحة فرض الدراسة الرئيس القائل بأن نمط الأمراض في دولة الأمارات يتحول من نمط أمراض المرحلة الأولى وهي الأمراض المعدية والوبائية، إلى نمط أمراض المرحلة الثالثة وهي الأمراض المزمنة.

وقد عرض (جابر، ٢٠٠٤م) في دراسة له عن مرض السرطان في دول الخليج العربية "دراسة في الجغرافية الطبية"، هادفا إلى التعرف على الأنماط المكانية والإحصائية لمرض السرطان في منطقة الخليج العربي، وتحليل التباين المكاني للإصابة بهذا المرض على مستوى المنطقة. وقد توصل في ختامها إلى أن نمط مرض السرطان في منطقة الخليج العربي إنما هو نتاج البيئة الطبيعية والبشرية، إضافة لذلك ظهر ارتباط أنواع السرطان في المنطقة بالأبعاد الجغرافية و الديموغرافية السائدة بها، والتي جعلت من نمط المرض فيها نمطا فريدا (unique) يختلف عن كثير من أقاليم العالم وخاصة الصناعية منه.

وتطرقت (عمر، ٢٠٠٤م) في جزء من كتابها لموضوع المرض والعشوائيات، هادفة من خلال دراستها الاجتماعية إلى التركيز على ظاهرة المرض في المناطق العشوائية بصفة عامة، وبمدينة الإسكندرية بجمهورية مصر العربية بصفة خاصة، وقد توصلت في ختامها إلى أن أهم الأمراض ذات الأبعاد الاجتماعية المنتشرة في تلك المناطق ترتبط بتدني المستويات الاجتماعية والبيئية بها، و أن أهم العوامل المؤدية للأمراض في تلك المناطق، هي العوامل البيئية المتمثلة في البيئة الطبيعية، والبيئة الجيولوجية، والبيئة البيولوجية، والبيئة الاجتماعية والثقافية، كما أن لعادات وتقاليد المجتمع، والمستوى الاقتصادي ومستوى التعليم وحجم الأسرة، وحالة السكن دورا في انتشار الأمراض في تلك المناطق، وقد جاءت أمراض المخالطة (Contact Disease) ممثلة في أمراض الجرب والتقمل، والتهاب الجلد البرغوثي، والأمراض التي تحملها الناقلات، وأمراض التلوث البرازي، ممثلة في مرض الإسهال، والتهاب الكبد الفيروسي، وأمراض الديدان، والأمراض الناتجة عن مخالطة الحيوانات، والأمراض المنقولة بالهواء، والأمراض الطفيلية وأمراض الفقر، أهم الأمراض التي تنتشر في تلك المناطق.

٢. دراسات سابقة لمرض الفشل الكلوي:

تتنوع الدراسات التي تناولت مرض الفشل الكلوي ولكنها تندرج في مجملها ضمن المجال الطبي البحت، الذي قد لا يفيد الدراسات الجغرافية بشكل مباشر، سوى في التعرف على طبيعة المرض والمشكلات المرتبطة

به، في حين يمكن القول إن مرض الفشل الكلوي أو أحد نوعيه، لم يعالج - على حد علم الباحثة - جغرافيا سواء لدى الذكور أو الإناث أو كليهما معا، على المستوى الأكاديمي، أو على مستوى الرسائل العلمية في مرحلتي الماجستير والدكتوراه، في المملكة أو أحد مناطقها أو مدنها، فرغم أن إحدى الدراسات التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها في هذا الصدد جغرافية، إلا أنها مطبقة خارج المملكة، في حين أن باقي الدراسات تعرض للمرض من وجهة نظر طبية ونفسية، ويمكن عرض هذه الدراسات على النحو الآتي:

تناول (متولي، ١٤١٥هـ) في دراسة طبية معدلات حدوث وانتشار وأسباب الفشل الكلوي المزمن في منطقتي المدينة المنورة وجيزان من المملكة العربية السعودية، أفادت في نتائجها أن معدل حدوث المرض يزيد في منطقة جيزان عنه في منطقة المدينة المنورة بواقع (١٨٩ حالة) لكل مليون شخص في منطقة جيزان، خلال الفترة من (١٨ فبراير-١٨مارس ١٩٩٠)، مقابل (٦٥ حالة) لكل مليون نسمة في منطقة المدينة المنورة، خلال الفترة (١٨ فبراير-١٨ مارس ١٩٨٨م)، وبمعدل انتشار بلغ في منطقة جيزان (١٧٤حالة) لكل مليون نسمة، مقابل (٨١ حالة) لكل مليون نسمة لمنطقة المدينة، لذات الفترتين.

كما أفادت الدراسة أن داء السكري كان السبب الأول لحدوث الإصابة بالمرض في منطقتي الدراسة، بنسبة (٤١.٩ %) في منطقة المدينة، وبنسبة (١٢.٥ %) في منطقة جيزان، و أن الاختلاف في نسب حدوث المرض، ومعدلات انتشاره بين المنطقتين عائد إلى جغرافية المنطقة ونوعية الطعام الذي يتناوله السكان، وقد لوحظ أن أهالي منطقة جيزان يعتمدون على الآبار والمياه السطحية، في شربهم، حيث نسبة الكالسيوم العالية، والتي تؤدي إلى تكون الحصى، مما يؤدي لزيادة حالات الإصابة بالمرض.

وعرض اللحياني (١٤١٦هـ) في دراسة نفسية له للمرض تحت عنوان مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة – جدة – الطائف)، وقد خرج في ختام الدراسة بنتائج عدة أهمها أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي المزمن والأشخاص غير المصابين به في الاكتئاب وقلق الموت لصالح المرضى بشكل عام، ولصالح المريضات منهم بشكل خاص. كما وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في الاكتئاب وقلق الموت تبعا للسن والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.

أما (اللبان، ١٩٩٩م) فقد عرض في جزء من دراسته المتعلقة بالصحة والبيئة في التخطيط الطبي، لأمراض الجهاز البولي من ضمنها مرض الفشل الكلوي، في محافظة أسيوط بجمهورية مصر العربية، وقد خلص الباحث إلى نتيجة تفيد بزيادة نسبة مرضى المسالك البولية والكلى في مصر عموما، وهي من المسببات الأساسية للحالات المرضية فيها، و أن أمراض الجهاز البولي والتناسلي تساهم كمسبب للوفاة في الإناث في الفئة العمرية ١٥-٤٥ سنة، بنسبة (٧ %) من جملة الوفيات في منطقة الدراسة.

وفي مسح طبي لمنظمة الصحة العالمية قام (A.Batieha. et al.2003) بإجرائه على مرضى الفشل الكلوي المزمن في الأردن، بهدف تقييم وبائيات مرض الفشل الكلوي المزمن، والعبء الناجم عن عمليات غسيل

الكلى في المملكة الأردنية، وقد شمل جميع مرضى التنقية الدموية فيها، والبالغ عددهم (١٧١١) مريضاً، كان من أهم نتائجه أن نسبة المصابين بالمرض من الذكور تفوق نسبة المريضات منهم، حيث بلغ عدد الذكور (٩٥٧) مريضاً، بنسبة (٥٥,٩ %) من إجمالي المرضى، أما عدد المريضات فقد بلغ (٧٥٤) مريضة، بنسبة (٤٤.١ %) من إجمالي الحالات. ووفقا لخصائص المرضى بلغ متوسط أعمارهم (٤٨.٩) عاماً وأن (٢٨%) منهم أميون، وتبلغ نسبة العاطلين منهم عن العمل (٨٦,٨ %) أما بسبب التقاعد أو عدم شغل أي وظيفة. في حين أظهرت النتائج أن داء السكري كان السبب الرئيس وراء إصابة (٢٩,٢ %) من الحالات بالمرض، وأن ما نسبته (٩٦ %) من المرضى قد سجلت فحوصات دماؤهم نتائج سلبية للإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي من الفئة (ب)، في حين سجلت فحوصات دماء (٧٨ %) من المرضى نتائج سلبية للإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي فئة (ج)، بينما سجلت النسبة الباقية وهي (٤ %) و (٢١ %) نتائج ايجابية للإصابة بالمرض من الفئتين على التوالي.

وفي دراسة قامت بها (عوض الله، وآخرون، ٢٠٠٧م) تحت عنوان برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستصفاء الكلوي، شملت ٤٠ من المرضى الخاضعين للتنقية الدموية و٤٠ من الأصحاء كعينة شاهدة، بمحافظة الفيوم بجمهورية مصر العربية، كان من أهم أهدافها دراسة الحالة الانفعالية والمعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بالأصحاء، و التوصُّل إلى أنسب البرامج لمحاولة إحداث التوافق النفسي والمعرفي للمرضى مع التغيُّرات البيئية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي، وذلك لمحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية لهذه المتغيرات على المرضى.

وقد خرجت الدراسة في نهايتها بعدد من النتائج المهمة حيث أشارت إلى أن هناك فروقاً احصائية بين درجات عينة المرضى والأصحاء على مقياس التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الأصحاء، كما اتضح أن حجم تأثير المرض على المرضى يتضح عن طريق تغير في السلوك ينسحب بسببه المريض من الأنشطة الاجتماعية المعتادة ويكون أقل إنتاجية ويتكون لديه شعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس، ويقل دخله بسبب تركه للعمل لعدم قدرته الجسمية، مما ينتج عنه نشوء مشكلات أسرية ومجتمعية ومهنية وذاتية وصحية، تؤدي لعدم توافقه النفسي والاجتماعي. في حين أشارت الدراسة إلى تأثر الحالة المعرفية لدى مرضى الفشل لكلوي المزمن تتمثل في ضعف الانتباه وضعف الذاكرة و التركيز.

٣. دراسات سابقة للطب الشعبي:

تنضوي معظم الدراسات التي تتعلق بهذا الجانب والتي تمكنت الباحثة من الحصول عليها، تحت مفهوم علميّ الأنثربولوجيا الطبية، والاجتماع الطبي، أما الدراسات الجغرافية العربية منها على وجه الخصوص في هذا الجانب فهي – على حد علم الباحثة – أبحاث قليلة جدا، وبالعموم يمكن استعراض الدراسات المتوفرة على النحو الآتي:

عرض (الجوهري، ١٩٩٠م) في جزء من كتابه لدراسة بعض مظاهر التغير في مجتمع غرب أسوان: دراسة أنثربولوجية لأحد المجتمعات النوبية، والتي هدف منها الوصول لفهم متكامل لطبيعة الحياة في مجتمع البحث، وأبعاد هذه الحياة ومعالم النشاط الإنساني المختلفة فيه، وذلك إضافة لمحاولة فهم ديناميات التغير الثقافي في هذا المجتمع. تناول من خلالها مصادر البيئة المحلية لمجتمع غرب أسوان وعلاقتها بالطب الشعبي، حيث أشار في هذا الجزء لتفاعل الخبرة البشرية في هذا المجتمع والبيئة المحيطة به. إذ توفر هذه البيئة أنواعاً متعددة من المصادر التي يمكن الاعتماد عليها في المعالجة الطبية الشعبية. موضحا أن هناك تفاعلا بين الطب الشعبي و عناصر التراث الأخرى كالرقية أو الأعمال السحرية، مما يعكس الصلة بين الطب الشعبي وبين الأدب الشعبي في هذا المجتمع. كما عرض لعدد من مظاهر الطب الشعبي لدى مجتمع غرب أسوان من وصفات شعبية تزيل الآلام، وطرق معالجة الجروح والكسور، وخبرات هذا المجتمع في شفاء بعض الأمراض. واختتم دراسته بعرض للتغيرات التي طالت الممارسة الطبية الشعبية لدى مجتمع الدراسة، من خلال ازدياد اعتماد هذا المجتمع على الطب الرسمي مباشرة دون الرجوع للطب الشعبي خاصة في حالة عجزهم عن مداوة بعض الأمراض كالحمى أو الأمراض الطارئة.

عرضت (شكري، ١٩٩٠م) للطب الشعبي بوصفة عنصراً من عناصر الثقافة والمعتقدات الشعبية، وذلك في دراستها المعنونة بدراسات ميدانية لثقافة بعض المجتمعات المحلية في المملكة العربية السعودية، والتي هدفت إلى الكشف عن المنشأ التاريخي لمختلف عناصر التراث الشعبي وصولا إلى فهم التطور الذي قطعه كل عنصر من تلك العناصر. وتذكر الباحثة فيما يتعلق بالطب الشعبي أن هذا النوع من الطب يشهد تراجعا واضحا في المملكة، وذلك أمام الطب الحديث خصوصا مع توفر الخدمة الطبية الحديثة، حيث تعمل الأخيرة على إضعاف الممارسات الطبية الشعبية، التي تأخذ وقتا أطول في العلاج، أو تخفق أحيانا بشكل تام في تحقيق العلاج المطلوب. مع الإشارة إلى أنه ومع التحول الواسع النطاق والسريع الإيقاع وجد أن هناك حالاتً لازالت في الغالب الأعم تعالج بالأساليب الطبية الشعبية.

٤. دراسات سابقة لمنطقة الدراسة:

تعتبر مدينة مكة المكرمة من المدن السعودية التي نالت حظا وافرا من الدراسات الجغرافية، وغير الجغرافية، التي عالجت عدداً من المشكلات المتعلقة بها، من زوايا مختلفة، ونواحي متعددة، تم في بعض منها التركيز على الأبعاد المكانية للظواهر، وفي أحيان أخرى تم التركيز على الأبعاد الموضوعية لها، أو على الأبعاد الزمانية. في هذه الدراسة تم الاستفادة من عدد من تلك الدراسات خاصة في البعدين الأوليين، على النحو الآتي:

تناولت (الجابري، ١٤١١هـ) في دراستها الجغرافية مورفولوجية مدينة مكة المكرمة الاجتماعية، هادفة لتحديد المناطق الاقتصادية والاجتماعية بالمدينة، وإعطاء صورة واضحة للنطاقات الاقتصادية والاجتماعية بها،

ومعرفة الأوضاع العامة لكل نطاق من تلك النطاقات، ودراسة الخصائص السكان داخل كل نطاق من تلك النطاقات، وتطبيق النظريات العامة المتعلقة بتحليل المناطق الاقتصادية والاجتماعية عليها.

وتلخصت أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة في أنه بالإمكان تقسيم منطقة الدراسة إلى ثلاث مناطق اجتماعية واقتصادية متمايزة هي، منطقة القلب القديم وتمثل هذه المنطقة المناطق الاجتماعية والاقتصادية دون المتوسط العام للمدينة، وتشمل أحياء أجياد، شعب عامر، جرول، الشبيكة، وسوق الليل، القرارة، النقا والجميزة، حارة الباب، الشامية، المسفلة، الطندباوي، الهنداوية، السليمانية. والمنطقة الانتقالية وتمثل الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة، وتشمل أحياء الفيصلية والمعابدة والعتيبية والقشاشية، ومنطقة الأطراف، وتمثل هذه المنطقة الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية العالية وتشمل أحياء العزيزية و النزهة والزاهر والزهراء والتنعيم و الرصيفة والشرائع و العوالي والهجرة.

و عرضت (نقلي، ١٤١٩هـ)، في دراسة نفسية لمشكلات المرأة السعودية في مرحلة وسط العمر، كدراسة ميدانية في مدينة مكة المكرمة، وقد هدفت من خلالها إلى الكشف عن المشكلات التي تعاني منها المرأة السعودية بالمدينة في مرحلة وسط العمر، وإلى التفاوت في أهميتها، والتعرف على المجالات المختلفة التي تكثر فيها تلك المشكلات من حيث الأهمية والشيوع، كما هدفت لاقتراح بعض الحلول أو الوسائل العلاجية لها، والتي يمكن أن تسهم في إفادة المرأة في هذه المرحلة العمرية، ومن يتعامل معها من أفراد أسرتها والمجتمع. وقد أظهرت الدراسة في أهم نتائجها أن هناك اختلافا في ترتيب المجالات التي تكثر فيها المشكلات بين النساء السعوديات في مرحلة وسط العمر في مدينة مكة المكرمة، حسب أهميتها وشيوعها، وقد احتلت المشكلات الصحية المرتبة الثالثة من حيث أهم الأزمات التي تواجه المرأة في هذا السن، إضافة لإظهار الدراسة اختلاف النساء المتزوجات عن غير المتزوجات في مرحلة وسط العمر وذلك في طبيعة المشكلات التي تواجه كلا الفئتين.

و عرض (كتبي، ١٤٢٤هـ) في دراسة له لأثر الوظيفة الدينية على استخدام الأرض في مكة المكرمة، متتبعا من خلالها أثر الوظيفة الدينية على التغيرات التي طرأت على استخدام الأرض في مراحل زمنية متعاقبة، مع التركيز على الفترة الحالية، محاولا التعرف على المشكلات الأساسية مثل الطلب على الأرض في المدينة، وتحديد أنواع الاستخدامات الرئيسة المختلفة فيها، وربط المراحل المتتالية للتنمية والتطوير في المدينة، والتغيرات التي طرأت على الأرض نتيجة لذلك. وقد خرج الباحث بعدد من النتائج كان أهمها أن أهم فترات النمو التي مرت بمدينة مكة المكرمة وهي الفترة التي شهدت وضع أول مخطط لاستخدامات الأراضي بالمدينة كانت فترة الطفرة البترولية التي مرت بالمملكة. و أن وظيفة المدينة المقدسة أسهمت بعدة عوامل - عرضها الباحث- في وجود النمط الحالي لاستخدام الأرض بها.

أما (المطرفي، ١٤٢٦هـ) فقد تناول في دراسته جغرافية السرقة في مدينة مكة المكرمة، بهدف تعرف جرائم السرقة والتوزيع المكاني والزماني لها في مدينة مكة المكرمة، إضافة لتعرف خصائص الجرائم والمجرمين والعلاقة بينهما في ذات المدينة. وقد خرج في ختامها بنتائج أهمها أن هناك تباينا واضحا في التوزيع الجغرافي

لجرائم السرقة في مناطق الدراسة الخمس التي حددها الباحث داخل مدينة مكة المكرمة، وإن كانت الجرائم قد تركزت بشكل أوضح في كل من المنطقة الأولى والثالثة والخامسة. وظهر أن جرائم النشل وسرقة السيارات قد احتلتا أولى المراتب من حيث أنواع السرقة بنسبة (٢٧ %) و (٢١ %) على التوالي، في حين شكلت جرائم السلب أقل الأنواع انتشارا في المدينة بنسبة (٧,٦ %).

ودرست (مطاعن، ١٤٢٨هـ) مدينة مكة المكرمة من خلال بحث تناول جغرافية تسول النساء والأطفال في المدينة، بهدف التعرف على أنماط التوزع المكاني للمتسولين من النساء والأطفال في مدينة مكة المكرمة، وتحديد مناطق تركزهم. ومعرفة خصائصهم الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، ومدى علاقة هذه الخصائص بممارسة التسول. إضافة لاهتمامها بالتعرف على خصائص ظاهرة تسول النساء والأطفال في مكة، من حيث إبراز عدد من المتغيرات الخاصة بها.

وقد توصلت في ختامها إلى نتائج تفيد بتباين التوزع الجغرافي للمتسولين حسب الخصائص العامة لظاهرة التسول داخل مناطق الدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة، و إن كان تركزهم قد ظهر بشكل أوضح في كل من الدائرتين الأولى والرابعة. وأفادت النتائج كذلك باشتراك المتسولين من النساء والأطفال في مدينة مكة المكرمة بشكل عام في عدد من الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية، حيث يتميزون بأنهم من الجنسيات غير السعودية، إضافة لانخفاض مستوياتهم التعليمية، إضافة إلى أن غالبية المتسولات منهن من المتزوجات، مع تباين مستوى دخولهم الشهرية بشكل عام. ومن الجدير ذكره أن هذه الدراسة هي أول دراسة – على حد علم الباحثة – تعتمد الدوائر الانتخابية كأساس جغرافي لدراسة الظاهرة موضوع الدراسة بالمملكة العربية السعودية وبمدينة مكة المكرمة، وهو ذات الأساس الذي اعتمدته الدراسة الحالية في تناول جغرافية مرض الفشل الكلوي المزمن لدى الإناث بالمدينة.

من خلال العرض السابق يمكن القول إن الدراسات المعروضة سابقا قد تفيد هذه الدراسة من حيث إمكانية تزويدها بتصور مبدئي لما يمكن أن تكون عليه، و بما تضفيه عليها من فوائد عدة يتمثل بعضها في النواحي النظرية والتطبيقية. في حين تتمثل فائدة دراسة كهذه في كونها إضافة مطلوبة - من وجهة نظر شخصية - تلقي بالضوء على الأبعاد المكانية لظاهرة مرض لم يلقَ الاهتمام المأمول من هذه الزاوية، وتأثر تلك الأبعاد بخصائص المريضات الاجتماعية والاقتصادية. كما يعتبر تركيز هذه الدراسة على فئة الإناث "النساء" خطوة جديدة للأبحاث الجغرافية على مستوى المملكة، التي تعتمد عادة على مجتمع دراسة شامل لكافة الفئات السكانية، وهو ما يظهر في معظم الدراسات السابقة الواردة في هذه الدراسة.

بالإضافة لتغطيتها لجوانب لم تحاول دراسات عربية سابقة في هذا المجال تغطيتها - وذلك على حد علم الباحثة - وهي خبرات المريضات في استخدام الطب الشعبي، وتوزع ذلك الاستخدام مكانيا. كما تعتبر هذه الدراسة في مجملها دراسة تكميلية لعدد من الدراسات التي أهمها دراسة (المرامحي، ١٤١٧هـ) كونه من المعروف طبيا أن هذا المرض يعتبر أحد المسببات الرئيسة للإصابة بمرض الفشل الكلوي.

في الفصلين القادمين سيتم التعرف على عدد من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة وربطهما بأساسين مكانيين، هما مواقع سكن المريضات، و مواقع العلاج "مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة"، ومناقشة ذلك من منظور جغرافي كل على حدة، وذلك على النحو الآتي لاحقا.

الفصل الثالث

التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع السكن بمدينة مكة المكرمة

أولا: التوزع الجغرافي لمواقع سكن المريضات.

ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

١. الخصائص الاجتماعية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن

٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن

٣. الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن

ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقع السكن.

التوزع الجغرافي للمريضات
حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع السكن

نوقش في الفصل السابق الأسس النظرية لموضوع الدراسة، كأساس لما سيتم مناقشته في هذا الفصل من خصائص اجتماعية واقتصادية وصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، من منظور مكاني يعتمد على مواقع سكنهن وتوزعهن فيها، وذلك لأهمية التعرف على ارتباط الأبعاد المكانية بالسمات المقترنة بإصابة المرضى بالمرض أيا كان نوعه. من خلال تأثيراتها المباشرة و غير المباشرة على صحة الإنسان، والتي تؤدي لاعتلالها، إضافة للتعرف على تأثيرها وتأثرها بالمكان الذي وجدت فيه.

ويمكن لذلك أن يتم من خلال استعراض عدد من المؤشرات المرتبطة بتلك الخصائص، والتي تميز المرضى المصابين بالأمراض المختلفة عموما ومرض الفشل الكلوي المزمن - موضوع الدراسة - على وجه الخصوص. لذا جاء هذا الفصل كمحاولة لاستقراء التوزع المكاني للمريضات داخل أحياء منطقة الدراسة، و توزعهن داخل الدوائر الانتخابية التابعة لها، تبعا لتلك الخصائص، وذلك على النحو الآتي:

أولا: التوزع الجغرافي لمواقع سكن المريضات:

يعتبر التوزع الجغرافي لمواقع سكن المريضات من الأمور المساعدة على إظهار توزع المرض مكانيا، ومعرفة اتجاههن من و إلى مراكز التنقية الدموية، في رحلة تتكرر عدة أيام في الأسبوع الواحد. حيث تقطع المريضة هذه المسافة من مقر سكنها إلى المركز ذهابا وإيابا، وهي إضافة لأعبائها الصحية عليها، تُحملها اعباءا اقتصادية واجتماعية قد تختلف من مريضة لأخرى، لكنها تؤثر بدورها مع مجمل العوامل الأخرى في تمييزهن بصفات وخصائص مشتركة.

ومن هذه الناحية فقد أكدت بيانات الدراسة تباين توزع المريضات مكانيا في مدينة مكة المكرمة، حيث تمثل ذلك التباين في توزعهن على (٤٣) حياً من أصل (٦٠) حياً، بنسبة تعادل (٧١,٦ %) وهي نسبة تزيد عن ثلثي مجموع الأحياء. أما على مستوى الدوائر الانتخابية فقد جاءت الدائرتان الأولى والثالثة كأكثر الدوائر التي توجد بها المريضات، حيث حصلت الأولى على ما نسبته (٢٤.٧ %)، في حين سجلت الدائرة الثالثة ما نسبته (٢١,١ %) من إجمالي حالات الدراسة لكل منهما. وتوزعت باقي النسب على الدوائر الأخرى.

يذكر أن حي المسفلة الواقع في نطاق الدائرة الأولى سجل نسبة التركز الأكبر للمريضات في تلك الدائرة، بنسبة بلغت (٢٦,٨ %) من إجمالي حالات المسجلة فيها، تلاه في ذلك حي المنصور بنسبة (٢٣,٢ %) من إجمالي الحالات المسجلة فيها كذلك، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها (مطاعن، ٢٠٠٧م) في إظهار توزع

المتسولين جغرافيا، حيث أرجعت الباحثة أسباب ارتفاع نسبة المتسولين فيهما إلى انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهاذين الحيين، وقد يكون في هذا التفسير ما يبرر تركز المريضات في هذه الدائرة فيهما، حيث تنخفض المستويات الصحية تبعا لانخفاض المستويات الاقتصادية والاجتماعية في أي مكان.

أما الدائرة الثالثة التي جاءت ثانية في الترتيب، فقد تركزت المريضات فيها في حيي النزهة، والزاهر بنسبة (٤١,٧ %) و (٢٧,١ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي. ويلاحظ بشكل عام ارتفاع نسبة الإصابة بالمرض في هذين الحيين مقارنة بما سواهما من أحياء هذه الدائرة، حيث لم تتجاوز نسبة المريضات في الحي الذي يليهما في الترتيب (حي العتيبية) عن (١٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. يذكر أن حي النزهة جاء في الترتيب الأول كأكثر الأحياء التي تتركز بها المريضات على مستوى مدينة مكة المكرمة، وذلك بنسبة (٨,٨ %) من إجمالي حالات الدراسة.

وجاءت الدائرة الثانية في الترتيب التالي، بنسبة (١٩,٨ %) من إجمالي حالات الدراسة، وقد مثل حيَّا المعابدة ووادي جليل النسبة الأكبر لتركز المريضات في هذه الدائرة، بواقع (٢٩,٥ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما.

و احتلت الدائرة الرابعة الترتيب الرابع بين الدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة من حيث التوزع الجغرافي للمريضات، مسجلة النسبة الأكبر لوجود المريضات فيها في حي الرصيفة، وذلك بنسبة (٤١,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة في حين توزعت بقية النسب على الأحياء الأخرى الواقعة في نطاقها.

تلتها في الترتيب الدائرة الخامسة بنسبة (٩,٣ %) من إجمالي حالات الدراسة، مسجلة نسبة التمثيل الأكبر لها في حي العزيزية بنسبة تجاوزت نصف عدد الحالات المسجلة في هذه الدائرة، (٥٢,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة.

بينما جاءت الدائرتان السادسة والسابعة في ذيل الترتيب بنسبة لم تتجاوز (٦,٦ %) و (٦,٢ %) لكل منهما على التوالي، وقد جاء أعلى تركز للمريضات في الدائرة السادسة في حي الشرائع بنسبة (٨٠ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين جاء حيَّا العمرة الجديدة و النوارية كأعلى نسبة لوجود المريضات في الدائرة السابعة بنسبة متساوية بلغت (٣٥,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. شكل (١١)، جدول (٩).

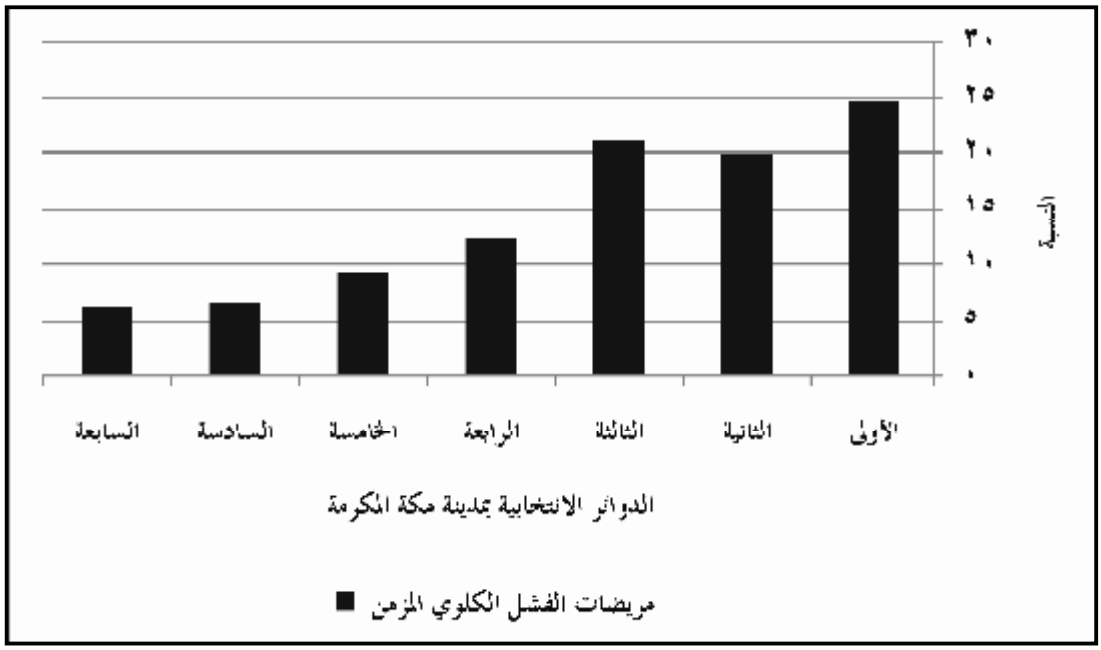
وبشكل عام ومن خلال التوزع الجغرافي للمريضات بمدينة مكة المكرمة يمكن القول إن المرض كما يمكن أن ينتشر في دوائر وأحياء فقيرة، تتسم بمستويات معيشية منخفضة، فإنه ينتشر أيضا في دوائر و أحياء تتسم بمستويات معيشية واجتماعية متوسطة ومرتفعة نسبيا. وإن كان المرض يتركز في الأحياء والدوائر التي تغلب عليها صفة العشوائية، شكل (١٢).

وقد يكون ذلك عائد لوجود مراكز التنقية الدموية في نطاق عدد من تلك الأحياء كأحياء الزاهر والنزهة و الرصيفة والعزيزية، حيث إنه من المتوقع أن يتجه المرضى للسكن بالقرب من مواقع الخدمات الصحية الملائمة

لهم. بحيث يتسنى لهم الانتقال من و إلى مقر السكن في مدة زمنية لا تستغرق وقتا طويلا ويظل هذا موضوعا جديرا بالبحث والدراسة للتعرف على هذه الجوانب.

يذكر أن عددا من الأحياء في مدينة مكة المكرمة قد خلت من وجود مريضات بالفشل الكلوي المزمن في نطاقها، امتاز البعض منها بأنها أحياء طرفية قليلة السكان كأحياء الخضراء و العسيلة و العكيشية و ولي العهد، وحي الملك فهد. ويغلب على البعض منها صفة العشوائية كأحياء القرارة، الروابي، التيسير والسلامة.

شكل (١١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية



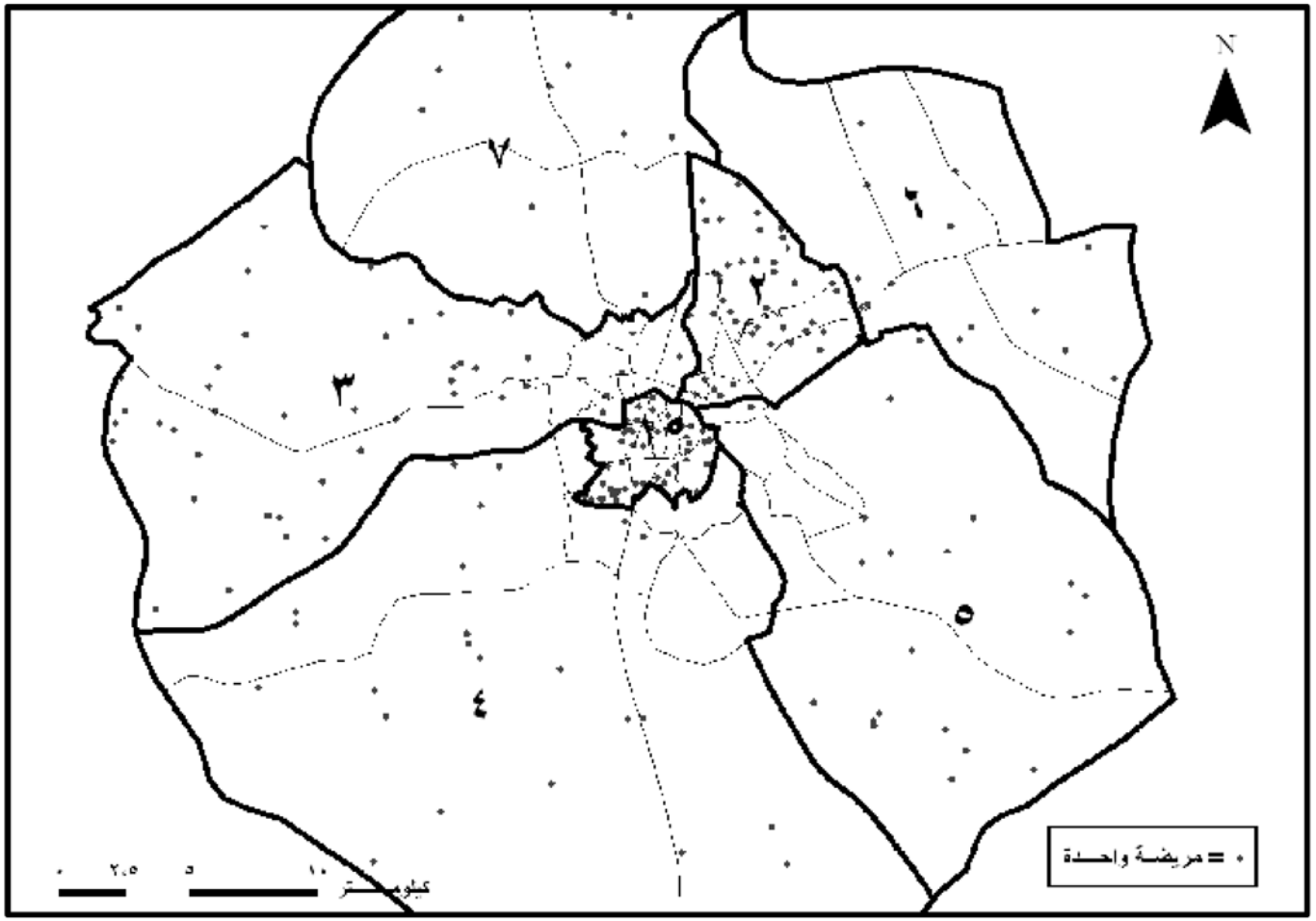
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٩) التوزع الجغرافي للمريضات حسب مواقع السكن في الدوائر الانتخابية والأحياء بمدينة مكة المكرمة

الدائرة الانتخابية	الحي	المصابات بالمرض			
		عدد السكان	عدد الحالات	النسبة إلى حالات الدائرة	النسبة إلى حالات الدراسة
الأولى	المسفلة	٣٣٨٣٢	١٥	٢٦,٨	٦.٦
	جرهم	١٣٩٠٩	٣	٥,٤	١.٣
	الخالدية	٤٧٣٥٦	٤	٧,١	١.٨
	الطندباوي	٤٦٢٢٥	٧	١٢,٥	٣.١
	الهنداوية	٧٠٥٦٤	٣	٥,٤	١.٣
	المنصور	١٥٠٧٨	١٣	٢٣,٢	٥.٧
	جرول	٨٨٢٢	٢	٣,٦	٠.٩
	شعب عامر وعلي	٣٨٤٠	٢	٣,٦	٠.٩
	أجياد	١٢٦٤٣	٤	٧,١	١.٨
	الشبيكة	٢٢٩١٤	١	١,٨	٠.٤
	الهجلة	١٦٥٣٨	١	١,٨	٠.٤
	حارة الباب	٥١٨٥	١	١,٨	٠.٤
	المجموع	٢٩٦٩٠٦	٥٦	١٠٠	٢٤.٧
الثانية	السليمانية	٥٣٧٩	١	٢,٣	٠.٤
	الجميزة	١٢٤٧٦	١	٢,٣	٠.٤
	ربع ذاخر	٢٦٨٠٣	١	٢,٣	٠.٤
	الخنساء	٣٣٧٤٦	٥	١١,٤	٢.٢
	المعابدة	٣١٣٨٧	١٣	٢٩,٥	٥.٧
	العدل	٢٤٠٩٣	٥	١١,٤	٢.٢
	جبل النور	٣٥٩٢٥	٥	١١,٤	٢.٢
	وادي جليل	٣١٨٤٠	١٣	٢٩,٥	٥.٧
	المجموع	٢٠١٦٤٩	٤٥	١٠٠	١٩.٨
الثالثة	العتيبية	٣٦٥٥٧	٨	١٦,٧	٣.٥
	الحجون	٢٤٩٣٥	١	٢,١	٠.٤
	الشهداء	١٢٦٥٢	٢	٤,٢	٠.٩
	البيبان	٨٣٧٨	٢	٤,٢	٠.٩
	الزهراء	٤٩٨٩٩	١	٢,١	٠.٤
	الزاهر	٣٠٠٠١	١٣	٢٧,١	٥.٧
	الزهة	٢٣١٧٠	٢٠	٤١,٧	٨.٨
	الحمراء وأم الجود	٨٣٢٦	١	٢,١	٠.٤
	المجموع	١٩٣٩١٨	٤٨	١٠٠	٢١.١
الرابعة	كدي	١٠٧٥٤	٣	١٠,٣	١.٣
	الهجرة	٥٤١٨	٣	١٠,٣	١.٣
	بطحاء قريش	٤٧٧٨	١	٣,٤	٠.٤
	الكعكية	٩٩٤١	٣	١٠,٣	١.٣
	الشوقية	٣٠٦٩٠	٧	٢٤,١	٣.١
	الرصيفة	٣٤٠٧٠	١٢	٤١,٤	٥.٣
	المجموع	٩٥٦٥١	٢٨	١٠٠	١٢.٣
الخامسة	الروضة	١٠٧٦١	٤	١٩	١.٨
	العزيزية	١٦٠٥٠	١١	٥٢,٤	٤.٨
	العوالي	٢٥٧٧٧	٥	٢٣,٨	٢.٢
	المشاعر	١١٣٧	١	٤,٨	٠.٤
	المجموع	٥٣٧٢٥	٢١	١٠٠	٩.٣
السادسة	الشرائع	٢٤٩٩٧	١٢	٨٠	٥.٣
	شرائع المجاهدين	٧٦٦٥	٣	٢٠	١.٣
	المجموع	٣٢٦٦٢	١٥	١٠٠	٦.٦
السابعة	البحيرات	٣٣٥٦٥	٤	٢٨,٦	١.٨
	العمرة الجديدة	٢٧٧٨١	٥	٣٥,٧	٢.٢
	النوارية	٩٣٨٥	٥	٣٥,٧	٢.٢
	المجموع	٧٠٧٣١	١٤	١٠٠	٦.٢
إجمالي حالات الدراسة		٩٤٥٢٤٢	٢٢٧	١٠٠	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الدراسة (١٤٢٦هـ).

شكل (١٢) توزع سكن المريضات على الأحياء والدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

تكمن أهمية التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمصابون بمرض ما في قدرة تلك الخصائص على التعريف بمسببات الأمراض غير الفسيولوجية، والتي تؤدي في كثير من الأحيان للإصابة بالأمراض في أماكن بعينها دون غيرها، وبالتالي الإسهام في انتشار المرض في بيئات محددة، وجعل المرضى المصابين يتسمون بصفات اجتماعية واقتصادية وصحية متشابه لحد ما، في ضوء ذلك تناقش الدراسة في هذا الجزء خصائص مريضات الفشل الكُلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، وتحاول التعرف عليها، وربطها بأساس مكاني يعتمد على مواقع سكن المريضات بالمدينة وذلك على النحو الآتي:

١. الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

للتعرف على الخصائص الاجتماعية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، ركزت الدراسة على ستة مؤشرات اجتماعية توضح تلك الخصائص، تتمثل في كل من متغير عمر المريضة، وجنسيتها، وحالتها الاجتماعية، وعدد أفراد أسرتها، وحالتها التعليمية، ومرافقها لمركز التنقية الدموية، وذلك على النحو الآتي:

أ. الجنسية:

كان لدور منطقة الدراسة الديني أثرٌ في تعدد جنسيات مجتمع الدراسة وتنوعها، وذلك بحكم استقطابها لعدد كبير من الحجاج والمعتمرين، الذين يفدون إليها لأداء مناسك الحج والعمرة في كل عام، وذلك إضافة لسكانها الأصليين وللمقيمين فيها.

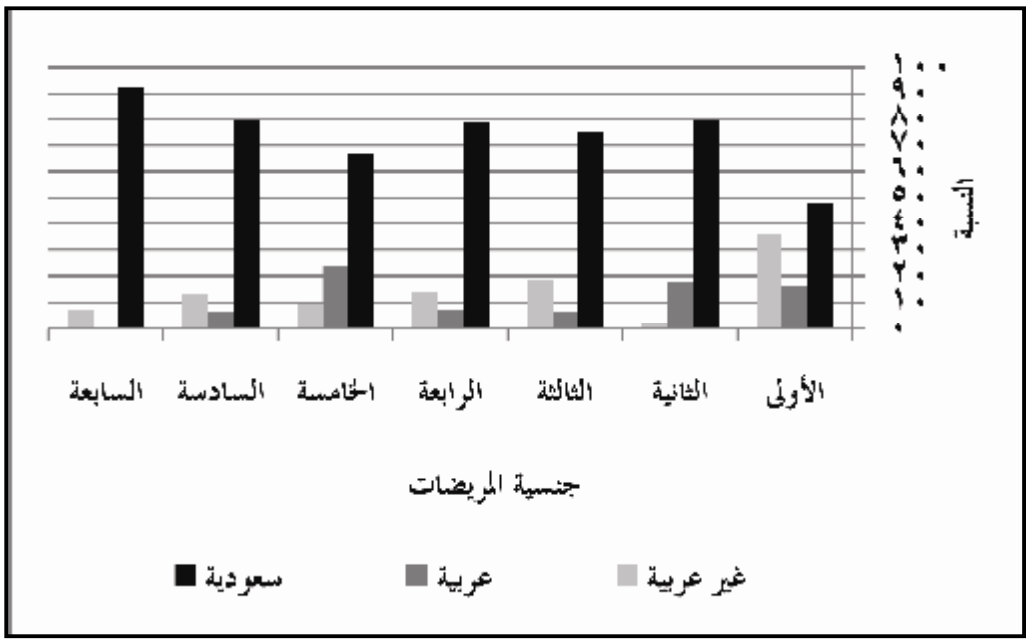
ويلاحظ من خلال بيانات الدراسة تبعا لذلك أن المريضات السعوديات كن أكثر الفئات تمثيلا لهذا المتغير بين الجنسيات الأخرى، بنسبة (٧٠,٥ %) من إجمالي حالات الدراسة. وقد جاءت النسبة الأكبر لوجودهن في الدائرة السابعة، بحوالي (٩٢,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين قاربت أو تجاوزت نسبة وجودهن في الدوائر الأخرى النصف.

تلتهن المريضات من الجنسيات غير العربية، بنسبة (١٧,٢%) من إجمالي حالات الدراسة. وقد جاء أكثر وجود لهن في الدائرة الأولى، بنسبة بلغت (٣٥,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. بينما احتلت المريضات من الجنسيات العربية الترتيب الثالث والأخير بنسبة لم تتجاوز (١٢,٣%) من إجمالي حالات الدراسة. كان في الدائرة الخامسة النسبة الأكبر لوجودهن، بنحو (٢٣,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين لم تسجل الدائرة السابعة أي حالة تمثل لهذه الفئة. شكل (١٣)، جدول (١٠).

وقد يفسر ارتفاع نسبة السكان السعوديين بمنطقة الدراسة مقارنة بغيرهم من المقيمين فيها أو الوافدين إليها، الارتفاع في نسبة الإصابة بين المريضات من الجنسية السعودية مقارنة بغيرهن من المريضات من الجنسيات المختلفة.

وبدراسة العلاقة الارتباطية تشير قيمة مربع كاي (٣٣,٣٠) عند درجة معنوية (٠,٠٠١) إلى وجود فروق جوهرية بين جنسية المريضات ومواقع سكنهن، في حين تدل قيمة معامل كريمر (٠,٢٧) على أن العلاقة بين المتغيرين علاقة متوسطة. جدول (١٦).

شكل (١٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية

الدائرة	التصنيف	الجنسية			
		سعودية	عربية	غير عربية	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٢٧	٩	٢٠	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٨,٢	١٦,١	٣٥,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١١,٩	٤	٨,٨	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٣٥	٨	١	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٩,٥	١٨,٢	٢,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٩	٢٨,٦	٢,٦	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٣٦	٣	٩	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٥	٦,٣	١٨,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥,٩	١,٣	٤	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	٢٣	٢	٤	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٩,٣	٦,٩	١٣,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٤,٤	٧,١	١٠,٣	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١٤	٥	٢	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٢٣,٨	٩,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٢	٢,٢	٠,٨	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	١٢	١	٢	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٠	٦,٧	١٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٣	٠,٤	٠,٨	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	١٣	٠	١	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٢,٩	٠	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٧	٠	٠,٤	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٦٠**	**٢٨**	**٣٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٠,٥**	**١٢,٣**	**١٧,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

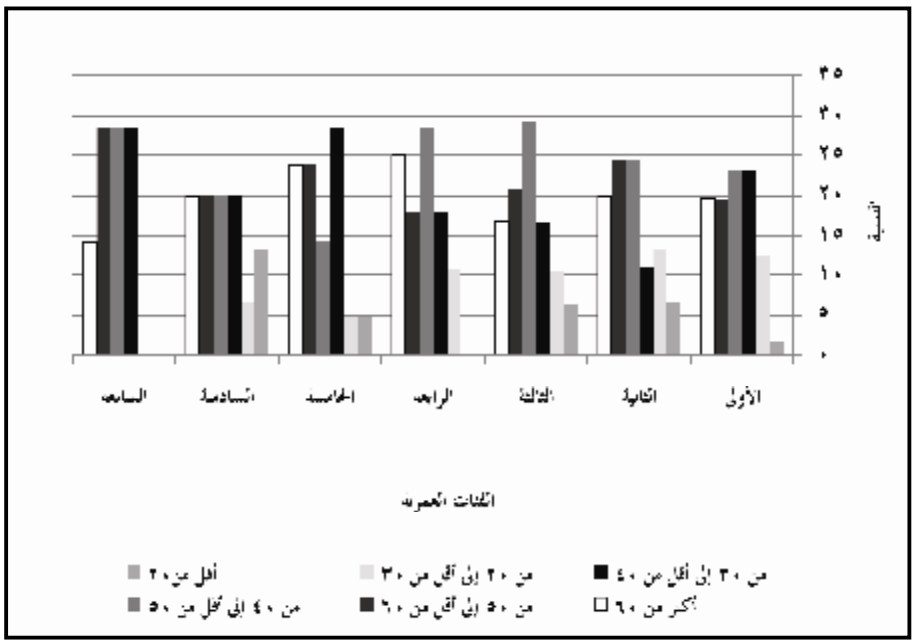
ب. العمر:

تتنوع الفئات العمرية للمرضى بشكل عام، حيث لا تقتصر الإصابة بالمرض بفئة عمرية دون غيرها، وذلك بغض النظر عن تفاوت نسبها، أو تركزها في فئة عمرية محددة. ووفقا لبيانات الدراسة، يلاحظ تركز الإصابة بالمرض بحسب هذا التوزع في المريضات اللواتي تزيد أعمارهن عن (٤٠) سنة، بواقع ١٥٠ حالة، وبنسبة (٦٦ %) وهي نسبة تعادل ثلثي الحالات المسجلة في الدراسة، كانت أعلى الفئات تمثيلا هي الفئة الواقعة بين (٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة)، بنسبة تصل إلى (٢٤,٧ %) من إجمالي حالات الدراسة، وهي ذات النتيجة التي توصل إليها (Batiehha.A, et al, 2003) حيث أشاروا في مسحهم إلى أن متوسط عمر مرضى الفشل الكلوي المزمن بالأردن قد بلغ (٤٨,٩ سنة). هذا وسجلت الدائرة الثالثة نسبة التركز الأكبر للمريضات الواقعة أعمارهن في هذه الفئة، وذلك بنسبة (٢٩,٢%) من إجمالي حالات الدائرة.

وجاءت الفئة العمرية الواقعة بين (سن ٥٠ إلى أقل من ٦٠ سنة) تالية في الترتيب، بنسبة بلغت (٢١,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة. كان للدائرة السابعة نسبة التركز الأعلى لها، بنسبة (٢٨,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (١٤)، جدول (١١).

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين متغير عمر المريضات ومواقع سكنهن تشير قيمة مربع كاي (١٦,٢٦) عند درجة معنوية (٠,٩٨) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، كما تدل قيمة معامل كريمر (٠,١٢) على علاقة ضعيفة بينهما. جدول (١٦).

شكل (١٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية

الدائرة	التصنيف	الفئات العمرية					
		أقل من٢٠ عاماً	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	من ٥٠ إلى أقل من ٦٠	أكثر من ٦٠ عاماً	المجموع
الأولى	عدد الحالات	١	٧	١٣	١٣	١١	١١	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١,٨	١٢,٦	٢٣,٢	٢٣,٢	١٩,٦	١٩,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠,٤	٣,١	٥,٧	٥,٧	٤,٩	٤,٩	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٣	٦	٥	١١	١٠	٩	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٨	١٣,٦	١١,٤	٢٥	٢٢,٧	٢٠,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٠	٢٦,١	١١,٤	١٩,٦	٢٠,٤	٢٠	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٣	٥	٨	١٤	١٠	٨	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٣	١٠,٤	١٦,٧	٢٩,٢	٢٠,٨	١٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٢,٢	٣,٥	٦,٢	٤,٤	٣,٥	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٠	٣	٥	٨	٦	٧	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠,٣	١٧,٢	٢٧,٦	٢٠,٧	٢٤,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٣	١١,٤	١٤,٣	١٢,٢	١٥,٦	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١	١	٦	٣	٥	٥	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤,٨	٤,٨	٢٨,٦	١٤,٣	٢٣,٨	٢٣,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠,٤	٠,٤	٢,٦	١,٣	٢,٢	٢,٢	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٢	١	٣	٣	٣	٣	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٣	٦,٧	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠,٩	٠,٤	١,٣	١,٣	١,٣	١,٣	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٠	٠	٤	٤	٤	٢	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٠	٢٨,٦	٢٨,٦	٢٨,٦	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٠	١,٨	١,٨	١,٨	٠,٩	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٠**	**٢٣**	**٤٤**	**٥٦**	**٤٩**	**٤٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٤,٤**	**١٠,١**	**١٩,٤**	**٢٤,٧**	**٢١,٦**	**١٩,٨**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. الحالة الاجتماعية:

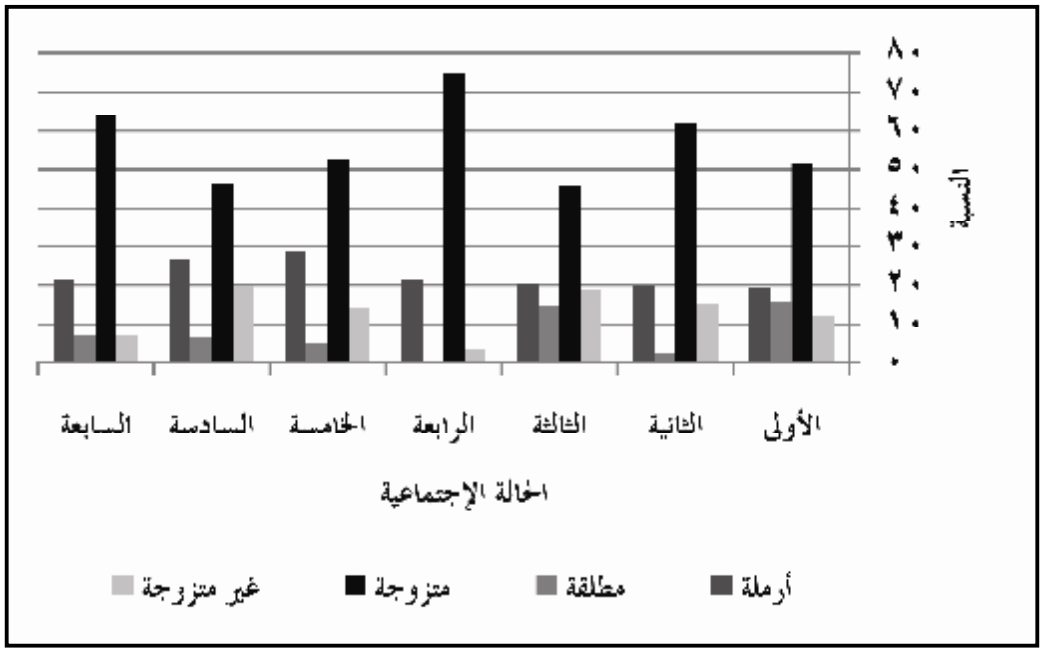
أظهرت بيانات الدراسة وفقا للحالة الاجتماعية للمريضات أن (٥٥,٩ %) منهن متزوجات، حيث شكلت هذه الفئة نحو ثلاثة أرباع الحالات المسجلة في الدائرة الرابعة، في حين قاربت أو تجاوزت النسبة النصف في بقية الدوائر الانتخابية الأخرى.

وجاءت فئة الأرامل في الترتيب التالي، بنسبة (٢١,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة، كانت نسبة وجودهن الأعلى قد سجلت في كل من الدائرتين الخامسة والسادسة، بنحو (٢٨,٦ %) و (٢٦,٧ %) من

إجمالي حالات الدائرتين على التوالي. وتوزعت بقية النسب على الفئات الأخرى للمتغير. شكل (١٥)، جدول (١٢).

ويلاحظ من قيمة مربع كاي (١٩,١٨) عند درجة معنوية (٠,٣٨) عدم وجود فروق جوهرية بين الحالة الاجتماعية للمريضات ومواقع السكن، كما تشير قيمة معامل كريمر (٠,١٦) إلى أن العلاقة بينـــهما علاقـــة ضعيفة. جدول (١٦).

شكل (١٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـــ).

جدول (١٢) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية

الدائرة	التصنيف	الحالة الاجتماعية				
		غير متزوجة	متزوجة	مطلقة	أرملة	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٧	٢٩	٩	١١	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٢,٥	٥١,٨	١٦,١	١٩,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,١	١٢,٨	٤	٤,٨	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٧	٢٧	١	٩	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٥,٩	٦١,٤	٢,٣	٢٠,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٢,٦	٢١,٣	٥	١٨,٤	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٩	٢٢	٧	١٠	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٨,٨	٤٥,٨	١٤,٦	٢٠,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤	٩,٧	٣,١	٤,٤	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	١	٢٢	٠	٦	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣,٤	٧٥,٩	٠	٢٠,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,٢	١٧,٣	٠	١٢,٢	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٣	١١	١	٦	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٥٢,٤	٤,٨	٢٨,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٤,٩	٠,٤	٢,٦	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٣	٧	١	٤	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٤٦,٧	٦,٧	٢٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٣,١	٠,٤	١,٨	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	١	٩	١	٣	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧,١	٦٤,٣	٧,١	٢١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠,٤	٤	٠,٤	١,٣	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣١**	**١٢٧**	**٢٠**	**٤٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٣,٧**	**٥٥,٩**	**٨,٨**	**٢١,٦**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

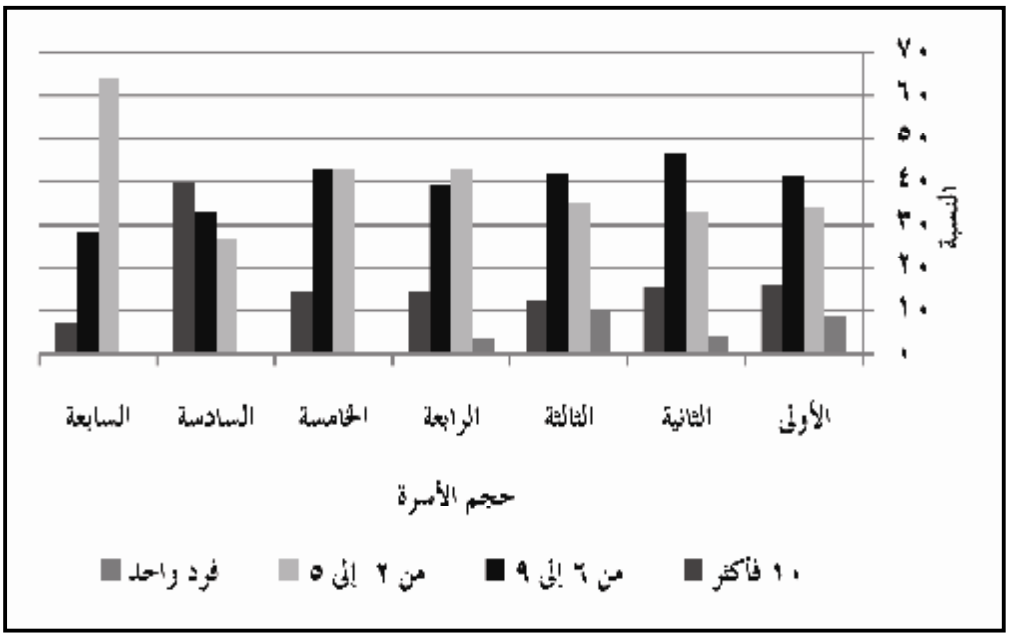
د. حجم الأسرة:

يلاحظ في ما يتعلق بمتغير حجم أسرة المريضات أن نحو (٤١ %) من إجمالي حالات الدراسة، ينتمين إلى أسر كبيرة يتراوح عدد أفرادها من (٦ إلى ٩ أشخاص)، وهي الأسر التي تنتمي لها نحو (٤٧.٧ %) من المريضات القاطنات في الدائرة الثانية.

تلى هذه الفئة فئة المريضات اللواتي ينتمين إلى أسر يبلغ حجمها من (٢ إلى ٥ أشخاص) بنسبة (٣٧,٤%) من إجمالي حالات الدراسة، سُجل أعلى وجود لها في الدائرة السابعة بنحو (٦٤,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة، و تنتمي هذه الفئة للشريحة الأكبر التي تمثل أحجام الأسر بمدينة مكة المكرمة. بينما توزعت بقية النسب على الدوائر الأخرى. شكل (١٦)، جدول (١٣).

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين حجم الأسرة وموقع السكن أشارت قيمة مربع كاي (١٧,٩٤) عند درجة معنوية (٠,٤٥) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، بينما دلت قيمة معامل كريمر (٠,١٦) إلى أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (١٦).

شكل (١٦) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة.



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الدراسة (١٤٢٦هـ).

جدول (١٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة

الدائرة	التصنيف	حجم الأسرة				المجموع
		فرد	٢-٥	٦-٩	أكثر من ١٠	
الأولى	عدد الحالات	٥	١٩	٢٣	٩	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨,٩	٣٣,٩	٤١,١	١٦,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٨,٥	٢٢,٤	٢٤,٧	٢٥	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٢	١٥	٢١	٦	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤,٥	٣٤,١	٤٧,٧	١٣,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥,٤	١٧,٦	٢٢,٦	١٦,٧	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٥	١٧	٢٠	٦	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠,٤	٣٥,٤	٤١,٧	١٢,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٨,٥	٢٠	٢١,٥	١٦,٧	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	١	١٢	١١	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣,٤	٤١,٤	٣٧,٩	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٧,٧	١٤,١	١١,٨	١٣,٩	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٠	٩	٩	٣	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٤٢,٩	٤٢,٩	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٠,٦	٩,٧	٨,٣	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٠	٤	٥	٦	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٢٦,٧	٣٣,٣	٤٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٤,٧	٥,٤	١٦,٧	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٠	٩	٤	١	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٦٤,٣	٢٨,٦	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٠,٦	٤,٣	٢,٨	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٣**	**٨٥**	**٩٣**	**٢٨**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٥,٧**	**٣٧,٤**	**٤١**	**١٥,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

هـ. الحالة التعليمية:

يتضح من خلال بيانات الدراسة انخفاض المستوى التعليمي للمريضات بمرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة بشكل عام، حيث سجلت فئة "غير المتعلمات" و"المتعلمات تعليما ابتدائيا" أعلى نسب للإصابة بالمرض بين المريضات، وذلك بنسبة (٧٧,١ %) من إجمالي حالات الدراسة. حصلت فئة غير المتعلمات على أكثر من نصف مجموع حالات الإصابة بمنطقة الدراسة (١٣٨) مريضة، ونسبة (٦٠,٨ %) من إجمالي تلك الحالات. بينما حصلت فئة المتعلمات تعليما ابتدائيا على النسبة المتبقية من مجموعهما وهي (١٦,٣ %).

وتجاوزت حالات الإصابة بالمرض في فئة غير المتعلمات نصف عدد الحالات المسجلة في جميع الدوائر الانتخابية -باستثناء الدائرة السابعة التي لم تتجاوز نسبة المريضات من غير المتعلمات فيها (٣٥,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة-. وقد سجلت هذه الفئة نسبة الوجود الأكبر لها في الدائرة الثانية بحوالي (٦٨,٢ %) من إجمالي حالات الدائرة.

في حين كان للدائرة السابعة النسبة الأكبر لوجود المريضات من المتعلمات تعليما ابتدائيا، وذلك بنسبة (٣٥,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة، و يلاحظ أن هذه النسبة كانت قد سجلت في فئة غير المتعلمات كأقل النسب المسجلة في جميع الدوائر الانتخابية. ومن الجدير ذكره أن نسب الإصابة بالمرض انعدمت في فئة المتعلمات تعليما فوق جامعي، حيث لم تسجل أي حالة إصابة بالمرض في منطقة الدراسة. شكل (١٧)، جدول (١٤).

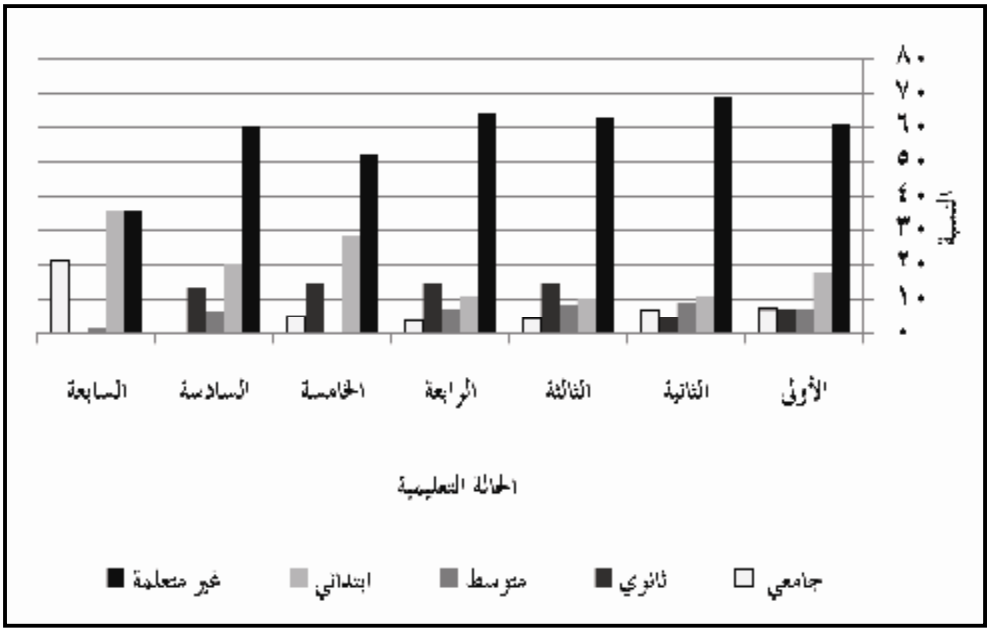
وفي الوقت الذي تختلف فيه هذه النتيجة مع ما توصل إليه (Batiehha.A, et al, 2003). حيث إن المستوى التعليمي لمرضى التنقية الدموية بالأردن يرتفع نسبيا عن المستوى التعليمي لمريضات التنقية الدموية المسجلات في هذه الدراسة. يلاحظ تشابه هذه النتيجة مع ما خرجت به دراسة (عوض الله وآخرون، ٢٠٠٧م) حيث أشارت نتائج تلك الدراسة إلى انخفاض المستويات التعليمية لدى مرضى التنقية الدموية التي شملتهم الدراسة بمحافظة الفيوم بجمهورية مصر العربية.

وفي العموم يعزى ارتفاع نسبة الإصابة بالمرض في فئة غير المتعلمات، وانخفاضها أو انعدامها بشكل أدق في فئة المتعلمات تعليما فوق جامعي إلى ارتفاع نسبة الوعي الصحي لدى المتعلمات، مما ينعكس على حالتهن الصحية بزيادة اهتمامهن بها، في حين يعتبر تدني المعرفة الصحية بمسببات الأمراض والعوامل المؤدية إليها أحد أهم المسببات التي تؤدي لإصابة غير المتعلمات بالمرض.

يضاف لذلك أن لطبيعة المرض التي تختلف عن طبيعة أمراض مزمنة أخرى دوراً في تأثر المسيرة التعليمية للمرضى وتوقفها في أحيان أخرى، وذلك للظروف الصحية التي تتطلب التزامات علاجية تتكرر من خلالها جلسات التنقية، والتي تمتد في مجملها لثلاث جلسات أسبوعية، تختلف في مدتها الزمنية، مما يؤدي لإرهاق المرضى وتنعكس على حياتهم في نواحي عدة سواء أكانت بدنية أو نفسية أو اجتماعية، خاصة وأن العملية التعليمية نظام تفاعلي للإنسان مع البيئة تتأثر بما يصيبه من اضطرابات في نواحي حياته المختلفة.

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين الحالة التعليمية للمريضات ومواقع السكن يلاحظ أن قيمة مربع كاي (٢٤,١١) عند درجة معنوية (٠,٤٥) قد دلت على عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، كما وضحت قيمة معامل كريمر (٠,١٦) أن العلاقة بينهما علاقة ضعيفة. جدول (١٦).

شكل (١٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية

الدائرة	التصنيف	الحالة التعليمية					
		غير متعلمة	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٣٤	١٠	٤	٤	٤	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٠,٧	١٧,٩	٧,١	٧,١	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥	٤,٤	١,٨	١,٨	١,٨	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٣٠	٥	٤	٢	٣	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٨,٢	١١,٤	٩,١	٤,٥	٦,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٧	١٣,٥	٢٥	٩,١	٢١,٤	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٣٠	٥	٤	٧	٢	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٢,٥	١٠,٤	٨,٣	١٤,٦	٤,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٢	٢,٢	١,٨	٣,١	٠,٩	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	١٩	٣	٢	٤	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٥,٥	١٠,٣	٦,٩	١٣,٨	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٨	٨,١	١٢,٥	١٨,٢	٧,١	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١١	٦	٠	٣	١	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٢,٤	٢٨,٦	٠	١٤,٣	٤,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤,٩	٢,٦	٠	١,٣	٠,٤	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٩	٣	١	٢	٠	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٠	٢٠	٦,٧	١٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤	١,٣	٠,٤	٠,٩	٠	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٥	٥	١	٠	٣	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٥,٧	٣٥,٧	١,٧	٠	٢١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢,٢	٢,٢	٠,٤	٠	١,٣	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٣٨**	**٣٧**	**١٦**	**٢٢**	**١٤**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٦٠,٨**	**١٦,٣**	**٧**	**٩,٧**	**٦,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

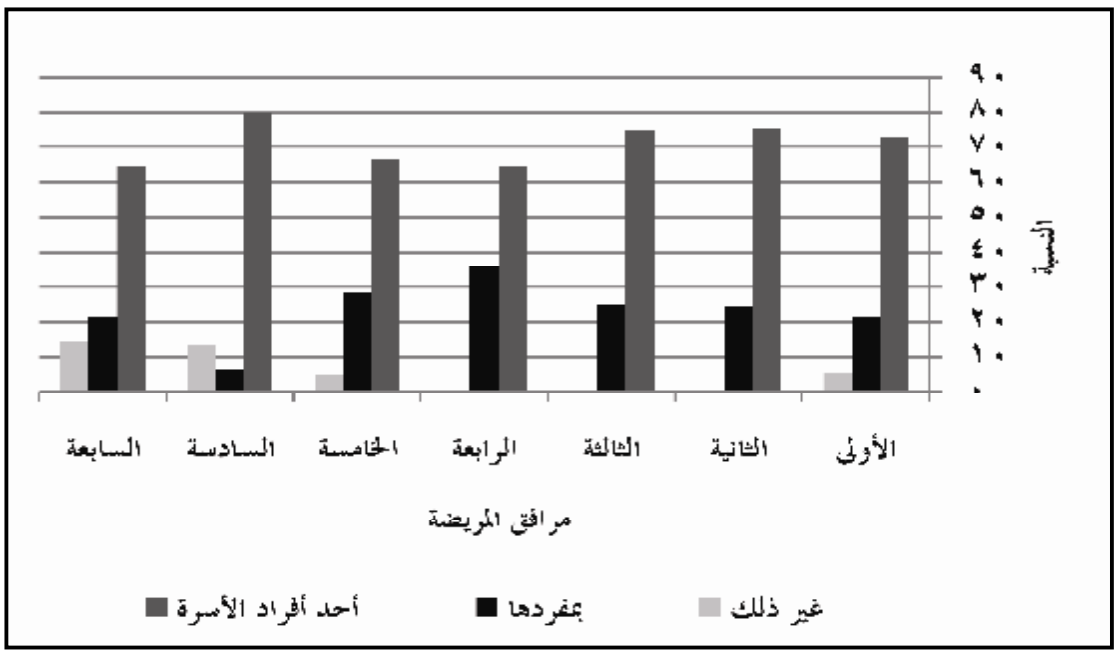
و. مرافق المريضة لمركز التنقية :

تؤدي بعض العوامل بالمريضات إلى اصطحاب مرافقين لهن عند زيارة مراكز التنقية، منها ما يتعلق "بطبيعة مجتمع الدراسة المحافظ"، ومنها ما يتعلق بطبيعة المرض التي قد تُلزم المرضى في مراحل معينة من الإصابة به إلى اصطحاب أحدٍ ما وذلك طلبا للمساندة. وبناء على ذلك فقد تم تحديد هذا المتغير في محاولة للتعرف على حقيقة ذلك، وفي هذا الصدد تظهر بيانات الدراسة أن أكثر من ثلثي المريضات يقدمن للمراكز برفقة أحد الأشخاص سواءً كان قريباً للمريضة أم أحد المستخدمين لديها، وذلك بنسبة (٧٥,٧ %) من إجمالي حالات

الدراسة. بحيث تقدم (٧٢,٢ %) منهن إلى مراكز التنقية الدموية برفقة أحد أفراد الأسرة، معظمهن يقدمن من الدائرة السادسة، وذلك بنسبة (٨٠ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين تجاوزت هذه النسبة النصف في بقية الدوائر الانتخابية. وتقدم (٣,٥ %) فقط من إجمالي المريضات برفقة أحد المستخدمين كالسائق أو العاملة المترلية، وقد كان للقادمات من الدائرة السابعة نسبة التمثيل الأعلى لهذه الفئة بين الدوائر الأخرى، بنحو (١٤,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة، في الوقت الذي خلت فيه كل من الدائرة الثانية والثالثة والرابعة من أي حالة تمثل للمريضات القادمات برفقة أحد المستخدمين. بينما تقدم (٢٤,٢ %) من إجمالي الحالات مراكز التنقية بمفردهن. (٣٤.٥ %) منهن يقدمن من الدائرة الرابعة. شكل (١٨)، جدول (١٥).

وعند دراسة العلاقة الارتباطية بين مرافق المريضة لمركز التنقية الدموية ومواقع سكن المريضات يتضح من نتائج تحليل قيمة مربع كاي (١٧,٧٨) عند مستوى معنوية (٠,١٢) أنه لا توجد فروق بينهما، كما وتشير قيمة معامل كريمر (٠,١٩) إلى أن العلاقة ضعيفة بين المتغيرين. جدول (١٦).

شكل (١٨) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة

الدائرة	التصنيف	مرافق المريضة لمركز التنقية			
		أحد أفراد الأسرة	بمفردها	غير ذلك	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٤١	١٢	٣	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٣,٢	٢١,٤	٥,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٨,١	٥,٣	١,٣	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٣٣	١١	٠	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٥	٢٥	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠,١	٢٠	٠	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٣٦	١٢	٠	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٥	٢٥	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥,٩	٥,٣	٠	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	١٩	١٠	٠	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٥,٥	٣٤,٥	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١١,٦	١٨,٢	٠	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١٤	٦	١	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٢٨,٦	٤,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٢	٢,٦	٠,٤	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	١٢	١	٢	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٠	٦,٧	١٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٣	٠,٤	٠,٩	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٩	٣	٢	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٤,٣	٢١,٤	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤	١,٣	٠,٩	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٦٤**	**٥٥**	**٨**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٢,٢**	**٢٤,٢**	**٣,٥**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١٦) العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات ومواقع السكن

الخصائص الاجتماعية		دائرة السكن %							العدد	المقاييس الإحصائية	
المتغير	الفئات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة	الإجمالي	معامل كريمر (د. المعنوية)	مربع كاي (د. المعنوية)
الجنسية	سعودية	٤٨,٢	٧٩,٥	٧٥	٧٩,٣	٦٦,٧	٨٠	٩٢,٩	١٦٠	٠,٢٧١ (٠,٠٠١)	٣٣,٣٠ (٠,٠٠١)
	عربية	١٦,١	١٨,٢	٦,٣	٦,٩	٢٣,٨	٦,٧	٠	٢٨		
	غير عربية	٣٥,٧	٢,٣	١٨,٨	١٣,٨	٩,٥	١٣,٣	٧,١	٣٩		
الفئات العمرية	أقل من ٢٠	١,٨	٦,٨	٦,٣	٠	٤,٨	١٣,٣	٠	١٠	٠,١٢٠ (٠,٩٨)	١٦,٢٦ (٠,٩٨)
	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	١٢,٦	١٣,٦	١٠,٤	١٠,٣	٤,٨	٦,٧	٠	٢٣		
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	٢٣,٢	١١,٤	١٦,٧	١٧,٢	٢٨,٦	٢٠	٢٨,٦	٤٤		
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	٢٣,٢	٢٥	٢٩,٢	٢٧,٦	١٤,٣	٢٠	٢٨,٦	٥٦		
	من ٥٠ إلى أقل من ٦٠	١٩,٦	٢٢,٧	٢٠,٨	٢٠,٧	٢٣,٨	٢٠	٢٨,٦	٤٩		
	٦٠ فأكثر	١٩,٦	٢٠,٥	١٦,٧	٢٤,١	٢٣,٨	٢٠	١٤,٣	٤٥		
الحالة الاجتماعية	غير متزوجة	١٢,٥	١٥,٩	١٨,٨	٣,٤	١٤,٣	٢٠	٧,١	٣١	٠,١٦ (٠,٣٨)	١٩,١٨ (٠,٣٨)
	متزوجة	٥١,٨	٦١,٤	٤٥,٨	٧٥,٩	٥٢,٤	٤٦,٧	٦٤,٣	١٢٧		
	مطلقة	١٦,١	٢,٣	١٤,٦	٠	٤,٨	٦,٧	٧,١	٢٠		
	أرملة	١٩,٦	٢٠,٥	٢٠,٨	٢٠,٧	٢٨,٦	٢٦,٧	٢١,٤	٤٩		
حجم الأسرة	فرد واحد	٨,٩	٤,٥	١٠,٤	٣,٤	٠	٠	٠	١٣	٠,١٦ (٠,٤٥)	١٧,٩٤ (٠,٤٥)
	٢-٥	٣٣,٩	٣٤,١	٣٥,٤	٤١,٤	٤٢,٩	٢٦,٧	٦٤,٣	٨٥		
	٦-٩	٤١,١	٤٧,٧	٤١,٧	٣٧,٩	٤٢,٩	٣٣,٣	٢٨,٦	٩٣		
	أكثر من ١٠	١٦,١	١٣,٦	١٢,٥	١٧,٢	١٤,٣	٤٠	٧,١	٢٨		
الحالة التعليمية	غير متعلمة	٦٠,٧	٦٨,٢	٦٢,٥	٦٥,٥	٥٢,٤	٦٠	٣٥,٧	١٣٨	٠,١٦ (٠,٤٥)	٢٤,١١ (٠,٤٥)
	ابتدائي	١٧,٩	١١,٤	١٠,٤	١٠,٣	٢٨,٦	٢٠	٣٥,٧	٣٧		
	متوسط	٧,١	٩,١	٨,٣	٦,٩	٠	٦,٧	١,٧	١٦		
	ثانوي	٧,١	٤,٥	١٤,٦	١٣,٨	١٤,٣	١٣,٣	٠	٢٢		
	جامعي	٧,١	٦,٨	٤,٢	٣,٤	٤,٨	٠	٢١,٤	١٤		
مرافق المريضة	أحد أفراد الأسرة	٧٣,٢	٧٥	٧٥	٦٥,٥	٦٦,٧	٨٠	٦٤,٣	١٦٤	٠,١٩ (٠,١٢)	١٧,٧٨ (٠,١٢)
	بمفردها	٢١,٤	٢٥	٢٥	٣٤,٥	٢٨,٦	٦,٧	٢١,٤	٥٥		
	غير ذلك	٥,٤	٠	٠	٠	٤,٨	١٣,٣	١٤,٣	٨		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

تتنوع السمات والخصائص الاقتصادية للمرضى بشكل عام، وللتعرف على السمات الاقتصادية الخاصة بمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، اعتمدت الدراسة على خمسة مؤشرات اقتصادية تعين على التعرف عليها، وعلى مدى اختلاف مواقع السكن باختلافها، وهي متغير الحالة المهنية، وعدد السيارات المملوكة من قبل أسرة المريضة، ووسيلة الوصول لمركز التنقية الدموية، ونوع المسكن وملكيته، ونوع الحي الذي تسكنه المريضة، وذلك على النحو الآتي:

أ. الحالة المهنية:

تعتبر الحالة المهنية أحد أهم المؤشرات الاقتصادية الدالة على المستوى الاقتصادي للفرد، باعتبارها مؤشرا يدل على دخله، وذلك إضافةً إلى أهميتها في إظهار مدى تفاعل الإنسان مع بيئته. ويتضح من خلال بيانات الدراسة أن (٩٢,١ %) من المريضات في منطقة الدراسة لا يعملن.

وبالنظر إلى توزعهن الجغرافي على مستوى الدوائر الانتخابية يلاحظ أن نحو (٩٥,٢ %) من المريضات غير العاملات يقطّن في الدائرة الخامسة، ومن الجدير ذكره أن النسب في بقية الدوائر الانتخابية في هذه الفئة تجاوزت نسبة ثلثي إجمالي الحالات في كل دائرة.

أما في ما يخص العاملات منهن فلم تتجاوز نسبتهن بين المريضات في منطقة الدراسة (٧,٩ %)، معظمهن يقطن في الدائرة السابعة، بنحو (٢١,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة. جدول (١٧)، شكل (١٩). ويظهر بشكل عام أن الوظائف التي تشغلها المريضات العاملات لم تتجاوز مجالات محددة كالتعليم والتعلم، والمحاسبة، والأعمال التطوعية البسيطة.

وتتفق هذه النتيجة بشكل عام مع ما خرج به (Batiehha.A, et al, 2003). في المسح الذي قاموا بإجرائه، حيث بلغت نسبة العاطلين عن العمل بين مرضى التنقية الدموية بالأردن نحو (٨٦,٨ %)، في حين لم تتجاوز نسبة العاملين بينهم نسبة (١٣,٢%). وفي ذلك ما يدل على تحجيم المرض لقدرة المرضى على التفاعل مع البيئة بشكل كبير، وهو ما يسهم إسهاما سلبيا في زيادة الأعباء على الدولة وعلى المجتمع لتوفير احتياجات هذه الفئة من السكان. وذلك مع ضرورة التنبه إلى أن الاختلاف في النسب بين الدراستين إنما نجم عن اختلاف مجتمع الدراسة في كل منهما، حيث شملت دراسة (Batiehha.A, et al, 2003). الذكور والإناث، بينما اقتصرت الدراسة الحالية على الإناث اللواتي عادة ما ترتفع في أوساطهن معدلات التعطل عن العمل، لاسيما في ضوء الثقافة العربية الإسلامية التي ترى الرجل العائل الأهم في توفير المتطلبات المادية للأسرة.

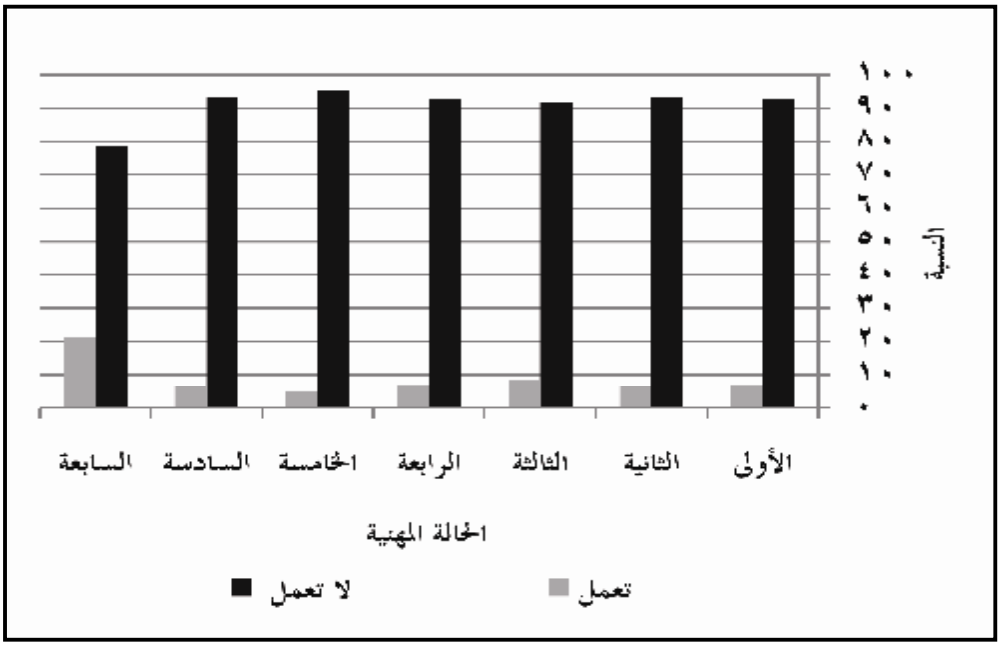
وبدراسة العلاقة الارتباطية بين الحالة المهنية للمريضات ومواقع سكنهن، تشير قيمة مربع كاي (٣,٩٩) عند درجة معنوية (٠,٦٧) إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين المتغيرين، هذا في ما تدل قيمة معامل كريمر (٠,١٣) إلى أن العلاقة بينهما علاقة ضعيفة. جدول (٢٣).

جدول (١٧)التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية

الدائرة	التصنيف	الحالة المهنية للمريضة		
		لا تعمل	تعمل	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٥٢	٤	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٢,٩	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٤,٩	٢٢,٢	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٤٢	٣	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٣,٢	٦,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٦	١٦,٧	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٤٤	٤	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩١,٧	٨,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,١	٢٢,٢	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٢٧	٢	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٣,١	٦,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٩	١١,١	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٢٠	١	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٥,٢	٤,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٦	٥,٦	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	١٤	١	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٣,٣	٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٧	٥,٦	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	١١	٣	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٨,٦	٢١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٣	١٦,٧	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٢٠٩**	**١٨**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٩٢,١**	**٧,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (١٩) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. عدد السيارات المملوكة لأسرة المريضة:

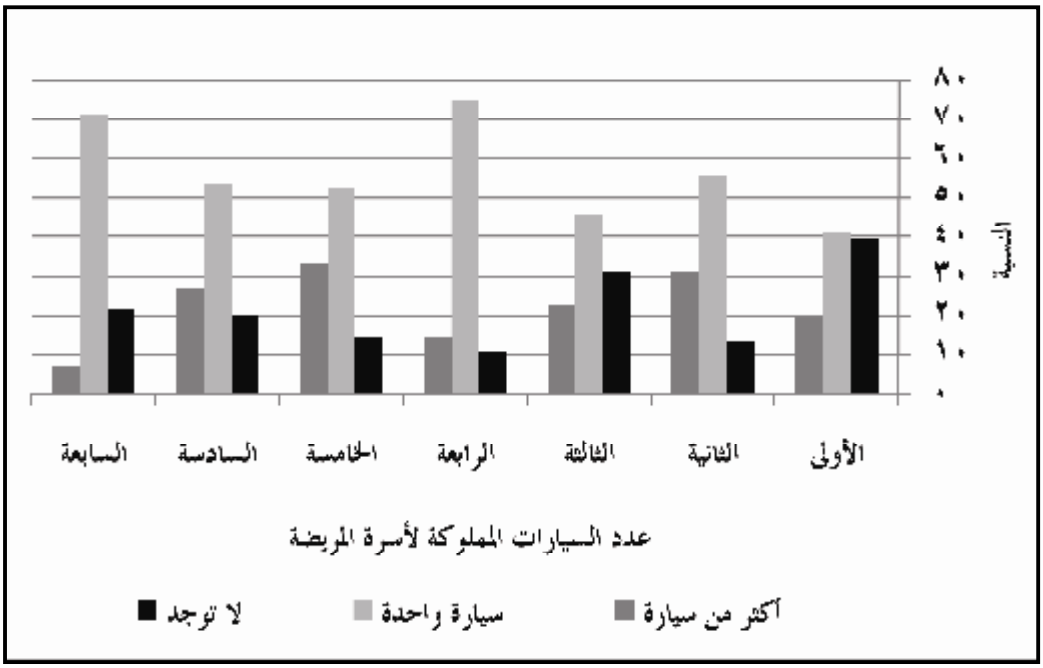
يرتبط عدد السيارات المملوكة للأسر بكونه خاصية أو مؤشر اقتصادي بشكل عام بمستوى رفاهيتها، وارتفاع دخلها، ويعد بذلك أحد المتغيرات المهمة لدراسة الحالة الاقتصادية للمجتمع. ووفقا لتلك الأهمية اتضح بعد دراسة هذا المتغير أن حوالي ثلثي المريضات (٧٥,٧ %) بمنطقة الدراسة تمتلك أسرهن سيارات خاصة، وإن كانت أعدادها تتفاوت من أسرة لأخرى.

ففي حين تمتلك (٥٢,٩ %) من أسر المريضات سيارة واحدة فقط، تمتلك (٢٢,٩ %) فقط منها أكثر من سيارة واحدة،. ومع ذلك فقد جاءت فئة ممن لا يمتلكن أو لا يمتلك أحد أفراد أسرهن أي وسيلة مواصلات في الترتيب الثاني بعد فئة اللواتي تمتلك أسرهن سيارة واحدة، وذلك بنسبة (٢٤,٢ %) من إجمالي حالات الدراسة.

جغرافيا كان للدائرة الرابعة نسبة الوجود الأكبر لمن تملك أسرهن سيارة واحدة فقط، وذلك بنسبة (٧٢,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة. بينما كان للدائرة الأولى نسبة الوجود الأعلى للواتي لا تمتلك أسرهن أي سيارة، وذلك بنسبة (٣٩,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة، وهو ما يتوافق مع الخصائص الاقتصادية لسكان هذه الدائرة بشكل عام. أما اللواتي تمتلك أسرهن أكثر من سيارة واحدة فقد تركزن في الدائرة الخامسة بنسبة (٣٣,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة، وهي أكثر الدوائر تمثيلا لهذه الفئة. شكل (٢٠)، جدول (١٨).

ومن قيمة مربع كاي (٢٠,٧٥) عند درجة معنوية (٠,٠٥) يتضح وجود فروق جوهرية بين عدد السيارات المملوكة لأسرة المريضة وبين مواقع السكن، كما تكشف قيمة معامل كريمر (٠,٢١) إلى وجود علاقة متوسطة بين المتغيرين. جدول (٢٣).

شكل (٢٠) التوزع النسبي للمريضات المزمن على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

جدول (١٨) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة

الدائرة	التصنيف	عدد السيارات المملوكة			
		لا توجد	سيارة واحدة	أكثر من سيارة	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٢٢	٢٣	١١	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٩,٣	٤١,١	١٩,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٧	١٠,١	٤,٩	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٦	٢٥	١٣	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٦	٥٦,٨	٢٩,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠,٩	٢٠,٨	٢٥	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	١٥	٢٢	١١	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣١,٣	٤٥,٨	٢٢,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٦	٩,٧	٤,٩	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	٣	٢١	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠,٣	٧٢,٤	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٥	١٧,٥	٩,٦	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٣	١١	٧	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٥٢,٤	٣٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٤,٩	٣,٠	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٣	٨	٤	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٥٣,٣	٢٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٣,٥	١,٨	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٣	١٠	١	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٤	٧١,٤	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٤,٤	٠,٤	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٥٥**	**١٢٠**	**٥٢**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٤,٢**	**٥٢,٩**	**٢٢,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. وسيلة الوصول للمركز:

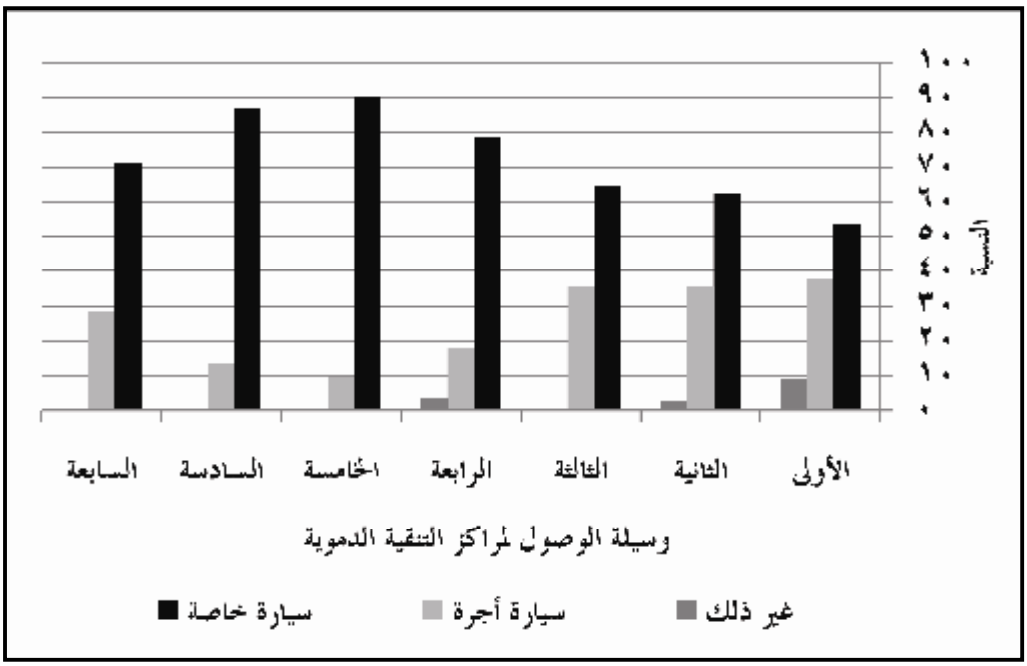
تعد الوسيلة التي تستخدمها المريضة للوصول لمركز التنقية الدموية أحد المؤشرات الاقتصادية المهمة في قياس مستواها الاقتصادي، ووفقا لتلك الأهمية فقد أُخذ هذا المؤشر بعين الاعتبار عند دراسة الخصائص الاقتصادية للمريضات. ومن خلال بيانات الدراسة يلاحظ أن وسائل المواصلات الخاصة وسيارات الأجرة كانتا وسيلتا الموصلات الرئيستان في نقل المريضات من وإلى مراكز التنقية الدموية، وذلك بنسبة (٩٦,٩ %) من إجمالي حالات الدراسة. بحيث تقدم (٦٧,٤ %) منهن إلى المراكز بواسطة سيارات خاصة، تنتقل بواسطتها (٩٠,٥ %) من القاطنات منهن في الدائرة الخامسة إلى مراكز التنقية، وهي النسبة الأكبر تمثيلا بين الدوائر الانتخابية الأخرى التي تجاوزت النسب فيها النصف.

في حين تنتقل (٢٩,٥ %) من المريضات للمراكز بواسطة سيارات الأجرة، وكانت المريضات القاطنات في الدائرة الأولى من أكثر مستخدمات هذه الوسيلة في التنقل من وإلى مراكز التنقية الدموية، وذلك بنسبة (٣٧,٥ %) من إجمالي حالات الدائرة. وقد سجلت الدائرة الأولى كذلك أعلى نسب التمثيل للفئة الأخيرة وهي الفئة التي اعتمدت في تنقلها من مواقع السكن إلى مراكز التنقية الدموية على سيارات الإسعاف، أو الحافلات، أو بوسائل أخرى، وذلك بنسبة (٨,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٢١)، جدول (١٩).

وقد يفسر ارتفاع نسبة الحالات القادمة لمراكز التنقية الدموية بواسطة سيارات الأجرة في الدائرة الأولى في الفئتين الأخيرتين اتسام القادمات من هذه الدائرة بضعف الحالة الاقتصادية عموما، والتي لا تسمح لهنَّ بتملك سيارات خاصة، وهو ما تأكد في المتغير السابق. إضافة لكون هذه الدائرة الأقرب للمسجد الحرام، والتي عادة ما يسكنها المعتمرون الذين لا يملكون وسائل نقل خاصة تمكنهم من الوصول للمراكز، فيعتمدون على وسائل مختلفة في التنقل.

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين وسيلة الوصول للمركز ومواقع السكن دلت قيمة مربع كاي (٤٦,١١) عند مستوى معنوية (٠,٠٠) إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين المتغيرين، ومما يعزز هذا قيمة معامل كريمر (٠,٢٢) التي تشير إلى وجود علاقة متوسطة بين المتغيرين. جدول (٢٣).

شكل (٢١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمراكز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (١٩) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز

الدائرة	التصنيف	وسيلة الوصول لمركز التنقية			
		سيارة خاصة	سيارة أجرة	غير ذلك	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٣٠	٢١	٥	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٣,٦	٣٧,٥	٨,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٦	٣١,٣	٧١,٤	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٢٧	١٦	١	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦١,٤	٣٦,٤	٢,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٧,٦	٢٣,٩	١٤,٣	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٣١	١٧	٠	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٤,٦	٣٥,٤	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠,٣	٢٥,٤	٠	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	٢٣	٥	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٩,٣	١٧,٢	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥	٧,٥	١٤,٣	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١٩	٢	٠	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٠,٥	٩,٥	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٤	٣	٠	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	١٣	٢	٠	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٦,٧	١٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٥	٣	٠	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	١٠	٤	٠	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧١,٤	٢٨,٦	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٥	٦	٠	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٥٣**	**٦٧**	**٧**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٦٧,٤**	**٢٩,٥**	**٣,١**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

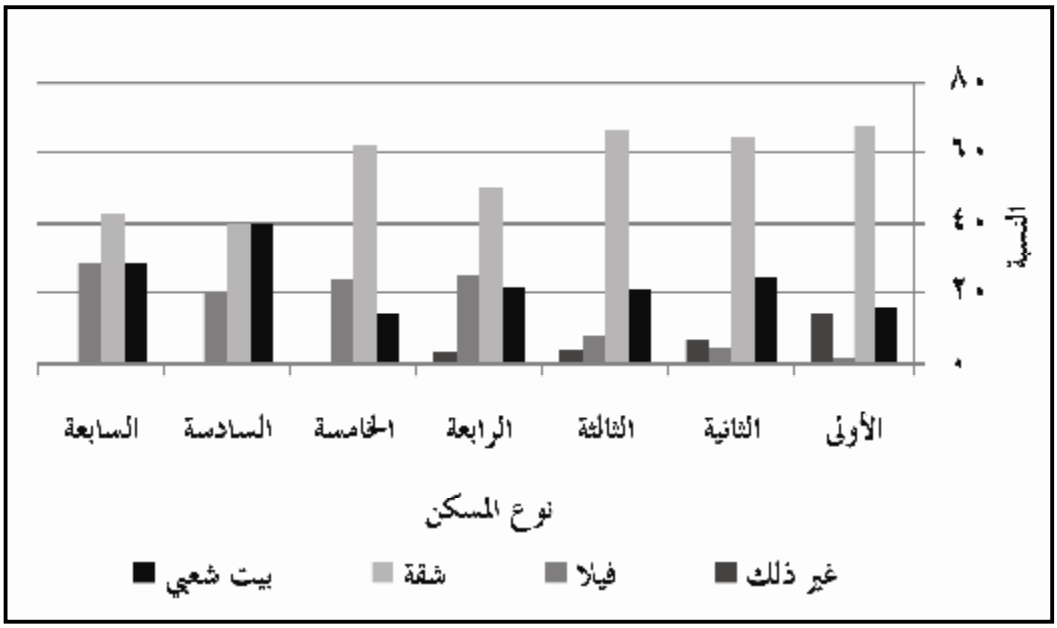
د. نوعية المسكن:

تقطن معظم المريضات في مدينة مكة المكرمة في شقق سكنية، وذلك بنسبة تجاوزت نصف عدد حالات الدراسة (١٣٨) حالة، و بنسبة بلغت (٦٠,٨ %) من إجمالي حالات الدراسة، وهذه النتيجة تتوافق مع السمة الغالبة على أنماط السكن في مدينة مكة عموما. ويلاحظ أن معظم المريضات القاطنات في كل من الـــدائرتين الأولى والثالثة يسكنَّ في هذا النوع من المساكن، وذلك بنسبة (٦٧,٩ %) و (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات

الدائرة لكل منهما على التوالي.تلت هذه الفئة في الترتيب فئة من تسكّن في بيوت شعبية، بنسبة بلغت (٢١,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة. وقد كان أكبر وجود لهن في الدائرة السادسة بنسبة (٤٠ %) من إجمالي حالات الدائرة. وجاءت فئة الساكنات في فلل تالية في الترتيب، بنسبة (١١,٥ %) من إجمالي حالات الدراسة، كان أكبر وجود لهن في الدائرة السابعة، بنسبة (٢٨,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة. أما فئة القاطنات في مساكن أخرى، كالفنادق و المساكن التابعة للمساجد وغيرها فجاءت في الترتيب الأخير بنسبة (٦,٢ %) من إجمالي حالات الدراسة. مسجلة أعلى وجود لهن في الدائرة الأولى بنسبة (١٤,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة، في الوقت الذي لم تسجل فيه الدوائر الخامسة والسادسة والسابعة أي حالة تسكن في هذه الأنواع من المساكن. شكل (٢٢)، جدول (٢٠).

وتكشف قيمة مربع كاي (٤٦,١١) عند درجة معنوية (٠,٠٠) عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين نوعية المسكن الذي تسكنه المريضة ومواقع السكن، في حين تدل قيمة معامل كريمر (٠,٢٢) إلى أن العلاقة بين المتغيرين هي علاقة متوسطة. جدول (٢٣).

شكل (٢٢) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن

الدائرة	التصنيف	نوعية المسكن				
		بيت شعبي	شقة	فيلا	غير ذلك	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٩	٣٨	١	٨	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٦,١	٦٧,٩	١,٨	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٨,٤	٢٧,٥	٣,٨	٥٧,١	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	١١	٢٨	٢	٣	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٦٣,٦	٤,٥	٦,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٢,٤	٢٠,٣	٧,٧	٢١,٤	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	١٠	٣٢	٤	٢	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠,٨	٦٦,٧	٨,٣	٤,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠,٤	٢٣,٢	١٥,٤	١٤,٣	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٦	١٥	٧	١	٢٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠,٧	٥١,٧	٢٤,١	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٢	١٠,٩	٢٦,٩	٧,١	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٣	١٣	٥	٠	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٦١,٩	٢٣,٨	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,١	٩,٤	١٩,٢	٠	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٦	٦	٣	٠	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٠	٤٠	٢٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٢	٤,٣	١١,٥	٠	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٤	٦	٤	٠	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٨,٦	٤٢,٩	٢٨,٦	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٢	٤,٣	١٥,٤	٠	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٤٩**	**١٣٨**	**٢٦**	**١٤**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢١.٦**	**٦٠.٨**	**١١.٥**	**٦.٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

هـ. ملكية المسكن:

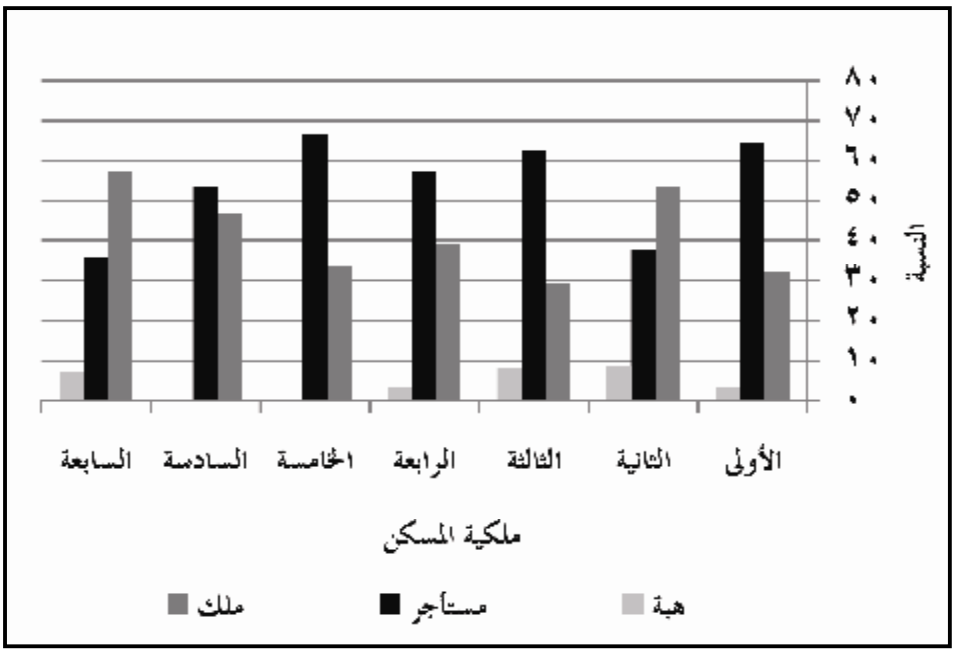
يعد متغير ملكية المسكن أحد المؤشرات الاقتصادية الدالة بفعالية على المستوى الاقتصادي للفرد، لذا تم اعتماده كأحد تلك المؤشرات المهمة في التعرف على الخصائص الاقتصادية للمريضات، فمن خلال دراسة هذا المتغير اتضح أن أكثر من نصف الحالات المسجلة في الدراسة (٥٥,٥ %) يقطنَّ في مساكن مستأجرة، كان

للدائرة الخامسة النسبة الأكبر لوجودهن، حيث تقطن (٦٦,٧ %) من المريضات بهذه الدائرة في مساكن من هذا النوع.

تلت هذه الفئة في الترتيب فئة القاطنات في مساكن تعود ملكيتها إليهن أو لأسرهن، بنسبة (٣٩,٢ %) من إجمالي حالات الدراسة، ويمثلن نصف المريضات اللواتي يتركزن في نطاق الدائرة السابعة، بنسبة بلغت (٥٧,١ %) من إجمالي حالات الدائرة،. في حين جاءت فئة اللواتي وهبت لهن المساكن اللاتي يقطن فيها من أشخاص آخرين في الترتيب الأخير بنسبة لم تتجاوز (٥,٣ %) من إجمالي حالات الدراسة، كان أعلى نسبة لوجودهن في كل من الدائرتين الثانية والثالثة بنسبة بلغت (٩,١ %) و (٨,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما، في حين خلت كل من الدائرتين الخامسة والسادسة من وجود أي من المريضات القاطنات في هذا النوع من المساكن. شكل (٢٣)، جدول (٢١).

وتبين قيمة مربع كاي (١٥,٤٢) عند درجة معنوية (٠,٢١) عدم وجود فروق جوهرية بين ملكية المسكن ومواقع السكن، كما تظهر قيمة معامل كريمر (٠,١٨) وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين. جدول (٢٣).

شكل (٢٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن

الدائرة	التصنيف	ملكية المسكن			
		ملك	مستأجر	هبة	المجموع
الأولى	عدد الحالات	١٨	٣٦	٢	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٢,١	٦٤,٣	٣,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٧,٩	١٥,٩	٠,٨	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٢٣	١٧	٤	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٢,٣	٣٨,٦	٩,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥,٨	١٣,٥	٣٣,٣	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	١٤	٣٠	٤	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٩,٢	٦٢,٥	٨,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٢	١٣,٢	١,٨	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	١٢	١٦	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤١,٤	٥٥,٢	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤,٩	١٢,٧	٨,٣	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٧	١٤	٠	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٦٦,٧	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,١	٦,٢	٠	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٧	٨	٠	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٦,٧	٥٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,١	٣,٥	٠	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٨	٥	١	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٧,١	٣٥,٧	٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,٥	٢,٢	٠,٤	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٨٩**	**١٢٦**	**١٢**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٣٩,٢**	**٥٥,٥**	**٥,٣**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

و - نوع الحي الذي تسكنه المريضة:

تؤثر الخصائص الاقتصادية لفئة ما من السكان إضافة لعوامل أخرى في اختيار مكان السكن والمعيشة، وبالتالي يعد هذا المكان أحد وسائل قياس المستوى الاقتصادي لها، ومدى تباينه تبعا لنوع المكان الجغرافي وتصنيفه وفقا لتصنيف مكاني معين اعتمدته الباحثة. وبناء على هذا التصنيف، وبحسب هذا المتغير أظهرت بيانات الدراسة أن أكثر من نصف المريضات يقطن في أحياء نصف عشوائية، حيث بلغت نسبة من يقطن في

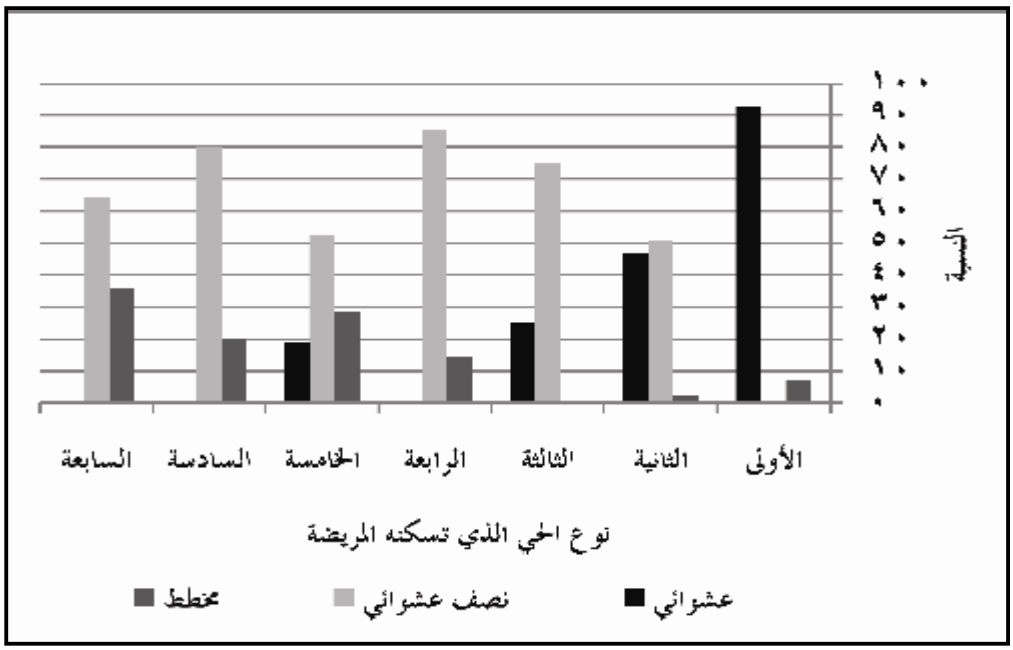
هذا النوع من الأحياء (٥١,١ %) من إجمالي حالات الدراسة، وتقطن معظم المريضات الموجودات في نطاق الدائرة الرابعة في هذا النوع من الأحياء، وذلك بنسبة (٨٢,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين تجاوزت هذه النسبة النصف في جميع الدوائر الانتخابية الأخرى ما عدا الدائرة الأولى التي خلت من الأحياء شبه العشوائية.

وجاءت فئة القاطنات في أحياء عشوائية في الترتيب التالي، حيث بلغت نسبتها (٣٩,٢ %)، وتقطن في مثل هذه الأحياء (٩٢,٩ %) من المريضات اللواتي يسكن في الدائرة الأولى، تلتها في ذلك الدائرة الثانية بنسبة (٤٧,٧ %)، ومن الجدير ذكره خلو كل من الدائرة الرابعة والسادسة والسابعة من أي حالة تسكن هذا النوع من الأحياء، وذلك لخلو أحيائها من العشوائيات.

أما فئة القاطنات في أحياء مخططة فجاءت في الترتيب الثالث والأخير بنسبة لم تتجاوز (٩,٧ %) من إجمالي حالات الدراسة، ينتمي (٣٥,٧ %) من القاطنات للدائرة السابعة لهذا النوع من الأحياء. بينما خلت الدائرة الثالثة من أي تمثيل لهذه الفئة. شكل (٢٤)، جدول (٢٢).

وبدراسة العلاقة بين المتغيرين تشير قيمة مربع كاي (١٣٨,٧٤) عند درجة معنوية (٠,٠٠) إلى وجود فروق جوهرية بين نوع الحي الذي تسكنه المريضات وبين مواقع السكن، وتدل قيمة معامل كريمر (٠,٥٥) إلى وجود علاقة قوية بين المتغيرين. جدول (٢٣).

شكل (٢٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٢) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي

الدائرة	التصنيف	نوع الحي			
		مخطط	نصف عشوائي	عشوائي	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٤	٠	٥٢	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧,١	٠	٩٢,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٧,٤	٠	٥٨,٤	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٠	٢٣	٢١	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٥٢,٣	٤٧,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٢٠	٢٣,٦	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٠	٣٦	١٢	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٧٥	٢٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٣١	١٣,٥	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٥	٢٤	٠	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٧,٢	٨٢,٨	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٧	٢٠,٩	٠	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٦	١١	٤	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٨,٦	٥٢,٤	١٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٧,٣	٩,٥	٤,٥	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٣	١٢	٠	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٨٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٦	١٠,٣	٠	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٥	٩	٠	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٥,٧	٦٤,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٢,٧	٧,٨	٠	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٢٢**	**١١٦**	**٨٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٩,٧**	**٥١,١**	**٣٩,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٣) العلاقة بين الخصائص الاقتصادية للمريضات ومواقع السكن

الخصائص الاقتصادية		دائرة السكن %							العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
المتغير	الفئات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة		معامل كريمر (د. المعنوية)	مربع كاي (د. المعنوية)
المهنة	لا تعمل	٩٢,٩	٩٣,٢	٩١,٧	٩٣,١	٩٥,٢	٩٣,٣	٧٨,٦	٢٠٩	٠,١٣ (٠,٦٧)	٣,٩٩ (٠,٦٧)
	تعمل	٧,١	٦,٨	٨,٣	٦,٩	٤,٨	٦,٧	٢١,٤	١٨		
عدد السيارات	لا توجد	٣٩,٣	١٣,٦	٣١,٣	١٠,٣	١٤,٣	٢٠	٢١,٤	٥٥	٠,٢١ (٠,٠٥)	٢٠,٧٥ (٠,٠٥)
	سيارة واحدة	٤١,١	٥٦,٨	٤٥,٨	٧٢,٤	٥٢,٤	٥٣,٣	٧١,٤	١٢٠		
	أكثر من سيارة	١٩,٦	٢٩,٥	٢٢,٩	١٧,٢	٣٣,٣	٢٦,٧	٧,١	٥٢		
وسيلة الوصول	سيارة خاصة	٥٣,٦	٦١,٤	٦٤,٦	٧٩,٣	٩٠,٥	٨٦,٧	٧١,٤	١٥٣	٠,٢٢ (٠,٠٣)	٢٢,٤٧ (٠,٠٣)
	سيارة أجرة	٣٧,٥	٣٦,٤	٣٥,٤	١٧,٢	٩,٥	١٣,٣	٢٨,٦	٦٧		
	غير ذلك	٨,٩	٢,٣	٠	٣,٤	٠	٠	٠	٧		
نوعية المسكن	بيت شعبي	١٦,١	٢٥	٢٠,٨	٢٠,٧	١٤,٣	٤٠	٢٨,٦	٤٩	٠,٢٢ (٠,٠٠)	٤٦,١١ (٠,٠٠)
	شقة	٦٧,٩	٦٣,٦	٦٦,٧	٥١,٧	٦١,٩	٤٠	٤٢,٩	١٣٨		
	فيلا	١,٨	٤,٥	٨,٣	٢٤,١	٢٣,٨	٢٠	٢٨,٦	٢٦		
	غير ذلك	١٤,٣	٦,٨	٤,٢	٣,٤	٠	٠	٠	١٤		
ملكية المسكن	ملك	٣٢,١	٥٢,٣	٢٩,٢	٤١,٤	٣٣,٣	٤٦,٧	٥٧,١	٨٩	٠,١٨ (٠,٢١)	١٥,٤٢ (٠,٢١)
	مستأجر	٦٤,٣	٣٨,٦	٦٢,٥	٥٥,٢	٦٦,٧	٥٣,٣	٣٥,٧	١٢٦		
	هبة	٣,٦	٩,١	٨,٣	٣,٤	٠	٠	٧,١	١٢		
نوع الحي	مخطط	٧,١	٠	٠	١٧,٢	٢٨,٦	٢٠	٣٥,٧	٢٢	٠,٥٥ (٠,٠٠)	١٣٨,٧٤ (٠,٠٠)
	نصف عشوائي	٠	٥٢,٣	٧٥	٨٢,٨	٥٢,٤	٨٠	٦٤,٣	١١٦		
	عشوائي	٩٢,٩	٤٧,٧	٢٥	٠	١٩	٠	٠	٨٩		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

يحاول هذا الجزء من الدراسة تسليط الضوء على الخصائص الصحية للمريضات بمدينة مكة المكرمة، وذلك من خلال تناول عدد من المؤشرات التي تساعد على إظهار هذه الخصائص، والتعرف على توزعها المكاني تبعا لذلك، وفي هذا الشأن تم الاعتماد على أربعة مؤشرات صحية ترتبط بالمريضات المصابات بالمرض، وهي تاريخ الإصابة بالمرض، الإصابة بمرض السكر، وضغط الدم ونوعه، تصنيف المريضات وفقا للأمراض المصاحبة، "مرض التهاب الكبد الوبائي (ب و ج)".

أ. تاريخ الإصابة بالمرض:

لا يمكن من خلال بيانات الدراسة تحديد تاريخ معين لبدء تتبع ظهور مرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، وتاريخه فيها، وذلك لعدة اعتبارات منها أن هذا النوع من الأمراض يصنف على أنه من الأمراض المؤدية للموت، - خصوصا عند ملازمته لأمراض عضوية أخرى كأمراض القلب، ومرض السكري...- ، وذلك لأنها لا تمهل المصاب بها فرصة كبيرة للحياة، سوى بزراعة عضو جديد، وهو ما لا يتوفر لجميع المرضى المصابين بالمرض في كثير من الأحيان، وذلك في ظل زيادة أعداد المرضى، وقلة عدد المتبرعين بالأعضاء، كما أن العلاج لم يكن متوفرا في السابق بالشكل الذي هو عليه الآن، إضافة لذلك قلة اعتماد المرضى على العلاج الطبي المتوفر حينها، بل واعتمادهم في كثير من الأحيان على الطب الشعبي في مداواته.

وإن كان ذلك لا ينفي حقيقة أن المدينة قد شهدت زيادة عدد المرضى المصابين بالمرض فيها في الأعوام الأخيرة، وذلك إما أن يكون تابعا لزيادة قيد مرضى الفشل الكلوي المزمن في المراكز والمستشفيات، واعتمادهم في العلاج عليها، أو أن يكون المرض قد شهد زيادة حقيقية وانتشاراً واسعاً في المجتمع، مما أدى لارتفاع أعداد المرضى بهذا المرض.

وبالعودة لتاريخ الإصابة بالمرض بين المريضات في منطقة الدراسة يلاحظ أن أعلى الإصابات به سجلت في الأعوام الستة الأخيرة، حيث أفادت (٥٩,٥ %) من المريضات أنهن أصبن بالمرض في الفترة الممتدة ما بين عامي ١٤٢١-١٤٢٦ هـ. في حين أفادت نحو (٢٤,٢ %) منهن أنهن أصبن بالمرض في الفترة الممتدة في ما بين عامي ١٤١٦- ١٤٢٠ هـ، أما النسبة المتبقية منهن (١٦,٣ %) فقد أصبن بالمرض في العام ١٤١٥هـ وما قبله.

ويمكن إظهار التوزع الجغرافي لتاريخ الإصابة بالمرض بين مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة على النحو الآتي:

- العام ١٤١٥هـ و ما قبله:

أظهرت بيانات الدراسة أن معظم من أصبن بالمرض في هذه الفترة، يسكن في الدائرة السابعة، حيث بلغت نسبتهن فيها نحو (٢١,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة، تلتهن المريضات اللواتي يسكن في الدائرة

الخامسة بنسبة (١٩%) من إجمالي حالات الدائرة. في حين سجلت كل من الدائرتين الرابعة والسادسة أقل نسب الإصابة بالمرض في هذه الفترة بنسبة بلغت (١٣,٨ %) و (١٣,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي.

- فترة مابين عامي ١٤١٦ - ١٤٢٠هـ:

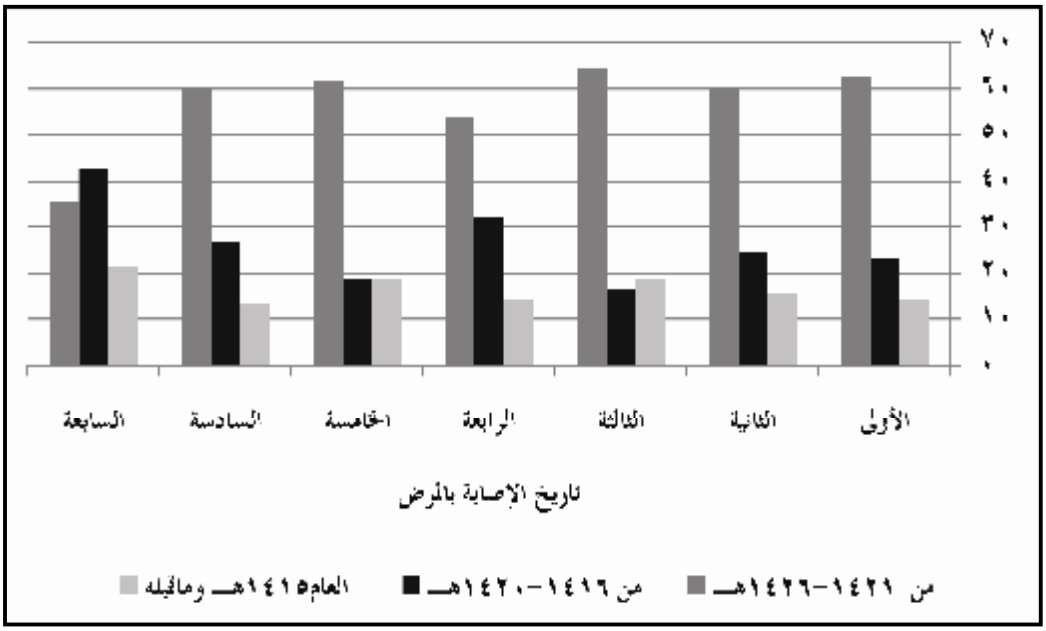
تفيد بيانات الدراسة أن الدائرة السابعة قد ضمت أيضا معظم المريضات اللواتي أصبن بالمرض في هذه الفترة، وذلك بنسبة (٤٢,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين تلتها المريضات القاطنات في الدائرة الرابعة بنسبة (٣٤,٥ %) من إجمالي حالات الدائرة.

- فترة مابين عامي ١٤٢١-١٤٢٦هـ:

يلاحظ وفقا لما جاءت به البيانات أن الدائرة الثالثة قد ضمت معظم من أصبن بالمرض في هذه الفترة، وذلك بنسبة بلغت (٦٤,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين جاءت الدائرة الأولى ثانية في الترتيب بنسبة بلغت (٦٢,٥ %) من إجمالي حالاتها، في حين توزعت باقي النسب على الدوائر الانتخابية الأخرى. شكل (٢٥)، جدول (٢٤)،

ومن خلال دراسة العلاقة الارتباطية بين تاريخ الإصابة بالمرض ومواقع السكن، تشير قيمة مربع كاي (١٧,٧٣) عند درجة معنوية (٠,٨١) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، كما وتدل قيمة معامل كريمر (٠,١٤) على وجود علاقة ضعيفة بينهما. جدول (٢٨).

شكل (٢٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض

الدائرة	التصنيف	تاريخ الإصابة بالمرض			
		العام ١٤١٥هـ وما قبله	فترة مابين عامي ١٤١٦-١٤٢٠هـ	فترة مابين عامي ١٤٢١-١٤٢٦هـ	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٨	١٣	٣٥	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٢٣,٢	٦٢,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٦	٢٣,٦	٢٥,٩	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٧	١٠	٢٧	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٥,٩	٢٢,٧	٦١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٨,٩	١٨,٢	٢٠	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٩	٨	٣١	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٨,٨	١٦,٧	٦٤,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٤,٣	١٤,٥	٢٣	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٤	١٠	١٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٣٤,٥	٥١,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠,٨	١٨,٢	١١,١	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٤	٤	١٣	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٩	١٩	٦١,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠,٨	٧,٣	٩,٦	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٢	٤	٩	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٣	٢٦,٧	٦٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٤	٧,٣	٩,٦	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٣	٦	٥	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٤	٤٢,٩	٣٥,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,١	١٠,٩	٣,٧	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣٧**	**٥٥**	**١٣٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٦,٣**	**٢٤,٢**	**٥٩,٥**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. الإصابة بمرض السكر:

يعد مرض السكر أحد أهم العوامل التي تسهم في الإصابة بأمراض عدة، فتؤثر بذلك على الصحة العامة وتؤدي إلى اعتلالها، وقد أُخذ هذا المتغير بالحسبان لمعرفة مدى انتشار هذا المرض بين مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة. إلا أنه وبخلاف المتوقع أظهرت بيانات الدراسة أن أكثر من ثلثي المريضات هن من غير المصابات بمرض السكر، وذلك بنسبة (٧٨,٩ %) من إجمالي حالات الدراسة، في الوقت الذي بلغت نسبة المصابات به من المريضات (٢١,١ %) فقط من إجمالي حالات الدراسة.

وقد ضمت الدائرة الخامسة أكبر نسبة للمصابات بداء السكري من المريضات، وذلك بنسبة (٣٣,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين ضمت الدائرة الثانية النسبة الأكبر من فئة المريضات غير المصابات به، وذلك بنسبة (٨٤,١ %) من إجمالي حالات الدائرة. جدول (٢٥)، شكل (٢٦).

ومع ذلك لا تقلل هذه النتائج من حقيقة تأثير مرض السكر على الكلى، ومساهمته في الإصابة بمرض الفشل الكلوي بشكل عام، وهو ما دل عليه التقرير السنوي الصادر عن المركز السعودي لزراعة الأعضاء حيث احتل مرض السكر في العام (٢٠٠٥م) الترتيب الثاني في قائمة الأسباب المؤدية للإصابة بالمرض لدى مرضى الفشل الكُلوي المزمن بالمملكة، والبالغ عددهم (٨٧٦١) مريضاً ومريضة، فقد وجد أن (٢٤٧٩) حالة من إجمالي تلك الحالات، كان مرض السكر السبب الرئيس في اعتلالها بالمرض، بنسبة بلغت (٢٨,٣%) من إجمالي الحالات. (التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، نسخة الكترونية)

ويمكن تفسير انخفاض نسبة الإصابة بمرض السكر بين المريضات مقارنة بالتقارير والدراسات الأخرى، التي تشير عادة إلى ارتفاع إصابة مرضى الفشل الكلوي بداء السكر، لاعتماد هذه الدراسة واقتصارها على فئة الإناث، حيث تشير دراسة حديثة تربط بين إصابة مرضى السكري بداء الفشل الكلوي إلى أن الإصابة بهذا المرض تزيد لدى الذكور المصابين بداء السكر عنها في الإناث، وقد أشار من خلال تلك الدراسة باحثون ألمان إلى أن جنس المريض - إضافة لعوامل أخرى - يعد أحد أهم العوامل المؤثرة والتي تؤدي إلى إصابة مريض السكري بمرض الفشل الكلوي المزمن (صندقجي، ٢٠٠٧م)

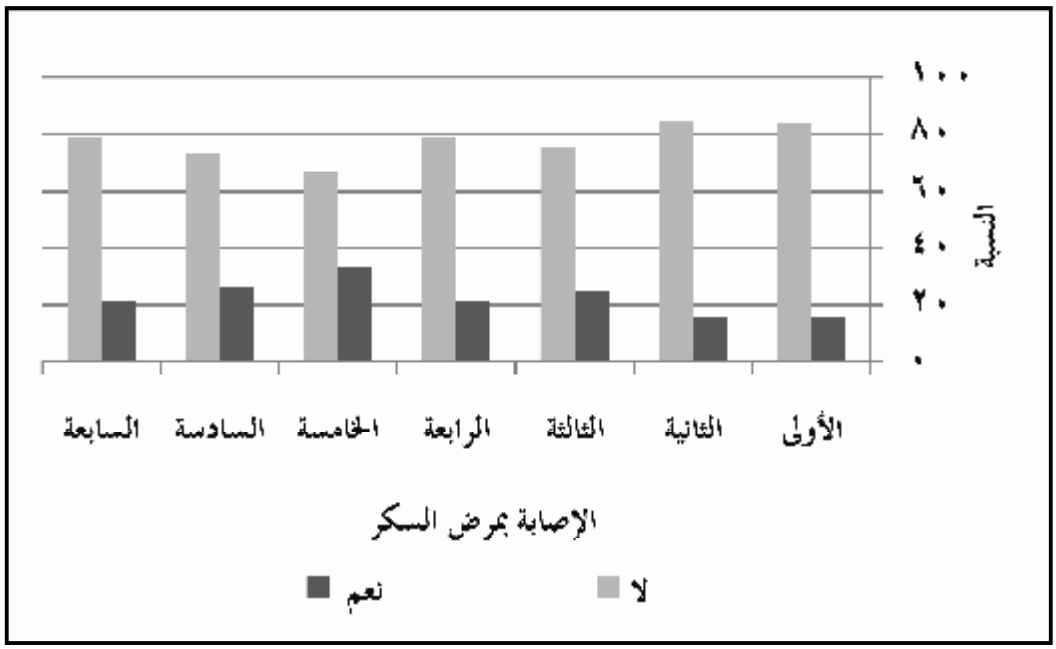
ومن خلال دراسة العلاقة الارتباطية بين إصابة المريضات بداء السكر ومواقع السكن تكشف قيمة مربع كاي (٤,٢٨) عند درجة معنوية (٠,٦٣) عن عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، أما قيمة معامل كريمر (٠,١٣) فتكشف أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٢٨).

جدول (٢٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر

الدائرة	التصنيف	الإصابة بمرض السكر		
		مصابة	غير مصابة	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٩	٤٧	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٦,١	٨٣,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤	٢٠,٧	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٧	٣٧	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٥,٩	٨٤,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٤,٦	٢٠,٧	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	١٢	٣٦	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٧٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥,٣	١٥,٩	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	٦	٢٣	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠,٧	٧٩,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٥	١٢,٨	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٧	١٤	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٦٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,١	٦,١	٩,٢
السادسة	عدد الحالات	٤	١١	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٦,٧	٧٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٨	٤,٧	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٣	١١	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٤	٧٨,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٣	٤,٨	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٤٨**	**١٧٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢١,١**	**٧٨,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٢٦) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. الإصابة بأمراض ضغط الدم:

تتعدى تأثيرات أمراض ضغط الدم التي من الممكن أن يصاب بها الإنسان الأعراض البسيطة التي قد يشعر بها جراء الإصابة به، إلى تأثيرات جسيمة من الممكن أن تهدد وظائف أعضائه الحيوية كالكلى والقلب وبالتالي صحته العامة. وقد يعزز ذلك ما خرجت بها البيانات من أن ثلاثة أرباع المريضات بمرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة هنَّ من المصابات بأحد أمراض ضغط الدم، وتحديدا ضغط الدم المرتفع، وذلك بنسبة (٦٨,٧%) من إجمالي حالات الدراسة. حيث تجهد السوائل الزائدة في جسم الإنسان الناجمة عن هذا الارتفاع في سبيل التخلص منه كلية الإنسان وتؤدي في أحيان كثيرة إلى تدهور وظائفها وبالتالي إصابتها بالتأذي الكلوي. جغرافيا كان أكبر وجود للمريضات المصابات بارتفاع ضغط الدم في كل من الدائرة الخامسة والسابعة، وذلك بنسبة (٧١,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما.

أما المريضات المصابات بضغط الدم المنخفض فقد بلغت نسبتهن (١٠,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة، وقد ضمت الدائرة الأولى أكثر المريضات من المصابات بهذا النوع، وذلك بـ (١٦,١ %) من إجمالي حالات الدائرة. في ذات الوقت وجد أن هناك فئة من المريضات غير مصابات بأي نوع من أنواع أمراض ضغط الدم، بلغت نسبتهن (٢٠,٧%) من إجمالي حالات الدراسة، وكان أكبر وجود لهن في الدائرة الثانية، بنسبة (٢٧,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. جدول (٢٦)، شكل (٢٧).

وتتوافق هذه البيانات مع ما جاءت به نتائج التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء والذي احتل فيه مرض ضغط الدم المرتفع الترتيب الأول من حيث أسباب الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن بين

المرضى المصابين بالمرض في المملكة، بعدد حالات بلغ (٢٩٤٠) حالة، وبنسبة (٣٣,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة البالغة (٨٧٦١) حالة مطبقة هي إجمالي الحالات المسجلة. (التقرير السنوي للمركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠٠٦م، نسخة الكترونية).

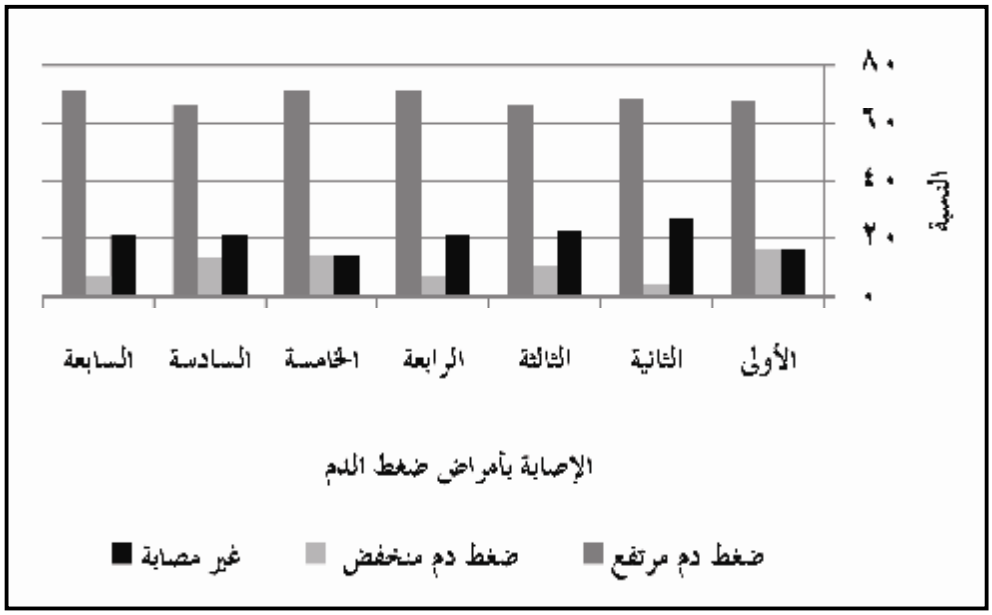
ومن قيمة مربع كاي (٦,٢٠) عند درجة معنوية (٠,٩٠) يلاحظ عدم وجود فروق جوهرية بين إصابة المريضات بأمراض ضغط الدم ومواقع السكن، كما توضح قيمة معامل كريمر (٠,١١) أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٢٨).

جدول (٢٦) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم

		الإصابة بضغط الدم			
الدائرة	التصنيف	غير مصابة	ضغط دم منخفض	ضغط دم مرتفع	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٩	٩	٣٨	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٦,١	١٦,١	٦٧,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,١	٣٧,٥	٢٤,٤	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	١٢	٢	٣٠	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٧,٣	٤,٥	٦٨,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥,٥	٨,٣	١٩,٢	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	١١	٥	٣٢	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٢,٩	١٠,٤	٦٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٣,٤	٢٠,٨	٢٠,٥	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٦	٢	٢١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠,٧	٦,٩	٢٧,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٨	٨,٣	١٣,٥	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٣	٣	١٥	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	١٤,٣	٧١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٤	١٢,٥	٩,٦	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٣	٢	١٠	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٤	١٣,٣	٦٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٤	٨,٣	٦,٤	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٣	٢	١٠	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٤	٧,١	٧١,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٤	٤,٢	٦,٤	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٧٤**	**٢٤**	**١٥٦**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٠,٧**	**١٠,٦**	**٦٨,٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٢٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

د. الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية:

تعِّرض عملية نقل دم مريض الفشل الكلوي من وإلى جهاز التنقية الدموية، دمه لعدد من الأمراض الدموية الفيروسية المعدية، كمرض التهاب الكبد الوبائي بفئتيه (ج) وَ (ب)، ومرض الإيدز. وخصوصا إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة. وبناء على ذلك فقد تم تصنيف مرضى الفشل الكلوي إلى ثلاث فئات، الأولى هي فئة المرضى الذين أظهرت نتائج تحليل دماؤهم نتائج سلبية لهذه الأمراض، والفئة الثانية هي فئة المرضى الذين أظهرت نتائج تحليل ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائي من فئة (ب)، أما الفئة الثالثة فهي فئة المرضى الذين أظهرت نتائج التحليل نتائج ايجابية للإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائي من فئة (ج)، ولذا فقد لزم أخذ هذا التقسيم بعين الاعتبار في دراسة الخصائص الصحية للمريضات.

وبناء على ذلك فقد اتضح من خلال بيانات الدراسة أن (٧٣,٧ %) من إجمالي حالات الدراسة هنَّ من المصابات بالالتهاب الكبدي الفيروسي فئة (ج)، وقد كانت أعلى نسبة لوجودهن قد سجلت في الدائرة السادسة بنسبة (٨٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة، ثم الدائرة السابعة بنسبة (٨٥,٧ %) من إجمالي حالاتها.

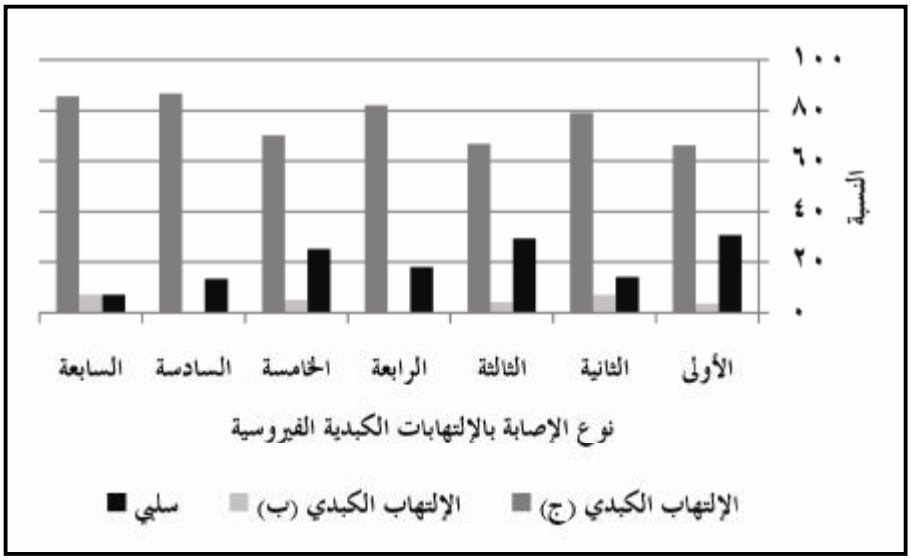
في حين جاءت فئة اللواتي سجلت عينة فحص دماؤهن نتائج سلبية للإصابة بأي من الأمراض الدموية الفيروسية في الترتيب الثاني، بنسبة (٢٢,٣ %) من إجمالي حالات الدراسة، وقد سجلت الدائرة الأولى أعلى نسبة لوجود المريضات من المصابات بهذا النوع من الأمراض، وذلك بنحو (٣٠,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة. بينما سجلت فئة المصابات بالتهاب الدم الفيروسي فئة (ب) نسبة لم تتجاوز (٤ %) من إجمالي

حالات الدراسة، فجاءت بذلك ثالثة في الترتيب، وقد ظهرت أعلى نسبة وجود لهنَّ في كل من الدائرتين الثانية والسابعة بنسبة (٧,١ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. جدول (٢٧)، شكل (٢٨).

وبشكل عام يمكن إرجاع الارتفاع في نسبة الإصابة بالالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ج) بين المريضات إلى اتسام هذا الفايروس بسرعة الانتشار، خاصة في ظل عدم توفر مصل مضاد له، وعدم مراعاة قواعد الرعاية الصحية الواجب إتباعها، حيث ينتقل المرض بين مرضى التنقية الدموية من مريض مصاب إلى آخر سليم بعدة طرق أهمها أجهزة ووحدات التنقية الدموية نفسها، أو عن طريق الكادر الطبي القائم على المرضى، - كالممرضات- وذلك إذا لم تتخذ إجراءات الوقاية والتعقيم اللازمة. (وقد أشار أحد التقارير إلى أن متوسط معدل الإصابة بهذا الفايروس بين وحدات التنقية الدموية قد بلغت (٦٨ %)، ويختلف هذا المعدل بين الوحدات المختلفة، حيث قد يصل إلى أكثر من (٩٠ %) في بعض هذه الوحدات). (حريب،٢٠٠٠م)، كما كان لانفتاح مدينة مكة المكرمة، من خلال استقبالها لعدد كبير من الحجاج والمعتمرين في كل عام، والذين قد يحملون عددا من الأمراض المعدية، أهمية ودور في ارتفاع نسب الإصابة بهذا المرض. أما نسبة الانخفاض في الإصابة بالنوع الأول من المرض "الالتهاب الكبدي الفيروسي الفئة (ب)" فتعود إلى وجود مصل مضاد له يقلل من نسب الإصابة به وبالتالي انتشاره بين أفراد المجتمع.

وعند دراسة العلاقة الارتباطية بين إصابة المريضات بالالتهابات الكبدية الفيروسية ومواقع السكن تكشف قيمة مربع كاي (١١,٢٢) عند درجة معنوية (٠,٥١) عن عدم وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، فيما تشير قيمة معامل كريمر (٠,١٥) أن العلاقة بينهما علاقة ضعيفة. جدول (٢٨).

شكل (٢٨) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية

الدائرة	التصنيف	نوع الإصابة		
		سلبي	التهاب كبدي فئة (ب)	التهاب كبدي فئة (ج)	المجموع
الأولى	عدد الحالات	١٧	٢	٣٧	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٠,٤	٣,٦	٦٦,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٤	٢٢,٢	٢٢,٤	٢٥
الثانية	عدد الحالات	٦	٣	٣٣	٤٢
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٧,١	٧٨,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢	٣٣,٣	٢٠	١٨,٨
الثالثة	عدد الحالات	١٤	٢	٣٢	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٩,٢	٤,٢	٦٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٨	٢٢,٢	١٩,٤	٢١,٤
الرابعة	عدد الحالات	٥	٠	٢٤	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٧,٢	٠	٨٢,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠	٠	١٤,٥	١٢,٩
الخامسة	عدد الحالات	٥	١	١٤	٢٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٥	٧٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠	١١,١	٨,٥	٨,٩
السادسة	عدد الحالات	٢	٠	١٣	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٣	٠	٨٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤	٠	٧,٩	٦,٧
السابعة	عدد الحالات	١	١	١٢	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧,١	٧,١	٨٥,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢	١١,١	٧,٣	٦,٣
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٥٠**	**٩**	**١٦٥**	**٢٢٤**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٢,٣**	**٤**	**٧٣,٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٢٨) العلاقة بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع السكن

الخصائص الصحية		دائرة السكن %							العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
المتغير	الفئات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة		معامل كريمر (د. المعنوية)	مربع كاي (د. المعنوية)
تاريخ الإصابة بالمرض	العام ١٤١٥هـ وما قبله	١٤,٣	١٥,٩	١٨,٨	١٣,٨	١٩	١٣,٣	٢١,٤	٣٧	٠,١٤ (٠,٨١)	١٧,٧٣ (٠,٨١)
	١٤١٦-١٤٢٠هـ	٢٣,٢	٢٢,٧	١٦,٧	٣٤,٥	١٩	٢٦,٧	٤٢,٩	٥٥		
	١٤٢١-١٤٢٦هـ	٦٢,٥	٦١,٤	٦٤,٦	٥١,٧	٦١,٩	٦٠	٣٥,٧	١٣٥		
الإصابة بالسكر	مصابة	١٦,١	١٥,٩	٢٥	٢٠,٧	٣٣,٣	٢٦,٧	٢١,٤	٤٨	٠,١٣ (٠,٦٣)	٤,٢٨ (٠,٦٣)
	غير مصابة	٨٣,٩	٨٤,١	٧٥	٧٩,٣	٦٦,٧	٧٣,٣	٧٨,٦	١٧٩		
الإصابة بضغط الدم	غير مصابة	١٦,١	٢٧,٣	٢٢,٩	٢٠,٧	١٤,٣	٢١,٤	٢١,٤	٧٤	٠,١١ (٠,٩٠)	٦,٢٠ (٠,٩٠)
	ضغط منخفض	١٦,١	٤,٥	١٠,٤	٦,٩	١٤,٣	١٣,٣	٧,١	٢٤		
	ضغط مرتفع	٦٧,٩	٦٨,٢	٦٦,٧	٢٧,٤	٧١,٤	٦٦,٧	٧١,٤	١٥٦		
الالتهابات الكبدية المصاحبة	سلبي	٣٠,٤	١٤,٣	٢٩,٢	١٧,٢	٢٥	١٣,٣	٧,١	٥٠	٠,١٥ (٠,٥١)	١١,٢٢ (٠,٥١)
	التهاب كبدي "ب"	٣,٦	٧,١	٤,٢	٠	٥	٠	٧,١	٩		
	التهاب كبدي "ج"	٦٦,١	٧٨,٦	٦٦,٧	٨٢,٨	٧٠	٨٦,٧	٨٥,٧	١٦٥		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقع السكن:

يعتمد مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن على مراكز التنقية الدموية بشكل أساسي في معالجة المرض، وقد تتأثر العملية العلاجية فيها بنوع تلك المراكز، وأسباب اختيارها كمكان للعلاج، في هذا الجزء من الدراسة سيتم التطرق لهذين العاملين، اختلاف مواقع سكن المريضات باختلافهما، وذلك على النحو الآتي:

أ. نوع مركز التنقية الدموية:

تظهر بيانات الدراسة بحسب نوع المراكز التي تراجعها المريضات لإجراء عملية التنقية الدموية أن (٧٨,٤ %) من إجمالي الحالات يراجعن مراكز حكومية لإجراء تلك العملية، كان للدائرة الثالثة نسبة الوجود الأكبر لمستخدمات هذا النوع من المراكز، بنسبة (٨٧,٥ %) من إجمالي حالات الدائرة. تلتها في ذلك كل من الدائرتين السادسة بنسبة (٨٦,٧ %) والثانية بنسبة (٨٦,٤%) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. وتجاوزت النسب النصف في بقية الدوائر. ويمكن إيعاز الارتفاع في نسبة المعتمدات على المراكز الحكومية من المرضيات، ارتفاع تكلفة العلاج بشكل عام، والتي تشمل جلسات التنقية، والأدوية الوريدية والأدوية الأساسية والفحوص الخاصة، والتي تكلف المرضى بشكل عام مبالغ كبيرة لا يستطيع الكثير منهم توفيرها، فيتم الاعتماد على المراكز الحكومية التي توفر كثيرا من تلك العلاجات بلا مقابل مادي عادة.

و جاءت فئة المراجعات لمراكز خيرية للقيام بعملية التنقية الدموية (٢١,٦ %) من إجمالي حالات الدراسة، مسجلة بذلك أقل من ربع حالات الدراسة. جاءت الدائرة الأولى على رأس الدوائر الانتخابية تمثيلا لهذه الفئة، بنسبة بلغت (٣٩,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة، حيث يتسم سكان هذه الدائرة الذين هم في الغالب من غير السعوديين بأوضاع اجتماعية ومادية لا تساعدهم على إجراء تلك العملية المكلفة ماديا، والتي تحتاج في أحيان أخرى لوضع اجتماعي معين. جدول (٢٩)، شكل (٢٩).

وتتفق هذه النتائج في مجملها مع ما أشار إليه (Batieha. A &Others, 2003) من أن (٥٦,٦ %) من مرضى الفشل الكلوي المزمن بالأردن يعتمدون في إجراء عملية التنقية الدموية على الخدمات المقدمة من الجهات الحكومية، حيث يعتمد (٢٧,٤ %) منهم على خدمات وزارة الصحة، و (٢٢,٥ %) على الخدمات الطبية الملكية، و (٦,٧ %) على المستشفيات الجامعية. في حين بلغت نسبة من اعتمد منهم على خدمات القطاع الخاص (٤٣,٤ %) من الإجمالي العام.

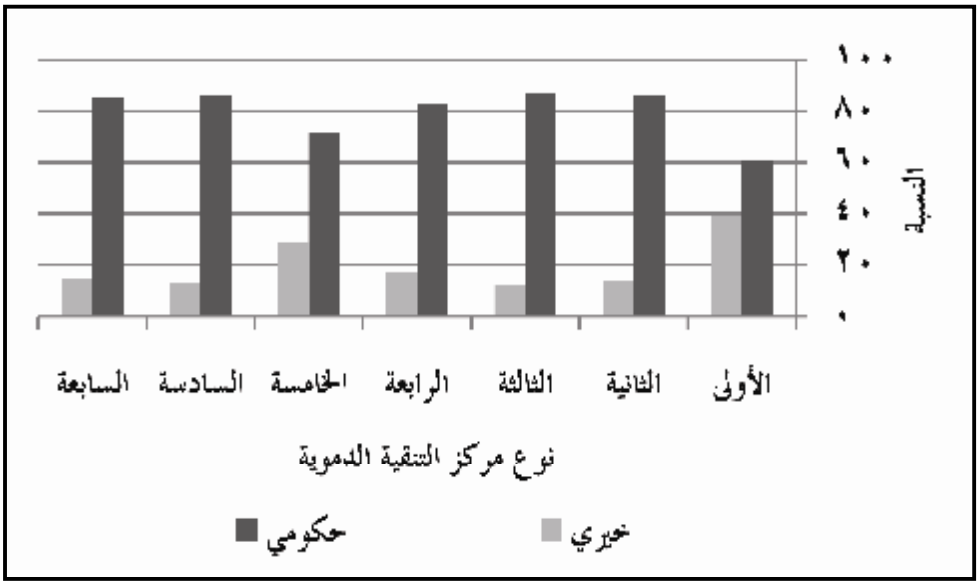
وعند دراسة العلاقة بين نوع مركز التنقية الدموية ومواقع سكن المريضات تكشف قيمة مربع كاي (١٦,٣٢) عند مستوى دلالة (٠,٠١) عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين المتغيرين. بينما تشير قيمة معامل كريمر (٠,٢٦) في ذات الوقت إلى أن العلاقة بين المتغيرين علاقة متوسطة. جدول (٣١).

جدول (٢٩) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع مركز التنقية الدموية

الدائرة	التصنيف	نوع مركز التنقية		
		حكومي	خيري	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٣٤	٢٢	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٠,٧	٣٩,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,١	٤٤,٩	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	٣٨	٦	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٦,٤	١٣,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٣	١٢,٢	١٩,٤
الثالثة	عدد الحالات	٤٢	٦	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٧,٥	١٢,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٣,٦	١٢,٢	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٢٤	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٢,٨	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٥	١٠,٢	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	١٥	٦	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧١,٤	٢٨,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٤	١٢,٢	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	١٣	٢	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٦,٧	١٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٧,٣	٤,١	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	١٢	٢	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٥,٧	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٧	٤,١	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٧٨**	**٤٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٨,٤**	**٢١,٦**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٢٩) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. أسباب اختيار المركز:

تتنوع أسباب اختيار مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات، وذلك تبعا لعوامل عدة، كعدم وجود أماكن شاغرة في مراكز معينة للعلاج، مما يضطرهنّ إلى التوجه لمراكز أخرى، أو لأن حالات التحويل تمت للمركز الذي توجد به المريضة وقت إعداد الدراسة، إضافة لأسباب اجتماعية قد تتيح لها العلاج في مراكز، أو تمنعها من العلاج في مراكز أخرى، وغيرها من أسباب قد تتحكم في توزع المريضات على مراكز التنقية، وقد شكلت هذه الأسباب مجتمعة النسبة الأعلى تمثيلا بين أسباب اختيار المراكز، وذلك بنسبة (٢٥,٢ %) من إجمالي حالات الدراسة، مسجلة نسبة التركز الأكبر لها في الدائرة الرابعة بنسبة (٣١ %) من إجمالي حالات الدائرة.

يلي هذا السبب سبب جغرافي مهم وهو قرب مراكز التنقية الدموية من مواقع السكن حيث كان هذا السبب أحد أهم الأسباب التي ساعدت على اختيار المريضات لمراكز التنقية الدموية التي يتلقين فيها العلاج، وذلك بنسبة (٢٤,٨ %) من إجمالي حالات الدراسة، وقد جاءت نسبة الوجود الأكبر ممن اخترن هذا السبب في الدائرة الخامسة بنسبة (٣٨,١ %) من إجمالي حالات الدائرة. حيث يقع في نطاق هذه الدائرة مركز للتنقية الدموية من ناحية، و يتقارب مكانيا مع الدائرة الرابعة التي يقع فيها مركزان للتنقية من ناحية أخرى، مما يجعل القرب سببا رئيساً لاختيارهن للمراكز التي يقمن فيها بعملية التنقية. جدول (٣٠)، شكل (٣٠).

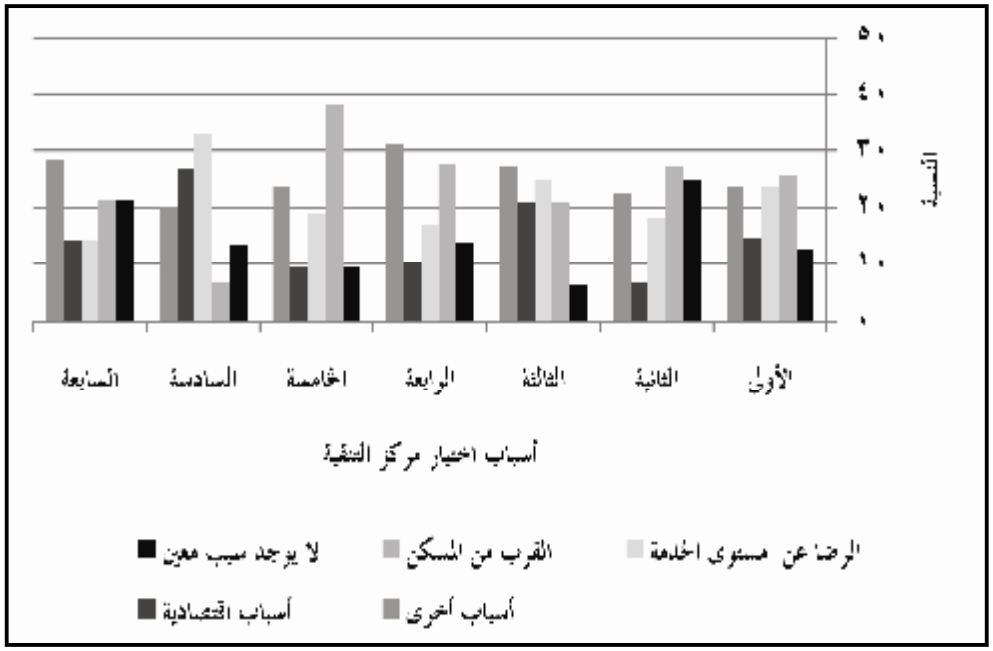
وبدراسة العلاقة بين أسباب اختيار المركز وبين التوزع الجغرافي للمريضات أشارت قيمة مربع كـــاي (١٩,٣٠) عند درجة معنوية (٠,٧٣) أنه لا توجد فروق جوهرية بين المتغيرين، في حين توضح قيمة معامـــل كريمر (٠,١٤) أن العلاقة بينهما علاقة ضعيفة. جدول (٣١).

جدول (٣٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز

الدائرة	التصنيف	أسباب اختيار مركز التنقية الدموية					
		لا يوجد سبب معين	القرب من السكن	الرضا عن الخدمة	أسباب اقتصادية	أسباب أخرى	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٧	١٤	١٣	٨	١٣	٥٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٢,٧	٢٥,٥	٢٣,٦	١٤,٥	٢٣,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٩	٢٥	٢٦,٥	٢٥	٢٢,٨	٢٤,٣
الثانية	عدد الحالات	١١	١٢	٨	٣	١٠	٤٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٢٧,٣	١٨,٢	٦,٨	٢٢,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٤,٤	٢١,٤	١٦,٣	٩,٤	١٧,٥	١٩,٥
الثالثة	عدد الحالات	٣	١٠	١٢	١٠	١٣	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٣	٢٠,٨	٢٥	٢٠,٨	٢٧,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٤	١٧,٩	٢٤,٥	٣١,٣	٢٢,٨	٢١,٢
الرابعة	عدد الحالات	٤	٨	٥	٣	٩	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٢٧,٦	١٧,٢	١٠,٣	٣١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٥	١٤,٣	١٠,٢	٩,٤	١٥,٨	١٢,٨
الخامسة	عدد الحالات	٢	٨	٤	٢	٥	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩,٥	٣٨,١	١٩	٩,٥	٢٣,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٣	١٤,٣	٨,٢	٦,٣	٨,٨	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٢	١	٥	٤	٣	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٣	٦,٧	٣٣,٣	٢٦,٧	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٣	١,٨	١٠,٢	١٢,٥	٥,٣	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٣	٣	٢	٢	٤	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢١,٣	٢١,٤	١٤,٣	١٤,٣	٢٨,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٤	٥,٤	٤,١	٦,٣	٧	٦,٢
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣٢**	**٥٦**	**٤٩**	**٣٢**	**٥٧**	**٢٢٦**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٤,٢**	**٢٤,٨**	**٢١,٧**	**١٤,٢**	**٢٥,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٣٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع السكن بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣١) العلاقة بين خصائص مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة ومواقع السكن

خصائص المراكز		دائرة السكن %							العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
المتغير	الفئات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة		معامل كريمر (د. المعنوية)	مربع كاي (د. المعنوية)
نوع المركز	مركز حكومي	٦٠,٧	٨٦,٤	٨٧,٥	٨٢,٨	٧١,٤	٨٦,٧	٨٥,٧	١٧٨	٠,٢٦ (٠,٠١)	١٦,٣٢ (٠,٠١)
	مركز خيري	٣٩,٣	١٣,٦	١٢,٥	١٧,٢	٢٨,٦	١٣,٣	١٤,٣	٤٩		
أسباب اختيار المركز	لا يوجد سبب معين	١٢,٧	٢٥	٦,٣	١٣,٨	٩,٥	١٣,٣	٢١,٤	٣٢	٠,١٤ (٠,٧٣)	١٩,٣٠ (٠,٧٣)
	القرب من السكن	٢٥,٥	٢٧,٣	٢٠,٨	٢٧,٦	٣٨,١	٦,٧	٢١,٤	٥٦		
	الرضا عن الخدمة المقدمة	٢٣,٦	١٨,٢	٢٥	١٧,٢	١٩	٣٣,٣	١٤,٣	٤٩		
	أسباب اقتصادية	١٤,٥	٦,٨	٢٠,٨	١٠,٣	٩,٥	٢٦,٧	١٤,٣	٣٢		
	أسباب أخرى	٢٣,٦	٢٢,٧	٢٧,١	٣١	٢٣,٨	٢٠	٢٨,٦	٥٧		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ

من خلال ما تم تناوله في الفصل السابق يلاحظ التباين الواضح في التوزع الجغرافي للمريضات بمدينة مكة المكرمة مكانيا، وتباين توزع مواقع سكنهن تبعا لتوزع خصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وقد يكون لقلة الأبحاث والدراسات التفصيلية التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها والتي تتناول المرض من وجهة نظر جغرافية سواء على مستوى المملكة أو إحدى مناطقها أو مدنها، أثر في عدم إظهار التباين المكاني للمرض بحسب تلك الخصائص على مستوى جغرافي آخر.

في الفصل القادم سيتم تناول التوزع الجغرافي للمريضات بمدينة مكة المكرمة، وتوزع خصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية من منظور جغرافي آخر، يرتبط في أساسه بمواقع مراكز التنقية الدموية الموجودة بمدينة مكة المكرمة.

الفصل الرابع

التوزع الجغرافي للمريضات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة

أولا: التوزع الجغرافي للمريضات وعلاقته بمواقع مراكز التنقية الدموية

ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:

١. الخصائص الاجتماعية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية

٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية

٣. الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية

ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقعها.

التوزع الجغرافي للمريضات
حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة

ناقش الفصل السابق مدى اختلاف الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة حسب مواقع سكنهن، حيث تم تناول تلك الخصائص من خلال علاقتها وتوزعها في الدوائر الانتخابية التي تتبع لها تلك المواقع، وفي هذا السياق يركز الفصل الحالي على دراسة مدى اختلاف هذه الخصائص حسب مواقع خدمات مراكز التنقية الدموية، وبالتالي علاقتها وتوزعها في الدوائر الانتخابية التي تتبع لها تلك المراكز، وذلك على النحو الآتي:

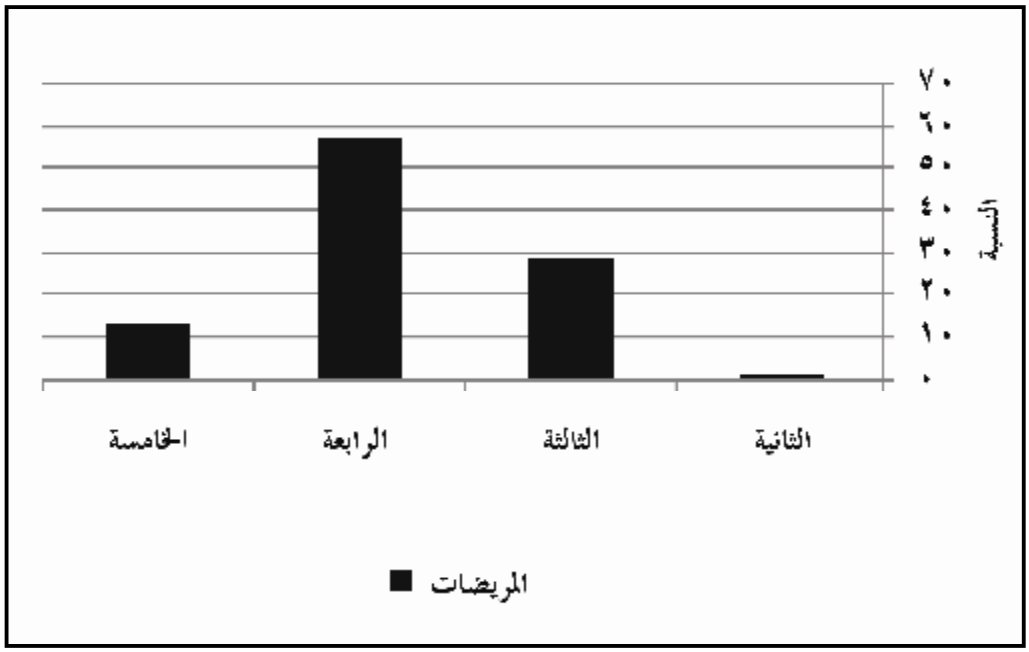
أولا: التوزع الجغرافي للمريضات حسب مواقع مراكز التنقية الدموية:

تؤدي مواقع مراكز العلاج بشكل عام دورا مهما في استفادة المرضى منها، وذلك تبعا لتوزيعها في الحيز الجغرافي المخدوم من قبلها، وهذا الدور يتمثل في قرب المركز أو بعده عن موقع سكن المرضى والمريضات، إضافة لنوع الخدمة التي تقدمها تلك المراكز، والفئة التي تستهدفها عند تقديم خدماتها.

و عند دراسة التوزع الجغرافي للمريضات حسب مواقع مراكز التنقية الدموية يلاحظ أن أكبر وجود للمريضات بين الدوائر الانتخابية التي تتبع لها تلك المراكز قد سجل في الدائرة الرابعة، حيث تتلقى أكثر من نصف المريضات العلاج في هذه الدائرة، وبنسبة (٥٧,٣ %) من إجمالي حالات الدراسة. وقد ساعد وجود مركز الكلى وضغط الدم بمستشفى النور التخصصي ذي الطاقة الاستيعابية الأكبر بين مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة على ارتفاع هذه النسبة، بحيث تستخدم (٥٢ %) من إجمالي حالات الدراسة، و (٩٢,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة هذا المركز لإجراء عملية التنقية الدموية.

كما تعتمد (٢٨,٦ %) من إجمالي المريضات على المركزين الواقعين في نطاق الدائرة الثالثة، حيث تتلقى (٨٤,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة العلاج في وحدة الغسيل الكلوي بمستشفى الملك عبد العزيز، بحي الزاهر. بينما تستخدم (١٥,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة، مركز الجمعية الخيرية بحي النزهة. شكل (٣١)، جدول (٣٢). هذا و توزعت بقية النسب على باقي الدوائر الانتخابية التي تتبع لها مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة. شكل (٣٢).

شكل (٣١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة



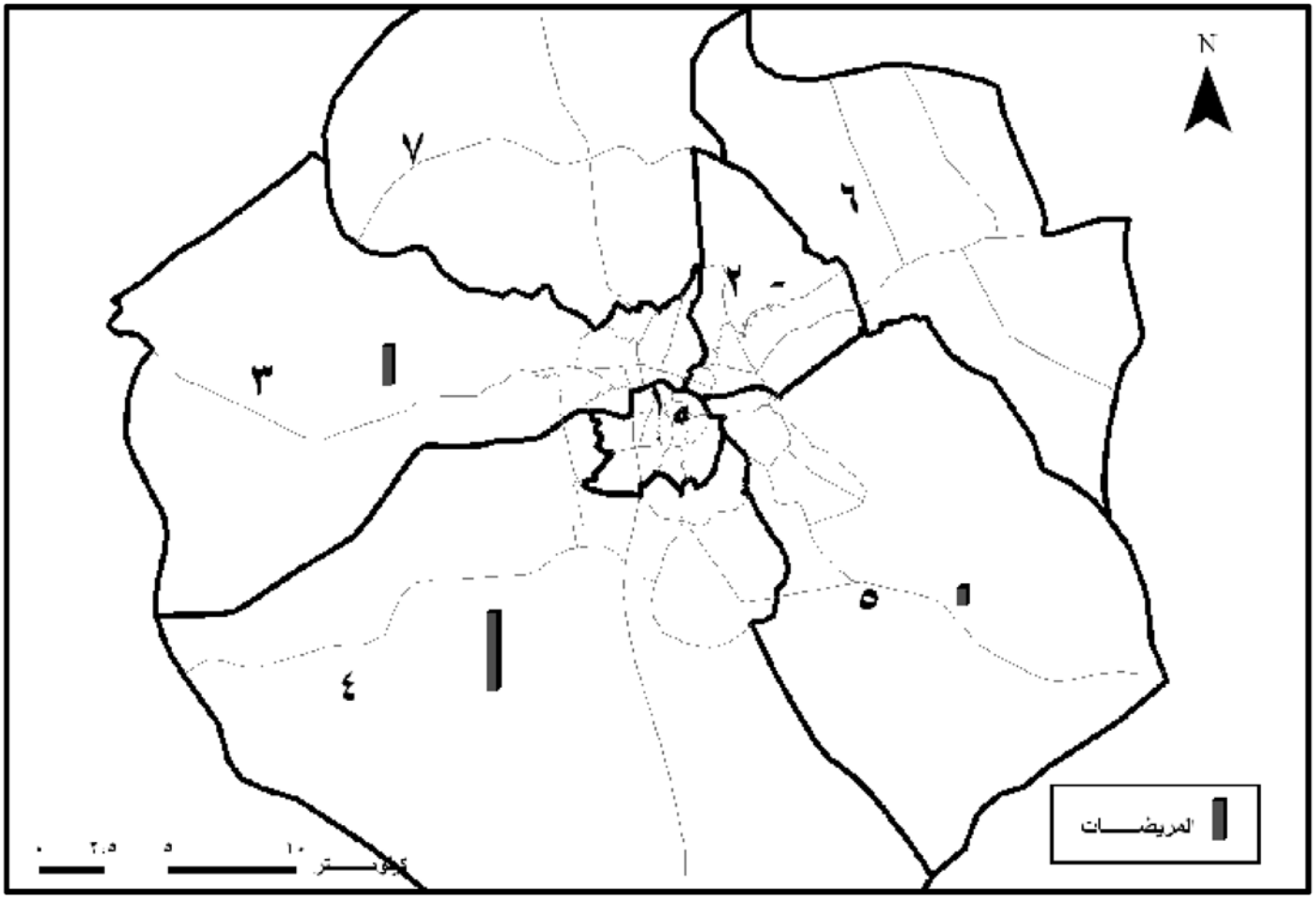
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٢) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة

الدائرة	الحي	المريضات		
		عدد الحالات	النسبة إلى حالات الدائرة	النسبة إلى حالات الدراسة
الثانية	المعابدة	٣	١٠٠	١.٣
	المجموع	**٣**	**١٠٠**	**١.٣**
الثالثة	الزاهر	٥٥	٨٤,٦	٢٤.٢
	النزهة	١٠	١٥,٤	٤.٤
	المجموع	**٦٥**	**١٠٠**	**٢٨.٦**
الرابعة	الهجرة	١٢٠	٩٢,٣	٥٢.٩
	الرصيفة	١٠	٧,٧	٤.٤
	المجموع	**١٣٠**	**١٠٠**	**٥٧.٣**
الخامسة	العزيزية	٢٩	١٠٠	١٢.٨
	المجموع	**٢٩**	**١٠٠**	**١٢.٨**
إجمالي حالات الدراسة		**٢٢٧**	**١٠٠**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٣٢) توزع المريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ثانيا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:

ترتبط خصائص المرضى المصابين بمرض الفشل الكُلوي المزمن، وتؤثر في استخدام مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة، ويظهر هذا التأثير من خلال خصائص المستخدمين لها، والذين عادة ما يشتركون في بعض منها سواء أكانت اجتماعية أم اقتصادية أم صحية. وتكون لهم بها أولوية العلاج في بعض مراكز التنقية، بينما لا ينظر لها في البعض الآخر. وسيتم تتبع هذه الخصائص كل على حدة من خلال هذا الجزء من الدراسة، لمعرفة مدى تأثيرها على استخدام هذه المراكز، وبالتالي انتظامها في الفراغ الجغرافي.

١. الخصائص الاجتماعية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:

كان لطبيعة بعض الخصائص الاجتماعية لمريضات الفشل الكلوي المزمن أثر في استخدامهن لمراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة، سواء أكانت هذه الخصائص تتعلق بهن مباشرة، أم بطبيعة إدارة مراكز التنقية الدموية والفئات المستهدفة من خلالها. وللتحقق من ذلك لزم الأمر دراسة تلك الخصائص اعتمادا على التوزيع الجغرافي لها حسب مواقع تلك المراكز، وذلك باتباع نفس المؤشرات الاجتماعية التي سبق استخدامها في دراسة الخصائص الاجتماعية للمريضات حسب مواقع السكن، وذلك على النحو الآتي:

أ. الجنسية:

يتضح من خلال بيانات الدراسة ووفقا لهذا التوزيع أن المريضات من الجنسية السعودية كن الأكثر استخداما لمراكز التنقية الدموية، المتوفرة في الدوائر الأربعة باستثناء الدائرة الخامسة التي شكلت المريضات من الجنسيات غير العربية المستخدمات الأكثر تمثيلا لهذه الفئة، وذلك بنسبة تجاوزت نصف عدد الحالات المسجلة في الدائرة. وبشكل عام فإن بعض المراكز الموجودة في كل من الدائرة الثانية والثالثة والرابعة) تجعل أولوية العلاج فيها للمرضى والمريضات من الجنسية السعودية، وهو ما يفسر ارتفاع نسبتهم فيها دون غيرها.

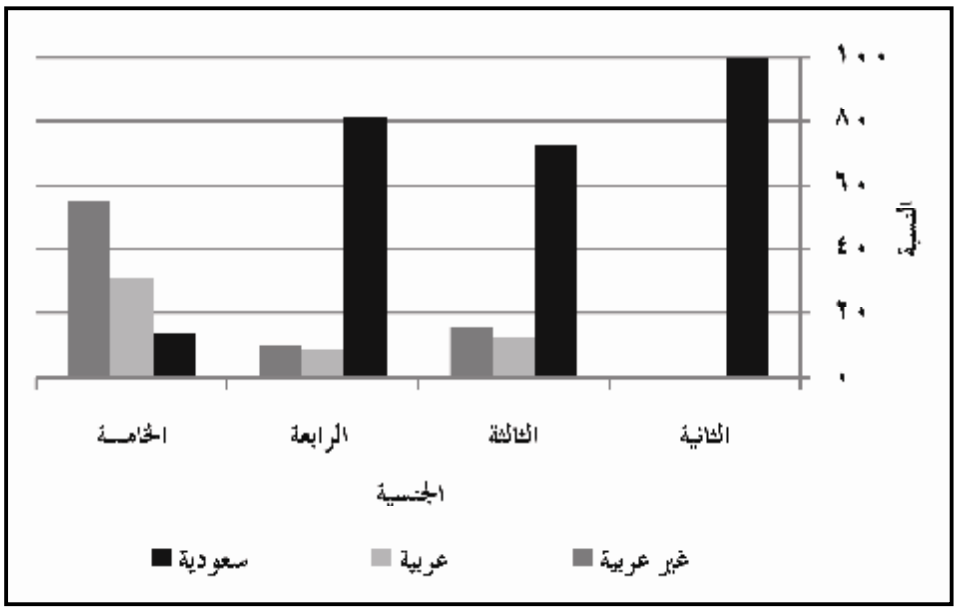
وكان للدائرة الخامسة كذلك نسبة الاستخدام الأكبر من قبل المريضات من الجنسيات العربية، بنسبة (٣١ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين لم تسجل الدائرة الثانية أي نسبة تمثيل لهذه الفئة. شكل (٣٣)، جدول (٣٣).

ويعود ارتفاع نسب استخدام ووجود المريضات من الجنسيات الأخرى - غير السعودية - في بعض الدوائر عن غيرها كما هو الحال في الدائرة الخامسة، إلى أن بعض المراكز كالموجود في تلك الدائرة، تهدف لتقديم خدمات خيرية لمرضى الفشل الكلوي دون مقابل مادي، وبدون النظر لخصائص

المرضى الاجتماعية أو الاقتصادية، وهو ما يفسر تسجيل المركز الموجود بهذه الدائرة (آسيا لغسيل الكلى) بمفرده أعلى نسب وجود للمريضات غير السعوديات.

وبالنظر إلى العلاقة الارتباطية بين جنسية المريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية تبين قيمة مربع كاي (٥٤,٩٥) عند درجة معنوية (٠,٠٠) وجود فروق جوهرية بينهما، كما تعزز قيمة معامل كريمر (٠,٣٤) تلك العلاقة بوجود علاقة قوية بين المتغيرين. جدول (٣٩).

شكل (٣٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الجنسية

الدائرة	التصنيف	الجنسية			
		سعودية	عربية	غير عربية	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٣	٠	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٩	٠	٠	١,٩
الثالثة	عدد الحالات	٤٧	٨	١٠	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٢,٣	١٢,٣	١٥,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٩,٤	٢٨,٦	٢٥,٦	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	١٠٦	١١	١٣	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨١,٥	٨,٥	١٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦٦,٣	٣٩,٣	٣٣,٣	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٤	٩	١٦	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٣١	٥٥,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢,٥	٣٢,١	٤١	١٢,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٦٠**	**٢٨**	**٣٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٠,٥**	**١٢,٣**	**١٧,٢**	**١٠٠**

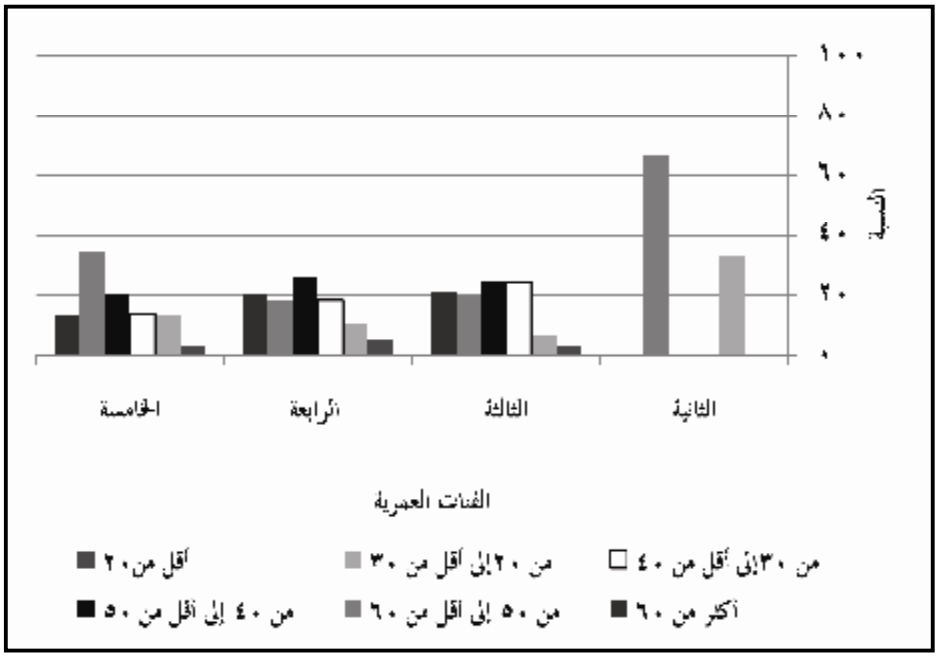
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. العمر:

تشير البيانات بحسب متغير العمر أن أعلى نسبة لاستخدام مراكز التنقية الدموية في الفئة العمرية الواقعة بين (٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة) - والتي جاءت كأعلى الفئات تمثيلا- قد سجلت في الدائرة الرابعة، حيث بلغت (٢٦,٢ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين جاءت الدائرة الثانية كأكثر الدوائر التي توجد بها مريضات من اللواتي تمتد أعمارهن من (٥٠ إلى أقل من ٦٠ سنة) —وهي الفئة التالية في الترتيب -، وذلك بنسبة (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين توزعت بقية النسب على باقي الدوائر الأخرى. شكل (٣٤)، جدول (٣٤).

وتدل قيمة مربع كاي (١٣,٨٥) عند درجة معنوية (٠,٥٣) على عدم وجود فروق جوهرية بين أعمار المريضات وتوزعهن في مواقع مراكز التنقية الدموية، في حين تشير قيمة معامل كريمر (٠,١٤) إلى أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٣٩).

شكل (٣٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الفئات العمرية

الدائرة	التصنيف	الفئات العمرية						
		أقل من٢٠ عاماً	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	من ٣٠إلى أقل من ٤٠	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	من ٥٠ إلى أقل من ٦٠	أكثر من ٦٠ عاماً	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	١	٠	٠	٢	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٣٣,٣	٠	٠	٦٦,٧	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٤,٣	٠	٠	٤,١	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٢	٤	١٦	١٦	١٣	١٤	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣,١	٦,٢	٢٤,٦	٢٤,٦	٢٠	٢١,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠	١٧,٤	٣٦,٤	٢٨,٦	٢٦,٥	٣١,١	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٧	١٤	٢٤	٣٤	٢٤	٢٧	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥,٤	١٠,٨	١٨,٥	٢٦,٢	١٨,٥	٢٠,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٧٠	٦٠,٩	٥٤,٥	٦٠,٧	٤٩	٦٠	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١	٤	٤	٦	١٠	٤	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣,٤	١٣,٨	١٣,٨	٢٠,٧	٣٤,٥	١٣,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠	١٧,٤	٩,١	١٠,٧	٢٠,٤	٨,٩	١٢,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٠**	**٢٣**	**٤٤**	**٥٦**	**٤٩**	**٤٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٤,٤**	**١٠,١**	**١٩,٤**	**٢٤,٧**	**٢١,٦**	**١٩,٨**	**١٠٠**

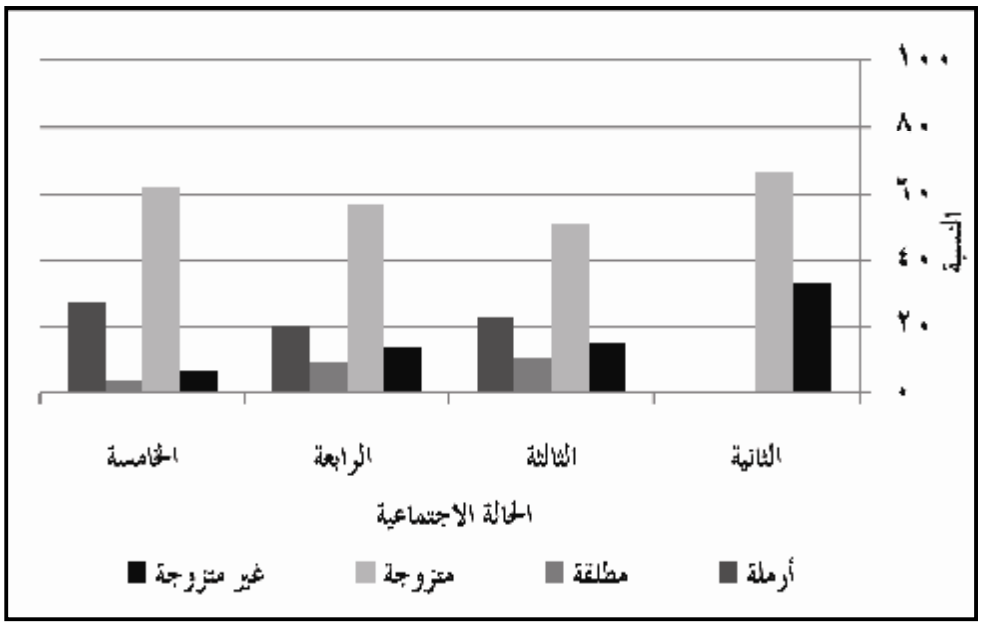
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. الحالة الاجتماعية:

وفقا للتوزيع الجغرافي لمراكز التنقية الدموية تشير البيانات أن فئة المتزوجات وهي أكثر الفئات تمثيلا بين فئات الحالة الاجتماعية للمريضات، قد سجلت أعلى نسبة استخدام للمركز الموجود في الدائرة الثانية، وذلك بنسبة (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين كان للدائرة الخامسة نسبة الاستخدام الأعلى لتلك المراكز من قبل الفئة التالية وهي فئة الأرامل، وذلك بنسبة (٢٧,٦%) من إجمالي حالات الدائرة، في حين توزعت بقية النسب على الفئات الأخرى. شكل (٣٥)، جدول (٣٥).

ويتضح من خلال قيمة مربع كاي (٥,٤٢) عند درجة معنوية (٠,٧٩) أنه لا توجد فروق جوهرية بين الحالة الاجتماعية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية، كما تنفي قيمة معامل كريمر (٠,٠٨) أي علاقة بين المتغيرين. جدول (٣٩).

شكل (٣٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة الاجتماعية

		الحالة الاجتماعية				
الدائرة	التصنيف	غير متزوجة	متزوجة	مطلقة	أرملة	المجموع
الثانية	عدد الحالات	١	٢	٠	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٦٦,٧	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,٢	١,٦	٠	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	١٠	٣٣	٧	١٥	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٥,٤	٥٠,٨	١٠,٨	٢٣,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٢,٣	٢٦	٣٥	٣٠	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	١٨	٧٤	١٢	٢٦	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٥٦,٩	٩,٢	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٨,١	٥٨,٣	٦٠	٥٣,١	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٢	٨	١	١٨	٢
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٩	٦٢,١	٣,٤	٢٧,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٥	١٤,٢	٥	١٦,٣	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣١**	**١٢٧**	**٢٠**	**٤٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٣,٧**	**٥٥,٩**	**٨,٨**	**٢١,٦**	**١٠٠**

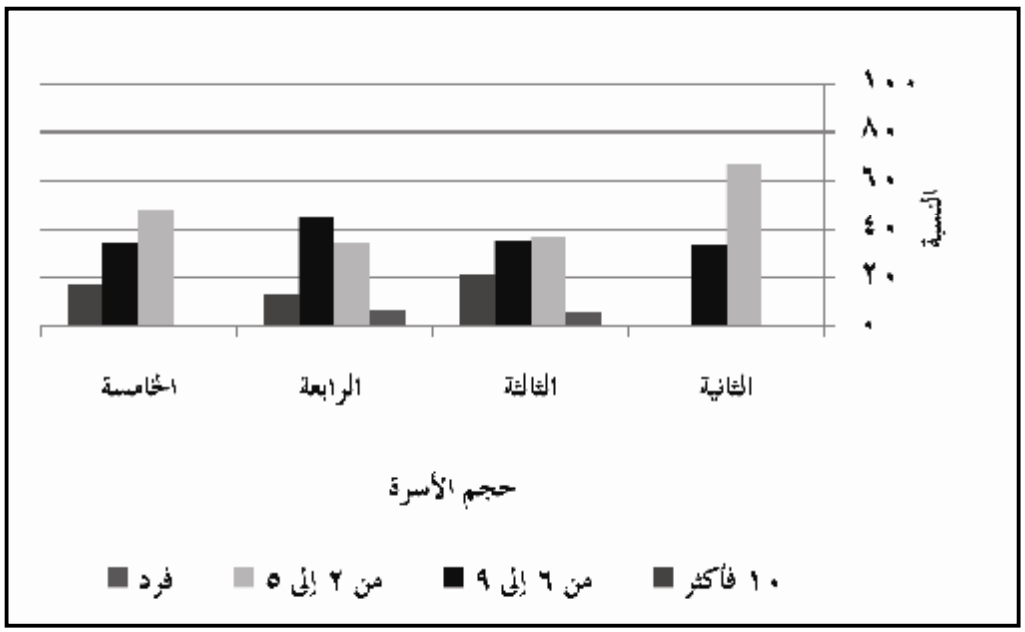
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

د. حجم الأسرة:

لوحظ وفقا لما خرجت به الدراسة من بيانات أن الأسر التي يبلغ حجمها من (٦ إلى ٩ أفراد) - وهي الفئة الأكثر تمثيلا- قد سجلت أكبر نسبة وجود لها في الدائرة الرابعة، وذلك بنسبة (٤٥,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين جاءت الدائرة الثانية كأكثر الدوائر التي توجد بها مريضات ممن تتراوح أحجام أسرهن من (فردين إلى ٥ أفراد) وذلك بنسبة (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين توزعت باقي النسب على باقي فئات المتغير. شكل (٣٦)، جدول (٣٦).

وتشير قيمة مربع كاي (٧,٩٧) عند درجة معنوية (٠,٥٣) إلى أنه لا توجد فروق جوهرية بين حجم الأسرة وبين مواقع مراكز التنقية الدموية، وتبين قيمة معامل كريمر (٠,١٠) أن العلاقة بينهما علاقة ضعيفة. جدول (٣٩).

شكل (٣٦) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٦) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب حجم الأسرة

الدائرة	التصنيف	حجم الأسرة				
		فرد	٢-٥	٦-٩	١٠ فأكثر	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٢	١	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٦٦,٧	٣٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٢,٤	١,١	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٤	٢٤	٢٣	١٤	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٢	٣٦,٩	٣٥,٤	٢١,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٠,٨	٢٨,٢	٢٤,٧	٣٨,٩	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٩	٤٥	٥٩	١٧	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٩	٣٤,٦	٤٥,٤	١٣,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦٩,٢	٥٢,٩	٦٣,٤	٤٧,٣	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٠	١٤	١٠	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٤٨,٣	٣٤,٥	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٦,٥	١٠,٨	١٣,٩	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٣**	**٨٥**	**٩٣**	**٣٦**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٥,٧**	**٣٧,٤**	**٤١**	**١٥,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

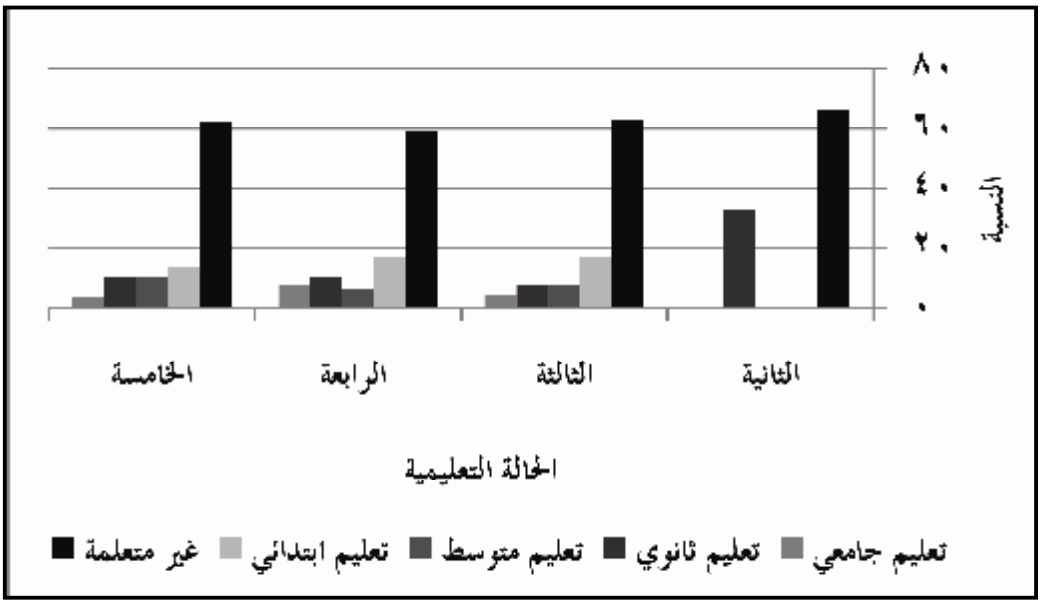
هـ. الحالة التعليمية:

سجلت فئة المريضات غير المتعلمات والتي مثلت النسبة الأكبر للحالة التعليمية بين مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، تبعا لتوزيع مراكز التنقية الدموية أعلى نسبة وجود لها في الدائرة الثانية، بحوالي ثلثي حالات الإصابة فيها. وقد يكون ذلك عائدٌ لقلة الحالات المسجلة في مركز التنقية الدموية الوحيد الواقع في هذه الدائرة، حيث بلغ إجمالي عدد المريضات فيها ثلاث حالات فقط.

أما فئة المتعلمات تعليما ابتدائيا فقد جاءت أكبر نسبة لاستخدامها للمراكز في كل من الدائرتين الثالثة والرابعة بنسبة بلغت (١٦,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. شكل (٣٧)، جدول (٣٧).

ومن خلال دراسة العلاقة الارتباطية بين الحالة التعليمية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية توضح قيمة مربع كاي (٤,٩٢) عند درجة معنوية (٠,٩٦) أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، كما تنفي قيمة معامل كريمر (٠,٠٨) وجود أي علاقة بينهما. جدول (٣٩).

شكل (٣٧) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة التعليمية

الدائرة	التصنيف	الحالة التعليمية					
		غير متعلمة	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٢	٠	٠	١	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٠	٠	٣٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٤	٠	٠	٤,٥	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٤١	١١	٥	٥	٣	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٣,١	١٦,٩	٧,٧	٧,٧	٤,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٩,٧	٢٩,٧	٣١,٣	٢٢,٧	٢١,٤	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٧٧	٢٢	٨	١٣	١٠	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٩,٢	١٦,٩	٦,٢	١٠	٧,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٥,٨	٥٩,٥	٥٠	٥٩,١	٧١,٤	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١٨	٤	٣	٣	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٢,١	١٣,٨	١٠,٣	١٠,٣	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣	١٠,٨	١٨,٨	١٣,٦	٧,١	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٣٨**	**٣٧**	**١٦**	**٢٢**	**١٤**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٦٠,٨**	**١٦,٣**	**٧**	**٩,٧**	**٦,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

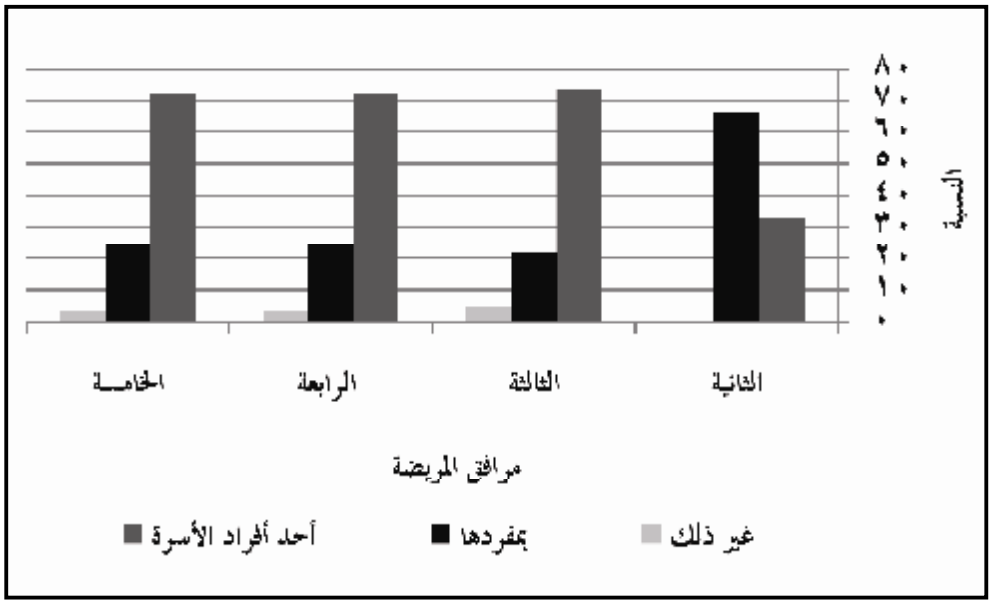
و. مرافق المريضة للمركز:

توضح بيانات الدراسة المتعلقة بمرافقي المريضات لمراكز التنقية الدموية أن أعلى نسب استخدام تلك المراكز من قبل المريضات اللواتي يقدمن لمراكز التنقية الدموية برفقة أحد أفراد الأسرة قد سجلت في الدائرة الثالثة، وذلك بنسبة (٧٣,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة. تلتها في ذلك كل من الدائرتين الرابعة والخامسة بنسبة تجاوزت (٧٢ %) من إجمالي حالات الدائرتين لكل منهما.

في حين جاءت الدائرة الثانية كأعلى الدوائر التي توجد فيها فئة القادمات لمراكز التنقية الدموية بمفردهن، بنسبة بلغت (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. و مثلت الدائرة الثالثة نسبة الاستخدام الأكبر للفئة الأخيرة وهي فئة القادمات برفقة العاملات المترليات أو السائقين، بنسبة (٤,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة، بينما خلت الدائرة الثانية من أي تمثيل لهذه الفئة. شكل (٣٨)، جدول (٣٨).

وتكشف قيمة مربع كاي (٣,٤٨) عند درجة معنوية (٠,٧٤) عن عدم وجود فروق جوهرية بين متغير مرافق المريضة لمركز التنقية الدموية ومواقع تلك المراكز، في حين تنفي قيمة معامل كريمر (٠,٠٨) وجود أي علاقة بينهما. جدول (٣٩).

شكل (٣٨) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٨) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب مرافق المريضة

الدائرة	التصنيف	مرافق المريضة للمركز			
		أحد أفراد الأسرة	بمفردها	غير ذلك	المجموع
الثانية	عدد الحالات	١	٢	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٦٦,٧	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠,٦	٣,٦	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٤٨	١٤	٣	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٣,٨	٢١,٥	٤,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٩,٣	٢٥,٥	٣٧,٥	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٩٤	٣٢	٤	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٢,٣	٢٤,٦	٣,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٧,٣	٥٨,٢	٥٠	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٢١	٧	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٢,٤	٢٤,١	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢,٨	١٢,٧	١٢,٥	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٦٤**	**٥٥**	**٨**	**٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٢,٢**	**٢٤,٢**	**٣,٥**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٣٩) العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية

الخصائص الاجتماعية		موقع مركز التنقية الدموية %				العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
	الفئات	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة		معامل كريمر (د، المعنوية)	مربع كاي (د، المعنوية)
الجنسية	سعودية	١٠٠	٧٢,٣	٨١,٥	١٣,٨	١٦٠	٠,٣٤ (٠,٠٠)	٥٤,٩٥ (٠,٠٠)
	عربية	٠	١٢,٣	٨,٥	٣١	٢٨		
	غير عربية	٠	١٥,٤	١٠	٥٥,٢	٣٩		
الفئات العمرية	أقل من ٢٠ عام	٠	٣,١	٥,٤	٣,٤	١٠	٠,١٤ (٠,٥٣)	١٣,٨٥ (٠,٥٣)
	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	٣٣,٣	٦,٢	١٠,٨	١٣,٨	٢٣		
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	٠	٢٤,٦	١٨,٥	١٣,٨	٤٤		
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	٠	٢٤,٦	٢٦,٢	٢٠,٧	٥٦		
	من ٥٠ إلى أقل من ٦٠	٦٦,٧	٢٠	١٨,٥	٣٤,٥	٤٩		
	٦٠ عام فأكثر	٠	٢١,٥	٢٠,٨	١٣,٨	٤٥		
الحالة الاجتماعية	غير متزوجة	٣٣,٣	١٥,٤	١٣,٨	٦,٩	٣١	٠,٠٨ (٠,٧٩)	٥,٤٢ (٠,٧٩)
	متزوجة	٦٦,٧	٥٠,٨	٥٦,٩	٦٢,١	١٢٧		
	مطلقة	٠	١٠,٨	٩,٢	٣,٤	٢٠		
	أرملة	٠	٢٣,١	٢٠	٢٧,٦	٤٩		
حجم الأسرة	فرد واحد	٠	٦,٢	٦,٩	٠	١٣	٠,١٠ (٠,٥٣)	٧,٩٧ (٠,٥٣)
	٢-٥	٦٦,٧	٣٦,٩	٣٤,٦	٤٨,٣	٨٥		
	٦-٩	٣٣,٣	٣٥,٤	٤٥,٤	٣٤,٥	٩٣		
	أكثر من ١٠	٠	٢١,٥	١٣,١	١٧,٢	٣٦		
الحالة التعليمية	غير متعلمة	٦٦,٧	٦٣,١	٥٩,٢	٦٢,١	١٣٨	٠,٠٨ (٠,٩٦)	٤,٩٢ (٠,٩٦)
	ابتدائي	٠	١٦,٩	١٦,٩	١٣,٨	٣٧		
	متوسط	٠	٧,٧	٦,٢	١٠,٣	١٦		
	ثانوي	٣٣,٣	٧,٧	١٠	١٠,٣	٢٢		
	جامعي	٠	٤,٦	٧,٧	٣,٤	١٤		
مرافق المريضة	أحد أفراد الأسرة	٣٣,٣	٧٣,٨	٧٢,٣	٧٢,٤	١٦٤	٠,٠٨ (٠,٧٤)	٣,٤٨ (٠,٧٤)
	بمفردها	٦٦,٧	٢١,٥	٢٤,٦	٢٤,١	٥٥		
	غير ذلك	٠	٤,٦	٣,١	٣,٤	٨		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٢. الخصائص الاقتصادية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:

تؤثر الخصائص الاقتصادية لأي فرد في استخدامه للمرافق والخدمات المقدمة إليه، وتدلل على مستواه المادي بشكل عام، لذا يمكن اعتبارها أحد المؤشرات التي من المهم الأخذ بها عند إجراء أي دراسة من هذا النوع. وتبعا لذلك فقد اعتمدت هذه الدراسة عددا من الخصائص الاقتصادية المتعلقة بمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، وذلك تبعا للتوزيع الجغرافي لمراكز التنقية الدموية بالمدينة. وهي نفس المؤشرات التي اعتمدت سابقا في دراسة الخصائص الاقتصادية للمريضات.

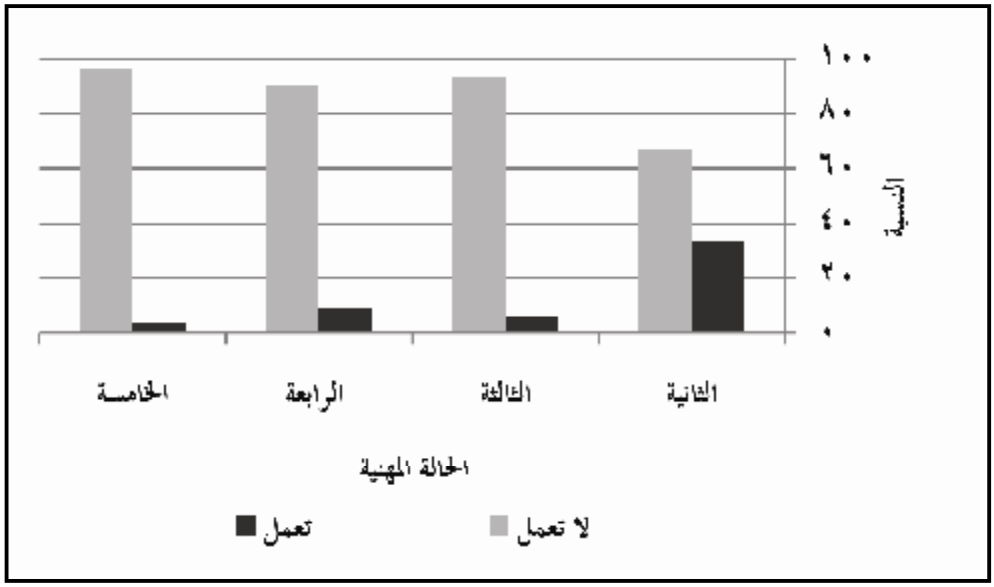
أ. الحالة المهنية:

تُظهر بيانات الدراسة حسب هذا المتغير أن الفئة الأكثر تمثيلا وهي فئة العاطلات عن العمل من المريضات قد سجلت أعلى نسبة وجود لها حسب توزعهن على الدوائر الانتخابية التي تتبع لها مراكز التنقية الدموية في الدائرة الخامسة، بنسبة (٩٦,٦ %)، حيث تتسم الحالة الاقتصادية بشكل عام لمراجعي ومراجعات المركز الموجود في هذه الدائرة بالضعف. تلت هذه الدائرة في ذلك الدائرة الثالثة بنسبة (٩٣,٨ %) من إجمالي حالاتها.

في حين كانت الدائرة الثانية أكثر الدوائر تمثيلا ووجودا لفئة العاملات من المريضات، وذلك بنسبة (٣٣,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٣٩)، جدول (٤٠).

وعند دراسة العلاقة الارتباطية بين كل من الحالة المهنية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية دلت قيمة مربع كاي (٤,٠٣) عند درجة معنوية (٠,٢٥) على أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، كما أشارت قيمة معامل كريمر (٠,١٣) على أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٤٦).

شكل (٣٩) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الحالة المهنية

الدائرة	التصنيف	الحالة المهنية للمريضات		
		لا تعمل	تعمل	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٢	١	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٣٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١	٥,٦	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٦١	٤	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٣,٨	٦,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٩,٢	٢٢,٢	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	١١٨	١٢	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٠,٨	٩,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٦,٥	٦٦,٧	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٢٨	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٦,٦	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٤	٥,٦	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٢٠٩**	**١٨**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٩٢,١**	**٧,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

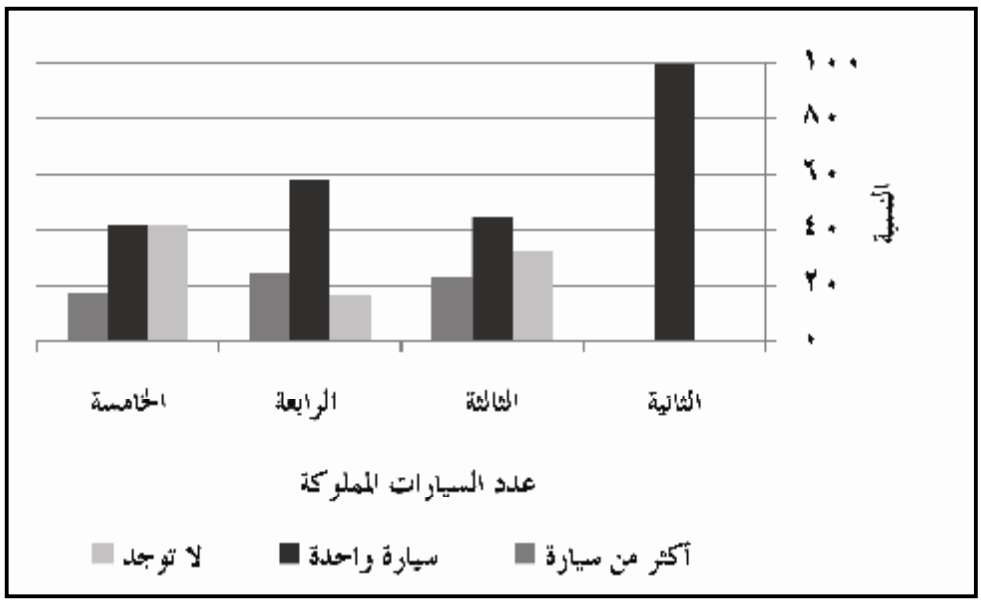
ب. عدد السيارات المملوكة:

تُظهر البيانات بحسب التوزيع الجغرافي، وتبعا لهذا المتغير أن الدائرة الثانية كانت أكثر الدوائر تمثيلا للمريضات اللواتي يملكن أو تملك أسرهن سيارة واحدة فقط -وهي الفئة الأعلى تمثيلا بين فئات المتغير- وذلك بنسبة (١٠٠ %) من إجمالي حالات الدائرة، تلتها في ذلك الدائرة الرابعة، بنسبة تجاوزت نصف الحالات المسجلة في هذه الدائرة.

وجاءت الدائرة الخامسة كأكثر الدوائر تمثيلا للفئة التالية وهي فئة المريضات اللواتي لا تملك أسرهن أي وسيلة نقل، وذلك بنسبة (٤١,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة. والتي تعزى للمستوى الاقتصادي المنخفض نسبيا لمراجعات المركز الوحيد الواقع في نطاق هذه الدائرة. في حين جاء أعلى استخدام لمراكز التنقية الدموية في فئة المريضات اللواتي تملك أسرهن أكثر من سيارة واحدة والتي جاءت في الترتيب الأخير في الدائرة الرابعة بنسبة بلغت (٢٤,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٤٠)، جدول (٤١).

وبالنظر لقيمة مربع كاي (١٣,٧١) عند درجة معنوية (٠,٠٣) يلاحظ وجود فروق جوهرية بين عدد السيارات المملوكة لأسرة المريضة ومواقع مراكز التنقية الدموية، في حين تدل قيمة معامل كريمر (٠,١٧) على أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٤٦).

شكل (٤٠) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤١) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب عدد السيارات المملوكة

الدائرة	التصنيف	عدد السيارات المملوكة			
		لا توجد	سيارة واحدة	أكثر من سيارة	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٣	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٢,٥	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٢١	٢٩	١٥	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٢,٣	٤٤.٦	٢٣.١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٨,٢	٢٤,٢	٢٨,٨	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٢٢	٧٦	٣٢	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٦,٩	٥٨,٥	٢٤,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤٠	٦٣,٣	٦١,٥	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١٢	١٢	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤١,٤	٤١,٤	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢١,٨	١٠	٩,٦	١٢,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	٥٥	١٢٠	٥٢	٢٢٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٤,٢	٥٢,٩	٢٢,٩	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

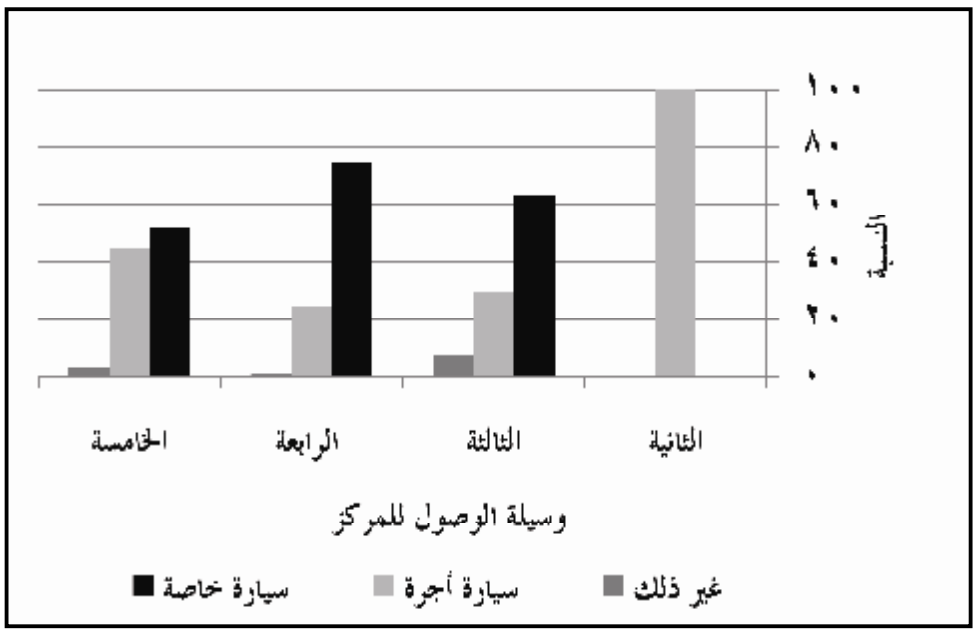
ج. وسيلة الوصول للمركز:

مع توفر وسائل نقل خاصة لدى عدد من المريضات إلا انه أحيانا لا يتم الاعتماد عليها كوسيلة أساسية في الوصول للمراكز، كما هو الحال مع الحالات الموجودة في الدائرة الثانية، حيث لا تعتمد جميع الحالات التي تستخدم مركز التنقية الدموية الذي يقع في نطاق هذه الدائرة على وسيلة المواصلات التي تتملكها أسرهن، وذلك لاعتبارات عدة، منها أن هذه الوسائل في بعض الأحيان لا تقع تحت ملكية المريضة مباشرة، وبالتالي فلا تعتمد عليها باستمرار كوسيلة نقل مباشرة، وقد يعود السبب في ذلك أيضا كون مرافق المريضة لا يمتلك تلك الوسيلة مع توفرها لدى غيره من أفراد الأسرة، مما لا يمكنه من الاعتماد عليها بشكل أساسي في التنقل من وإلى المركز.

كما يلاحظ أن الدائرة الرابعة قد سجلت أعلى نسبة تركز لمن يقدمن لمراكز التنقية الدموية بوسيلة مواصلات خاصة بنسبة (٧٤,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة. وقد يعود ارتفاع نسبة الاعتماد على هاتين الوسيلتين من قبل المريضات في التنقل من مكان السكن إلى مركز التنقية الدموية، وبالعكس إلى إمكانية توفرهما بشكل أكبر من توفر الوسائل الأخرى، إضافة إلى سرعتهما و أمانهما النسبي، مقارنة بغيرهما من وسائل نقل أخرى. شكل (٤١)، جدول (٤٢).

ويلاحظ من خلال تحليل قيمة مربع كاي (١٩,٥١) عند درجة معنوية (٠,٠٠) وجود فروق جوهرية بين وسيلة الوصول لمراكز التنقية الدموية ومواقعها، كما تكشف قيمة معامل كريمر (٠,٢٠) عن وجود علاقة متوسطة بينهما. جدول (٤٦).

شكل (٤١) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٢) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب وسيلة الوصول للمركز

الدائرة	التصنيف	وسيلة الوصول للمركز			
		سيارة خاصة	سيارة أجرة	غير ذلك	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٣	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٤,٥	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٤١	١٩	٥	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٣,١	٢٩,٢	٧,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٦,٨	٢٨,٤	٧١,٤	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٩٧	٣٢	١	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٤,٦	٢٤,٦	٠,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦٣,٤	٤٧,٨	١٤,٣	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١٥	١٣	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥١,٧	٤٤,٨	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٨	١٩,٤	١٤,٣	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**١٥٣**	**٦٧**	**٧**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٦٧,٤**	**٢٩,٥**	**٣,١**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

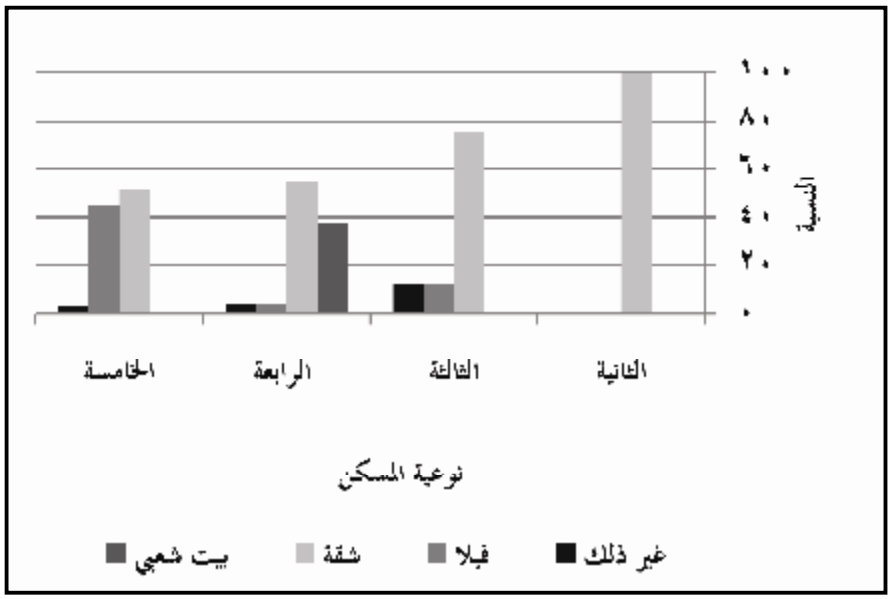
د. نوعية المسكن:

يظهر وفقا لبيانات الدراسة أن الدائرة الثانية قد سجلت نسبة الاستخدام الأعلى من قبل المريضات اللواتي يقطن في شقق سكنية، وهي الفئة التي احتلت الترتيب الأول بين أنماط سكن المريضات بمنطقة الدراسة، وذلك بنسبة (١٠٠ %) من إجمالي حالات الدائرة، في حين تجاوزت النسبة النصف في بقية الدوائر الأخرى.

أما فئة القاطنات في بيوت شعبية والتي جاءت ثانية في الترتيب، فقد تمثل الوجود الأكبر والوحيد لها في الدائرة الرابعة وذلك بنسبة (٣٧.٧ %) من إجمالي حالات الدائرة، و(١٠٠%) من إجمالي حالات الدراسة، حيث استحوذ المركزان الوحيدان اللذان يقعان في نطاق هذه الدائرة على جميع حالات المريضات اللاتي يقطن في بيوت شعبية. شكل (٤٢)، جدول (٤٣).

وتشير قيمة مربع كاي (٨١,٦٠) عند درجة معنوية (٠,٠٠) إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين نوعية المسكن ومواقع مراكز التنقية الدموية، كما تشير قيمة معامل كريمر (٠,٣٤) إلى وجود علاقة قوية بين المتغيرين. جدول (٤٦).

شكل (٤٢) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

جدول (٤٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوعية المسكن

الدائرة	التصنيف	نوعية المسكن				المجموع
		بيت شعبي	شقة	فيلا	غير ذلك	
الثانية	عدد الحالات	٠	٣	٠	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٢,٢	٠	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٠	٤٩	٨	٨	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٧٥,٤	١٢,٣	١٢,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٣٥,٥	٣٠,٨	٥٧,١	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٤٩	٧١	٥	٥	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٧,٧	٥٤,٦	٣,٨	٣,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠٠	٥١,٤	١٩,٢	٣٥,٧	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٠	١٥	١٣	١	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٥١,٧	٤٤,٨	٣,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٠,٩	٥٠	٧,١	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٤٩**	**١٣٨**	**٢٦**	**١٤**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢١,٦**	**٦٠,٨**	**١١,٥**	**٦,٢**	**١٠٠**

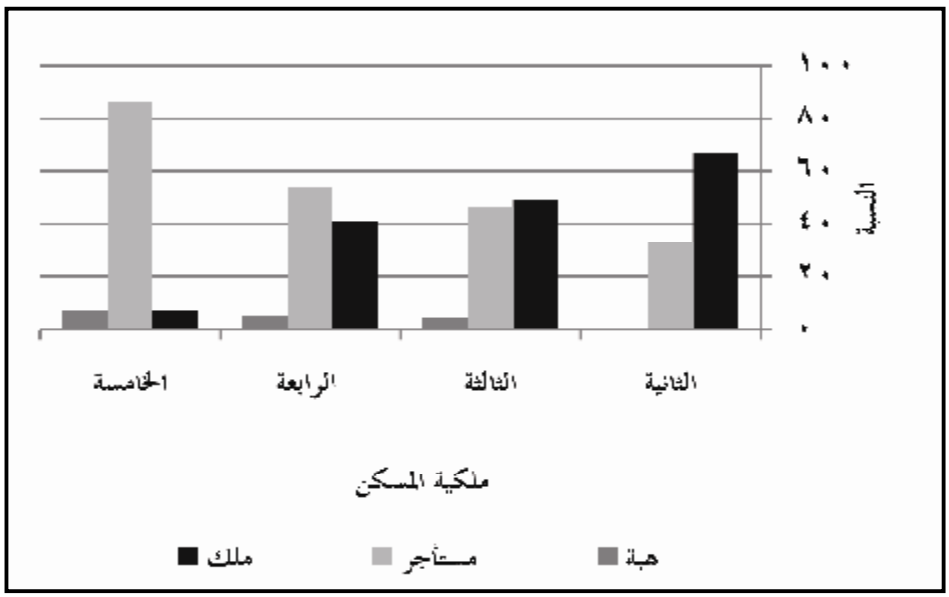
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

هـــ. ملكية المسكن:

تظهر بيانات الدراسة حسب هذا المتغير أن الدائرة الخامسة قد جاءت كأكثر الدوائر الانتخابيـــة تمثيلا لفئة المريضات اللواتي يسكنَّ في مساكن مستأجرة -وهي الفئة الأكثر تمثيلا بين فئات المتغير - فئة القاطنات في مساكن وهبت إليهن-، وذلك بنسبة (٨٦,٢ %) و(٦,٩ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي. حيث تتسم الحالة الاقتصادية لمرتادي هذا المركز مـــن المريضـــات بضـــعف الإمكانات الاقتصادية بشكل عام، وبوجود أعلى عدد لحالات الإصابة المسجلة بين المراكـــز الخيريـــة بمنطقة الدراسة. أما فئة القاطنات في مساكن تعود ملكيتها إليهن أو لأسرهن وهي الفئة التي جاءت ثانية في الترتيب فقد سُجل أعلى تمثيل لها في الدائرة الثانية بنسبة (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الـــدائرة. شكل (٤٣)، جدول (٤٤).

وتوضح قيمة مربع كاي (١٦,٦٨) عند درجة معنوية (٠,٠١) وجود فروق جوهرية بين ملكية المسكن ومواقع مراكز التنقية الدموية، في حين تشير قيمة معامل كريمر (٠,١٩) إلى أن العلاقـــة بـــين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٤٦).

شكل (٤٣) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـــ)

جدول (٤٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب ملكية المسكن

الدائرة	التصنيف	ملكية المسكن			
		ملك	مستأجر	هبة	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٢	١	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٣٣,٣	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢,٢	٠,٨	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٣٢	٣٠	٣	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٩,٢	٤٦,٢	٤,٦	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٦	٢٣,٨	٢٥	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٥٣	٧٠	٧	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٠,٨	٥٣,٨	٥,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٩,٦	٥٥,٦	٥٨,٣	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٢	٢٥	٢	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٩	٨٦,٢	٦,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢,٢	١٩,٨	١٦,٧	١٢,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٨٩**	**١٢٦**	**١٢**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٣٩,٢**	**٥٥,٥**	**٥,٣**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

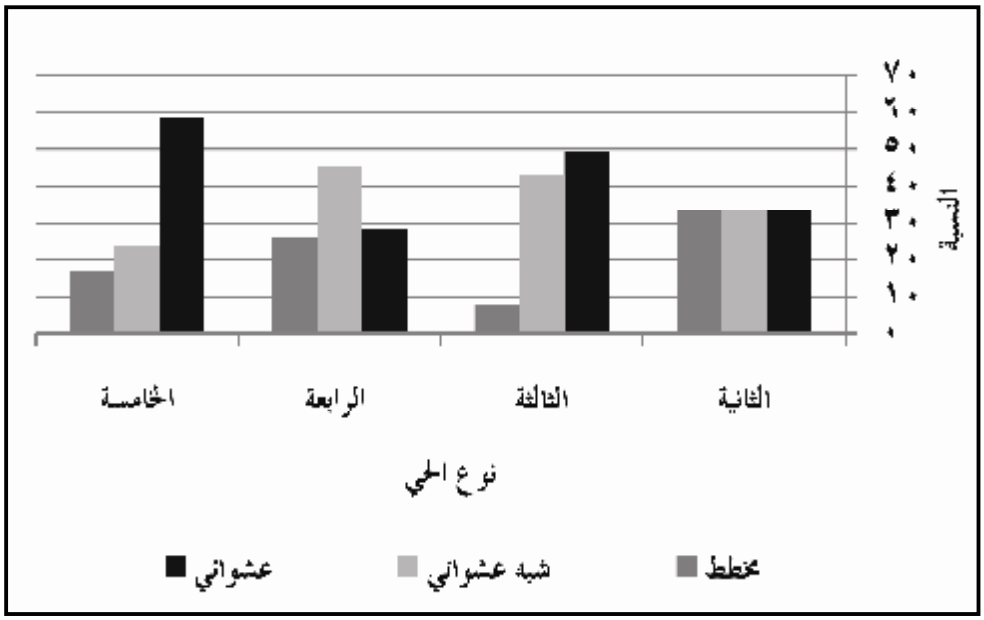
و. نوعية الحي الذي تسكنه المريضة:

تظهر البيانات أن فئة القاطنات في أحياء نصف عشوائية – والتي جاءت كأكثر الفئات تمثيلا- قد سجلت أعلى نسبة وجود لها في الدائرة الرابعة، وذلك بنسبة (٤٥,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين جاءت الدائرة الخامسة كأكثر الدوائر تمثيلا لفئة المريضات القادمات من أحياء عشوائية، وذلك بنسبة بلغت (٥٨,٦ %) من إجمالي حالات الدائرة.

أما القاطنات في أحياء منتظمة فقد سجلن أعلى نسبة وجود لهن في الدائرة الثانية، وذلك بنسبة (٣٣,٣ %)، تلتها في ذلك الدائرة الرابعة بنسبة (٢٦,٢ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. شكل (٤٤)، جدول (٤٥).

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين نوع الحي الذي تسكنه المريضة وبين مواقع مراكز التنقية الدموية تكشف قيمة مربع كاي (١٨,٩١) عند درجة معنوية (٠,٠٠) عن وجود فروق جوهرية بين نوع الحي ومواقع مراكز التنقية الدموية، كما تبين قيمة معامل كريمر (٠,٢٠) أن العلاقة بين المتغيرين علاقة متوسطة. جدول (٤٦).

شكل (٤٤) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

جدول (٤٥) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الحي

الدائرة	التصنيف	نوع الحي			
		عشوائي	نصف عشوائي	مخطط	المجموع
الثانية	عدد الحالات	١	١	١	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٣٣,٣	٣٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,١	١,١	٢,٢	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٣٢	٢٨	٥	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٩,٢	٤٣,١	٧,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٦,٨	٢٩,٥	١١,١	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٣٧	٥٩	٣٤	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٨,٥	٤٥,٤	٢٦,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤٢,٥	٦٢,١	٧٥,٦	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١٧	٧	٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٨,٦	٢٤,١	١٧,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٥	٧,٤	١١,١	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٨٧**	**٩٥**	**٤٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٣٨,٣**	**٤١,٩**	**١٩,٨**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٦) العلاقة بين الخصائص الاقتصادية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية

الخصائص الاقتصادية		دائرة مركز التنقية الدموية %				العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
	الفئات	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة		معامل كريمر (د، المعنوية)	مربع كاي (د، المعنوية)
المهنة	تعمل	٣٣,٣	٦,٢	٩,٢	٣,٤	١٨	٠,١٣ (٠,٢٥)	٤,٠٣ (٠,٢٥)
	لا تعمل	٦٦,٧	٩٣,٨	٩٠,٨	٩٦,٦	٢٠٩		
عدد السيارات	لا توجد	٠	٣٢,٣	١٦,٩	٤١,٤	٥٥	٠,١٧ (٠,٠٣)	١٣,٧١ (٠,٠٣)
	سيارة واحدة	١٠٠	٤٤,٦	٥٨,٥	٤١,٤	١٢٠		
	أكثر من سيارة	٠	٢٣,١	٢٤,٦	١٧,٢	٥٢		
وسيلة الوصول	سيارة خاصة	٠	٦٣,١	٧٤,٦	٥١,٧	١٥٣	٠,٢٠ (٠,٠٠)	١٩,٥١ (٠,٠٠)
	سيارة أجرة	١٠٠	٢٩,٢	٢٤,٦	٤٤,٨	٦٧		
	غير ذلك	٠	٧,٧	٠,٨	٣,٤	٧		
نوعية المسكن	بيت شعبي	٠	٠	٣٧,٧	٠	٤٩	٠,٣٤ (٠,٠٠)	٨١,٦٠ (٠,٠٠)
	شقة	١٠٠	٧٥,٤	٥٤,٦	٥١,٧	١٣٨		
	فيلا	٠	١٢,٣	٣,٨	٤٤,٨	٢٦		
	غير ذلك	٠	١٢,٣	٣,٨	٣,٤	١٤		
ملكية المسكن	ملك	٦٦,٧	٤٩,٢	٤٠,٨	٦,٩	٨٩	٠,١٩ (٠,٠١)	١٦,٦٨ (٠,٠١)
	مستأجر	٣٣,٣	٤٦,٢	٥٣,٨	٨٦,٢	١٢٦		
	هبة	٠	٤,٦	٥,٤	٦,٩	١٢		
نوع الحي	مخطط	٣٣,٣	٧,٧	٢٦,٢	١٧,٢	٤٥	٠,٢٠ (٠,٠٠)	١٨,٩١ (٠,٠٠)
	نصف عشوائي	٣٣,٣	٤٣,١	٤٥,٤	٢٣,١	٩٥		
	عشوائي	٣٣,٣	٤٩,٢	٢٨,٥	٥٨,٦	٨٧		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٣. الخصائص الصحية للمريضات وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية:

تؤثر بعض الخصائص الصحية لبعض المرضى "وخصوصا فيما يتعلق بالأمراض المعدية التي من الممكن أن يصاب بها مرضى الفشل الكلوي" في توزيعهم بين مراكز العلاج، وللتعرف على ما إذا أثرت خصائص المريضات في توزعهن على مواقع مراكز التنقية الدموية، حاولت الباحثة الاعتماد على ما استندت اليه سابقا من مؤشرات صحية تتعلق بهن في تناول توزعهن على تلك المواقع، ونمط ذلك التوزيع، وذلك على النحو الآتي.

أ. تاريخ الإصابة بالمرض:

تظهر بيانات الدراسة تبعا لتاريخ إصابة المريضات بالمرض، ووفقا للتوزيع الجغرافي لمراكز التنقية الدموية الآتي:

- **العام ١٤١٥هـ وما قبله:**

أظهرت بيانات الدراسة أن الدائرة الثالثة كانت أكثر الدوائر استخداما من قبل المريضات اللواتي أصبن بالمرض في هذه الفترة، حيث بلغت نسبة من يعالجن في المركزين التابعين لهذه الدائرة (١٨,٥ %) من إجمالي حالات الدائرة.

- **فترة مابين عامي ١٤١٦ - ١٤٢٠هـ:**

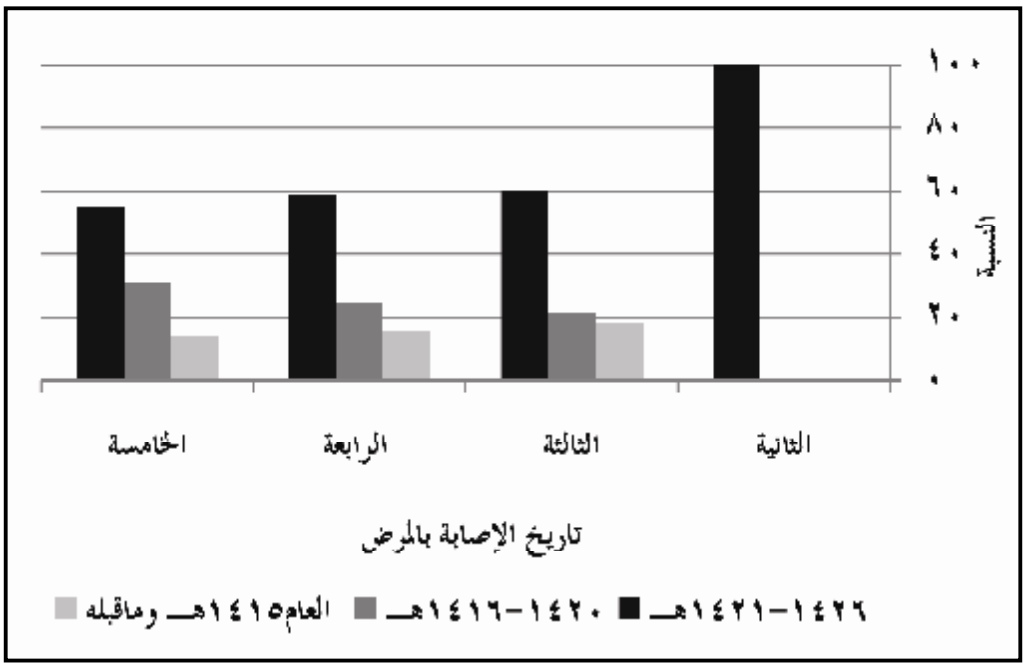
سجلت الدائرة الخامسة الاستخدام الأعلى من قبل المريضات اللواتي اكتشفن إصابتهن بالمرض في هذه الفترة، حيث سجل المركز الوحيد فيها، نسبة (٣١ %) من إجمالي الحالات المسجلة في هذه الدائرة.

- **فترة مابين عامي ١٤٢١-١٤٢٦هـ:**

جاءت الدائرة الثانية في الترتيب الأول من حيث الاستخدام، وذلك من قبل الحالات التي أصيبت بالمرض في هذه الفترة، حيث اكتشفت جميع المريضات اللاتي يعالجن في المركز التابع لهذه الدائرة إصابتهن بالمرض في هذه الفترة. تلتها في ذلك كل من الدائرتين الثالثة والرابعة بنسبة تجاوزت نصف الحالات المسجلة في كل منهما. شكل (٤٥)، جدول (٤٧).

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين المتغيرين تشير قيمة مربع كاي (٣,١٩) عند درجة معنوية (٠,٧٨) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين تاريخ الإصابة بالمرض ومواقع مراكز التنقية الدموية، في الوقت الذي تنفي فيه قيمة معامل كريمر (٠,٠٨) وجود أي علاقة بين المتغيرين. جدول (٥٢).

شكل (٤٥) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب تاريخ الإصابة بالمرض

الدائرة	التصنيف	تاريخ الإصابة بالمرض			
		العام١٤١٥هـ وما قبله	١٤١٦-١٤٢٠هـ	١٤٢١-١٤٢٦هـ	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٠	٣	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٠	١٠٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٠	٢,٢	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	١٢	١٤	٣٩	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٨,٥	٢١,٥	٦٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٢,٤	٢٥,٥	٢٨,٩	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٢١	٣٢	٧٧	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٦,٢	٢٤,٦	٥٩,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٦,٨	٥٨,٢	٥٧	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٤	٩	١٦	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٣١	٥٥,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٠,٨	١٦,٤	١١,٩	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣٧**	**٥٥**	**١٣٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٦,٣**	**٢٤,٢**	**٥٩,٥**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

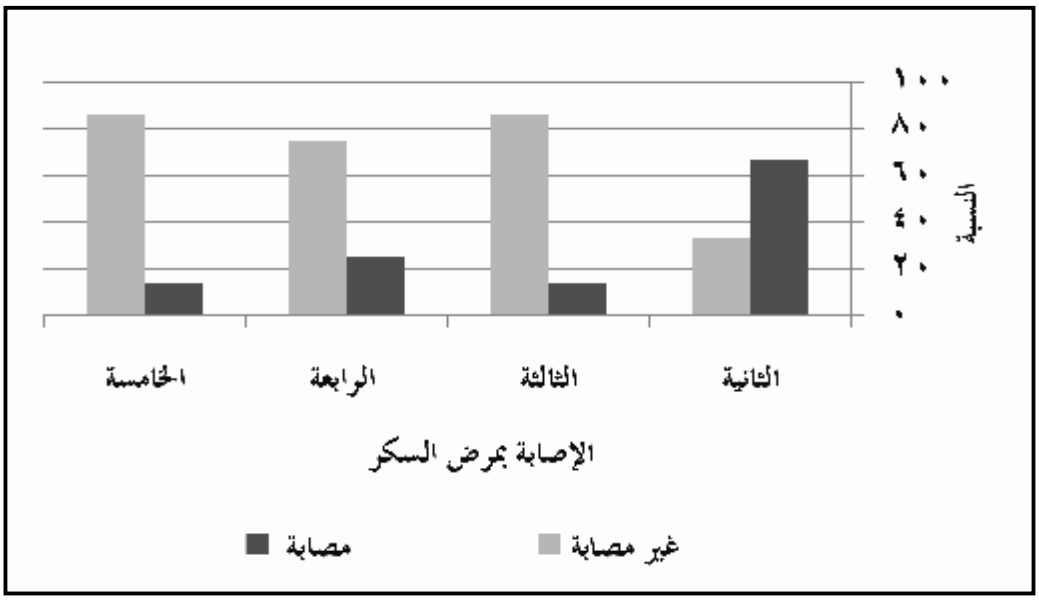
ب. الإصابة بمرض السكر:

تظهر بيانات الدراسة أن المريضات من غير المصابات بمرض السكر قد سجلن أعلى نسبة استخدام للمراكز في كل من الدائرتين الثالثة والخامسة، وذلك بنسبة (٨٦,٢ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما.

أما المصابات بهذا المرض من المريضات فقد تركزن بنسبة أكبر في الدائرة الثانية، وذلك بنسبة (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين توزعت بقية النسب على بقية الدوائر الانتخابية الأخرى. شكل (٤٦)، جدول (٤٨).

وتبين قيمة مربع كاي (٨,١٤) عند درجة معنوية (٠,٠٤) وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بمرض السكر ومواقع مراكز التنقية الدموية، كما تظهر قيمة معامل كريمر (٠,١٨) أن العلاقة بين المتغيرين هي علاقة ضعيفة. جدول (٥٢).

شكل (٤٦) التوزيع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٨) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بمرض السكر

الدائرة	التصنيف	الإصابة بمرض السكر		
		مصابة	غير مصابة	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٢	١	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٣٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤,٢	٠,٦	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٩	٥٦	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٨٦,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٨,٨	٣١,٣	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٣٣	٩٧	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥,٤	٧٤,٨	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦٨,٨	٥٤,٢	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٤	٢٥	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٣,٨	٨٦,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٣	١٤	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٤٨**	**١٧٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢١,١**	**٧٨,٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

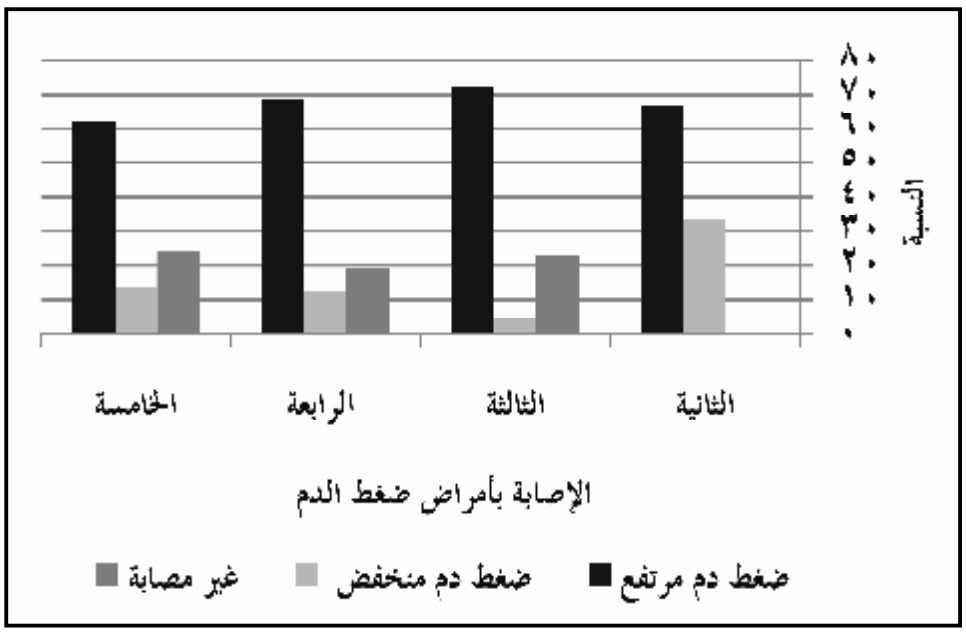
ج. الإصابة بأمراض ضغط الدم:

أظهرت بيانات الدراسة أن الدائرة الثالثة قد سجلت نسبة الوجود الأكبر للمريضات المصابات بأمراض ضغط الدم المرتفع، - والتي جاءت كأكثر الفئات تمثيلا-، بنسبة (٧٢,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين جاءت الدائرة الخامسة كأكثر الدوائر التي توجد بها المريضات من غير المصابات بأي نوع من أمراض ضغط الدم بنسبة (٢٤,١ %) من إجمالي حالات الدائرة.

وفي الوقت الذي لم تسجل الدائرة الثانية أي نسبة لوجود المريضات من غير المصابات بأي من أمراض ضغط الدم، سجلت نفس هذه الدائرة أعلى نسب للإصابة بمرض ضغط الدم المنخفض بين المريضات بالدوائر الانتخابية، بنسبة (٣٣,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٤٧)، جدول (٤٩).

وبالنظر للعلاقة بين نوع الإصابة بأمراض ضغط الدم ومواقع مراكز التنقية الدموية تشير قيمة مربع كاي (٥,٧١) عند درجة معنوية (٠,٤٥) إلى أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، كما تدل قيمة معامل كريمر (٠,١١) أن العلاقة بين المتغيرين علاقة ضعيفة. جدول (٥٢).

شكل (٤٧) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٤٩) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم

الدائرة	التصنيف	الإصابة بأمراض ضغط الدم			
		غير مصابة	ضغط دم منخفض	ضغط دم مرتفع	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	١	٢	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٣٣,٣	٦٦,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٤,٢	١,٣	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	١٥	٣	٤٧	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٣,١	٤,٦	٧٢,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣١,٩	١٢,٥	٣٠,١	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	٢٥	١٦	٨٩	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٩,٢	١٢,٣	٦٨,٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٣,٢	٦٦,٧	٥٧,١	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٧	٤	١٨	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٤,١	١٣,٨	٦٢,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٤,٩	١٦,٧	١١,٥	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٤٧**	**٢٤**	**١٥٦**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٠,٧**	**١٠,٦**	**٦٨,٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

د. الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية:

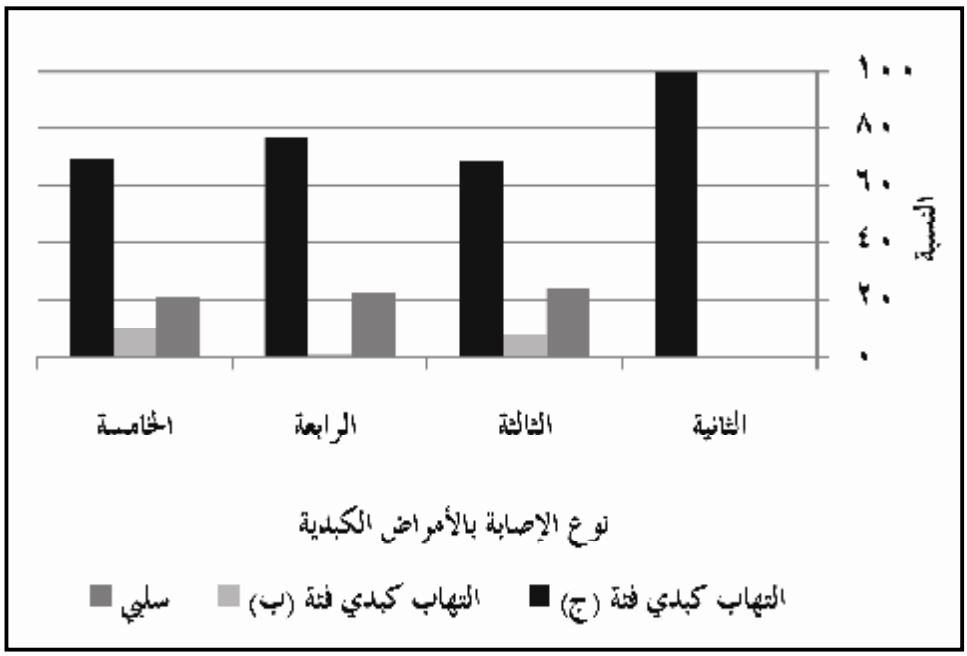
يعتبر هذه المتغير أهم متغير يؤثر في توزيع المريضات على مراكز التنقية الدموية، حيث يعمل القائمون على تلك المراكز على تصنيف المصابين والمصابات بأي نوع من أنواع هذه الأمراض، وعزلهم عن غيرهم من المرضى، تفاديا لانتقال العدوى بينهم وبين المرضى غير المصابين، خاصة وأن لهذه الأمراض قابلية للانتشار السريع، ويتم ذلك من خلال فصل المرضى كل وفق تصنيفه، سواء أكان ذلك داخل المركز، أو من خلال توزيعهم بين المراكز الأخرى.

ويلاحظ وفقا لبيانات الدراسة أن النسبة الأكبر للمصابات بمرض التهاب الكبد الفيروسي فئة (ج) قد سجلت نسبة الوجود الأكبر لها في المركز التابع للدائرة الثانية، بنسبة (١٠٠ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين تجاوزت هذه النسبة النصف في بقية الدوائر.

و سجلت الدائرة الثالثة نسبة الاستخدام الأكبر لفئة المريضات من غير المصابات بأي نوع من التهابات الدم الفيروسية، وذلك بنسبة (٢٣,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة. تلتها بنسب متقاربة الدائرة الرابعة بنسبة (٢٢,٥ %)، ثم الدائرة الخامسة بنسبة (٢٠,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل

منهما. كان لهذه الدائرة "الخامسة" نسبة الاستخدام الأكبر من قبل المريضات المصابات بمرض التهاب الكبد الفيروسي من الفئة (ب)، بنسبة (١٠,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٤٨)، جـــدول (٥٠).

شكل (٤٨) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـــ).

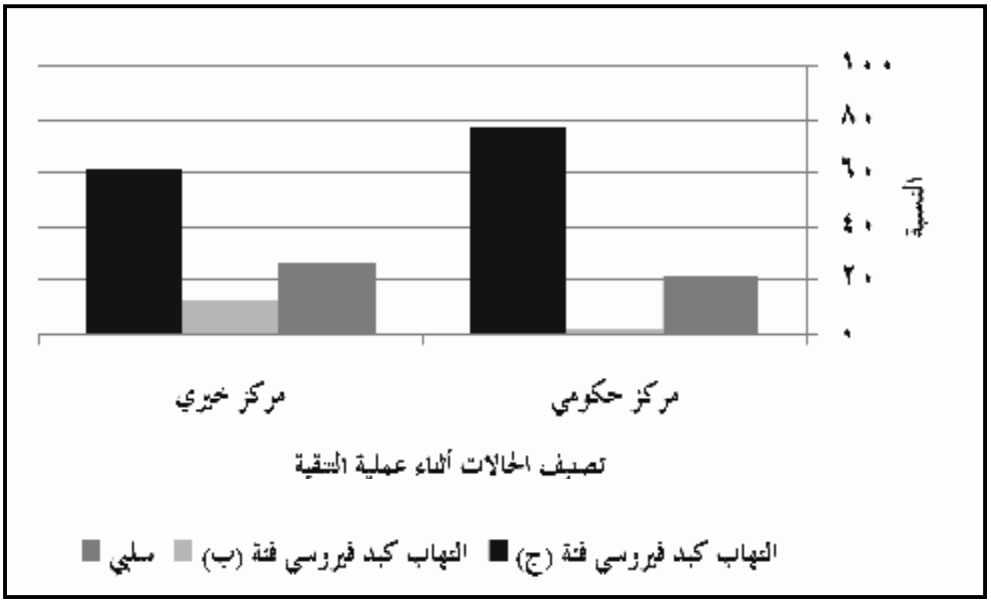
جدول (٥٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية

الدائرة	التصنيف	نوع الإصابة			
		سلبي	التهاب كبدي فئة (ب)	التهاب كبدي فئة (ج)	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٠	٣	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٠	١٠٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٠	١,٨	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	١٥	٥	٤٣	٦٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٣,٨	٧,٩	٦٨,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٠	٥٥,٦	٢٦,١	٢٨,١
الرابعة	عدد الحالات	٢٩	١	٩٩	١٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٢,٥	٠,٨	٧٦,٧	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٥٨	١١,١	٦٠	٥٧,٦
الخامسة	عدد الحالات	٦	٣	٢٠	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠,٧	١٠,٣	٦٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٢	٣٣,٣	١٢,١	١٢,٩
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٥٠**	**٩**	**١٦٥**	**٢٢٤**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٢,٣**	**٤**	**٧٣,٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

وبالنظر إلى توزع المريضات المصابات بالالتهابات الكبدية الفيروسية تبعا لنوع المراكز يلاحظ ارتفاع نسبة المريضات من المصابات بالالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ج) واللواتي يخضعن لعملية التنقية الدموية في المراكز الحكومية عنها في المراكز الخيرية، بينما تنعكس الصورة لدى المريضات المصابات بالالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ب) حيث تعالج النسبة الأكبر منهن في المراكز الخيرية، وهو ما ينطبق على المريضات غير المصابات بأي من هاذين المرضين، حيث تضعف إمكانية انتقال هذه الفئة من الأمراض إليهن في ظل وجود الأمصال المضادة لها. شكل (٤٩)، جدول (٥١).

شكل (٤٩) تصنيف المريضات حسب نوع مركز التنقية الدموية وتصنيف حالاتهن الصحية أثناء عملية التنقية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥١) العلاقة بين نوع مراكز التنقية بمدينة مكة المكرمة والحالة الصحية للمريضات أثناء عملية التنقية الدموية

نوع المركز	التصنيف	تصنيف الحالات أثناء التنقية			المجموع
		سلبي	التهاب كبد فيروسي فئة (ب)	التهاب كبد فيروسي فئة (ج)	
حكومي	عدد الحالات	٣٧	٣	١٣٥	**١٧٥**
	النسبة	٢١,١	١,٧	٧٧,١	**١٠٠**
خيري	عدد الحالات	١٣	٦	٣٠	**٤٩**
	النسبة	٢٦,٥	١٢,٢	٦١,٢	**١٠٠**
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٥٠**	**٩**	**١٦٥**	**٢٢٤**[1]
	النسبة	**٢٢,٣**	**٤**	**٧٣,٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

١) لم يتم تسجيل حالتين لعدم دقة البيانات.

وعند دراسة العلاقة الارتباطية أشارت قيمة مربع كاي (١٠,٣٤) عند درجة معنوية (٠,١١) إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين نوع الالتهابات الكبدية الفيروسية لدى المريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية، بينما أشارت قيمة معامل كريمر (٠,١٥) على ضعف العلاقة بين المتغيرين. جدول (٥٢).

جدول (٥٢) العلاقة بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية

الخصائص الصحية		موقع مركز التنقية الدموية %				العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
	الفئات	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة		معامل كريمر (د، المعنوية)	مربع كاي (د، المعنوية)
تاريخ الإصابة بالمرض	العام ١٤١٥هـ و ما قبله	٠	١٨,٥	١٦,٢	١٣,٨	٣٧	٠,٠٨ (٠,٧٨)	٣,١٩ (٠,٧٨)
	١٤١٦-١٤٢٠هـ	٠	٢١,٥	٢٤,٦	٣١	٥٥		
	١٤٢١-١٤٢٦هـ	١٠٠	٦٠	٥٩,٢	٥٥,٢	١٣٥		
الإصابة بمرض السكر	مصابة	٦٦,٧	١٣,٨	٢٥,٤	١٣,٨	٤٨	٠,١٨ (٠,٠٤)	٨,١٤ (٠,٠٤)
	غير مصابة	٣٣,٣	٨٦,٢	٧٤,٨	٨٦,٢	١٧٩		
الإصابة بأمراض ضغط الدم	غير مصابة	٠	٢٣,١	١٩,٢	٢٤,١	٤٧	٠,١١ (٠,٤٥)	٥,٧١ (٠,٤٥)
	ضغط منخفض	٣٣,٣	٤,٦	١٢,٣	١٣,٨	٢٤		
	ضغط مرتفع	٦٦,٧	٧٢,٣	٦٨,٥	٦٢,١	١٥٦		
الالتهابات الكبدية الفيروسية	سلبي	٠	٢٣,٨	٢٢,٥	٢٠,٧	٥٠	٠,١٥ (٠,١١)	١٠,٣٤ (٠,١١)
	التهاب كبدي فئة "ب"	٠	٧,٩	٠,٨	١٠,٣	٩		
	التهاب كبدي فئة "ج"	١٠٠	٦٨,٣	٧٦,٧	٦٩	١٦٥		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ثالثا: استخدام مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات وعلاقتها بمواقعها:

تعتبر مراكز التنقية الدموية أو الغسيل الكلوي وجهة العلاج الرئيسة، التي تعتمد عليها المريضات في معالجة المرض، حيث تتكرر زيارتهن لتلك المراكز وفقا لما تقضيه حالتهن من جلسات تنقية، تتكرر من ثلاث إلى أربع مرات أسبوعيا، تستمر من أربع إلى خمس ساعات. في هذا الجزء سيتم مناقشة استخدام تلك المراكز من قبل المريضات، وفقا للمؤشرات الخاصة بها، والتي سبق مناقشتها في الفصل السابق.

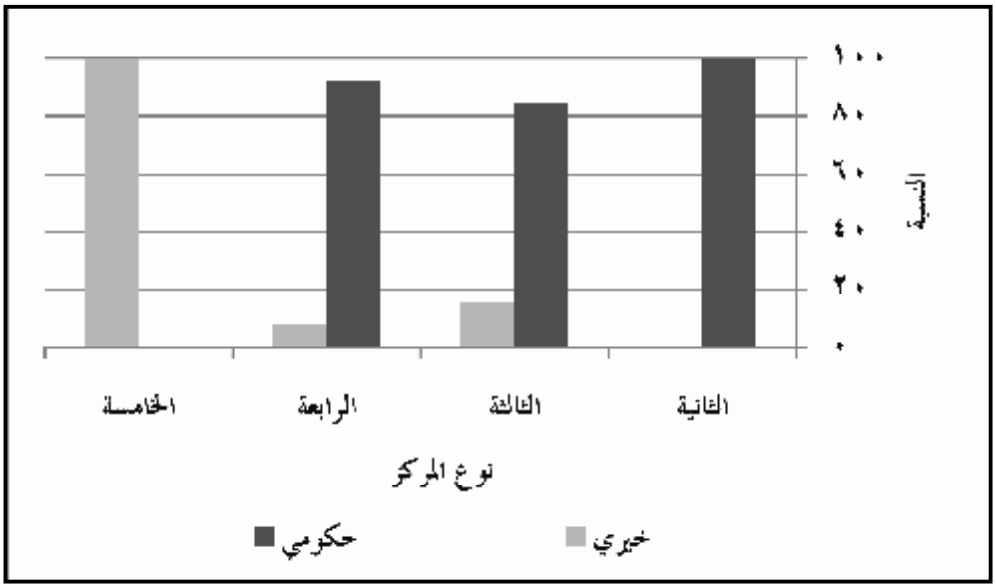
أ. نوع مركز التنقية الدموية:

توضح بيانات الدراسة فيما يتعلق بهذا المتغير وتبعا لتوزع المريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية أن الدائرة الثانية سجلت أعلى نسبة لوجود المريضات اللواتي يعتمدن على مراكز حكومية لإجراء تلك العملية، حيث تتلقى جميع المريضات في هذه الدائرة العلاج في المركز الحكومي الوحيد الذي يقع في نطاق هذه الدائرة، تلتها في ذلك الدائرة الرابعة، بنسبة (٩٢,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين لم تسجل الدائرة الخامسة أي حالة تعالج في هذه المراكز، وذلك لخلوها من مراكز تنقية حكومية.

وهي ذات الدائرة التي سجلت أعلى نسبة لوجود المريضات اللواتي يعتمدن على النوع الثاني من المراكز وهي المراكز الخيرية، وذلك وفقا لتوزعها جغرافيا، بنسبة بلغت (١٠٠ %) من إجمالي الحالات المسجلة فيها. في حين توزعت بقية النسب على الدوائر الباقية فيما عدا الدائرة الثانية والتي لا يوجد في نطاقها أي مركز خيري. شكل (٥٠)، جدول (٥٣).

وبدراسة العلاقة الارتباطية بين نوع مراكز التنقية الدموية التي تراجعها المريضات ومواقعها، تشير قيمة مربع كاي (١٢٢,٤٧) عند درجة معنوية (٠,٠٠) إلى وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، في حين تشير قيمة معامل كريمر (٠,٧٣) أن العلاقة بين المتغيرين علاقة قوية. جدول (٥٥).

شكل (٥٠) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز



المصدر من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٣) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب نوع المركز

الدائرة	التصنيف	نوع مركز التنقية		
		حكومي	خيري	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٣	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١,٧	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	٥٥	١٠	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٤,٦	١٥,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٠,٩	٢٠,٤	٢٨,٦
الرابعة	عدد الحالات	١٢٠	١٠	١٣٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٩٢,٣	٧,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦٧,٤	٢٠,٤	٥٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٠	٢٩	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٥٩,٢	١٢,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٧٨**	**٤٩**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٨,٤**	**٢١,٦**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

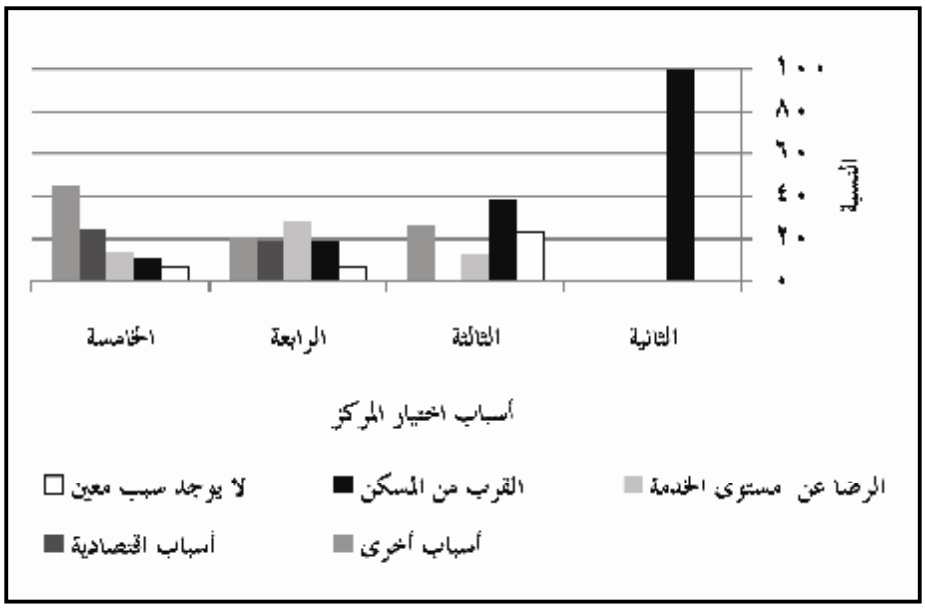
ب. أسباب اختيار المركز:

تؤثر عوامل عدة في اختيار مراكز التنقية الدموية من قبل المريضات كمكان للعلاج، وذلك تبعا لأسباب تتعلق بمستخدمي تلك المراكز، والمستفيدين منها. ومن خلال بيانات الدراسة اتضح أن نسبة الاستخدام الأكبر لمراكز التنقية الدموية والتي جاءت لأسباب عدة كالظروف الاجتماعية وعدم توفر أماكن شاغرة في مراكز أخرى قد سجلت في المركز الواقع في الدائرة الخامسة، وذلك بنسبة (٤٤,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة، وقد يفسر هذا الارتفاع في تمثيل هذه الدائرة كون المركز الموجود في نطاقها مركزا خيريا يقدم العلاج للمرضى بغض النظر عن خصائصهم الاجتماعية أو الاقتصادية.

في حين استحوذت الدائرة الثانية على نسبة الوجود الأكبر للفئة التالية للمريضات اللواتي اخترن مراكز التنقية الدموية لقربها من مواقع السكن، بنسبة (١٠٠%) من إجمالي حالات الدائرة. حيث اختارت جميع المريضات المركز الوحيد الموجود في هذه الدائرة كمكان للعلاج تبعا لهذا السبب. في حين توزعت بقية النسب على أسباب أخرى. شكل (٥١)، جدول (٥٤).

وتكشف قيمة مربع كاي (٨٠,٦٨) عند درجة معنوية (٠,٠٠) عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أسباب اختيار مركز التنقية الدموية ومواقع تلك المراكز، في حين تشير قيمة معامل كريمر أن (٠,٣٤) العلاقة بين المتغيرين علاقة قوية. جدول (٥٥).

شكل (٥١) التوزع النسبي المريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٤) التوزع النسبي للمريضات على مواقع مراكز التنقية الدموية بالدوائر الانتخابية حسب أسباب اختيار المركز

الدائرة	التصنيف	أسباب اختيار مركز التنقية					
		لا يوجد سبب معين	القرب من السكن	الرضا عن الخدمة	أسباب اقتصادية	أسباب أخرى	المجموع
الثانية	عدد الحالات	٠	٣	٠	٠	٠	٣
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٠٠	٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٥,٤	٠	٠	٠	١,٣
الثالثة	عدد الحالات	١٥	٢٥	٨	٠	١٧	٦٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٣,١	٣٨,٣	١٢,٣	٠	٢٦,٢	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٤٦,٩	٤٤,٦	١٦,٣	٠	٢٩,٨	٢٨,٨
الرابعة	عدد الحالات	٢	٢٥	٣٧	٢٥	٢٧	١٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٩	١٩,٤	٢٨,٧	١٩,٤	٢٠,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٣	٤٤,٦	٧٥,٥	٧٨,١	٤٧,٤	٥٧,١
الخامسة	عدد الحالات	٢	٣	٤	٧	١٣	٢٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦,٩	١٠,٣	١٣,٨	٢٤,١	٤٤,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٣	٥,٤	٨,٢	٢١,٩	٢٢,٨	١٢,٨
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٣٢**	**٥٦**	**٤٩**	**٣٢**	**٥٧**	**٢٢٦**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**١٤,٢**	**٢٤,٨**	**٢١,٧**	**١٤,٢**	**٢٥,٢**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٥) العلاقة بين خصائص مراكز التنقية الدموية ومواقعها

خصائص المراكز		دائرة مركز التنقية الدموية %				العدد الإجمالي	المقاييس الإحصائية	
المتغير	الفئات	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة		معامل كريمر (د، المعنوية)	مربع كاي (د، المعنوية)
نوع المركز	مركز حكومي	١٠٠	٨٤,٦	٩٢,٣	٠	١٧٨	(٠,٧٣) (٠,٠٠)	١٢٢,٤٧ (٠,٠٠)
	مركز خيري	٠	١٥,٤	٧,٧	١٠٠	٤٩		
أسباب اختيار المركز	لا يوجد سبب معين	٠	٢٣,١	٦,٩	٦,٩	٣٢	٠,٣٤ (٠,٠٠)	٨٠,٦٨ (٠,٠٠)
	القرب من السكن	١٠٠	٣٨,٥	١٩,٤	١٠,٣	٥٦		
	الرضا عن الخدمة المقدمة	٠	١٢,٣	٢٨,٧	١٣,٨	٤٩		
	السببان معا	٠	٣,١	٨,٥	٣,٤	١٤		
	أسباب اجتماعية	٠	٤,٦	٢,٣	٢٧,٦	١٤		
	أسباب اقتصادية	٠	٠	١٩,٤	٢٤,١	٣٢		
	السببان معا	٠	٤,٦	٠,٨	١٠,٣	٧		
	أسباب أخرى	٠	١٣,٨	٩,٣	٣,٤	٢٢		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

يتضح من خلال ما تم استعراضه في الفصل السابق تأثير الخصـــائص الاجتماعيـــة والاقتصـــادية والصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة إجمالا على استخدام مراكز التنقية الدموية، إضافة لتباين توزع المريضات وفقا لتلك الخصائص مكانيا.

في الفصل القادم سيتم مناقشة مدى إقبال مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة على استخدام الطب الشعبي كوسيلة علاج، وذلك إلى جانب عملية التنقية الدموية، من خـــلال منظـــور جغرافي يبحث في الجوانب المكانية لمصادر العلاج وطرق التعرف عليه، وجوانب أخرى تم تناولها فيه.

الفصل الخامس

استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة وخصائص المستخدمات الاجتماعية والاقتصادية والصحية

أولا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة

ثانيا: التوزع الجغرافي لمناطق تلقي المريضات للعلاج الشعبي

ثالثا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية:

١. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية

٢. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاقتصادية

٣. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الصحية

استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة وخصائص المستخدمات الاجتماعية والاقتصادية والصحية

يدفع الاعتقاد الشائع لدى بعض المرضى والمصابين بالأمراض المختلفة بجدوى استخدام الطب البديل أو العلاجات الشعبية في علاج الأمراض التي يعانون منها، إلى الاعتماد عليه كوسيلة علاج يمكن لها تخليصهم من معاناتهم بإذن الله، وذلك إلى جانب ما يتلقونه من أساليب وطرق علاجية حديثة. وقد يصل الاعتقاد بالبعض منهم أحيانا لنبذ هذه الأساليب، والاعتماد كليا على الطب البديل، أو ما يتضمنه من علاجات، كالطب الشعبي أو طب الأعشاب، وخاصة إذا لم تثبت العلاجات الحديثة جدوى في علاج الأعراض التي تلم بهم، وتختص بذلك كل منطقة جغرافية أو مجموعة عرقية عن غيرها من المناطق أو الجماعات بما يميزها في هذا الجانب.

في هذا الفصل سيتم محاولة استجلاء هذه الجوانب من خلال التعرف على عدد من المؤشرات المتعلقة بها، كمدى اعتماد مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة على الطب البديل في معالجة المرض، وكيفية تعرفهن على هذا النوع من العلاج، و عدد المحاولات التي تم من خلالها استخدامه لعلاج المرض أو الأمراض الأخرى المصاحبة له، وتاريخ آخر تلك المحاولات، ومدى استفادتهن منه، وذلك على النحو الآتي:

أولا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة:

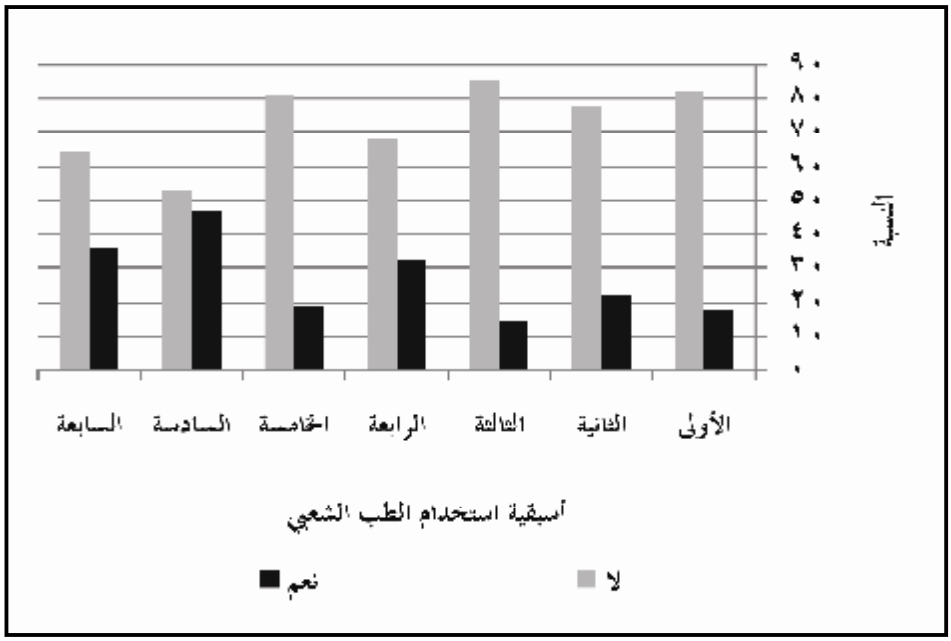
١. استخدام الطب الشعبي:

يعتمد بعض المصابين بأي مرض كان على استخدام علاجات بديلة للطب الحديث، وذلك كوسيلة علاج إضافية أو بديلة له. وقد يكون دافعهم إلى ذلك هو إحساسهم بالحاجة إلى استخدام أساليب علاجية أكثر نفعا وفعالية، ترفع من مستوياتهم الصحية، خاصة إذا طال بهم الأمد في الاعتماد على علاج معين لم يحقق لهم الشفاء التام أو التحسن المأمول.

وبالنظر لمجتمع الدراسة يلاحظ أن أقل من ربع المريضات فقط كان لهن أسبقية في استخدام الطب الشعبي كوسيلة علاج، وذلك بنسبة (٢٢,٩ %) من إجمالي المريضات. في حين أن (٧٧,١ %) منهن لم يسبق لهن استخدام هذا النوع من العلاج أو الاعتماد عليه كوسيلة استشفاء من المرض. شكل (٥٢)، جدول (٥٦).

جغرافيا سجلت الدائرة السادسة نسبة الوجود الأكبر لمن سبق لهن استخدام الطب الشعبي، بنسبة (٤٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة. في حين كان للدائرة الثالثة نسبة الوجود الأكبر للمريضات اللواتي لم يسبق لهن استخدام هذا النوع من العلاج في مداواة المرض، وذلك بنسبة (٨٥,٤ %)، تلتها الدائرة الأولى بنسبة (٨٢,١ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما. شكل (٥٣).

شكل (٥٢) التوزيع النسبي للمريضات بالدوائر الانتخابية حسب استخدام الطب الشعبي



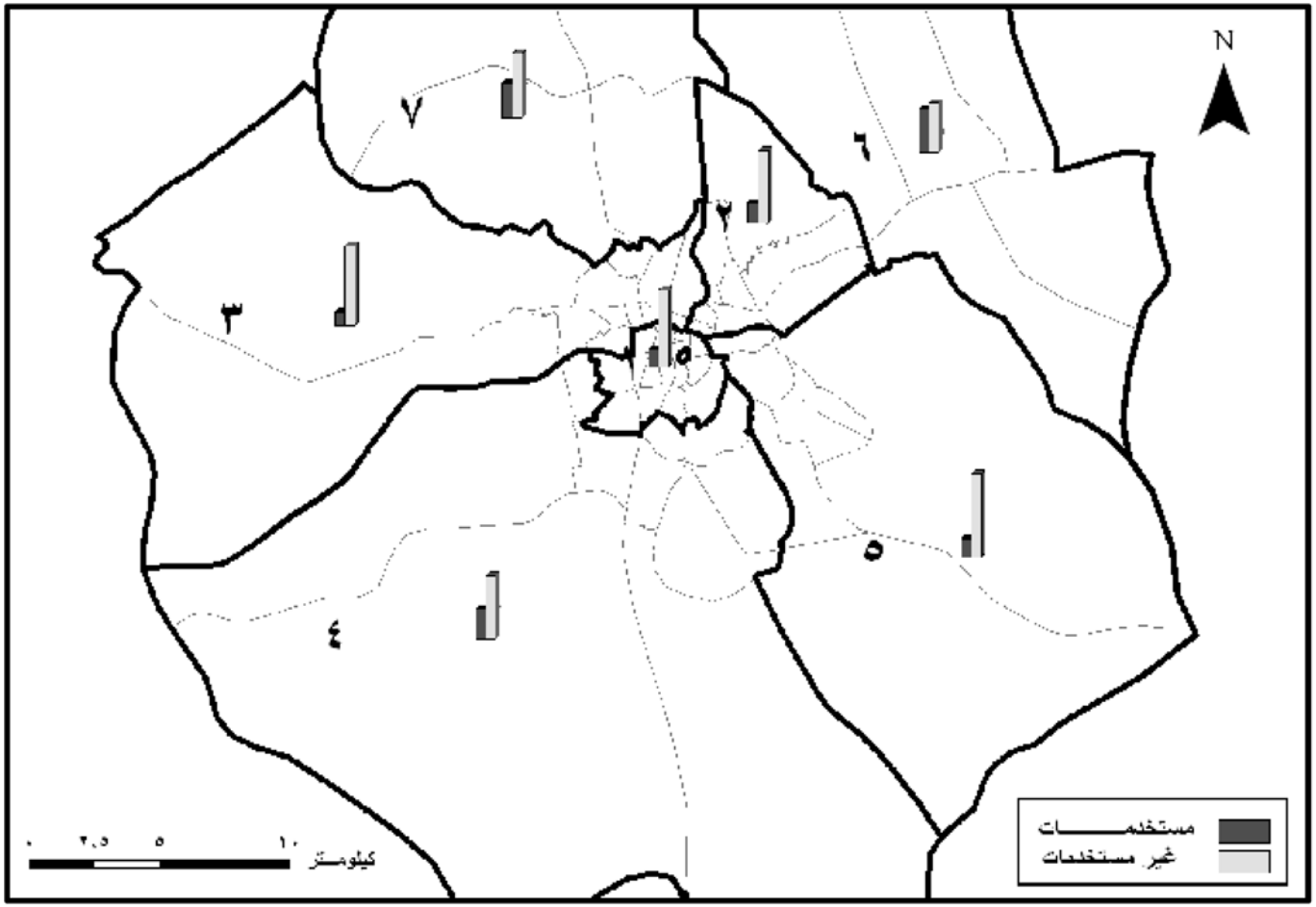
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٦) التوزع النسبي للمريضات بالدوائر الانتخابية حسب استخدام الطب الشعبي

الدائرة	التصنيف	استخدام الطب الشعبي		المجموع
		نعم	لا	
الأولى	عدد الحالات	١٠	٤٦	٥٦
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٧,٩	٨٢,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٢	٢٦,٣	٢٤,٧
الثانية	عدد الحالات	١٠	٣٥	٤٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٢,٢	٧٧,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٢	٢٠	١٩,٨
الثالثة	عدد الحالات	٧	٤١	٤٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٦	٨٥,٤	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٥	٢٣,٤	٢١,١
الرابعة	عدد الحالات	٩	١٩	٢٨
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٢,١	٦٧,٩	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٧,٣	١٠,٩	١٢,٣
الخامسة	عدد الحالات	٤	١٧	٢١
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٩	٨١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٧,٧	٩,٧	٩,٣
السادسة	عدد الحالات	٧	٨	١٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٦,٧	٥٣,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٥	٤,٦	٦,٦
السابعة	عدد الحالات	٥	٩	١٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٥,٧	٦٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٦	٥,١	٦,٢
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٥٢**	**١٧٥**	**٢٢٧**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٢,٩**	**٧٧,١**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني

شكل (٥٣) التوزيع الجغرافي لاستخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة



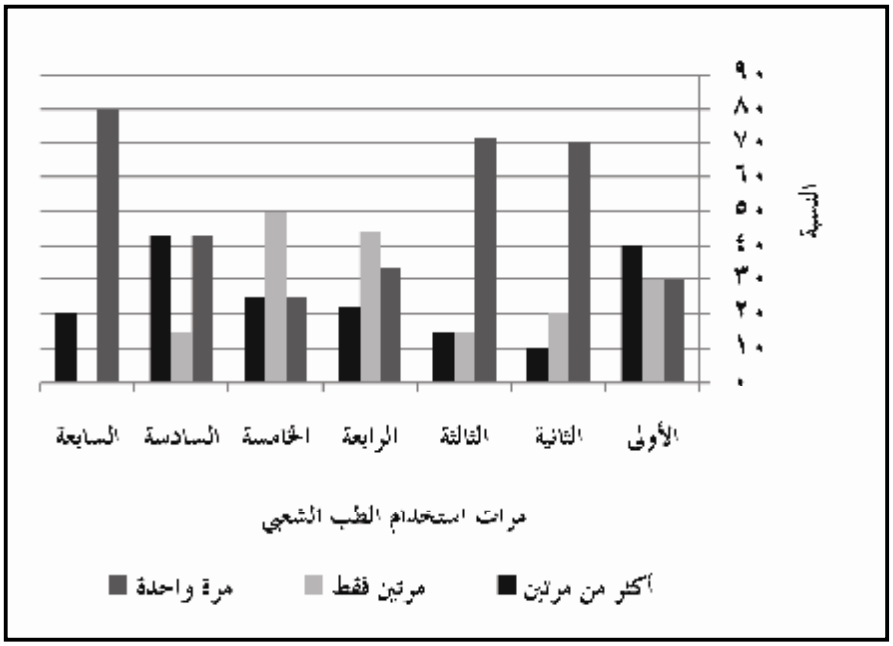
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٢. مرات استخدام الطب الشعبي:

يلاحظ من خلال بيانات الدراسة أن نحو نصف عدد الحالات المستخدمة لهذا النوع من العلاج قد سبق لهن استخدام الطب الشعبي لمرة واحدة فقط، مسجلة نسبة الوجود الأكبر لهن في الدائرة السابعة، بواقع (٨٠ %) من إجمالي حالات الدائرة من المستخدمات.

بينما تساوت نسب مستخدمات الطب الشعبي لمرتين ومستخدماته لأكثر من مرة، وذلك بنسبة (٢٥ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي لكل منهما. كان للدائرة الخامسة نسبة الوجود الأكبر لمستخدمات العلاج لمرتين، وذلك بنسبة بلغت (٥٠ %) من إجمالي المستخدمات في الدائرة. بينما كان للدائرة السادسة نسبة التمثيل الأعلى لمن استخدمنه لأكثر من مرة ، وذلك بنحو (٤٢,٩ %) من إجمالي الحالات المستخدمة لهذا النوع من العلاج في الدائرة. شكل (٥٤)، جدول (٥٧).

شكل (٥٤) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مرات استخدام الطب الشعبي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٧) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مرات استخدام الطب الشعبي

الدائرة	التصنيف	مرات استخدام الطب الشعبي			
		مرة واحدة	مرتان	أكثر من مرتين	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٣	٣	٤	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٠	٣٠	٤٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١١,٥	٢٣,١	٣٠,٨	١٩,٢
الثانية	عدد الحالات	٧	٢	١	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٠	٢٠	١٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٦,٩	١٥,٤	٧,٧	١٩,٢
الثالثة	عدد الحالات	٥	١	١	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧١,٤	١٤,٣	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٩,٢	٧,٧	٧,٧	١٣,٥
الرابعة	عدد الحالات	٣	٤	٢	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٤٤,٤	٢٢,٢	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١١,٥	٣٠,٨	١٥,٤	١٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١	٢	١	٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٥٠	٢٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣,٨	١٥,٤	٧,٧	٧,٧
السادسة	عدد الحالات	٣	١	٣	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٢,٩	١٤,٣	٤٢,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١١,٥	٧,٧	٢٣,١	١٣,٥
السابعة	عدد الحالات	٤	٠	١	٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٠	٠	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٥,٤	٠	٧,٧	٩,٦
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٢٦**	**١٣**	**١٣**	**٥٢**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٥٠**	**٢٥**	**٢٥**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٣. وسائل التعرف على الطب الشعبي:

تتنوع وسائل تعرف المريضات على الطب الشعبي كوسيلة علاج، وتختلف من مستخدمة لأخرى، وذلك وفقا لما يصل إليهن عن جدوى مثل هذا النوع من العلاجات في تحسين حالتهن الصحية ومعالجة ما ألم بهن من أمراض، حيث عادة ما يقدم هذا النوع من العلاج على أنه أفضل الحلول الممكنة لتحسين الحالة الصحية، وعادة ما يصدر ذلك عن بعض من جربوا هذا العلاج ووجدوه نافعا، أو من خلال تقديم خبرات

ممارس هذا النوع من الطب عن فوائد علاجاته المعتمدة على الطبيعة في المقام الأول، أو على المأثورات والأقوال، والتي ورد فيها ذكر فوائد هذا النوع من الأدوية في علاج الأمراض، وشفاء الأبدان.

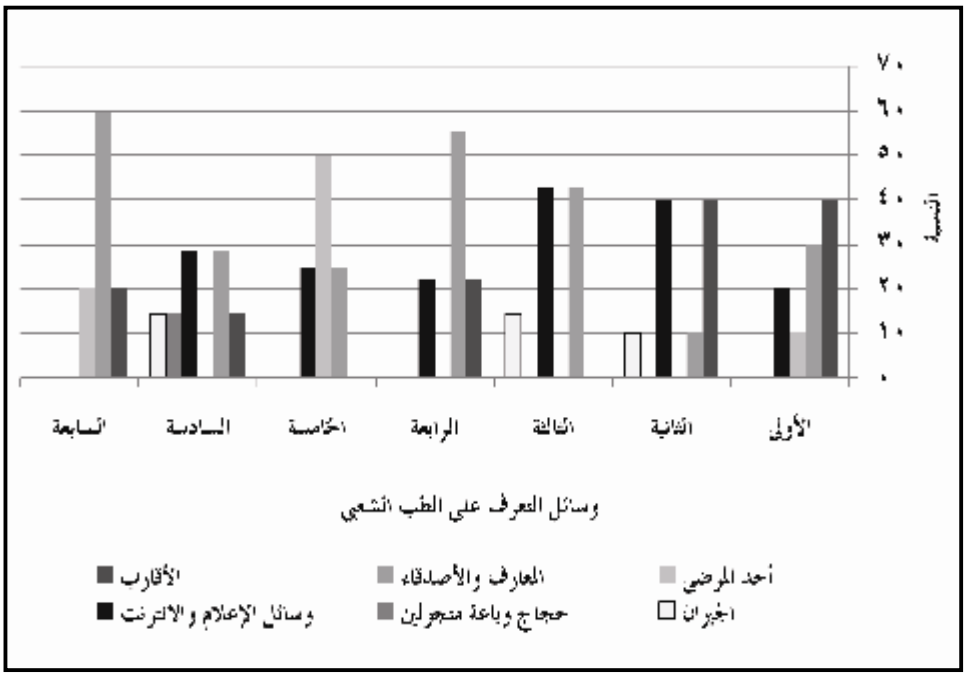
وبناء على ذلك فقد أظهرت بيانات الدراسة اعتماد مستخدمات الطب الشعبي من المريضات على وسائل متنوعة في تعرفهن على الطب الشعبي، وظهر ذلك في تباين تلك المصادر وتنوعها، إلا أنه وبحسب تلك البيانات فقد ظهر أن (٣٤,٦ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات اتجهن لاستخدام هذا النوع من العلاج بناء على نصيحة مقدمة من أحد المعارف أو الأصدقاء، كان نسبة وجودهن الأكبر قد سجلت في الدائرة السابعة، بنسبة (٦٠ %)، ثم في الدائرة الرابعة بنسبة (٥٥,٦ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات في كل من الدائرتين.

وجاءت وسائل الإعلام وشبكة الانترنت كوسيلة تالية تعرفت من خلالها المريضات على العلاج الشعبي، وذلك بنسبة (٢٦,٩ %) من إجمالي حالات المستخدمات، وقد كان للدائرة الثالثة نسبة الوجود الأعلى لهن، بنسبة (٤٢,٩ %) من إجمالي حالات المستخدمات في الدائرة. في هذا السياق يظهر الأثر المتزايد للإعلام بوسائله المختلفة سواء أكان إعلام مرئيا، أم مقروءا، أم مسموعا، أم متمثلا بتلك الصور مجتمعةً في شبكة الانترنت، في الدعوة إلى استخدام هذا النوع من العلاج، والتسويق له.

وتشير بيانات الدراسة في ذات الحين للدور التالي للأقارب في تعريف المريضات بهذا النوع من العلاجات بنسبة لم تتجاوز ربع حالات الدراسة، وذلك بنسبة (٢٣,١ %) من إجمالي المستخدمات من المريضات، سجلت نسبة الوجود الأكبر لهن في كل من الدائرتين الأولى والثانية بنسبة (٤٠ %) لكل منهما. بينما لم تمثل لهذه الفئة أيٌّ من الدائرتين الثالثة والخامسة.

من الجدير ذكره أنه لم يكن للمرضى أو الجيران أو الحجاج والباعة المتجولين، أثر يذكر في تعريف المريضات بجدوى الطب الشعبي في علاجهن، حيث لم تتجاوز نسبة من اعتمدن عليها من المريضات مجتمعة (١٥,٤ %) من إجمالي الحالات المسجلة. شكل (٥٥)، جدول (٥٨).

شكل (٥٥) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب وسائل التعرف على الطب الشعبي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٥٨) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب طريقة التعرف على الطب الشعبي

الدائرة	التصنيف	طرق التعرف على الطب الشعبي						
		الأقارب	المعارف والأصدقاء	أحد المرضى	وسائل الإعلام والانترنت	حجاج وباعة متجولون	الجيران	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٤	٣	١	٢	٠	٠	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٠	٣٠	١٠	٢٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٣,٣	١٦,٧	٢٥	١٤,٣	٠	٠	١٩,٢
الثانية	عدد الحالات	٤	١	٠	٤	٠	١	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٤٠	١٠	٠	٤٠	٠	١٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٣٣,٣	٥,٦	٠	٢٨,٦	٠	٣٣,٣	١٩,٢
الثالثة	عدد الحالات	٠	٣	٠	٣	٠	١	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٤٢,٩	٠	٤٢,٩	٠	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٦,٧	٠	٢١,٤	٠	٣٣,٣	١٣,٥
الرابعة	عدد الحالات	٢	٥	٠	٢	٠	٠	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٢,٢	٥٥,٦	٠	٢٢,٢	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٦,٧	٢٧,٨	٠	١٤,٣	٠	٠	١٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٠	١	٢	١	٠	٠	٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٢٥	٥٠	٢٥	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٥,٦	٥٠	٧,١	٠	٠	٧,٧
السادسة	عدد الحالات	١	٢	٠	٢	١	١	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٢٨,٦	٠	٢٨,٦	١٤,٣	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٣	١١,١	٠	١٤,٣	١٠٠	٣٣,٣	١٣,٥
السابعة	عدد الحالات	١	٣	١	٠	٠	٠	٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٦٠	٢٠	٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٨,٣	١٦,٧	٢٥	٠	٠	٠	٩,٦
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٢**	**١٨**	**٤**	**١٤**	**١**	**٣**	**٥٢**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٣,١**	**٣٤,٦**	**٧,٧**	**٢٦,٩**	**١,٩**	**٥,٨**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦ هـ).

٤. نوع العلاج الشعبي:

تتنوع العلاجات الشعبية وتختلف باختلاف العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات التي تمارسها، وفيما يختص المريضات فيلاحظ اعتماد بعضهن على أنواع محددة من العلاجات الشعبية، كالنباتات العشبية والمواد المركبة عن طريقها، أو بإتباع حمية غذائية تعتمد في أساسها على غذاء مستمد من المواد الطبيعية، أو كالرقية التي يمارسها أفراد من المجتمع، ويقرأ من خلالها شخص ما على المرضى الذي أصيبوا بالأمراض آيات من القران الكريم والأحاديث النبوية و المأثورات التي وردت في جدوى إزالة ما ألم بهم من عوارض مرضية، وذلك طبقا للاعتقاد السائد لدى البعض، الذي يفيد بأن الإصابة ببعض الأمراض ما هي إلا

نتاج أمراض شيطانية كالحسد، والمس، والسحر، تصيب الإنسان ببعض الأمراض، لذا يلتجأ البعض إلى القرّاء للقراءة عليهم، لإزالة تلك العوارض، ولأهمية ذلك فقد أخذت الباحثة هذا المتغير في الحسبان.

وبناء على ما أظهرته بيانات الدراسة اتضح أن (٩٢,٣ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات اعتمدن على نباتات ومركبات عشبية، تم وصفها من قبل الأطباء الشعبيين، أو العطارين، أو تناولنها من قبل أنفسهن. في حين لم تستخدم هذا النوع من العلاج (٧,٧ %) منهن.

وتنعكس الصورة لدى مستخدمات الحمية كوسيلة علاجية، حيث وجد أن (٩٢,٣ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات لم يعتمدن هذا الأسلوب في علاج حالتهن المرضية، في حين كان لنسبة لم تتجاوز (٧,٧ %) منهن سابقة استخدام لهذا النوع من العلاج الشعبي.

أما الرقية الشرعية فلم يسبق لـ (٩٦,٢ %) من إجمالي المستخدمات للطب الشعبي من المريضات الاعتماد عليها كوسيلة استشفاء من المرض، في حين لم تتجاوز نسبة مستخدمات الرقية كوسيلة علاج بديلة من إجمالي المريضات، (٣,٨ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. جدول (٥٩)، شكل (٥٦).

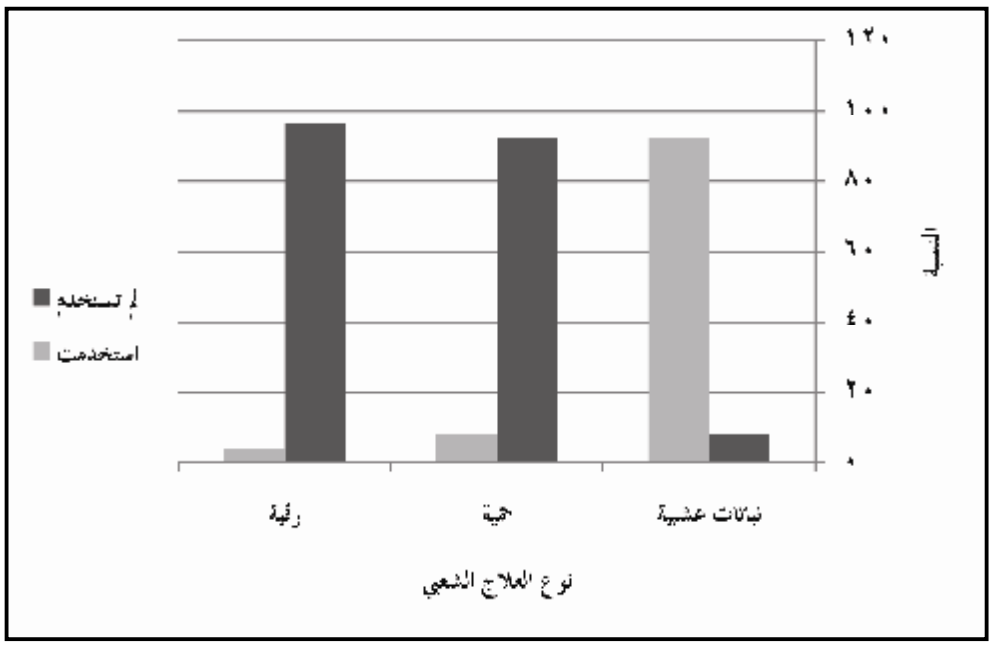
و مع وجود تداخل بين هذه الأنواع من العلاجات الشعبية لدى البعض، حيث يمكن أن تعتمد مريضة واحدة على نوعين من هذه الأنواع يلاحظ زيادة استخدام المواد النباتية والمركبات العشبية مقارنة بباقي الأنواع العلاجية، وذلك بسبب توفرها، ورخص أسعارها، والاعتقاد السائد بأمانها، وعدم ضررها على الصحة العامة. مع أن هذا المفهوم قد يحتمل الخطأ، كون بعض الأعشاب المستخدمة قد تحتوي على درجة من السمية، ما قد يضر بصحة الإنسان، وبصحة عدد من أعضائه الحيوية كالكلى، وذلك إذا أفرط أو أساء في استخدامها.

جدول (٥٩) التوزع النسبي لاستخدامات العلاج الشعبي

نوع العلاج الشعبي	لم يتم استخدمه		تم استخدامه		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نباتات ومركبات عشبية	٤	٧,٧	٤٨	٩٢,٣	٥٢	١٠٠
حمية	٤٨	٩٢,٣	٤	٧,٧	٥٢	١٠٠
رقية	٥٠	٩٦,٢	٢	٣,٨	٥٢	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

شكل (٥٦) التوزع النسبي لاستخدامات العلاج الشعبي



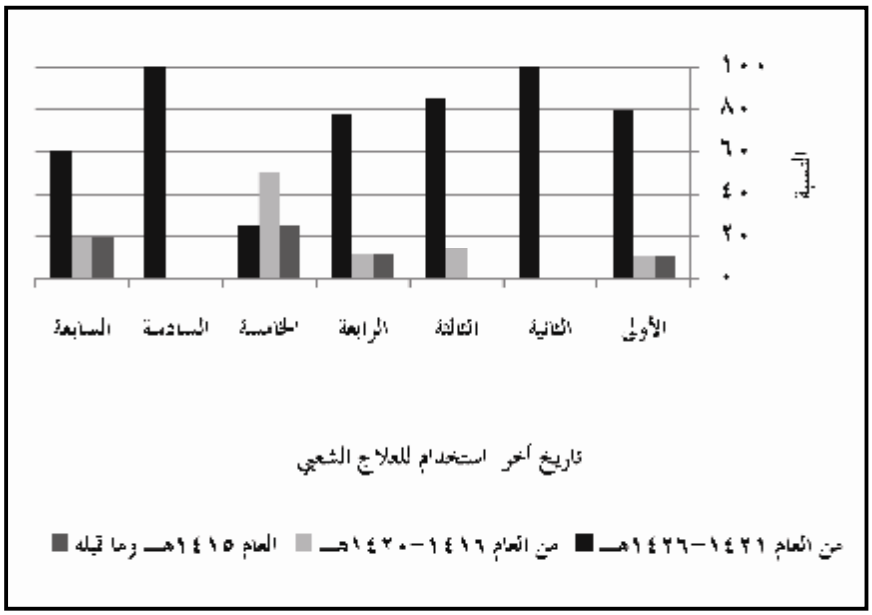
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٥. تاريخ أخر استخدام للطب الشعبي:

توضح بيانات الدراسة أن (٨٠,٨ %) من إجمالي المعتمدات على الطب الشعبي من المريضات سبق لهن استخدامه كوسيلة علاج خلال الفترة الممتدة بين عامي (١٤٢١-١٤٢٦ هـ)، كان لكل من الدائرتين الثانية والسادسة نسبة التمثيل الأكبر لها، بنسبة (١٠٠ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات في كل منهما، و توزعت بقية النسب على الدوائر الأخرى.

هذا بينما جاءت الفترة الممتدة بين عامي (١٤١٦- ١٤٢٠هـ) تالية في الترتيب بنسبة (١١,٥ %) من إجمالي الحالات. تلتها الفئة التي استخدمت الطب الشعبي في فترة العام ١٤١٥هـ وما قبله، بنسبة لم تتجاوز (٧,٧ %) من إجمالي الحالات المسجلة في هذا المتغير. وقد سجلت هاتان الفترتان أكبر نسبة تمثيل لهما في الدائرة الخامسة بنحو نصف عدد الحالات المستخدمة للعلاج الشعبي في الفترة الممتدة بين عامي (١٤١٦-١٤٢٠هـ)، وبنحو ربع الحالات المسجلة في هذه الدائرة، وذلك للفترة التي واكبت العام ١٤١٥هـ وما قبله. شكل (٥٧)، جدول (٦٠).

شكل (٥٧) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب تاريخ آخر استخدام للعلاج الشعبي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٠) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب تاريخ آخر استخدام للعلاج الشعبي

الدائرة	التصنيف	تاريخ أخر استخدام للعلاج الشعبي			
		العام ١٤١٥هـ وما قبله	١٤١٦-١٤٢٠هـ	١٤٢١-١٤٢٦هـ	المجموع
الأولى	عدد الحالات	١	١	٨	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠	١٠	٨٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥	١٦,٧	١٩	١٩,٢
الثانية	عدد الحالات	٠	٠	١٠	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٠	١٠٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٠	٢٣,٨	١٩,٢
الثالثة	عدد الحالات	٠	١	٦	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	١٤,٣	٨٥,٧	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	١٦,٧	١٤,٣	١٣,٥
الرابعة	عدد الحالات	١	١	٧	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١١,١	١١,١	٧٧,٨	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥	١٦,٧	١٦,٧	١٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	١	٢	١	٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٥٠	٢٥	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥	٣٣,٣	٢,٤	٧,٧
السادسة	عدد الحالات	٠	٠	٧	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٠	٠	١٠٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٠	٠	١٦,٧	١٣,٥
السابعة	عدد الحالات	١	١	٣	٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٢٠	٦٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٥	١٦,٧	٧,١	٩,٦
إجمالي الحالات	**عدد الحالات**	**٤**	**٦**	**٤٢**	**٥٢**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧,٧**	**١١,٥**	**٨٠,٨**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

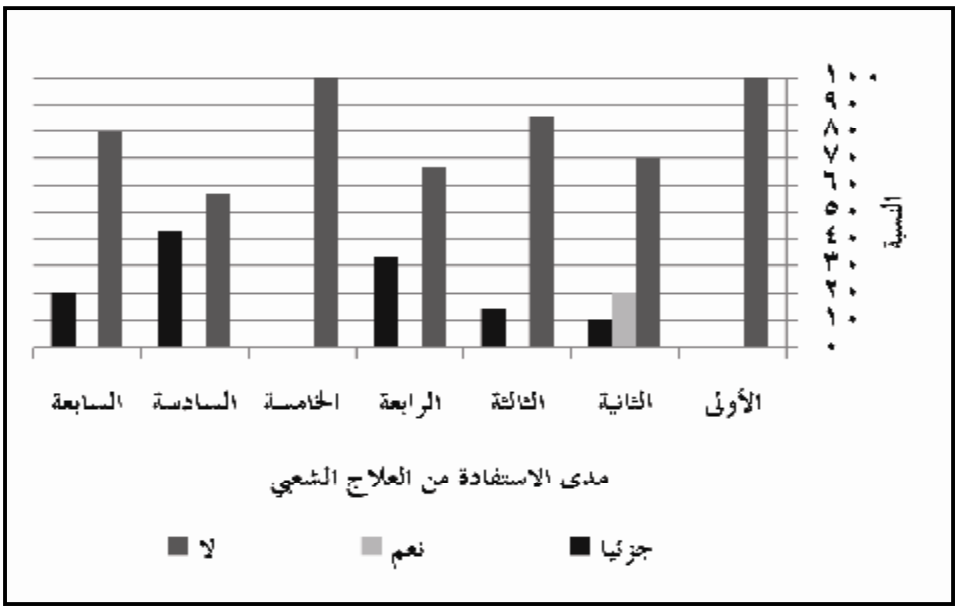
٦. مدى الاستفادة من العلاج الشعبي:

تظهر بيانات الدراسة أن (٧٨,٨ %) من المستخدمات للطب الشعبي من المريضات لم يجدن في التداوي بهذا النوع من أنواع العلاج فائدة تذكر تفيد في تحسن حالتهن الصحية، وقد سجلت نسبة التمثيل الأكبر لهذه الفئة في كل من الدائرتين الأولى والخامسة، حيث لم تجد جميع المريضات في هاتين الدائرتين ممن استخدمن الطب الشعبي فائدة من استخدامه.

بينما رأت (١٧,٣ %) من إجمالي المستخدمات أنهن لاحظن تحسنا جزئيا على صحتهن بعد استخدام هذا النوع من العلاج. وقد سجلت هذه الفئة نسبة الوجود الأكبر لها في الدائرة السادسة، بنسبة بلغت (٤٢,٩ %). تلتها في ذلك الدائرة الرابعة بنسبة (٣٣,٣ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي في كل منهما. في حين خلت الدائرتان الأولى والخامسة من أي تمثيل لهذه الفئة.

ورأت حالتان فقط، شكلتا ما نسبته (٣,٨ %) ممن استخدمن الطب الشعبي من المريضات تحسنا ملموسا على صحتهما جراء استخدام هذا النوع من العلاج، وقد كان للدائرة الثانية نسبة الوجود الأكبر والوحيد لهذه الفئة، بنسبة (٢٠ %) من إجمالي حالات الدائرة. شكل (٥٨)، جدول (٦١).

شكل (٥٨) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مدى الاستفادة من العلاج الشعبي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦١) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مدى الاستفادة من الطب الشعبي باعتباره وسيلة علاج

الدائرة	التصنيف	مدى الاستفادة من الطب الشعبي			
		لا	نعم	جزئيا	المجموع
الأولى	عدد الحالات	١٠	٠	٠	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٤,٤	٠	٠	١٩,٢
الثانية	عدد الحالات	٧	٢	١	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٧٠	٢٠	١٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٧,١	١٠٠	١١,١	١٩,٢
الثالثة	عدد الحالات	٦	٠	١	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٥,٧	٠	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٤,٦	٠	١١,١	١٣,٥
الرابعة	عدد الحالات	٦	٠	٣	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٦٦,٧	٠	٣٣,٣	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٤,٦	٠	٣٣,٣	١٧,٣
الخامسة	عدد الحالات	٤	٠	٠	٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٠٠	٠	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٨	٠	٠	٧,٧
السادسة	عدد الحالات	٤	٠	٣	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٧,١	٠	٤٢,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٨	٠	٣٣,٣	١٣,٥
السابعة	عدد الحالات	٤	٠	١	٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٨٠	٠	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٩,٨	٠	١١,١	٩,٦
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**٤١**	**٢**	**٩**	**٥٢**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٧٨,٨**	**٣,٨**	**١٧,٣**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

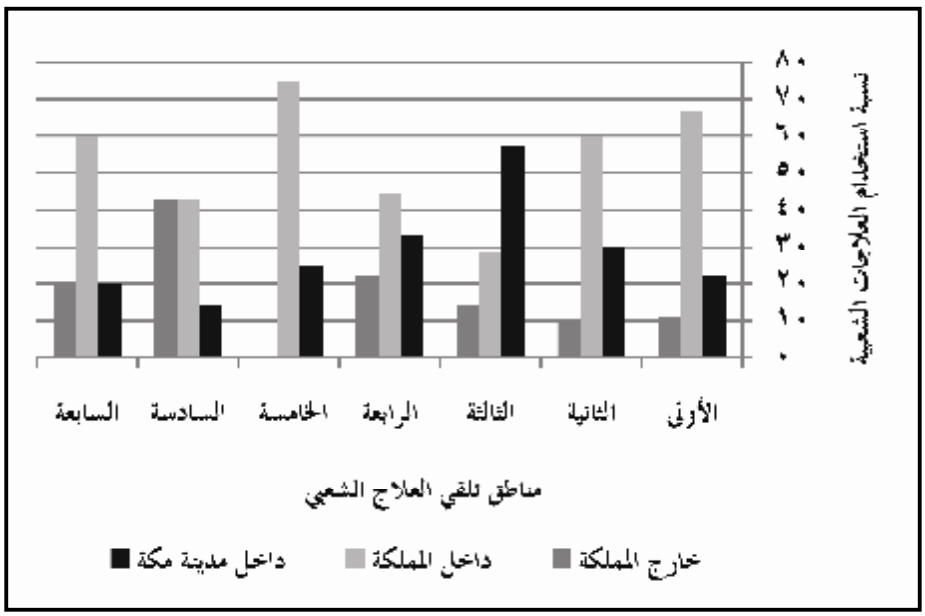
ثانيا: التوزع الجغرافي لمناطق تلقي المريضات للعلاج الشعبي:

في هذا الجزء من الدراسة سيتم التعرف على التوزع الجغرافي لعلاجات الطب الشعبي التي تم استخدامها من قبل المريضات، ومصادر تلك العلاجات مكانيا، من خلال دراسة الحالات التي استخدمت الطب الشعبي في حيزها الجغرافي الذي تسكن فيه، والحالات التي توجهت إلى خارج ذلك النطاق، وتعرف مداه المكاني.

وبناء على ما أظهرته بيانات الدراسة اتضح أن نحو نصف مستخدمات الطب الشعبي من المريضات بمنطقة الدراسة كن قد تلقين هذا النوع من العلاج في إحدى مناطق المملكة، وذلك بنسبة (٥٢,٩ %) من إجمالي المستخدمات له، مسجلة أعلى نسبة وجود لهن في الدائرة الخامسة، بنسبة (٧٥ %) من إجمالي الحالات المستخدمة للعلاج في الدائرة. بينما توزعت بقية النسب على الدوائر الأخرى.

هذا وجاءت مدينة مكة المكرمة تالية في ترتيب التوزع الجغرافي للمناطق التي تم تلقي العلاج الشعبي فيها، وذلك بنسبة (٢٩,٤ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، كان للدائرة الثالثة نسبة التمثيل الأكبر لها، حيث حصلت (٥٧,١ %) من إجمالي الحالات المستخدمة للعلاج في الدائرة عليه من داخل مدينة مكة المكرمة. في حين جاءت فئة اللواتي اعتمدن على العلاج الشعبي خارج المملكة في آخر الترتيب، وذلك بنسبة (١٧,٦ %)، كان أكثرهن قد تركزن في الدائرة السادسة بنسبة (٤٢,٩ %) من إجمالي المريضات اللواتي استخدمن الطب الشعبي في الدائرة. في حين لم تسجل الدائرة الخامسة أي حالة تلقت علاجها الشعبي من خارج المملكة سواء أكان بالسفر إلى هناك، أو استيراد ذلك الدواء إلى مقر إقامتها. شكل (٥٩)، جدول (٦٢).

شكل (٥٩) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مناطق تلقي العلاج الشعبي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

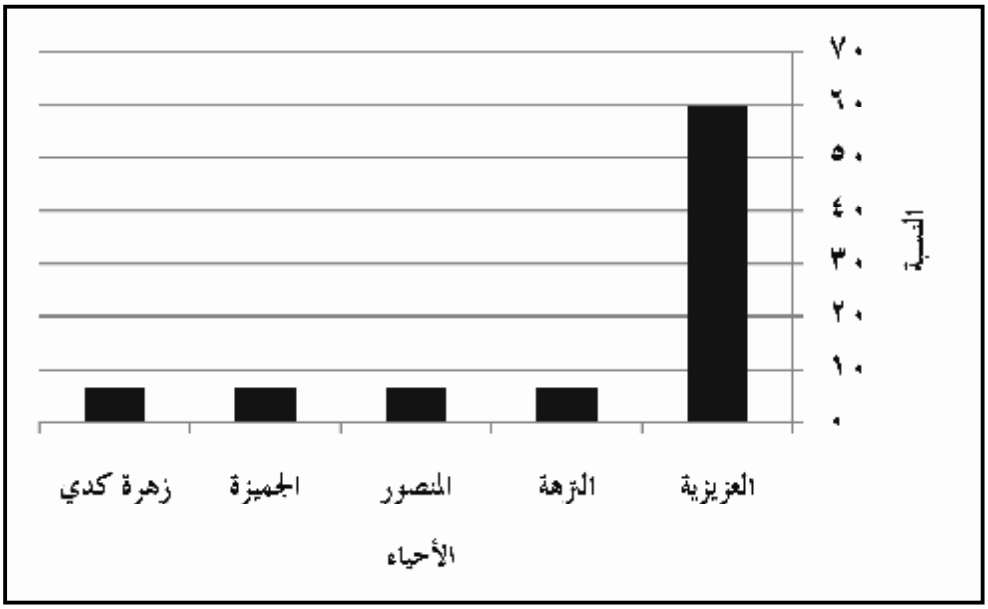
جدول (٦٢) التوزع النسبي للمريضات على الدوائر الانتخابية حسب مناطق تلقي العلاج الشعبي

الدائرة	التصنيف	مناطق تلقي العلاج الشعبي			
		داخل مدينة مكة	داخل المملكة	خارج المملكة	المجموع
الأولى	عدد الحالات	٢	٦	١	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٢,٢	٦٦,٧	١١,١	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	١٣,٣	٢٢,٢	١١,١	١٧,٦
الثانية	عدد الحالات	٣	٦	١	١٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٠	٦٠	١٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠	٢٢,٢	١١,١	١٩,٦
الثالثة	عدد الحالات	٤	٢	١	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٥٧,١	٢٨,٦	١٤,٣	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٦,٧	٧,٤	١١,١	١٣,٧
الرابعة	عدد الحالات	٣	٤	٢	٩
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٣٣,٣	٤٤,٤	٢٢,٢	**١٠٠**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٢٠	١٤,٨	٢٢,٢	١٧,٦
الخامسة	عدد الحالات	١	٣	٠	٤
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٥	٧٥	٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٧	١١,١	٠	٧,٨
السادسة	عدد الحالات	١	٣	٣	٧
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	١٤,٣	٤٢,٩	٤٢,٩	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٧	١١,١	٣٣,٣	١٣,٧
السابعة	عدد الحالات	١	٣	١	٥
	النسبة إلى إجمالي حالات الدائرة	٢٠	٦٠	٢٠	١٠٠
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	٦,٧	١١,١	١١,١	٩,٨
إجمالي الحالات	عدد الحالات	**١٥**	**٢٧**	**٩**	**٥١**
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	**٢٩,٤**	**٥٢,٩**	**١٧,٦**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

على مستوى مدينة مكة المكرمة كان حي العزيزية قد حصل على النسبة الأعلى كأكثر الأحياء التي تلقت المريضات من خلالها العلاجات الشعبية، بنسبة (٦٩,٢ %)، وهو الحي الذي يضم مقرا لأحد المعالجين الشعبيين الذين يذيع صيتهم بين المرضى والمريضات في المراكز، في حين توزعت بقية النسبة وتساوت بين أحياء الزهة والمنصور والجميزة وكدي. شكل (٦٠)، جدول (٦٣).

شكل (٦٠) أحياء مدينة مكة المكرمة التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٣) الأحياء التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها[1]

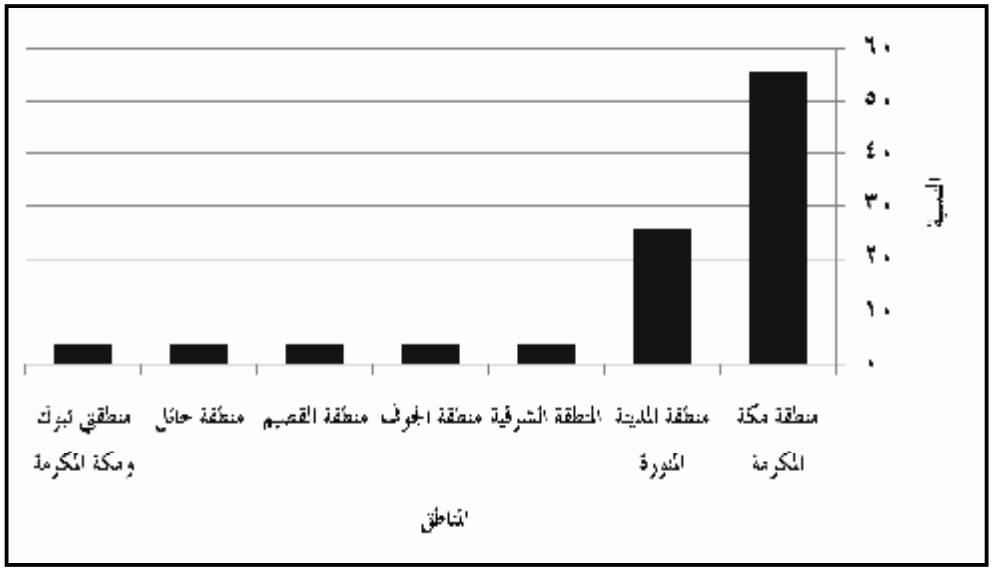
الأحياء	عدد الحالات	النسبة المئوية
العزيزية	٩	٦٩,٢
الزهة	١	٧,٦
المنصور	١	٧,٦
الجميزة	١	٧,٦
كدي	١	٧,٦
المجموع	**١٣**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

أما على مستوى المملكة فقد احتلت منطقة مكة المكرمة النسبة الأعلى كأكثر مناطق المملكة التي تم تلقى العلاج الشعبي من خلالها، حيث بلغت نسبة مستخدمات الطب الشعبي من المريضات في هذه المنطقة أكثر من نصف عدد الحالات، (٥٥,٦ %)، تلتها منطقة المدينة المنورة بنسبة بلغت نحو (٢٥,٩ %)، في حين توزعت بقية النسب على مناطق أخرى كالمنطقة الشرقية، ومنطقة الجوف، و القصيم وحائل، وتبوك. بينما كانت هناك حالة واحدة تلقت العلاج الشعبي من منطقتين هما مكة المكرمة وتبوك. شكل (٦١)، جدول (٦٤).

[1] لم يتم تسجيل حالتين في الجدول لعدم دقة البيانات.

شكل (٦١) التوزع النسبي للمريضات حسب مناطق المملكة التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

جدول (٦٤) المناطق الإدارية التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها.

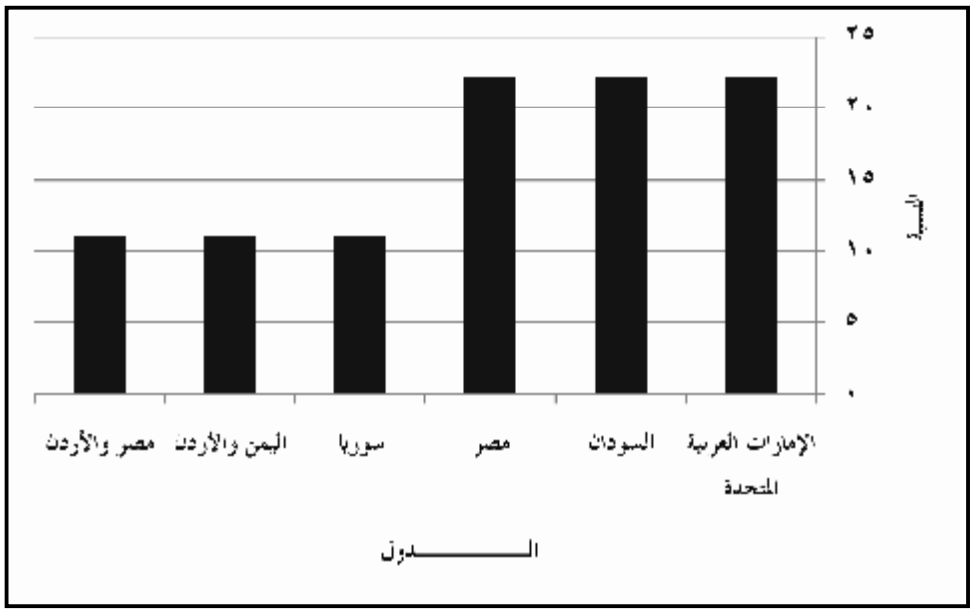
المناطق	عدد الحالات	النسبة المئوية
مكة المكرمة	١٥	٥٥,٦
المدينة المنورة	٧	٢٥,٩
المنطقة الشرقية	١	٣,٧
الجوف	١	٣,٧
القصيم	١	٣,٧
حائل	١	٣,٧
مكة المكرمة وتبوك	١	٣,٧
المجموع	**٢٧**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ)

وجاءت كل من الإمارات العربية المتحدة وجمهورية السودان وجمهورية مصر العربية على رأس قائمة الدول التي تم تلقي العلاج الشعبي منها، وذلك بنسبة (٢٢,٢ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، تلتهما في ذلك الجمهورية العربية السورية، حيث اعتمدت حالة وحيدة عليها كمصدر للعلاج الشعبي، وحالة أخرى على دولتي اليمن والأردن، وحالة أخيرة على كل من مصر والأردن، وذلك بنسبة

(١١,١ %) من إجمالي متلقيات العلاج الشعبي من المريضات بمنطقة الدراسة لكل منها. شكل (٦٢)، جدول (٦٥).

شكل (٦٢) الدول التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٥) الدول التي تم تلقي العلاج الشعبي من خلالها

الدول التي تم فيها العلاج الشعبي	عدد الحالات	النسبة المئوية
الإمارات العربية المتحدة	٢	٢٢,٢
السودان	٢	٢٢,٢
مصر	٢	٢٢,٢
سوريا	١	١١,١
اليمن والأردن	١	١١,١
مصر والأردن	١	١١,١
المجموع	**٩**	**١٠٠**

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦ هـ).

يظهر من خلال العرض السابق أن استخدام الطب الشعبي من قبل المريضات بمدينة مكة المكرمة لم يلقَ انتشارا واسعا بينهن، وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه (شكري، ١٩٩٠م) في دراستها من أن الطب الشعبي في المملكة يشهد تراجعا لصالح الطب الحديث، حيث شكلت مستخدمات هذا النوع من العلاج أقلية مقارنة ببقية المريضات، وذلك مع التأكيد على أنه لا يزال هناك في المملكة من يعتمد على هذا النوع

من العلاج، وإن كان الاعتماد عليه قد أضحى اعتمادا ثانويا. وبالنظر إلى توزع مستخدمات الطب الشعبي من المريضات داخل نطاق مدينة مكة المكرمة يمكن القول إن ذلك التوزع قد توافق مع توزيع مراكز التنقية الدموية، حيث شهدت جميع الدوائر التي توجد فيها مراكز تنقية وجودا لمصدر من مصادر العلاج الشعبي، وإن اختلفت بعضها من حيث الأحياء.

ثالثا: استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بخصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية:

بعد ما تم مناقشته في بداية الفصل من استخدامات للطب الشعبي من قبل مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة وعلاقتها بمواقع سكنهن، وتوزعهن جغرافيا تبعا لمتغيرات الطب الشعبي. تحاول الدراسة في هذا الجزء التعرف على ما إذا كان للخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات أثر في توجههن للاعتماد على الطب الشعبي في معالجة ما ألم بهن من مرض.

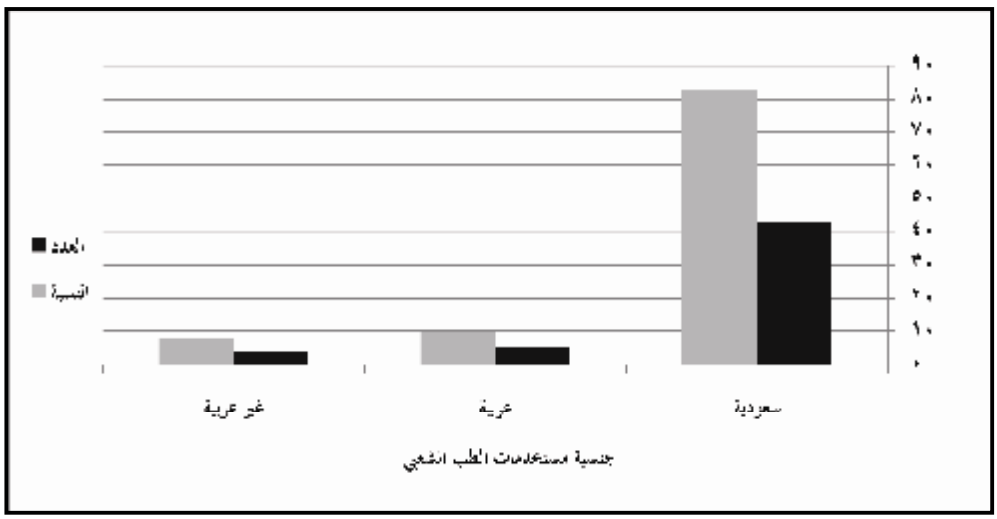
لذا اعتمدت الباحثة في هذا الجزء على ذات الخصائص التي تم الاعتماد عليها سابقا في دراسة توزع المريضات في منطقة الدراسة، وهي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وذلك على النحو الآتي.

١. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية:

أ.الجنسية:

تظهر بيانات الدراسة أن السعوديات هن أكثر مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، حيث بلغت نسبتهن (٨٢,٧ %) من إجمالي عددهن، في حين لم تتجاوز نسبة مستخدمات هذا النوع من العلاج من المريضات من الجنسيات الأخرى (١٧,٣ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. حيث بلغت نسبة العربيات منهن (٩,٦ %)، في حين كان للمريضات من الجنسيات غير العربية التمثيل الأقل بين مستخدمات هذا النوع من العلاج، وذلك بنحو (٧,٧ %) من إجمالي المستخدمات من المريضات. شكل (٦٣)، جدول (٦٦).

شكل (٦٣) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الجنسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٦) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الجنسية

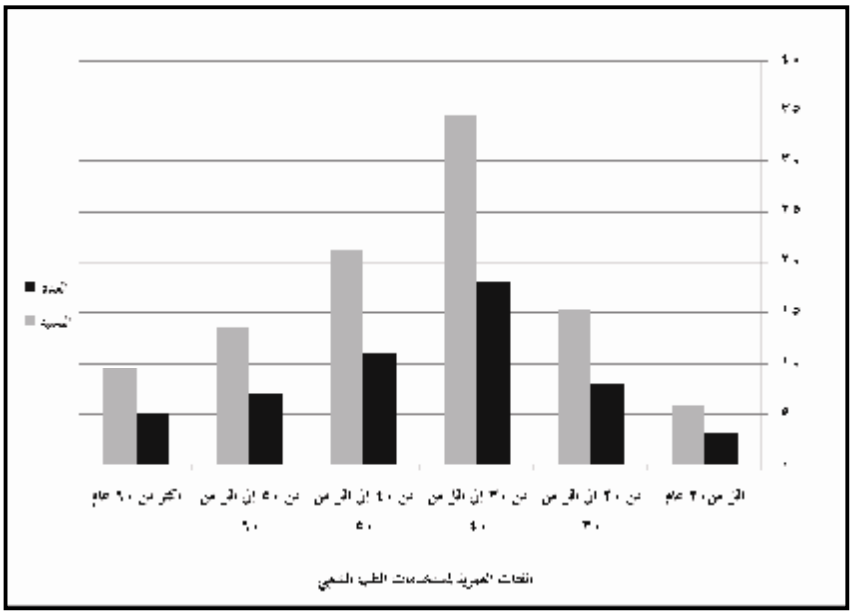
مستخدمات الطب الشعبي	الجنسية			
	سعودية	عربية	غير عربية	المجموع
عدد الحالات	٤٣	٥	٤	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٨٢,٧	٩,٦	٧,٧	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. العمر:

يلاحظ من خلال هذا المتغير أن أكثر المريضات اللواتي سبق لهن استخدام الطب الشعبي في العلاج من المرض، هن ممن تمتد أعمارهن بين عامي (٣٠ إلى أقل من ٤٠ عاماً)، وذلك بنسبة (٣٤,٦ %) من إجمالي المستخدمات من المريضات. في حين جاءت المريضات اللواتي تمتد أعمارهن بين عامي (٤٠ إلى أقل من ٥٠ عاماً) في الترتيب التالي، بنسبة (٢١,٢ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، في حين جاءت فئة اللواتي يبلغن ٢٠ عاما وأقل من ذلك، ومن تمتد أعمارهن من ٦٠ عاما فأكثر كأقل المريضات استخداما لهذا النوع من العلاج. شكل (٦٤)، جدول (٦٧).

شكل (٦٤) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الفئات العمرية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٧) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الفئات العمرية

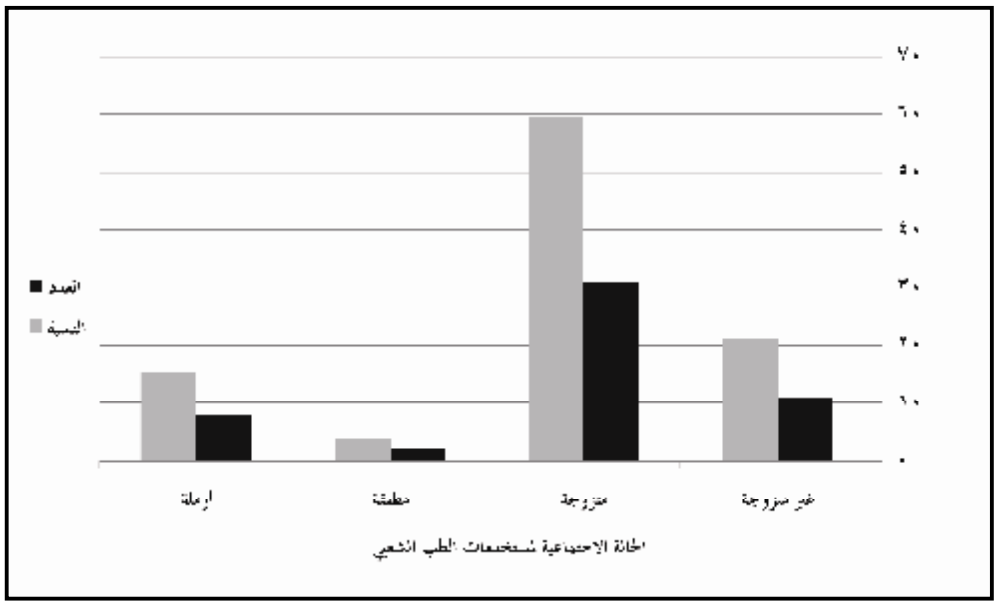
مستخدمات الطب الشعبي	الفئات العمرية						
	أقل من٢٠ عاماً	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	من ٥٠ إلى أقل من ٦٠	أكثر من ٦٠ عاماً	المجموع
عدد الحالات	٣	٨	١٨	١١	٧	٥	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٥,٨	١٥,٤	٣٤,٦	٢١,٢	١٣,٥	٩,٦	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. الحالة الاجتماعية:

يتضح من خلال ما جاءت به البيانات أن المتزوجات من المريضات كن أكثر استخداما للطب الشعبي من غيرهن، وذلك بنسبة (٥٩,٦ %) من إجمالي الحالات المستخدمة لهذا النوع من العلاج. في حين جاءت غير المتزوجات منهن، في الترتيب التالي، بنسبة بلغت (٢١,٢ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، أما الأرامل فقد جئن في الترتيب التالي، وذلك بنسبة (١٥,٤ %) من إجمالي المستخدمات من المريضات. في حين لم تتجاوز نسبة تمثيل المطلقات من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات أكثر من (٣,٨ %). شكل (٦٥)، جدول (٦٨).

شكل (٦٥) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٨) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة الاجتماعية

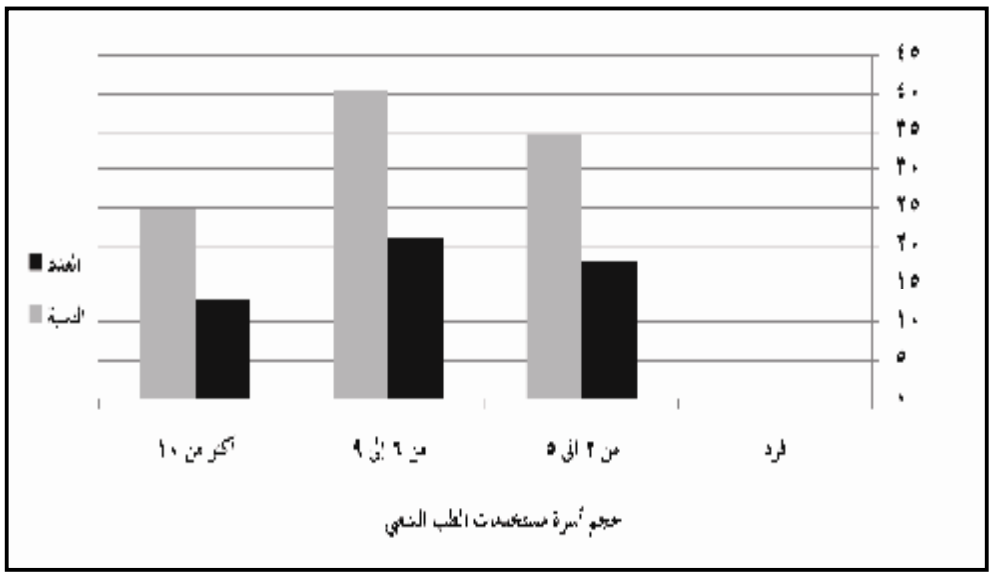
مستخدمات الطب الشعبي	الحالة الاجتماعية				
	غير متزوجة	متزوجة	مطلقة	أرملة	المجموع
عدد الحالات	١١	٣١	٢	٨	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٢١,٢	٥٩,٦	٣,٨	١٥,٤	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

د.حجم الأسرة:

تنتمي (٤٠,٤ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات إلى أسر متوسطة الحجم، وهي الأسر التي يبلغ عدد أفرادها من (٦-٩) أفراد. في حين جاءت المريضات اللواتي ينتمين إلى أسر يبلغ عدد أفرادها من فردين إلى ٥ أفراد في الترتيب التالي، بنسبة (٣٤,٦ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. تلاهن المريضات اللواتي ينتمين لأسر كبيرة الحجم، يبلغ عدد أفرادها ١٠ أفراد فأكثر، وذلك بنسبة (٢٥ %) من إجمالي المستخدمات، في حين لم تمثل فئة من يبلغ حجم أسرتها فرداً واحداً فقط أي حالة من مستخدمات هذا النوع من العلاج. شكل (٦٦)، جدول (٦٩).

شكل (٦٦) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب حجم الأسرة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٦٩) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب حجم الأسرة

مستخدمات الطب الشعبي	حجم الأسرة				
	فرد	٢-٥	٦-٩	١٠ فأكثر	المجموع
عدد الحالات	٠	١٨	٢١	١٣	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٠	٣٤,٦	٤٠,٤	٢٥	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

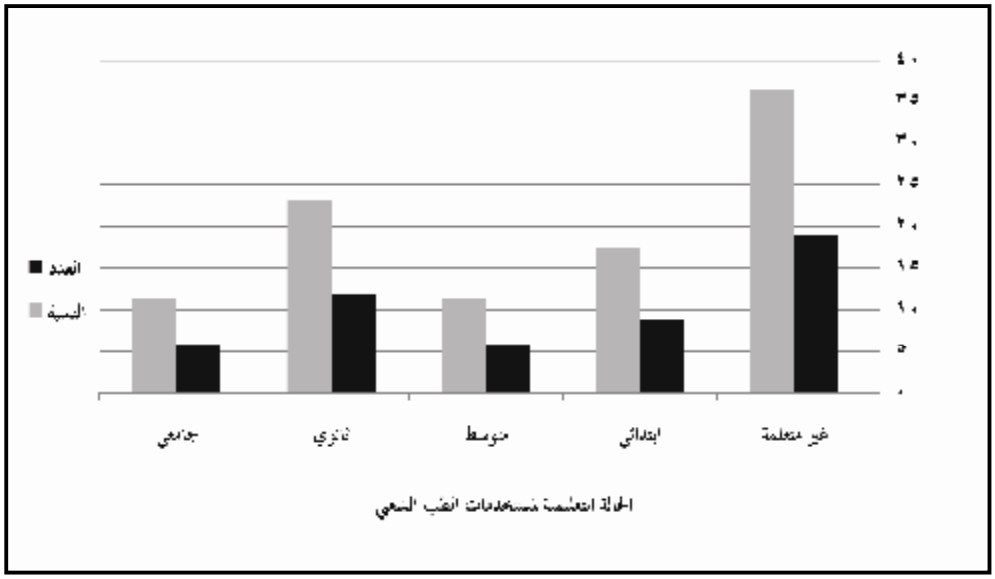
هـ. الحالة التعليمية:

يمكن للمستوى التعليمي للفرد أن يكون سببا مهما للاعتقاد بأهمية شيء ما وجدواه أو الامتناع عنه و نبذه، وذلك وفقا للاعتقادات التي قدمت للشخص واقتنع بها، وقد ينطبق ذلك على نحو ما على الطب الشعبي واستخداماته التي قد تلقَ عدد من المؤيدين وكذلك المعارضين. وفي هذا الجانب فقد اتضح من خلال بيانات الدراسة أن (٣٦,٥ %) من مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة ممن سبق لهن استخدام الطب الشعبي، كنَّ من غير المتعلمات، بحيث من الممكن أن يتم استخدامه دون أن تكون لديهن الخلفية العلمية التي تضمن لهن الاستخدام الأمثل لهذا النوع من العلاجات غير مضمونة الجوانب في أحيان كثيرة.

تلتهن المريضات المتعلمات تعليما ثانويا، حيث بلغت نسبتهن (٢٣,١ %) من إجمالي المريضات المستخدمات للطب الشعبي، في حين جاءت فئة المتعلمات تعليما ابتدائيا تالية لهن، بنسبة (١٧,٣ %) من المستخدمات، وتوزعت بقية النسب على فئات المتغير الأخرى. شكل (٦٧)، جدول (٧٠).

ويمكن من خلال ذلك القول إن استخدام الطب الشعبي من قبل المريضات لا يقتصر على فئة أو مرحلة تعليمية دون غيرها، فكما هو مستخدم من قبل غير المتعلمات والمتعلمات تعليميا ابتدائيا، فهو يلقى إقبالا من قبل المتعلمات تعليما أعلى من ذلك، ولكن من المهم التنبه لأهمية المعرفة المسبقة بمخاطر استخدام العلاجات الشعبية، في تحسن الحالة الصحية وعدم تدهورها بشكل عام.

شكل (٦٧) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة التعليمية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٠) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة التعليمية

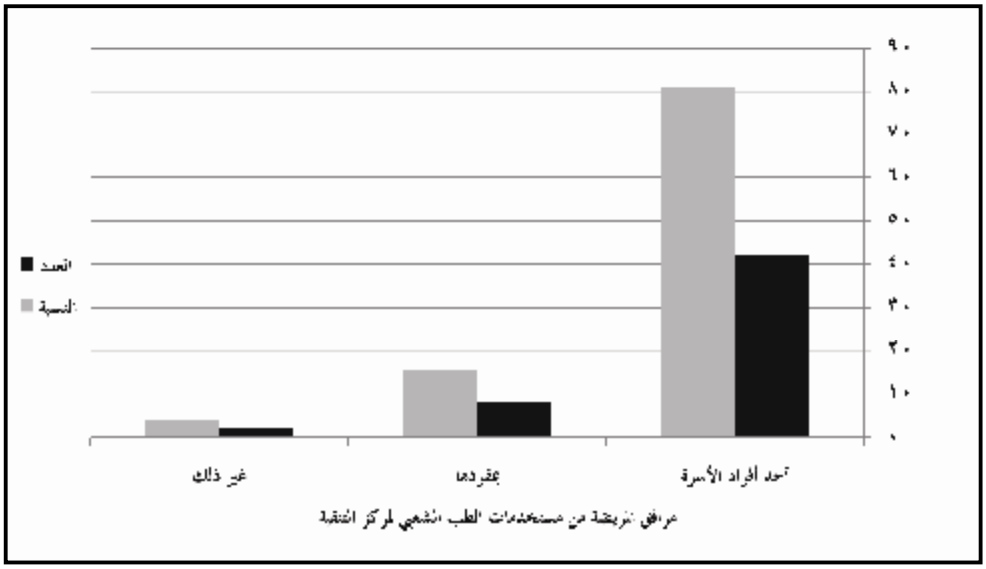
مستخدمات الطب الشعبي	الحالة التعليمية					
	غير متعلمة	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
عدد الحالات	١٩	٩	٦	١٢	٦	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٣٦,٥	١٧,٣	١١,٥	٢٣,١	١١,٥	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

و. مرافق المريضة لمركز التنقية الدموية:

يلاحظ من خلال بيانات الدراسة أن (٨٠,٨ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات يرافقهن أحد أفراد الأسرة لمراكز التنقية، في حين تتوجه ما نسبتهن (١٥,٤ %) منهن إليها بمفردهن دون مرافقة أي شخص، أما اللواتي يقدمن برفقة السائقين أو العاملات المنزليات فلم تتجاوز نسبتهن (٣,٨ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. شكل (٦٨)، جدول (٧١).

شكل (٦٨) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب مرافق المريضة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧١) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب مرافق المريضة

مستخدمات الطب الشعبي	مرافق المريضة			
	أحد أفراد الأسرة	بمفردها	غير ذلك	المجموع
عدد الحالات	٤٢	٨	٢	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٨٠,٨	١٥,٤	٣,٨	١٠٠

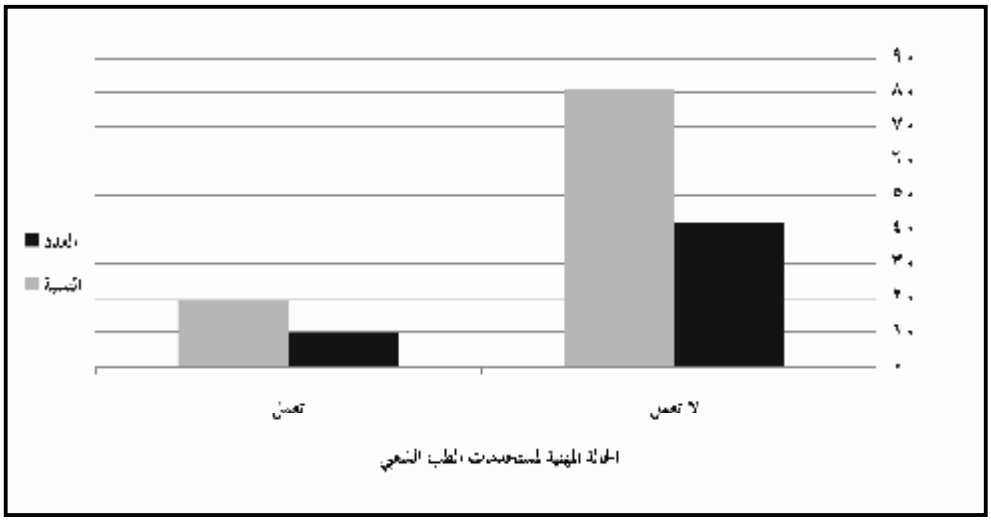
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٢. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الاقتصادية:

أ.الحالة المهنية:

شكلت غير العاملات بأي مهنة النسبة الأكبر لمستخدمات الطب الشعبي من مريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، حيث بلغت نسبتهن إلى إجمالي مستخدمات هذا النوع من العلاج من المريضات (٨٠,٨ %). في حين بلغت نسبة العاملات منهن (١٩,٢ %) فقط. شكل (٦٩)، جدول (٧٢).وهو ما يتفق مع سياق الدراسة الذي أظهر ارتفاع نسبة غير العاملات من المريضات المصابات بمرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة بشكل عام.

شكل (٦٩) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة المهنية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٢) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الحالة المهنية

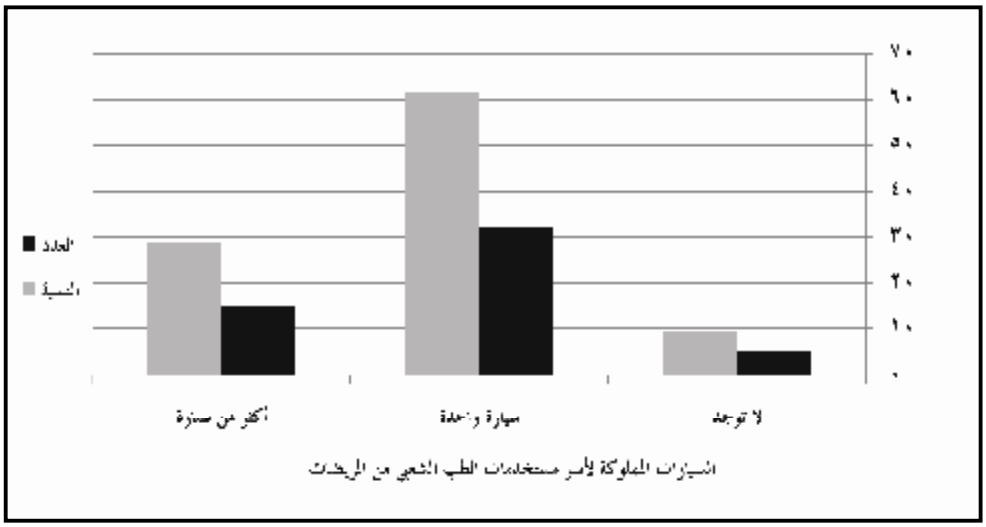
مستخدمات الطب الشعبي	الحالة المهنية		
	لا تعمل	تعمل	المجموع
عدد الحالات	٤٢	١٠	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٨٠,٨	١٩,٢	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. عدد السيارات المملوكة:

تمتلك معظم أسر مستخدمات الطب الشعبي من المريضات سيارة واحدة على الأقل، وذلك بنسبة (٩١,٣ %)، حيث بلغ عدد من يمتلكن أو تمتلك أسرهن سيارة واحدة فقط النسبة الأكبر بينهن، (٦١,٥ %) من إجمالي المستخدمات. في حين تمتلك (٢٨,٨ %) أكثر من سيارة واحدة. في حين ذلك لم تتجاوز نسبة من لا تمتلك أسرهن أي عدد من السيارات (٩,٦ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. شكل (٧٠)، جدول (٧٣).

شكل (٧٠) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب عدد السيارات المملوكة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٣) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب عدد السيارات المملوكة

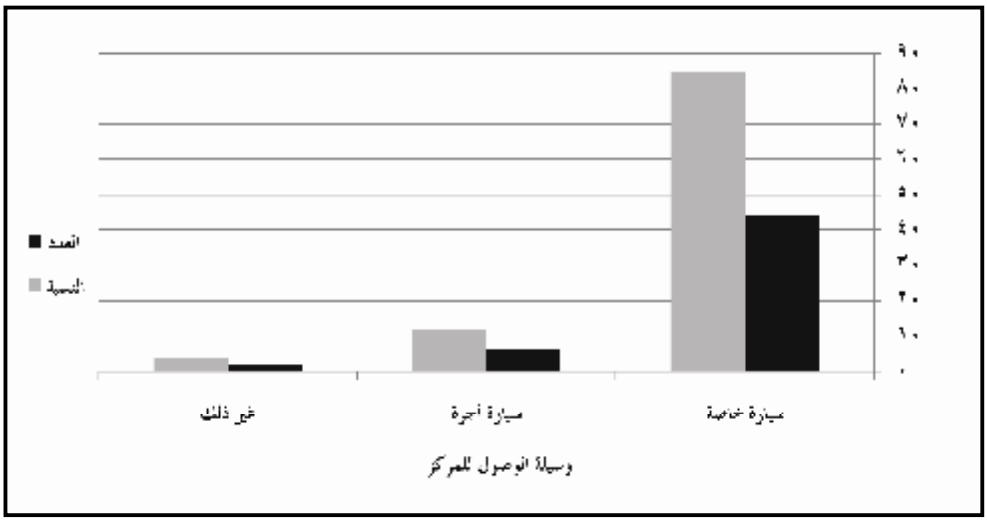
مستخدمات الطب الشعبي	عدد السيارات المملوكة			
	لا توجد	سيارة واحدة	أكثر من سيارة	المجموع
عدد الحالات	٥	٣٢	١٥	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٩,٦	٦١,٥	٢٨,٨	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. وسيلة الوصول للمركز:

بلغت نسبة من ينتقلن لمراكز التنقية الدموية من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات بوسائل نقل خاصة (٨٤,٦ %) من إجمالي المستخدمات للطب الشعبي. في حين بلغت نسبة من تنتقلن من و إلى مراكز التنقية الدموية بواسطة سيارات الأجرة، نحو (١١,٥ %) من إجمالي المستخدمات، في الوقت الذي لم تتجاوز نسبة من اعتمدن على وسائل نقل أخرى كسيارات الإسعاف، أو وسائل النقل العامة نسبة (٣,٨ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات. شكل (٧١)، جدول (٧٤).

شكل (٧١) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب وسيلة الوصول للمركز



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٤) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب وسيلة الوصول للمركز

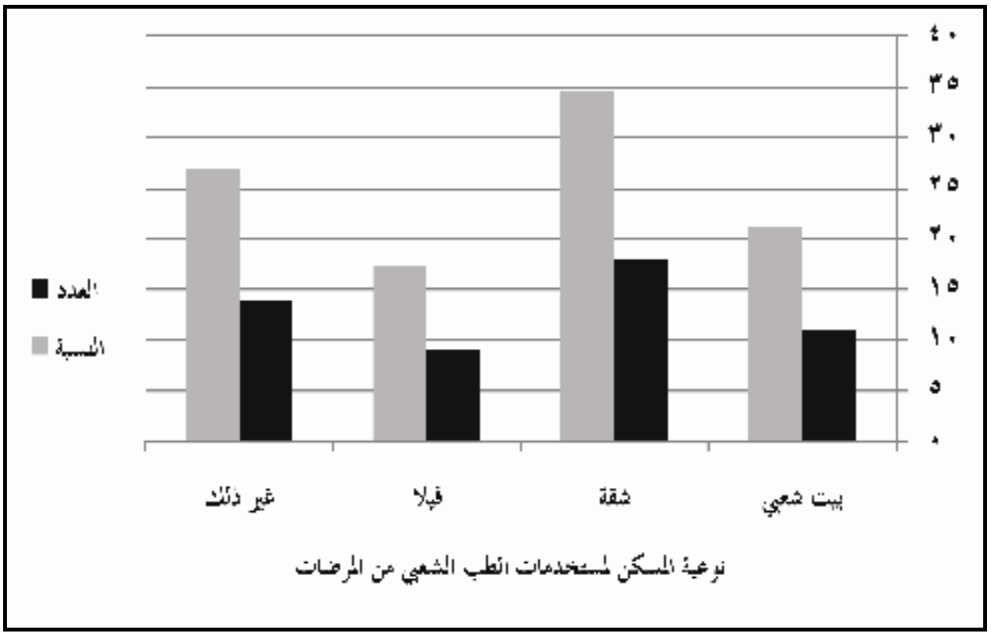
مستخدمات الطب الشعبي	وسيلة الوصول للمركز			
	سيارة خاصة	سيارة أجرة	غير ذلك	المجموع
عدد الحالات	٤٤	٦	٢	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٨٤,٦	١١,٥	٣,٨	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

د.نوعية المسكن:

تظهر بيانات الدراسة أن نحو (٣٤,٦ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات يقطن في شقق سكنية، وهو ما يتوافق مع النمط السائد للسكن بالمدينة، تلتهن القاطنات في الفنادق والمساكن التابعة للمساجد و الصنادق، بنحو (١٤) حالة - وهي إجمالي حالات الدراسة المسجلة في هذه الفئة- حيث إن جميع المريضات القاطنات في هذه المساكن سبق لهن استخدام الطب الشعبي في علاج المرض، وجاءت القاطنات في بيوت شعبية في الترتيب التالي، بنسبة (٢١,٢ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، في حين لم تتعدَ نسبة المريضات القاطنات في فيلل ممن استخدمن هذا النوع من العلاج (١٧,٣ %). شكل (٧٢)، جدول (٧٥).

شكل (٧٢) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوعية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٥) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوعية المسكن

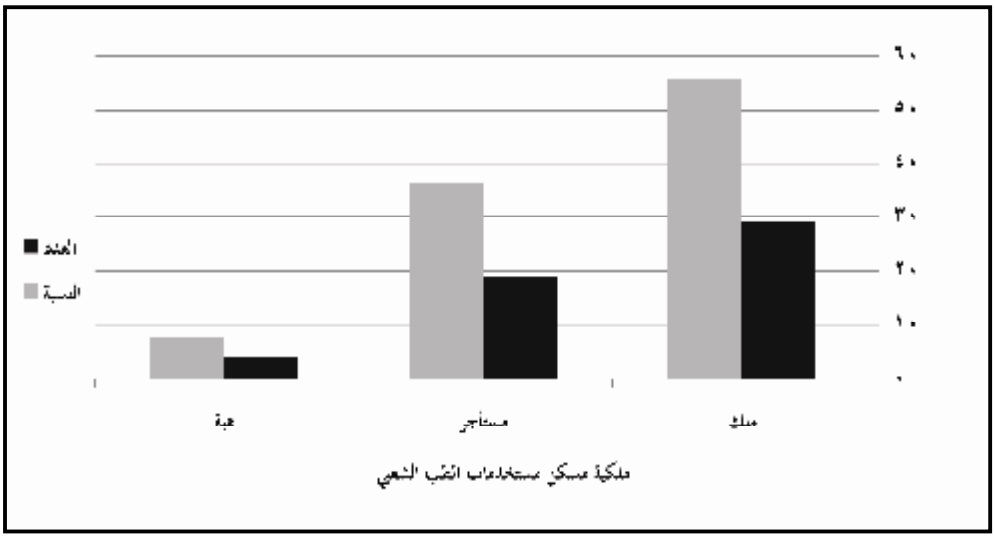
مستخدمات الطب الشعبي	نوعية المسكن				
	بيت شعبي	شقة	فيلا	غير ذلك	المجموع
عدد الحالات	١١	١٨	٩	١٤	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٢١,٢	٣٤,٦	١٧,٣	٢٦,٩	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

هـ.ملكية المسكن:

تظهر بيانات الدراسة فيما يتعلق بملكية المسكن أن أكثر من نصف مستخدمات الطب الشعبي من المريضات تعود ملكية مساكنهن إليهن أو لأحد أفراد أسرهن، وذلك بنسبة (٥٥,٨ %) من إجمالي المستخدمات، في حين بلغت نسبة من يقطن في مساكن مستأجرة ما نسبته (٣٦,٥ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، و تسكن نحو (٧,٧ %) من إجمالي المستخدمات في منازل وهبت لهن أو لأسرهن. جدول (٧٣)، شكل (٧١).

شكل (٧٣) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب ملكية المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٦) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب ملكية المسكن

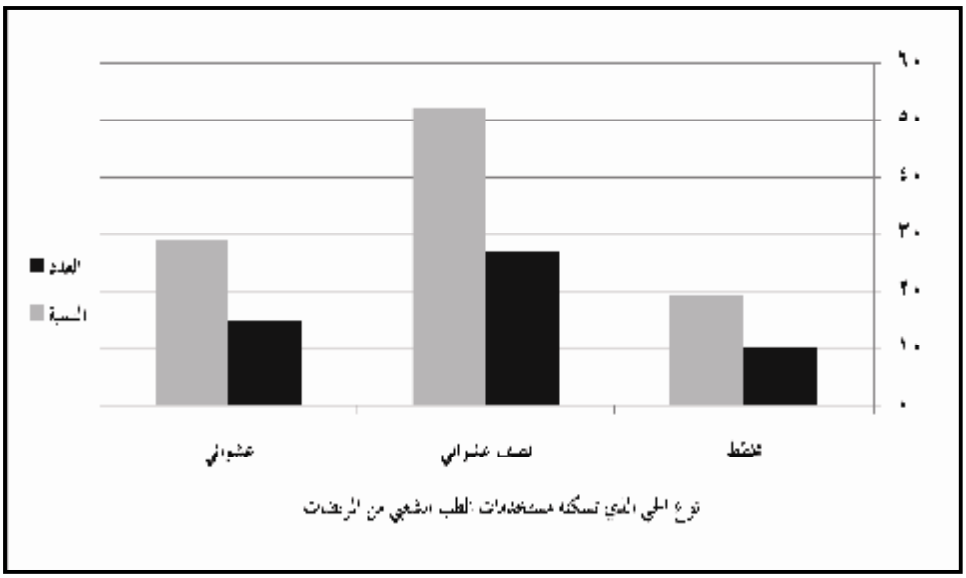
مستخدمات الطب الشعبي	ملكية المسكن			
	ملك	مستأجر	هبة	المجموع
عدد الحالات	٢٩	١٩	٤	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٥٥,٨	٣٦,٥	٧,٧	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

و.نوع الحي الذي تسكنه المريضة:

يلاحظ وفقا لما خرجت به بيانات الدراسة أن أكثر من نصف مستخدمات الطب الشعبي من المريضات يسكنّ في أحياء نصف عشوائية، وذلك بنسبة (٥١,٩ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، في حين بلغت نسبة من يسكنَّ في أحياء عشوائية (٢٨,٨ %) من إجمالي المستخدمات، بينما لم تتجاوز نسبة مستخدمات الطب الشعبي ممن يسكنَّ في أحياء منتظمة، نسبة (١٩,٢ %). شكل (٧٤)، جدول (٧٧).

شكل (٧٤) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الحي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٧) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الحي الذي تسكنه المريضة

مستخدمات الطب الشعبي	نوع الحي			
	مخطط	نصف عشوائي	عشوائي	المجموع
عدد الحالات	١٠	٢٧	١٥	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	١٩,٢	٥١,٩	٢٨,٨	١٠٠

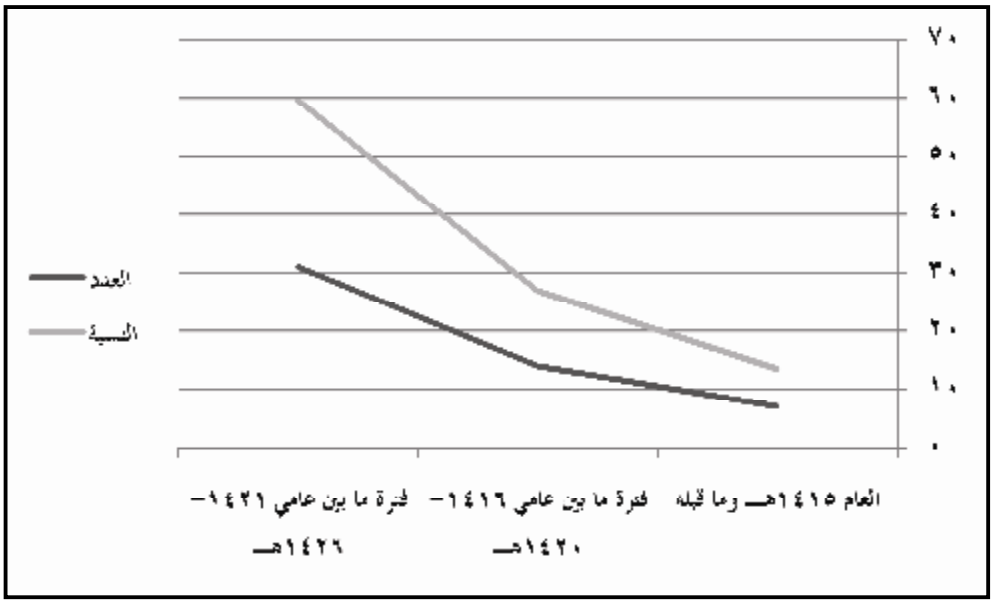
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٣. استخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات وعلاقتها بالخصائص الصحية:

أ. تاريخ الإصابة بالمرض:

يلاحظ من خلال هذا المتغير أن معظم مستخدمات الطب الشعبي هنَّ ممن أصبن بالمرض في الفترة الأخيرة الممتدة بين عامي ١٤٢١ – ١٤٢٦ هـ، حيث بلغت نسبتهن إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات نحو (٥٩,٦ %)، في حين تلتهن مستخدمات الطب الشعبي من المريضات ممن أصبن بالمرض في الفترة الممتدة بين عامي ١٤١٦- ١٤٢٠ هـ، نحو (٢٦,٩ %)، بينما بلغت نسبة من استخدمن الطب الشعبي من المريضات اللواتي أصبن بالمرض في الفترة الممتدة من العام ١٤١٥هـ وما قبله نحو (١٣,٥ %) فقط. شكل (٧٥)، جدول (٧٨).

شكل (٧٥) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب تاريخ الإصابة بالمرض



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٨) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب تاريخ الإصابة بالمرض

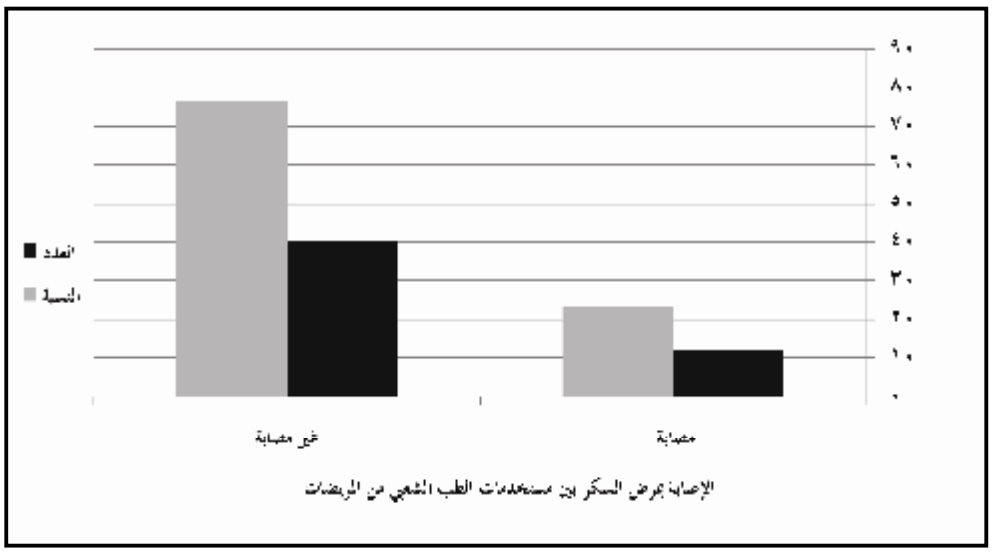
مستخدمات الطب الشعبي	تاريخ الإصابة بالمرض			
	العام ١٤١٥هـ وما قبله	١٤١٦-١٤٢٠هـ	١٤٢١-١٤٢٦هـ	المجموع
عدد الحالات	٧	١٤	٣١	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	١٣,٥	٢٦,٩	٥٩,٦	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ب. الإصابة بمرض السكر:

يلاحظ من خلال بيانات الدراسة أن أكثر من ثلثي المريضات اللواتي استخدمن الطب الشعبي في العلاج هنَّ من غير المصابات بمرض السكر، حيث بلغت نسبتهن إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي نحو (٧٦,٩ %). في حين بلغت نسبة من استخدمنه من المصابات بداء السكر (٢٣,١ %) فقط. شكل (٧٦)، جدول (٧٩).

شكل (٧٦) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بمرض السكر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٧٩) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بمرض السكر

مستخدمات الطب الشعبي	الإصابة بمرض السكر		
	مصابة	غير مصابة	المجموع
عدد الحالات	١٢	٤٠	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	٢٣,١	٧٦,٩	١٠٠

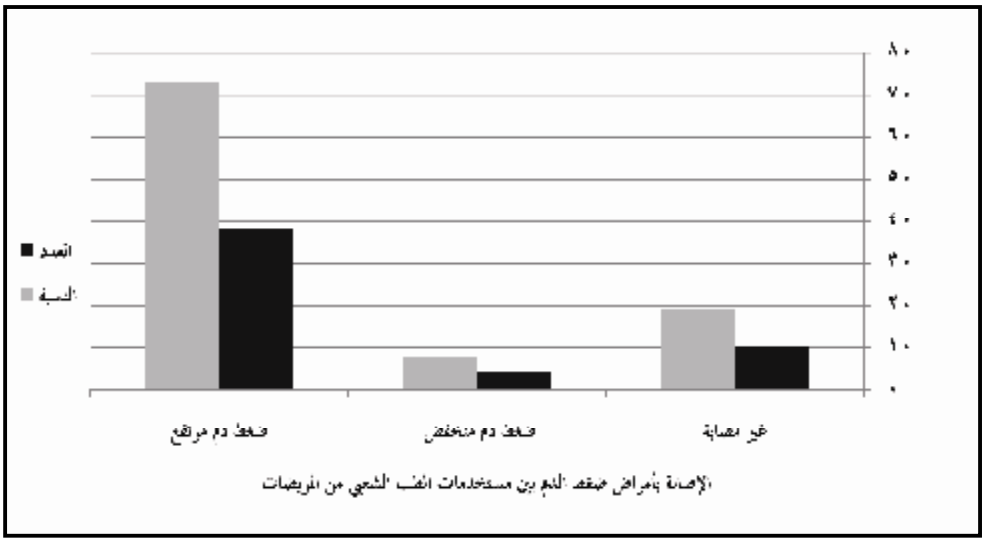
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ج. الإصابة بضغط الدم:

تظهر بيانات الدراسة أن نحو (٧٣,١ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات هنَّ من المريضات المصابات بارتفاع ضغط الدم، في حين بلغت نسبة المريضات غير المصابات بأي من أمراض ضغط الدم من

مستخدمات الطب الشعبي (١٩,٢ %)، و لم تتجاوز نسبة المصابات بمرض ضغط الدم المنخفض من المريضات المستخدمات للطب الشعبي، نسبة (٧,٧ %). شكل (٧٧)، جدول (٨٠).

شكل (٧٧) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بأمراض ضغط الدم



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٨٠) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب نوع الإصابة بضغط الدم

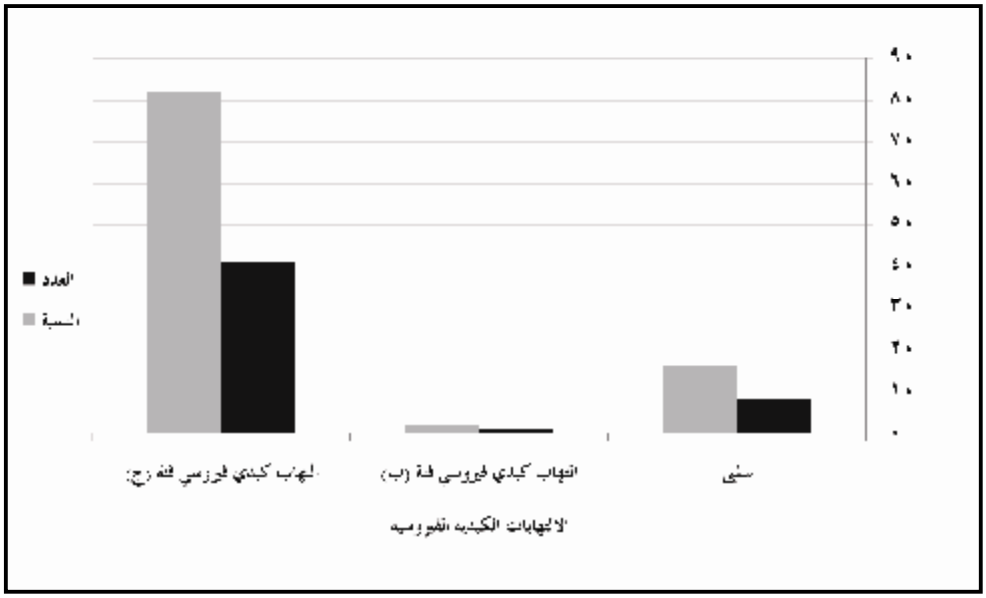
مستخدمات الطب الشعبي	الإصابة بضغط الدم			
	غير مصابة	ضغط دم منخفض	ضغط دم مرتفع	المجموع
عدد الحالات	١٠	٤	٣٨	٥٢
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	١٩,٢	٧,٧	٧٣,١	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

٤ .الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية:

تظهر بيانات الدراسة أن نحو (٨٢ %) من مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، هنَّ ممن سجلت فحوص دماؤهن نتائج ايجابية للإصابة بالالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ج)، في حين بلغت نسبة مستخدمات الطب الشعبي ممن سجلت دماؤهن نتائج سلبية للإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية نحو (١٦ %)، و لم تتجاوز نسبة مستخدمات الطب الشعبي ممن سجلت دماؤهن نتائج ايجابية للإصابة بالالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ب)، نسبة (٢ %) فقط. شكل (٧٨)، جدول (٨١).

شكل (٧٨) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

جدول (٨١) التوزع النسبي لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية

مستخدمات الطب الشعبي	نوع الإصابة			
	سلبي	التهاب كبدي فئة (ب)	التهاب كبدي فئة (ج)	المجموع
عدد الحالات	٨	١	٤١	٥٠
النسبة إلى إجمالي مستخدمات الطب الشعبي	١٦	٢	٨٢	١٠٠

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات العمل الميداني (١٤٢٦هـ).

ويلاحظ من خلال العرض السابق بشكل عام أن خصائص مستخدمات الطب الشعبي من المريضات تتوافق في أحيان مع خصائص المريضات في منطقة الدراسة، وتتباين في أحيان أخرى. ويمكن ملاحظة ذلك التوافق من خلال المقارنة بين الخصائص الصحية للمريضات بشكل عام، وخصائص مستخدمات الطب الشعبي منهن، حيث يمكن ملاحظة تطابق تلك الخصائص بينهن. في الوقت الذي يمكن ملاحظة بعض الاختلاف في عدد من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بهنَّ. وهو ماينطبق على كافة المتغيرات الاجتماعية في ما عدا متغيري حجم الأسرة ومرافق المريضة، وبعض الخصائص الاقتصادية كعدد السيارات المملوكة، وملكية المسكن ونوعيته.

الفصل السادس

الخاتمة

- النتائج
- التوصيات

الخاتمة

تندرج دراسة جغرافية مرض الفشل الكلوي المزمن لدى الإناث بمدينة مكة المكرمة ضمن إطار مفهوم الجغرافيا الطبية، التي تهتم في جوانب منها بإبراز الأبعاد المكانية للأمراض المختلفة، وقد هدفت الدراسة إلى تعرف التوزع الجغرافي لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة، إضافة إلى تعرف خصائصهن الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وخبراتهن في استخدام الطب الشعبي لعلاج المرض، وقد توصلت الدراسة في ختامها لعدد من النتائج والتوصيات، يمكن عرضها على النحو الآتي:

أولا: النتائج:

من خلال ما نوقش في الفصول السابقة أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تباينا في توزع مريضات الفشل الكلوي المزمن على الدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة وداخل أحيائها، فعلى مستوى دوائرها الانتخابية السبع يلاحظ زيادة نسبة تركز وتوزع المريضات في كل من الدائرة الأولى والثالثة والثانية على التوالي، مع وجود لهن في الدوائر الأخرى ولكن بنسب أقل.

ويلاحظ على مستوى أحياء المدينة أن المريضات يتوزعن على عدد منها، مع انعدام وجودهن في بعضها الأخر. وقد يكون ذلك عائدٌ لطرفية تلك الأحياء، إضافة لحداثة نشأتها العمرانية والسكانية. وقد جاءت أحياء النزهة والمسفلة والمنصور والمعابدة ووادي جليل والزاهر والرصيفة والشرائع والعزيزية على رأس قائمة الأحياء التي تركزت بها المريضات بالمدينة، وتتبع هذه الأحياء لجميع الدوائر الانتخابية ماعدا الدائرة السابعة.

وفيما يختص بخصائص المريضات وتوزعها وفقا لمواقع السكن تظهر الخصائص الاجتماعية أن الجنسية السعودية شكلت أعلى النسب بين جنسيات المريضات بنحو (٧٠,٥ %) من الإجمالي العام، وأن الفئة العمرية الممتدة من (٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة) كانت أكثر الفئات العمرية إصابة بالمرض بين المريضات في منطقة الدراسة، وذلك بنسبة (٢٤,٧ %)، في حين جاءت الفئتان العمريتان الممتدتان من (أقل من ٢٠ سنة) و (من ٢٠ إلى أقل من ٣٠ سنة) أقل الفئات العمرية إصابة بالمرض بين جميع الفئات العمرية الأخرى، وبحسب الحالة الاجتماعية أظهرت النتائج أن أكثر من نصف المريضات هنَّ من المتزوجات، في حين تراوحت أحجام أسرهن بشكل عام من (٦ إلى ٩ أشخاص) وذلك بنسبة (٤١ %) من إجمالي الحالات. أما فيما يخص مستواهن التعليمي فقد تبين أن حوالي ثلثي المريضات (٧٧,١ %) هن من غير المتعلمات والمتعلمات تعليما ابتدائيا، وفيما يتعلق بمرافقيهنَّ أظهرت النتائج أن نحو (٧٢,٢ %) منهن يقدمن إلى المراكز برفقة أحد أفراد الأسرة.

في حين سجلت العلاقات الارتباطية بين جميع المتغيرات الاجتماعية ومواقع السكن ارتباطا ضعيفا، مما يؤكد عدم توافق الخصائص الاجتماعية للمريضات مع مواقع سكنهن، وذلك فيما عدا متغير الجنسية الذي سجل تقاربا متوسطا في مستوى تلك العلاقة.

أما من حيث الخصائص الاقتصادية فقد أظهرت نتائج الدراسة إجمالا انخفاضا في المستوى الاقتصادي لهنَّ، فوفقا لتلك النتائج اتضح أن (٩٢,١ %) منهن لا يمتهن أي مهنة، وأن نحو نصفهن (٥٢,٩ %) يمتلكن أو تمتلك أسرهن سيارة واحدة فقط، في حين تنتقل (٦٧,٤%) منهن من خلال تلك الوسيلة إلى مراكز التنقية، وأن نحو (٦٠,٨ %) منهن يقطن في شقق سكنية، كما ظهر أن (٥٥,٥ %) من المساكن التي يسكنَّ بها هي مساكن مستأجرة، و أن (٥١,١ %) من مساكنهن تقع في نطاق الأحياء نصف العشوائية.

ومن خلال دراسة العلاقات الارتباطية بين الخصائص الاقتصادية للمريضات ومواقع السكن، أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تباينا في مستوى تلك العلاقة، حيث تراوحت بين العلاقات المتوسطة والقوية، فيما عدا متغير الحالة المهنية الذي سجل ارتباطا ضعيفا بتلك المواقع، وبشكل عام يمكن القول بتأثير الخصائص الاقتصادية للمريضات بشكل عام في توزعهن على مواقع السكن.

و فيما يتعلق بالخصائص الصحية فقد أوضحت نتائج الدراسة أن نحو (٥٩,٥ %) من إجمالي المريضات أصبن بالمرض في الفترة الممتدة بين عامي (١٤٢١ و ١٤٢٦هـ)، كما كشفت النتائج عن أن (٧٨,٩ %) من المريضات غير مصابات بمرض السكر، بينما سجلت نحو (٦٨,٧ %) من المريضات إصابات بارتفاع ضغط الدم، وذلك إضافة لتسجيل ثلاثة أرباعهن إصابات بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي من الفئة (ج).

وتثبت نتائج دراسة العلاقة بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع السكن ضعف العلاقة بين جميع المتغيرات الصحية وتلك المواقع، مما يؤكد على عدم وجود توافق بين مواقع السكن حسب الخصائص الصحية للمريضات.

وفيما يخص خصائص مراكز العلاج تشير نتائج الدراسة بحسب نوع المركز الذي تتم فيه عملية التنقية الدموية أن أكثر المريضات في منطقة الدراسة يراجعن مراكز حكومية، لإجراء تلك العملية، وذلك بنسبة (٧٨,٤ %) من إجمالي الحالات في منطقة الدراسة، أما فيما يتعلق بأسباب اختيار المركز فقد أشارت النتائج أن الأسباب المتنوعة كالظروف الاجتماعية وعدم وجود أماكن شاغرة في مراكز أخرى والتحويل التلقائي من قبل الجهات المختصة، وذلك إضافة لقرب المساكن من موقع العلاج، كانت أهم الأسباب التي أدت لعلاج المريضات في المراكز التي وجدن فيها وقت إعداد الدراسة، وذلك بنسبة (٢٥,٢ %) للأسباب المتنوعة و (٢٤,٨ %) لقرب المسكن من مركز العلاج من إجمالي حالات الدراسة لكل منهما.

وأوضحت نتائج دراسة العلاقة الارتباطية أن العلاقة بين المتغيرات المتعلقة بخصائص المراكز ومواقع سكن المريضات، وجود فروق جوهرية بين نوع مركز التنقية الدموية وتلك المواقع، والتي تعد متوسطة، في حين لم تسجل أسباب اختيار تلك المراكز ومواقع السكن وجود فروق بينهما، وكانت العلاقة بينهما ضعيفة.

ولا تظهر نتائج الدراسة اختلافا يذكر للخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمريضات بشكل عام بين مواقع السكن ومواقع مراكز التنقية الدموية وإن كانت تختلف في توزعها الجغرافي بين الدوائر الانتخابية، فوفقا للخصائص الاجتماعية للمريضات وتوزعها على مواقع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة فقد أشارت النتائج أن الدائرة الثانية كانت أكثر الدوائر التي تنتشر فيها المريضات من الجنسية السعودية ومن فئة المتزوجات و من فئة غير المتعلمات، وهي أعلى الفئات تمثيلا لكل من متغير الجنسية، والحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، وذلك بنسبة (١٠٠ %) لفئة السعوديات، و (٦٦,٧ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل من متغيري الحالة الاجتماعية والحالة التعليمية.

وسجلت الدائرة الرابعة نسبة الانتشار الأكبر للفئات الأعلى تمثيلا لكل من متغير العمر، وحجم الأسرة، وذلك بنسبة (٢٦,٢ %)، و (٤٥,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي، في حين كان للدائرة الثالثة نسبة التمثيل الأكبر بين جميع الدوائر الانتخابية التي تتبع لها المراكز بمدينة مكة المكرمة، لمتغير مرافق المريضة للمركز، وذلك بنسبة (٧٣,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة.

وبتتبع نتائج العلاقات الارتباطية بين الخصائص الاجتماعية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية يلاحظ التفاوت الحاد في مستوى تلك العلاقة بين بعض المتغيرات، بين قوية (متغير الجنسية)، وضعيفة (متغير العمر)، وانعدامها في المتغيرات الأخرى، وهذه النتيجة تلفت النظر إلى ضعف تأثر مواقع مراكز التنقية الدموية بهذه الخصائص، فيما عدا متغير وحيد.

وبحسب الخصائص الاقتصادية للمريضات وتوزعها على مواقع مراكز التنقية الدموية بالمدينة فقد كشفت الدراسة في نتائجها عن أن الدائرة الخامسة سجلت نسبة الانتشار الأكبر للفئة الأعلى انتشارا بين فئات متغيري الحالة المهنية، وملكية المسكن، وذلك بنسبة (٩٦,٦ %)، و(٨٦,٢ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي، وكان للدائرة الثانية نسبة الانتشار الأكبر بين الفئات الأعلى تمثيلا بين فئات متغيري عدد السيارات المملوكة لأسرة المريضة، ونوعية المسكن، وذلك بنسبة (١٠٠ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما.

وكانت الدائرة الرابعة قد سجلت نسبة التركز الأكبر للفئة الأعلى تمثيلا بين فئات كل من متغيري وسيلة الوصول للمركز، ونوعية الحي، بنسبة (٧٤,٦ %) و (٤٥,٤ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي.

وتشير نتائج دراسة العلاقة الارتباطية بين الخصائص الاقتصادية وارتباطها بمواقع مراكز التنقية الدموية إلى وجود تفاوت بينهما، من علاقة ضعيفة (الحالة المهنية، عدد السيارات المملوكة، ملكية المسكن) ومتوسطة

(وسيلة الوصول للمركز، نوعية الحي)، وقوية (نوعية المسكن)، مما يعكس مدى التباين في ارتباط هذه الخصائص بمواقع مراكز التنقية الدموية.

وأشارت نتائج البيانات بحسب الخصائص الصحية وتبعا للتوزيع الجغرافي لمراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة إلى أن الدائرة الثانية قد سجلت نسبة التركز الأكبر للفئات الأكثر تمثيلا بين فئات متغيري تاريخ الإصابة بالمرض، ونوع الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية، بنسبة بلغت (١٠٠ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما، أما من حيث متغير الإصابة بمرض السكر فقد جاء أعلى تمثيل للفئة الأكثر انتشارا وهي فئة المريضات اللواتي لم يسبق لهن الإصابة بمرض السكر في الدائرتين الثالثة والخامسة، بنسبة (٨٦,٢ %) لكل منهما. أما فيما يرتبط بالإصابة بمرض ضغط الدم بنوعيه فقد أشارت النتائج إلى أن الدائرة الثالثة قد سجلت نسبة التركز الأكبر للفئة الأعلى تمثيلا لهذا المتغير وهي فئة المريضات ممن سبق لهنَّ الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع، وذلك بنسبة (٧٢,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة.

وبتتبع نتائج العلاقة الارتباطية بين الخصائص الصحية للمريضات ومواقع مراكز التنقية الدموية، كشفت الدراسة عن ضعف ارتباط هذه المتغيرات بشكل عام بمواقع مراكز التنقية الدموية.

ووفقا لخصائص تلك المراكز فقد أظهرت الدراسة تسجيل الدائرة الثانية للوجود الأكبر بين مستخدمات المراكز الحكومية وهي الفئة الأكثر تمثيلا بين فئتي المتغير، وذلك بنسبة (١٠٠ %)، تلتها في ذلك الدائرة الرابعة بنسبة (٩٢,٣ %) من إجمالي حالات الدائرة لكل منهما على التوالي، أما فيما يتعلق بأسباب اختيار المركز فقد أظهرت النتائج أن الدائرة الخامسة كانت أعلى الدوائر الانتخابية التي تتبع لها مراكز التنقية تمثيلا لفئة من اخترن مراكز التنقية لظروف اجتماعية، أو صحية معينة، أو لعدم وجود أماكن شاغرة في مراكز أخرى، وذلك بنسبة (٤٤,٨ %) من إجمالي حالات الدائرة.

وقد سجلت العلاقة الارتباطية بين نوع المراكز وأسباب اختيارها وعلاقتهما بمواقع مراكز التنقية الدموية ارتباطا قويا فيما بينهما، مما يعكس مدى التأثير الذي يمكن أن تؤديه هذه العوامل في اختيار المكان الذي يمكن أن تعالج فيه المريضة.

وتظهر نتائج الدراسة المرتبطة باستخدامات الطب الشعبي من قبل المريضات أن أقل من ربع المريضات سبق لهن استخدام الطب الشعبي، وقد جاءت نسبة الوجود الأكبر لهن في الدائرة السادسة، في حين لم يسبق لنحو (٧٧,١ %) من المريضات استخدامه في مداواة المرض. كما أظهرت النتائج أن حوالي نصف من استخدمن العلاج الشعبي من المريضات قد استخدمنه لمرة واحدة فقط، وقد جاء أكبر انتشار لهن في الدائرة السابعة.

وتوضح ذات النتائج أن المعارف والأصدقاء كانوا أهم وسيلة لتعرف المريضات على الطب الشعبي بوصفه وسيلة علاج، وذلك بنسبة (٣٤,٦ %) من إجمالي مستخدمات هذا النوع من العلاج، وقد جاء أعلى انتشار لهذه الفئة في الدائرة السابعة بنسبة (٦٠ %) من إجمالي حالات الدائرة، كما أشارت النتائج أن المواد

النباتية والمركبات العشبية كانت أكثر الأنواع العلاجية الشعبية استخداما من قبل المريضات، وذلك بنسبة (٩٢,٣ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات في منطقة الدراسة.

وتظهر نتائج الدراسة كذلك أن الفترة الممتدة بين عامي (١٤٢١- ١٤٢٦هـ)كانت أكثر الفترات التي استخدم فيها الطب الشعبي من قبل المريضات، وذلك بنسبة (٨٠,٨ %) من إجمالي حالات الدراسة، مسجلة في الدائرتين الثانية والسادسة نسبة الانتشار الأكبر لهنَّ، ورأت (٧٨,٨ %) من المريضات ممن استخدمن الطب الشعبي في علاج المرض أن هذه الطريقة في العلاج لم تحقق الفائدة المرجوة منها، وكانت جميع المريضات اللواتي استخدمن الطب الشعبي في الدائرتين الأولى والخامسة قد لاحظن هذه النتيجة.

جغرافيا كشفت النتائج عن أن حوالي نصف من استخدمن الطب الشعبي، تلقينه في إحدى مناطق المملكة، جاءت منطقة مكة المكرمة على رأس هذه المناطق بنسبة (٥٥,٦ %)، تلتها في ذلك منطقة المدينة المنورة بنسبة (٢٥,٩ %) من إجمالي الحالات، وقد يعود السبب في ذلك إلى القرب النسبي لهاتين المنطقتين من بعضهما وبالتالي من موقع سكن المريضات.

وبالنظر للخصائص العامة لمستخدمات الطب الشعبي من المريضات، تشير النتائج وفقا لخصائصهن الاجتماعية أن معظم المريضات المستخدمات لهذا النوع من العلاج هنَّ من السعوديات، وتمتد أعمارهن بين (٣٠ عاماً إلى أقل من ٤٠ عاماً)، كما أن نحو (٥٩,٦ %) منهن من المتزوجات، وينتمين إلى أسر متوسطة، يبلغ حجمها (من ٦ إلى ٩ أفراد)، وأن نحو (٣٦,٥ %) منهن من غير المتعلمات، في حين يرافق معظمهن أحد أفراد الأسرة إلى مراكز التنقية الدموية.

وفي ما يتعلق بخصائصهن الاقتصادية أشارت النتائج إلى أن (٨٠,٨ %) منهن من غير العاملات، في حين تمتلك أسر (٩١,٣ %) منهن سيارة واحدة على الأقل، وتنتقل معظمهن إلى المراكز بواسطة وسيلة نقل خاصة، في حين تقطن نحو (٣٤,٦ %) منهن في شقق سكنية، تلتهن المريضات اللواتي يسكن في مساكن مختلفة كالفنادق والمساكن التابعة للمساجد، وذلك بنسبة (٢٦,٩ %) من إجمالي مستخدمات الطب الشعبي من المريضات، في حين تمتلك أكثر من نصفهن منازلهن التي يسكنَّ فيها، وتقطن (٥١,٩ %) منهن في أحياء نصف عشوائية.

وبحسب الخصائص الصحية لمستخدمات الطب الشعبي تظهر البيانات أن نصفهن أصبن بالمرض في الفترة الممتدة بين عامي (١٤٢١-١٤٢٦هـ)، كما أن نحو (٧٦,٩ %) منهن غير مصابات بمرض السكر، في حين تعاني أكثر من ثلثي المستخدمات لهذا النوع من العلاج من ارتفاع في ضغط الدم، ونحو (٨٢ %) منهن من التهاب كبدي فيروسي من الفئة (ج).

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة يمكن القول إنه وفقا لتوزع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمريضات الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة وعلاقتها بمواقع السكن انه لم تخلُ دائرة من الدوائر السبع بالمدينة من تمثيل لواحدة من تلك الخصائص أو أكثر، هذا مع تباين حجم ذلك التمثيل

من دائرة لأخرى، في حين تظهر نفس النتائج فيما يتعلق بتوزع الخصائص بمدينة مكة المكرمة وعلاقتها بمواقع مراكز التنقية الدموية أن تمثيل تلك الخصائص قد تركز بشكل واضح في كل من الدائرتين الثانية والرابعة التي جاءت تالية لها في نسبة التمثيل الأعلى للمتغيرات، وأن لم تخلُ أي دائرة من الدوائر التي تتبع لها مراكز التنقية من تمثيل لخصائص و أن جاء بصورة ضعيفة كما هو الحال في الدائرتين الثالثة والخامسة.

أما فيما يتعلق بالطب الشعبي فإن تمثيل الدوائر الانتخابية لخصائص استخدام هذا النوع من العلاج وعلاقتها بمواقع السكن لم يشهد تنوعا وتباينا في التوزع، حيث تركز تمثيل هذه الخصائص في كل من الدائرة الثانية والثالثة والخامسة والسادسة، وتباينت خصائص مستخدمات الطب الشعبي من المريضات مع خصائص المريضات بشكل عام وفقا لمواقع السكن، ففي حين سجلت فيه خصائص كل منهما الاجتماعية والاقتصادية اختلافات فيما بينها، يلاحظ توافقهما التام في الخصائص الصحية.

ثانيا: التوصيات:

بناء على ما جاء في الدراسة من نتائج فإن الباحثة تقترح في ختامها الأخذ بالتوصيات الآتية:

١. التركيز على تنمية الوعي الصحي بين السكان، لتفادي عدد من الأمراض المعروفة بتأثيرها على صحة الإنسان وأعضائه الحيوية، وبالتالي السيطرة عليها قبل تطورها في صورة أمراض خطيرة، تكبد المجتمع خسائر بشرية واقتصادية كبيرة.
٢. التعاون بين العاملين في المجال الطبي و الباحثين في العلوم الاجتماعية والإنسانية لإجراء المزيد من الأبحاث التي ترمي للكشف عن مسببات الأمراض بمختلف صورها بشكل عام، والأمراض المزمنة بشكل خاص مع التركيز على العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية التي تسهم بدورها في زيادة معدلات انتشار هذه الأمراض بين أفراد المجتمع.
٣. تخصيص يوم وطني للتوعية بالأمراض المزمنة وتقديم الدعم والمساندة المادية والمعنوية للمرضى على اختلاف مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية في كافة مناطق المملكة.
٤. إعداد قاعدة بيانات تختص بالأمراض المزمنة في المملكة على مستوى مناطقها ومدنها وقراها بحيث لا يغفل الجانب الجغرافي فيها، لتساعد صانعي القرار وواضعي الخطط الاستراتيجية الصحية على رسم استراتيجيات صحية تساهم في تحقيق أهداف هذه الخطط، وتحقق تغطية جغرافية شاملة يستفيد من خلالها الجميع.
٥. إدخال مواد للتربية البيئية والصحية في نظم التعليم المختلفة، وذلك بهدف نشر الوعي البيئي والصحي الذي يسهم في الحد من الأمراض المزمنة، والسيطرة على انتشارها المتسارع بين أفراد المجتمع.

٦. توجيه الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات والأبحاث في مجال الجغرافيا الطبية، وفي بيئة المرض بشكل خاص.

٧. توجيه الباحثين لإجراء أبحاثهم على فئات معينة للتعرف على خصائص تلك الفئات بشكل تفصيلي، وبالتالي التعرف على أسباب إصابتهم بالأمراض والإسهام في تلبية احتياجاتهم الخاصة.

٨. إجراء المزيد من الدراسات التي تتعلق بمرض الفشل الكلوي المزمن بمدينة مكة المكرمة لدى الرجال والأطفال، ومقارنتها بنتائج هذه الدراسة لمعرفة الخصائص العامة للمصابين بهذا المرض في المدينة بشكل عام.

٩. إجراء أبحاث جغرافية على مرض الفشل الكلوي المزمن في مناطق ومدن أخرى بالمملكة، ومقارنتها بنتائج هذه الدراسة، مما يعطي صورة شمولية للمرض على مستوى المملكة.

١٠. إجراء مزيدا من الأبحاث التي تتناول جغرافية الطب الشعبي كمدخل حديث في الدراسات الجغرافية الطبية.

١١. الاهتمام بالجانب النفسي للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة بشكل عام، ومرضى الفشل الكلوي المزمن بشكل خاص، وذلك لخصوصيته التي تفرض بقاءهم لساعات طويلة في مراكز التنقية من خلال إعداد برامج تثقيفية وترفيهية تخفف عنهم ثقل الوقت ومعانة المرض الذين يشعرون بهما.

١٢. مراعاة الخصائص الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأحياء وساكنيها عند توزيع مراكز التنقية الدموية بمدينة مكة المكرمة.

المراجع:

- أمان، غانم سلطان، (١٤٢٢هـ)، الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات في دولة الكويت: دراسة تحليلية في الجغرافيا الطبية، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد ١٠٣، ص ص ٨٩-١٤٢، الكويت: جامعة الكويت.
- الباز، زكريا، (٢٠٠٧)، "رئيس الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى: الفشل الكلوي يلتهم جزءا كبير من الإنفاق العام"، حوار: سماح عبد العاطي، جريدة المصري اليوم، العدد ١٠٣٢، ١١ أبريل ٢٠٠٧م، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٩/٨/٢٠هـ، متاح في/
http://www,almasry-alyoum,com/article2,aspx?ArticleID=54373&IssueID=640
- باهي، مصطفى حسين، عنان، محمود عبد الفتاح، (٢٠٠١م)، معاملات الارتباط والمقاييس اللامعلمية: النظرية والتطبيق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البياتي، محمود مهدي، (٢٠٠٥م)، تحليل البيانات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي **SPSS**: معالجة البيانات مع اختبار شروط التحليل وتفسير النتائج، عمّان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- جابر، محمد مدحت، (٢٠٠٣م)، "مرض السرطان في دول الخليج العربي: دراسة في الجغرافيا الطبية"، محمد مدحت جابر وفاتن البنا، دراسات في الجغرافيا الطبية، ط٢، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جابر، محمد مدحت، (٢٠٠٤م)، الجغرافيا البشرية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجابري، نزهة يقظان صالح، (١٤١١هـ)، "مورفولوجية مكة المكرمة الاجتماعية: دراسة في تحديد المناطق الاقتصادية والاجتماعية بالعاصمة المقدسة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى.
- الجمال، سمير يحى، (ب، ت)، الطب الشعبي التقليدي: حقائق وغرائب، القاهرة: مكتبة المدبولي.
- جمعية الأنثربولوجيا الطبية، تاريخ الإتاحة:١٤٣٠/٤/٥هـ، متاح في /
http://www.medanthro.net/definition.html
- الجوهري، محمد، (١٩٩٠م)، "بعض مظاهر التغير في مجتمع غرب أسوان: دراسة أنثربولوجية لأحد المجتمعات النوبية"، في الجوهري، محمد، الأنثربولوجيا: أسس نظرية وتطبيقات عملية، ط ٣، ص ص ٤٣٢-٥٢٧، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- حريب، سمير بن عمر، (١٤٢١هـ)، "أ.د، سمير بن عمر حريب في حديث للجزيرة بعد انتخابه رئيساً للجمعية العربية لأمراض وزراعة الكلى: اختياري جاء تقديراً للمكانة العلمية والنجاحات التي حققتها المملكة في ميدان زراعة وعلاج الفشل الكلوي" حوار: عبدالله المقحم، جريدة الجزيرة، العدد ١٠٠٨٩، ٦ صفر ١٤٢١هـ، تاريخ الإتاحة/ ٩/ ١٤٢٧/١٠هـ، متاح في/
http://archive,al-jazirah,com,sa/2000jaz/may/10/jo1,htm
- الحميد، محمد بن سعد، (١٤٢٨هـ)، مرض السكر: أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، ط١، الرياض: جامعة الملك سعود، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٩/٨/٢٠هـ متاح في http://related,faculty,ksu,edu,sa/6303/document
- الحميدي، عبد الله بن عبد العزيز، (١٤٢١هـ)، الجغرافيا الطبية لمنطقة الرياض، الرسالة (٣٩)، الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- خوجة، عبد الحفيظ، (١٤٢٧هـ)، "ربع سكان السعودية يعانون من مرض السكري: تقع ضمن أول ١٠ دول في العالم تعاني من البدانة ونسبة أمراض الكلى فيها وصلت إلى ٢٠% "، جريدة الشرق الأوسط، العدد ١٠٠٤٧، ٥ جماد الأولى ١٤٢٧هـ، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٩/٨/٢٠هـ، متاح في/
http://www,asharqalawsat,com/details,asp?section=15&article=366131&issueno=10047
- الدويبي، عبدالسلام بشير، (٢٠٠٦م)، علم الاجتماع الطبي، عمّان: دار الشروق.
- الرديسي، سمير محمد علي حسن، (٢٠٠١م)، الجغرافيا الطبية، الرياض: دار عالم الكتب.

- الزهراني، رمزي بن أحمد، (١٤١٤هـ)، "التغيرات الزمانية والمكانية للإصابة بمرضي الحصبة والجديري المائي في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (١٩٨١-١٩٩٢م)"، الندوة الخامسة لأقسام الجغرافيا بجامعات المملكة العربية السعودية، الرياض: جامعة الملك سعود ١٥- ١٧- شوال ١٤١٤هـ.
- السبعاوي، محمد نور الدين إبراهيم، (١٩٩٧م)، الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق، المنيا: جامعة المنيا.
- السرياني، محمد محمود، (١٤٠٦هـ)، مكة المكرمة: دراسة في تطور النمو الحضري، الكويت: رسائل جغرافية، الجمعية الجغرافية الكويتية.
- سلطان، غانم، (١٩٩٧م)، "مرض الإيدز دراسة تحليلية في الجغرافيا الصحية"، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد (٢٥)، العدد (٢)، الكويت: مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت
- السليماني، فيصل بن صالح محمد أمين، (١٤٢٥هـ)، الصحة والمرض والعلاقة بين الطبيب والمريض: دراسة في الأنثربولوجيا الطبية، الطائف: (ب، ن).
- شاهين، فيصل، (١٤٢٦هـ)، (٥٠٠٠ حالة في السعودية على قائمة انتظار المتبرعين)، حوار: أمل قبضايا، جريدة الشرق الأوسط، العدد ٩٧٢٩، ١٢ جماد الثاني ١٤٢٦هـ، تاريخ الإتاحة، ١٤٢٩/٨/٢٠هـ، متاح في/
http://www,asharqalawsat,com/details,asp?section=43&article=312541&issueno=9729
- شرف، عبد العزيز طريح، (١٤٠٧هـ)، "ماهية الجغرافيا الطبية ومركزها بين علوم الجغرافيا"، الندوة الثالثة لأقسام الجغرافيا بجامعات المملكة العربية السعودية، الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ١٧-١٩ رجب ١٤٠٧هـ.
- شرف، عبد العزيز طريح، (١٩٩٣م)، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- شكري، علياء، (١٩٩٠م)، "دارسات ميدانية لثقافة بعض المجتمعات المحلية في المملكة العربية السعودية"، في الجوهري، محمد، الأنثربولوجيا: أسس نظرية وتطبيقات عملية، ط٣، ص ص ٥٣١ -٥٩٥، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- صالح، عبد الحي محمود حسن، (٢٠٠٣)، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الصالح، ناصر عبد الله، (١٤٠٩هـ)، "الوظيفة الدينية وأثرها على التركيب الداخلي واستخدامات الأرض بمدينة مكة المكرمة"، مجلة جامعة أم القرى، العدد الأول، ص ص ١٥١-٢١٩.
- صحيفة إيلاف الالكترونية، (٢٠٠٦م)، "أكثر من ٥ ملايين سعودي مصاب بالمرض: خبراء العالم يناقشون مرض السكري في جدة"، العدد ٢٧٣٣، ٢٧ سبتمبر ٢٠٠٦م، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٩/٨/٢٠هـ، متاح في/
www,elaph,com/ElaphWeb/Health/2006/9/179663,htm
- صندقجي، حسن محمد، (١٤٢٨هـ)، (وسائل مهمة لحماية الكلى من الفشل لدى مرضى السكري: ضبط الضغط والكولسترول والسكر في الدم)، جريدة الشرق الأوسط، العدد ١٠٥٧٢، ٢٨ شوال ١٤٢٨هـ، تاريخ الإتاحة ١٤٢٩/١٠/٢٠هـ، متاح في
http://www,asharqalawsat,com/details,asp?section=15&article=444710&issueno=1
- الطرزي، عبدالله حمادة، (١٤١١هـ)، مبادئ في علم السكان، عمّان: دار الفرقان.
- الطرزي، عبدالله حمادة، (١٤٢٢هـ)، "الخصائص الديموغرافية- الجغرافية والمشكلات السكانية في سلطنة عمان"، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد١٠١، ص ص١٦٥- ٢٠٢.
- الطريف، إبراهيم بن حمد، (ب، ت)، (الالتهاب الكبدي الفيروسي (ج) **Hepatitis C**)، أمراض وزراعة الكبد أمراض الكبد الفيروسية وأورام وزراعة الكبد والبلهارسيا والتليف ومضاعفاته، والغذاء المناسب لمريض الكبد وغيرها، تاريخ الإتاحة ١٤٢٦/٦/٧هـ، متاح في/ http://www,sehha,com/diseases/liver/hcv,htm
- عبد الجليل، محمد مدحت جابر، (٢٠٠٣م)، "التحول الوبائي في دولة الإمارات العربية المتحدة: دراسة في الجغرافيا الطبية"، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، الرسالة (٢٠٤)، الحولية (٢٤)، الكويت: جامعة الكويت.

- العطاس، حامد عمر، (١٤٢٧هـ)، (الأمير عبد العزيز بن سلمان: ٩ % نسبة نمو أعداد مرض الفشل الكلوي سنويا)، جريدة عكاظ، العدد١٩٤١، ١٨رمضان ١٤٢٧هـ، تاريخ الإتاحة ١٤٢٧/٩/١٨هـ، متاح في/
http://www,okaz,com,sa/okaz/osf/20061010/Con2006101054003,htm
- عمر، نادية محمد السيد، (٢٠٠٤م)، "المرض والعشوائيات"، في نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والمجالات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عوض الله، هالة إبراهيم، والعتيق، أحمد مصطفى، و الحمادي، محمد مصطفى، وكامل، ماجدة علي، (٢٠٠٧م)، برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للإستصفاء الكلوي، منظمة الصحة العالمية، مجلة الصحة، المجلد ١٤- رقم ٣ آيار/مايو-حزيران يونيو ٢٠٠٨م، تاريخ الإتاحة، ١٤٢٩/٨/٢٠هـ، متاح في/
http://www,emro,who,int/Publications/emhj/1403/article17,htm
- فوزي، منير حسين، (١٩٨٢م)، العلوم السلوكية والإنسانية في الطب، القاهرة: دار النهضة المصرية.
- كتبي، زهير بن محمد جميل، (١٤٢٤هـ)، أثر الوظيفة الدينية على استخدام الأرض في مدينة مكة المكرمة، ط٣، مكة المكرمة (ب، ن).
- اللبان، خلف الله حسن محمد، (١٩٩٩م)، الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- اللحياني، سامي أحمد صليح، (١٤١٦هـ)، " مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة-جدة- الطائف)"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- متولي، أحمد حسن ، السويلم، عبد الرحمن، عزيز، ك . م، أسود، صالح، بول، تيموني، محمد، عبد الرحمن، ديوان، مجدي، وفا، عادل، (١٤١٥هـ)، "معدلات حدوث وانتشار وأسباب الفشل الكلوي النهائي في منطقتين من مناطق المملكة العربية السعودية"، المجلة السعودية لأمراض وزرع الكلى ، العدد ٣، ص ص١٠٢-١٠٦.
- محمود، حافظ إبراهيم، (١٩٨١م)، علم الأمراض العام، الموصل: (ب، ن).
- المدني، خالد بن علي، (٢٠٠٤م)، التغذية العلاجية، جدة: دار المدني.
- المرامحي، محمد علي حميد، (١٤١٧هـ)، "التوزيع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى السكر بمدينة جدة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى.
- مرزا، معراج بن نواب، أحمد، بدر الدين يوسف محمد، (٢٠٠١م)، أحوال الطقس والمناخ في الشتاء بمكة المكرمة، رسائل جغرافية، الرسالة (٢٥٣)، الكويت: الجمعية الجغرافية الكويتية
- مركز المعلومات الجغرافية، أمانة العاصمة المقدسة، وزارة الشئون البلدية والقروية، (١٤٢٣هـ)، دراسة إنشاء دليل متكامل لنظام المعلومات الجغرافية بمدينة مكة المكرمة، الجزء ٣، مشروع توحيد الحدود الإدارية لمدينة مكة المكرمة.
- مركز المعلومات الجغرافية، أمانة العاصمة المقدسة، وزارة الشئون البلدية والقروية، (١٤٢٥هـ)، التقرير الفني للمخطط الهيكلي لمكة المكرمة.
- المركز السعودي لزراعة الأعضاء، (٢٠٠٦م)، التقرير السنوي لعام ٢٠٠٦م، تاريخ الإتاحة: ١٤٢٩/٩/٥هـ، متاح في
http://www,scot,org,sa/arabic/Dialysis,htm
- المركز الطبي، (٢٠٠٢م)، كيفية علاج مرض الفشل الكُلوي، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٩/٨/٢٢هـ، متاح في/
http://healths,roro44,com/healths-91-670-0,html
- مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات السكانية والحيوية، وزارة الاقتصاد والتخطيط، (١٤٢٥هـ)، بيانات المساكن والسكان حسب الجنس والجنسية في أحياء مدينة مكة المكرمة: التعداد العام للسكان والمساكن.

- مطاعن، فاطمة بنت موسى، (١٤٢٨هـ)، "جغرافية تسول النساء والأطفال بمدينة مكة المكرمة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى.
- المطرفي، محمد سليم سفر، (١٤٢٦هـ)، "جغرافية السرقة بمدينة مكة المكرمة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى.
- المكتب التنفيذي لمخطط عام مكة المكرمة، مركز المعلومات الجغرافية، أمانة العاصمة المقدسة، وزارة الشئون البلدية والقروية، (١٤٢٥هـ)، الملخص التنفيذي للمخطط الهيكلي المحدث لمدينة مكة المكرمة.
- مهدلي، محمد محمود، (٢٠٠٠م)، أساليب ومناهج علم الإحصاء، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- موقع العلاج البديل العربي، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٦/٤/٢٢هـ، متاح في /http://arabaltmed,com/ews
- موقع بيت الشفاء، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٦/٤/٢٢هـ، متاح في http://www,baytalshifaa,com/index,asp
- موقع عشبة الالكتروني لطب الأعشاب والطب البديل، تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٦/٤/٢٢هـ، متاح في http://www,sehha,com/diseases/liver/hcv,htm
- موقع وقاء الالكتروني للطب البديل، تاريخ الإتاحة/١٤٢٦/٤/٢٢هـ، متاح في /http://www,weqaaworld,com
- نجيم، رقية حسين، (٢٠٠٠م)، البيئة الطبيعية لمكة المكرمة: دراسة في الجغرافيا الطبيعية لمنطقة الحرم المكي الشريف، مكة المكرمة: الفرقان للتراث الإسلامي.
- نقلي، أميرة بنت محمد علي، (١٤١٩هـ)، " مشكلات المرأة السعودية في مرحلة وسط العمر: دراسة ميدانية في مدينة مكة المكرمة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، مكة المكرمة: قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- وزارة شئون مجلس الوزراء-الإمارات العربية المتحدة، (٢٠٠٧)، ("الصحة تضع إستراتيجية للحد من أسباب الإصابة بالفشل الكلوي) ،تاريخ الإتاحة/ ١٤٢٨/٨/٢٢هـ، متاح في/
http://www,moca,gov,ae/arabic/NewsDetail,aspx?nid=678
- ولكنسون، ريتشارد غ، (١٩٩٦م)، المجتمعات غير الصحية: علل عدم المساواة، ترجمة: محمد منير الأصبحي، (١٤٢٤هـ)، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الوليعي، عبد الله بن ناصر، (١٤١١هـ)، التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية والعوامل المؤثرة في هذا التوزيع مع إشارة خاصة لمنطقة أمارة الرياض ومدينة الرياض: دراسة تحليلية وميدانية في الجغرافيا الطبية، الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة.
- يحي، توفيق الحاج، (٢٠٠٢م)، الطب البديل: الطب الطبيعي، ط٢، دمشق: دار الفكر.
- يحي، توفيق الحاج، (٢٠٠٣م)، النبات والطب البديل، بيروت: الدار العربية للعلوم.

- A, Batieha, S,Abdallah, M,Maghaireh, Z, Awad, N, Al-Akash, A, Batieneh and K,A, Ajlouni, (2003),"Epidemiology and cost of haemodialysis in Jordan" Health Journal, Volume 13 No, may- June, 2007, WHO EMRO, Date of availability/ 24/8/2008, From <http;//www,emro,who,int/publications/emhj/1303/article19,htm>

الملاحق

ملحق (أ):

الإستبانة

عزيزتي المريضة:

إن هذه الاستبانة خاصة بدراسة مرض الفشل الكلوي المزمن (النهائي) لدى الإناث بمدينة مكة المكرمة، وتمثل بيانات رسالة ماجستير في الجغرافيا الطبية، أرجو من حضرتك التكرم والتفضل بالإجابة على التساؤلات الواردة فيها، مع رجائي بتحري الدقة، لما فيه من مصلحة للجميع، ولتكوني عزيزتي على ثقة تامة أن هذه البيانات ستكون موضع السرية والكتمان، ولن تستخدم إلا لغرض الدراسة والبحث، سائلة المولى عز وجل لك عاجل الشفاء . . . أنه على ذلك قدير . . .

تقبلي ختاما تحياتي،،،

الباحثة: / نسيم ماطر

- رقم الحالة..... اليوم والتاريخ.....
- اسم مركز التنقية.....نوعه.....
- موقعه.....
- أسباب اختيار مركز التنقية:

.....

- الحي الذي تسكنه المريضة:.....

أولا: الخصائص الاجتماعية:

١. الجنسية:

أ. سعودية ب. عربية ت. غير عربية.

٢. العمر:

أ. أقل من٢٠ عام ب. من ٢٠إلى أقل من ٣٠ عام

ت. من ٣٠إلى أقل من ٤٠ عام ث. من ٤٠ إلى أقل من ٥٠عام

ج. من ٥٠ إلى أقل من ٦٠ عام ح. أكثر من ٦٠ عام

٣. الحالة الاجتماعية:

أ. غير متزوجة ب. متزوجة ت. مطلقة ث. أرملة

٤. عدد أفراد الأسرة:

أ. فرد واحد ب.من ٢-٥ أفراد ت. من ٦-٩ أفراد ث. ١٠ فأكثر

٥. الحالة التعليمية:

أ. غير متعلمة ب. تعليم ابتدائي ت. تعليم متوسط

ث. تعليم متوسط ج. تعليم جامعي ح. تعليم فوق جامعي

٦. مرافق المريضة الدائم لمركز التنقية:

أ. بمفردها ب. أحد أفراد الأسرة ت. غير ذلك .....

ثانيا: الخصائص الاقتصادية:

١. الحالة المهنية:

أ. تعمل ب. لا تعمل

٢. ملكية المسكن:

أ. ملك ب. مستأجر ت. هبة

٣. نوعيته:

أ. بيت شعبي ب. شقة ت. فيلا ث.غير ذلك.....

٤. عدد السيارات التي تملكها المريضة أوأسرتها:

أ. لا توجد ب. سيارة واحدة ت. أكثر من سيارة واحدة

٥. وسيلة الوصول لمركز التنقية:

أ. سيارة خاصة ب. سيارة أجرة ت. غير ذلك.....

ثالثا: الخصائص الصحية:

١. تاريخ الإصابة بالمرض:

أ. العام ١٤١٥هـ و ما قبله ب. الفترة مابين عامي ١٤١٦- ١٤٢٠هـ

ت. الفترة مابين عامي ١٤٢١-١٤٢٦هـ

٢. هل المريضة مصابة بمرض السكر:

أ. نعم ب. لا

٣. هل المريضة مصابة بأي من أمراض ضغط الدم:

أ.نعم ب. لا

٤. إذا كانت المريضة مصابة فبأي نوع:

أ. ضغط دم منخفض ب. ضغط دم مرتفع

٥. ما تصنيف المريضة حسب الإصابة بالالتهابات الكبدية الفيروسية:

أ. سلبي ب. التهاب كبدي فيروسي فئة (ب) ت. التهاب كبدي فيروسي فئة (ج)

رابعا: استخدامات الطب الشعبي:

١. هل سبق وأن اعتمدت المريضة على الطب الشعبي كوسيلة علاج:

أ. نعم ب. لا

٢. إذا تم استخدامه فكم مرة تم ذلك:

أ. مرة واحدة فقط ب. مرتين ت. أكثر من مرتين

٣. كيف تعرفت المريضة على الطب الشعبي كوسيلة علاج:

أ. نصيحة أحد الأقارب ب. المعارف والأصدقاء ت. تجربة أحد المرضى

ث. وسائل الإعلام والانترنت ج. الحجاج أو الباعة المتجولين ح.أحد الجيران

٤. نوع العلاج الشعبي:

.....

٥. تاريخ أخر استخدام للطب الشعبي:

أ. العام ١٤١٥هـ و ما قبله. ب. الفترة مابين عامي ١٤١٦- ١٤٢٠هـ

ت. الفترة مابين عامي ١٤٢١-١٤٢٦هـ

٦. أين كان العلاج في أخر تلك المرات:

أ. داخل مدينة مكة. الحي.....

ب. داخل المملكة. المنطقة.....

ت. خارج المملكة. الدولة.....

٧. هل تم الاستفادة من هذا النوع من العلاج:

أ. نعم ب. لا ت. جزئيا

شكرا لك مع تمنياتي بالشفاء العاجل

ملحق (ب):

ملحق (٢) توزع السكان والمساحات والكثافات على الدوائر الانتخابية بمدينة مكة المكرمة لعام ١٤٢٥هـ

الدائرة الانتخابية	التسلسل	الحي	عدد السكان	المساحة بالهكتار			الكثافات فرد / هكتار	
				المستغلة	الفضاء	الإجمالي	عامة	صافية
الأولى (أجياد)	١	الروابي	٥٥٣٧	٧٢.٢٩	١٩٦.٩	٢٦٩.٢	٢٠.٥٦	٧٦.٥٩
	٢	المسفلة	٣٣٨٣٢	٨٩.٨٩	٢١.٨	١١١.٧	٣٠٢.٨٨	٣٧٦.٣٧
	٣	جرهم	١٣٩٠٩	٨٠.٣	٣٣.٩	١١٤.٢	١٢١.٧٩	١٧٣.٢١
	٤	الخالدية	٤٧٣٥٦	٢٥٥.٥١	٩.١٩	٢٦٤.٧	١٧٨.٩٠	١٨٥.٣٣
	٥	الطنديباوي	٤٦٢٢٥	٤٩.٩٦	٥.٥٥	٩٠.٣٩	٥١١.٣٩	٩٢٥.٢٤
	٦	الهنداوية	٧٠٥٦٤	١٨٤.٠٢	٩.٦٨	١٩٣.٧	٣٦٤.٢٩	٣٨٣.٤٥
	٧	المنصور	١٥٠٧٨	٦٩.٩	٠	٦٩.٩	٢٣٢.٣٢	٢١٥.٧٠
	٨	التيسير	١٢١٥٤	٨٣.٦٨	٣.٤١	٨٧.٠٩	١٣٩.٥٥	١٤٥.٢٤
	٩	جرول	٨٨٢٢	٥٩.٣٧	١٨.٨٦	٧٨.٩	١١١.٨١	١٤٨.٥٩
	١٠	القرارة[1]	٣٢٥٨	٢٧.٧٧	٠	٢٧.٧٧	١١٧.٣٢	١١٧.٣٢
	١١	شعب عامر وعلي[2]	٣٨٤٠	٣٥.٦٣	١٩.٩	٥٥.٥٣	٦٩.١٥	١٠٧.٧٧
	١٢	أجياد	١٢٦٤٣	٦٥.٦٥	١٤.٤٢	٨٠.٠٧	١٥٧.٨٩	١٩٢.٥٨
	١٣	الشبيكة	٢٢٩١٤	٢٨.١٣	١٦.٢٥	٦٦.٤٧	٣٤٤.٧٢	٨١٤.٥٧
	١٤	الهجلة[3]	١٦٥٣٨	١٩.٨٧	٢٣.٦٧	٤٣.٥٤	٣٧٩.٨٣	٨٣٢.٣١
	١٥	حارة الباب[4]	٥١٨٥	٣٢.٠٥	٠	٣٢.٠٥	١٦١.٧٧	١٦١.٧٧
الإجمالي			٣١٧٨٥٥	١١٥٤.٠٢	٣٧٣.٥٣	١٥٨٠.٢١	٢٤٢.٤٥	٢٧٥.٤٣
الثانية (المعابدة)	١٦	السليمانية	٥٣٧٩	٤٧.٤	٢.٧٢	٥٠.١٢	١٠٧.٣٢	١١٣.٤
	١٧	الجميزة	١٢٤٧٦	٧٢٠.٤٩	١٣.٠١	٨٥.٥	١٤٥.٩١	١٧.٣١

١. البيانات تشمل القرارة و النقا.

٢. البيانات تشمل شعب عامر فقط.

٣ البيانات تشمل الحرم والهجلة.

٤ البيانات تشمل حارة الباب والشامية.

	١٨	ربع ذاخر	٢٦٨٠٣	٢٠٤.٧	٢٥٤.٢	٤٥٨.٩	٥٨.٤٠	١٣٠.٩٣
	١٩	الخنساء	٣٣٧٤٦	١١٧.٦٧	٤٧.٣	١٦٥	٢٠٤.٥	٢٨٦.٧٨
	٢٠	المعابدة	٣١٣٨٧	١٥٧.٢	٣٤.٢	١٩١.٤	١٦٣.٩٨	١٩٩.٦٦
	٢١	العدل	٢٤٠٩٣	٥٢٣.٤	٥٧٣.٦	١٠٩٧	١٣٢.٢٢	٤٦.٠٣
	٢٢	جبل النور	٣٥٩٢٥	٧١.٣	٢٠٠.٤	٢٧١.٧	١٣٢.٢٢	٥٠٣.٨٥
	٢٣	وادي جليل	٣١٨٤٠	٣١١.٣	٦٩٧.٧	١٠٠٩	٣١.٥٥	١٠٢.٢٨
الإجمالي			٢٠١٦٤٩	٢١٥٣.٤٦	١٨٢٣.١٣	٣٣٢٨.٦٢	٨٦٥.٨٩	١٤٠٠.٣
الثالثة (العنبسية)	٢٤	الأندلس	٣٩٩٤٦	١٧٩.٧٨	٩٧.٧٢	٢٧٧.٥	١٤٣.٩٤	٢٢٢.١٩
	٢٥	العتيبية	٣٦٥٥٧	١٢٧.٩٧	١٥٢.٥	٢٨٠.٥	١٣٠.٣٢	٢٨٥.٦٦
	٢٦	الحجون	٢٤٩٣٥	١١١.٥	٠	١١١.٥	٢٢٣.٦٣	٢٢٣.٦٣
	٢٧	الشهداء	١٢٦٥٢	١٠٨.٨	١١٤.٤	٢٢٣.٢	٥٦.٦٨	١١٦.٢٨
	٢٨	البيبان	٨٣٧٨	٣٧.١١	١٩.٩٤	٥٧.٠٥	١٤٦.٨٥	٢٢٥.٧٦
	٢٩	الزهراء	٤٩٨٩٩	١٤٥.٣٥	١٧.٨٥	١٦٣.٢	٣٠٥.٧٥	٣٤٣.٣٠
	٣٠	الضيافة	١٢٠٣٥	٨١	٥.٢٤	٨٦.٢٤	١٣٩.٥٥	١٤٨.٥٨
	٣١	الزاهر	٣٠٠٠١	٢٢٦.٨	١٥٦.٣	٣٨٣.١	٧٨.٣١	١٣٢.٢٧
	٣٢	الزهة	٢٣١٧٠	٢٠٢.٦	٧٩.٥	٢٨٢.١	٢٨.١٣	١١٤.٣٦
	٣٣	السلامة	١٠٤٠٢	٣٦٢.٣	٧٨٧٠.٧	٨٢٣٣	١.٢٦	٢٨.٧١
	٣٤	الحمراء وأم الجود	٨٣٢٦	٥٩٠.٣	٧٦٢٤.٧	٨٢١٥	١.٠١	١٤.١٠
الإجمالي			٢٥٦٣٠١	٢١٧٣.٥١	١٦١٣٨.٨٥	١٨٣١٢.٣٩	١٣٠٩.٤٧	١٨٥٤.٨٨
الرابعة (الشرقية)	٣٥	كدي	١٠٧٥٤	٢٥٥.٦	٢٧٢.٢	٥٢٧.٨	٢٠.٣٧	٤٢.٠٧
	٣٦	المهجرة	٥٤١٨	١٦٨.٨	٧٩٤.٤	٩٦٣.٢	٥.٦٢	٣٢.٠٩
	٣٧	بطحاء قريش	٤٧٧٨	٧٢٩.١	٧١٣.٩	١٤٤٣	٣.٣١	٦.٥٥
	٣٨	العكيشية	١٠٢٣٦	٠	١١٣٨٠	١١٣٨٠	٠.٨٩	٠
	٣٩	التقوى	٤٨٣١٠	١٥٥.٧٩	٥٧.٧١	٢١٣.٥	٢٢٦.٢٧	٣١٠.٠٩
	٤٠	الكعكية	٩٩٤١	٣٣٨.٦	٤٠٧.٩	٧٤٦.٤	١٣.٣١	٢٩.٣٥
	٤١	الشوقية	٣٠٦٩٠	٢٦٥.٩	٣٥٣	٦١٨.٩	٤٩.٥٨	١١٥.٤١
	٤٢	ولي العهد	٢٢٩٤٦	٨٣٣٦.٢	٢٢٦٥٤	٢٢٩٩٠	٠.٩٩	٢.٧٥
	٤٣	الملك فهد	١٩١٣٠	١٢١٢	١٨٧٦	٨٠٨٨	٢.٣٦	١٥.٧٨
	٤٤	الرصيفة	٣٤٠٧٠	٢٩٨.٣	٤٦.٢	٣٤٤.٥	٩٨.٨٩	١١٤.٢١
الإجمالي			١٩٦٢٧٣	١١٧٦٠.٢٩	٣٨٥٥٥.٣١	٤٧٣١٥.٣	٤٢١.٦٥	٦٦٨.٣٤
الخامسة (العزيزية)	٤٥	الروضة	١٠٧٦١	١٣٤.٩٨	١٣٥.٢	٢٧٠.٢	٣٩.٨٢	٧٩.٧٢
	٤٦	العزيزية	١٦٠٥٠	١٥٣	٣٠٤.٩	٤٥٧.٩	٣٥.٠٥	١٠٤.٩٠

	٤٧	الجامعة	٥٤٠٧٦	٣٧٣.٣	١٥٠.٦	٥٢٣.٩	١٠٣.٢١	١٤٤.٨٥
	٤٨	النسيم	١٣٩٦٩	٦٠٢.٩	٢.٨	٦٠٥.٧	٢٣.٠٦	٢٣.١٦
	٤٩	العوالي	٢٥٧٧٧	٢٣٤٠	٨٩٥٠	١١٢٩٠	٢.٢٨	١١.٠١
	٥٠	المشاعر	١١٣٧	٠	١١٩٣٠	١١٩٣٠	٠.٠٩	٠
	٥١	المرسلات	١١٢٣١	١٢٢.٤	١٧٤.١	٢٩٦.٥	٣٧.٨٧	٩١.٧٥
الإجمالي			١٣٣٠٠١	٣٧٢٦.٥٨	٢١٦٤٧.٦	٢٥٣٧٤.٢	٢٤١.٤١	٣١٠.٥٤
السادسة (الشرائع)	٥٢	العسيلة	٥٤٣	١١٢٨.١	٢٥٤٢.٩	٣٦٧١	٠.١٤	٠.٤٨
	٥٣	الشرائع	٢٤٩٩٧	٦٢١.٥	١٣٦٢.٥	١٩٨٤	١٢.٥٩	٤٠.٢٢
	٥٤	شرائع المجاهدين	٧٦٦٥	٩٧٤.٣	٦١١٦.٧	٧٠٨٩	١.٠٨	٧.٨٦
	٥٥	الراشدية	٤١٧٤٧	٢٨١.٢	١٤١٠٨.٨	١٤٣٩٠	٢.٩٠	١٤٨.٤٦
	٥٦	الخضراء	٢٣٢٤٦	٧٩٣	٤٩٤	١٢٨٧	١٨.٠٦	٢٩.٣١
الإجمالي			٩٨١٩٨	٣٧٩٨.١	٢٤٦٢٤.٩	٢٨٤٢١	٣٤.٧٩	٢٢٦.٣٤
السابعة (العمرة الجديدة)	٥٧	التنعيم	٢٠٤٣٢	١٠٣٠	١٢٧٠	٢٣٠٠	٨.٨٨	١٩.٨٣
	٥٨	البحيرات	٣٣٥٦٥	٩٢٢.٥	٣٩٧١.٥	٤٨٩٤	٦.٨٥	٣٦.٣٨
	٥٩	العمرة الجديدة	٢٧٧٨١	١٢١٤	٣٧٥٤	٤٩٦٨	٥.٥٩	٢٢.٨٨
	٦٠	النوارية	٩٣٨٥	٩٤٩.٥	٤٦٨٥.٥	٥٦٣٥	١.٦٦	٩.٨٨
الإجمالي			٩١١٦٣	٤١١٦	١٣٦٨١	١٧٧٩٧	٢٢.٩٩	٨٨.٩٨
الإجمالي العام			١٢٩٤٤٤٠	٢٨٨٨١.٩٦	١١٦٨٤٤.٣	١٤٢١٣٣.٧	٦١٦٦.٤٢	٩٥٥٠.١١

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات وزارة الاقتصاد والتخطيط. مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات السكانية والحيوية. بيانات المساكن والسكان حسب الجنس والجنسية في أحياء مدينة مكة المكرمة. التعداد العام للسكان والمساكن وبيانات وزارة الشئون البلدية والقروية. أمانة العاصمة المقدسة. دراسة إنشاء دليل متكامل لنظام المعلومات الجغرافية بمدينة مكة المكرمة. (١٤٢٣هـ) الجزء الثالث: مشروع توحيد الحدود الإدارية لمدينة مكة المكرمة. مركز المعلومات الجغرافية.