

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

التباينات المكانية لانتشار مرض السكري في مدينة طولكرم ومخيمها
وضواحيها

(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد

سوسن محمد عبد الفتاح "محمد حسن"

إشراف

د. أحمد رأفت غضية

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الجغرافيا بكلية الدراسات العليا
في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين

2013

التباينات المكائنية لانتشار مرض السكري في مدينة طولكرم ومخيمها
وضواحيها

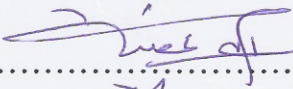
(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد

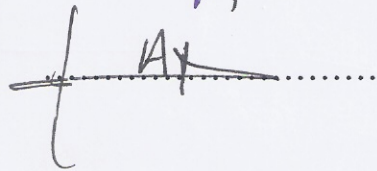
سوسن محمد عبد الفتاح "محمد حسن"

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ: 2013/12/8م وأجيزت.

التوقيع

.....


.....


.....


أعضاء لجنة المناقشة

- د. أحمد رأفت غضية / مشرفاً ورئيساً

- د. سامر رداد /ممتحناً خارجياً

- د. أيمن حسين /ممتحناً داخلياً

الإهداء

الى والدي العزيز .. اطل الله في عمره وأمدّه بالصحة والعافية .

الى والدتي الحنونة التي تنير لي الدنيا بدعواتها .

الى زوجي العزيز

الى ابنتي الغالية (نور)

الى اخوتي الاعزاء

الى جميع اساتذتي وزملائي

الى جامعة النجاح الوطنية حاضنة العلم والإبداع

الى كل من ساهم في انجاح هذه الرسالة

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين سيدنا محمد النبي الامين

وعلى اله وصحبه ومن سار على نهجه واستن بسنته الى يوم الدين وبعد :

بعد ان من الله تعالى علي بانجاز هذه الدراسة ، اتقدم بجزيل الشكر والعرفان الى استاذي

الدكتور احمد رأفت غضية الذي اشرف على رسالتي ومنحني من فكره الرشيد ورأيه السديد

وبذل من جهده الكثير مما كان له الاثر في اخراج هذه الرسالة الى حيز النور ، كما اتقدم

بالشكر والتقدير لعضوي لجنة المناقشة الدكتور ايمن حسين والدكتور سامر رداد لقبولهما

مناقشة هذه الرسالة .

كما اتوجه بالشكر والتقدير لكل من ساعدني وقدم لي العون في انجاز هذه الدراسة.

إقرار

أنا الموقع/ة أدناه، مقدم/ة الرسالة التي تحمل العنوان: " التباينات المكانية لانتشار مرض السكري في مدينة طولكرم ومخيمها وضواحيها(دراسة في الجغرافيا الطبية) ".

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's Name:

اسم الطالب:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
ب	قرار لجنة المناقشة
ن	الإهداء
ث	الشكر والتقدير
ج	إقرار
ح	فهرس المحتويات
ذ	فهرس الجداول
ش	فهرس الأشكال
ط	فهرس الخرائط
ظ	ملخص الدراسة
1	الفصل الأول: مقدمة الدراسة وأهميتها
2	1:1 المقدمة
3	2:1 منطقة الدراسة
4	3:1 مبررات الدراسة
4	4:1 أهمية الدراسة
4	5:1 مشكلة الدراسة
5	6:1 تساؤلات الدراسة
6	7:1 أهداف الدراسة
6	8:1 فرضيات الدراسة
8	9:1 منهجية الدراسة
9	10:1 مصادر المعلومات والبيانات
9	11:1 الدراسات السابقة
15	الفصل الثاني: الخصائص الطبيعية والبشرية لمنطقة الدراسة
16	1:2 المقدمة
16	2:2 الخصائص الطبيعية لمدينة طولكرم
19	3:2 خصائص السكان وأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية
21	4:2 خصائص السكان الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية

الصفحة	المحتوى
23	2: 5 الخدمات الصحية في طولكرم
35	الفصل الثالث: مرض السكري
36	3: 1 المقدمة
36	3: 2 نظرية التطور الوبائي
37	3: 3 مرض السكري
38	3: 4 تعريف داء السكري
39	3: 5 وبائية وانتشار داء السكري
40	3: 6 العوامل المسببة لداء السكري
43	3: 7 أنواع داء السكري
46	3: 8 مضاعفات مرض السكري
47	3: 9 قياس مستوى السكر في الدم
49	3: 10 كيفية الوقاية من مرض السكري
50	3: 11 طرق العلاج
52	الفصل الرابع: الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والصحية ونمط الغذاء التي تؤثر في التباينات المكانية لانتشار مرض السكري
53	4: 1 مقدمة
53	4: 2 التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن
57	4: 3 الخصائص الاجتماعية
64	4: 4 الخصائص الاقتصادية
73	4: 5 الخصائص الصحية
104	4: 6 نمط الغذاء
115	4: 7 فحص العلاقة بين خصائص أفراد العينة ومدى الإصابة بمرض السكري
132	الفصل الخامس: مقترحات لمكافحة مرض السكري
133	5: 1 المقدمة
134	5: 2 نظرة إقليمية
138	5: 3 واقع مرض السكري في فلسطين

الصفحة	المحتوى
139	5: 4 العلاج والوقاية على المستوى الفردي
146	5: 5 على المستوى المجتمعي
147	5: 6 على المستوى الوطني
149	الفصل السادس: النتائج والتوصيات
150	6: 1 النتائج
154	6: 2 التوصيات
156	المصادر والمراجع
156	أولاً: المراجع العربية
160	ثانياً: المراجع الأجنبية
160	ثالثاً: الانترنت
163	الاستبانة
b	الملخص باللغة الإنجليزية

فهرس الجداول

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
8	توزيع العينة على التجمعات السكانية المختلفة في منطقة الدراسة	جدول (1:1)
20	مساحات وأعداد السكان في المناطق التخطيطية في منطقة الدراسة	جدول (2: 1)
25	عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى طولكرم الحكومي	جدول (2 : 2)
26	عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى طولكرم الحكومي	جدول (2: 3)
27	عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الهلال الأحمر	جدول (2: 4)
28	عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى الهلال الأحمر	جدول (2: 5)
30	عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الزكاة	جدول (2: 6)
30	عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى الزكاة	جدول (2: 7)
31	عدد الموظفين وتخصصاتهم مركز مديرية صحة طولكرم/ العيادة الشمالية	جدول (2: 8)
32	توزيع الموظفين وتخصصاتهم في مركز مديرية طولكرم/ العيادة الجنوبية	جدول (2: 9)
33	عدد الموظفين وتخصصاتهم في مركز رعاية شويكة الصحي	جدول (2: 10)
34	عدد الموظفين وتخصصاتهم في مركز رعاية مخيم شويكة الصحي	جدول (2: 11)
54	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن	جدول (4: 1)
57	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري تبعاً لمكان السكن والنوع الاجتماعي	جدول (4: 2)
58	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وفئات العمر	جدول (4: 3)
60	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والحالة الاجتماعية	جدول (4: 4)
61	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وعدد أفراد الأسرة	جدول (4: 5)
63	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والمستوى التعليمي	جدول (4: 6)

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
64	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والحالة العملية	جدول (4: 7)
66	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والمهنة	جدول (4: 8)
67	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة)	جدول (4: 9)
68	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة)	جدول (4: 10)
70	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة)	جدول (4: 11)
71	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)	جدول (4: 12)
73	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية	جدول (4: 13)
74	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم	جدول (4: 14)
76	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية	جدول (4: 15)
77	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى وجود إصابة لأحد افراد الأسرة بالمرض	جدول (4: 16)
79	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونمط أداء السكري	جدول (4: 17)
80	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوع العلاج	جدول (4: 18)
82	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى ممارسة الرياضة من قبل الإصابة بالمرض	جدول (4: 19)
83	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة	جدول (4: 20)
85	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها	جدول (4: 21)

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
86	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وطريقة التحرك داخل منطقة السكن	جدول (4: 22)
88	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومؤشر كتلة الجسم	جدول (4: 23)
89	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى اتباع حمية غذائية	جدول (4: 24)
90	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى التدخين	جدول (4: 25)
91	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى المعاناة من ضغط نفسي	جدول (4: 26)
92	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوع الضغط النفسي	جدول (4: 27)
94	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومصدر الضغط النفسي	جدول (4: 28)
95	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري	جدول (4: 29)
30	توزيع مرضى السكري لمكان السكن والأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري	جدول (4: 30)
98	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري	جدول (4: 31)
100	توزيع المرضى لمكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على الإصابة بالسكري	جدول (4: 32)
101	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية	جدول (4: 33)
103	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري	جدول (4: 34)
104	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه	جدول (4: 35)

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
106	توزيع مرضى السكري لمكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يومياً	جدول (4: 36)
107	توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الخضروات	جدول (4: 37)
109	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الفواكه	جدول (4: 38)
110	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون	جدول (4: 39)
112	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول السكريات	جدول (4: 40)
113	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الوجبات الجاهزة	جدول (4: 41)
115	فحص العلاقة بين خصائص أفراد العينة ومدى الإصابة بالمرض حسب مكان السكن	جدول (4: 42)
125	مقارنة بين التنيف ومؤشر كتلة الجسم - كغ/م ²	جدول (4: 43)

فهرس الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
55	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري في منطقة الدراسة	شكل (1:4)
56	العوامل والمتغيرات التي تؤثر في التباين المكاني لانتشار السكري في منطقة الدراسة	شكل (2 :4)
57	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والنوع الاجتماعي	شكل (3 :4)
59	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وفئات العمر	شكل (4 :4)
61	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة الاجتماعية	شكل (5 :4)
62	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وعدد أفراد الأسرة	شكل (6 :4)
64	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمستوى التعليمي	شكل (8 :4)
65	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة الاجتماعية	شكل (8 :4)
67	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمهنة	شكل (9 :4)
68	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة)	شكل (10 :4)
69	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة)	شكل (11 :4)
71	التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة)	شكل (12 :4)
72	التوزيع لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)	شكل (13 :4)
74	التوزيع لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية	شكل (14 :4)

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
75	التوزيع لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم	شكل (4: 15)
77	التوزيع لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى فحص السكري في الدم بصورة دورية	شكل (4: 16)
78	التوزيع لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى إصابة احد أفراد الأسرة بالمرض	شكل (4: 17)
80	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونمط داء السكري	شكل (4: 18)
81	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع العلاج	شكل (4: 19)
20	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض	شكل (4: 20)
84	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة	شكل (4: 21)
86	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها	شكل (4: 22)
87	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن وطريقة التحرك داخل منقطة الدراسة	شكل (4: 23)
89	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومؤشر كتلة الجسم	شكل (4: 24)
90	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى اتباع حمية غذائية	شكل (4: 25)
91	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التدخين	شكل (4: 26)
92	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المعاناة من ضغط نفسي	شكل (4: 27)
93	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الضغط النفسي	شكل (4: 28)
95	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومصدر الضغط النفسي	شكل (4: 29)
96	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري	شكل (4: 30)

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
98	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن والأمراض الأخرى غير السكري	شكل (4: 31)
99	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكر	شكل (4: 32)
101	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على السكري	شكل (4: 33)
102	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية	شكل (4: 34)
104	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري	شكل (4: 35)
105	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه نمط الغذاء	شكل (4: 36)
107	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يومياً	شكل (4: 37)
108	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الخضروات	شكل (4: 38)
110	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الفواكه	شكل (4: 39)
111	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون	شكل (4: 40)
113	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول السكريات	شكل (4: 41)
114	توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الوجبات الجاهزة	شكل (4: 42)

فهرس الخرائط

الصفحة	الموضوع	رقم الخريطة
3	مدينة طولكرم	خريطة 1:2
21	اعداد السكان والمساحة لمدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها	خريطة 1:2
55	نسبة الاصابة بمرض السكري في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها	خريطة 1:4

دراسة التباينات المكانية لانتشار مرض السكري في مدينة طولكرم ومخيمها وضواحيها
(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد

سوسن محمد عبد الفتاح "محمد حسن"

إشراف

د. أحمد رأفت غضية

الملخص

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على التباين المكاني لمرضى السكري في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها ومعرفة خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء. اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على استبيان تم توزيعه على عينة عشوائية طبقية لمعرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحة ونمط الغذاء لهذه العينة في منطقة الدراسة خلال صيف عام 2012، كما تم استخدام الاساليب الاحصائية وذلك لمعرفة العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء وبين مكان سكن المرضى.

وقد تضمنت الدراسة ستة فصول: اشتمل الفصل الاول على المقدمة وخطة البحث، اما الفصل الثاني فقد تناول منطقة الدراسة من حيث خصائصها الطبيعية والبشرية والخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها ، وتناول الفصل الثالث عن نظرية التطور الوبائي وتعريف بمرض السكري ، اما الفصل الرابع فقد تناول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء لأفراد العينة أما الفصل الخامس فقد تناول مقترحات حول معالجة مرض السكري في حين تناول الفصل السادس النتائج التي توصلت اليها الدراسة ، صياغة بعض التوصيات التي من شأنها ان تسهم في عملية التخطيط المستقبلية لحل مثل هذه المشاكل المرضية وتلافي انتشارها ومحاولة التخفيف من اثارها على المرضى.

وقد اظهرت النتائج ان التوزيع الجغرافي للمرضى جاء متباينا بين المدينة والريف والمخيم حيث تركزت النسبة الاكبر للإصابة في المدينة ثم الريف ثم المخيم. اما في جانب خصائصهم الاجتماعية كانت النسبة الاعلى للإصابة بين الذكور ولفئة العمرية بين (46-60) واغلبهم من فئة الجامعيين وكما ان النسبة الاكبر للإصابة كانت بين المتزوجين وحجم اسرهم 4 افراد.

اما في الجانب الاقتصادي فقد كانت النسبة الاكبر للإصابة بين الأفراد العاملين والمشتغلين في قطاع الخدمات والذين يمتلكون السكن ومسكنهم من طوب ويمتلكون وسيلة مواصلات ودخلهم الشهري ضمن الفئتين (251-500) و اكثر من 1000 دينار، وفي الجانب الصحي كانت النسبة الاكبر للإصابة بين الأفراد المسجلين في المراكز الصحية والذين يحاولون الحفاظ على مستوى السكر في الدم ضمن المستوى الطبيعي وكذلك بين من يوجد لديهم اصابه لأحد أفراد الأسرة، كذلك كانت النسبة الاكبر للإصابة بين من يتناولون الاقراص كعلاج للمرض ويمارسون الرياضة ويتحركون داخل منطقة سكنهم مشيا على الأقدام ومؤشر كتلي الجسم لديهم 25-30 واغلبهم من غير المدخنين ويعانون من الضغط النفسي المؤقت وغالبا ما يكون مصدر هذا الضغط النفسي ناتج عن الاسباب الاقتصادية ويعانون من وجود مضاعفات للمرض وتأثير على أداء أعمالهم اليومية . وأما بالنسبة للجانب الغذائي فقد كانت النسبة الاكبر للإصابة بالمرض بين الذين يتناولون الخضروات والفواكه والسكريات بكثرة ولا يعتمدون في غذائهم بشكل كبير على الزيوت والدهون واللحوم والوجبات السريعة.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة وأهميتها

1:1 المقدمة

2:1 منطقة الدراسة

3:1 مبررات الدراسة

4:1 أهمية الدراسة

5:1 مشكلة الدراسة

6:1 تساؤلات الدراسة

7:1 أهداف الدراسة

8:1 فرضيات الدراسة

9:1 منهجية الدراسة

10:1 مصادر المعلومات والبيانات

11:1 الدراسات السابقة

الفصل الأول

1:1 المقدمة

تبرز الجغرافيا الطبية العلاقة بين البيئة وانتشار الأمراض، وتحديد مواطن هذه الأمراض ومسببات انتشارها، ومعرفة العوامل الجغرافية المؤثرة فيها سواء من الناحية الطبيعية أو البشرية. ولذلك فإن تحديد نوعية الأمراض ومدى توزعها أمر حيوي جداً، لتحديد متطلبات كل منطقة جغرافية من الخدمات الطبية سواء كانت مستشفيات أو مراكز صحية يستطيع المريض الوصول إليها بسهولة ويسر.¹

لقد ظهرت الكثير من الأبحاث في مختلف مجالات الجغرافيا الطبية في معظم الدول المتقدمة ونادت بإدخالها في برامج الأقسام الجغرافية في كثير من الجامعات، ومع ذلك فما زال الاهتمام بالجغرافيا الطبية محدوداً في معظم الجامعات العربية، على الرغم من أن الدول العربية أشد حاجة إليها من الدول المتقدمة. ومن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة، والتي تتعلق بصحة الإنسان لارتباطها المباشر به مع كثير من الدراسات في الجغرافيا الطبية بتحديد عوامل انتشار الأمراض واثار البيئة في زيادة وتوسع المرض.

ومن هذا المنطلق تسعى الدراسة الحالية إلى تناول احد الأمراض العصرية التي تشكل عبئاً ثقيلاً على المجتمعات المختلفة، حيث سنتناول مرض السكري الذي يعتبر مع أمراض القلب والسرطان ثالثاً وبائياً بين سكان العالم من حيث درجة انتشاره، كذلك فإنه يعتبر من أكثر الأمراض انتشاراً في فلسطين حيث أن هناك ما يزيد على 10% من أفراد المجتمع الفلسطيني مصابون بمرض السكري، كذلك فإن معدل الوفيات من المرضى المصابين بالسكري سنوياً يتراوح ما بين 13-15% من كل 100 ألف نسمة.²

وتسعى هذه الدراسة لإظهار التباينات المكانية لانتشار مرض السكري في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها وإبراز الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء المؤثرة في انتشاره، وذلك من أجل مساعدة صانعي القرارات المتعلقة بمرض السكري من التعرف على بعض الجوانب المتعلقة بهذه الشريحة السكانية.

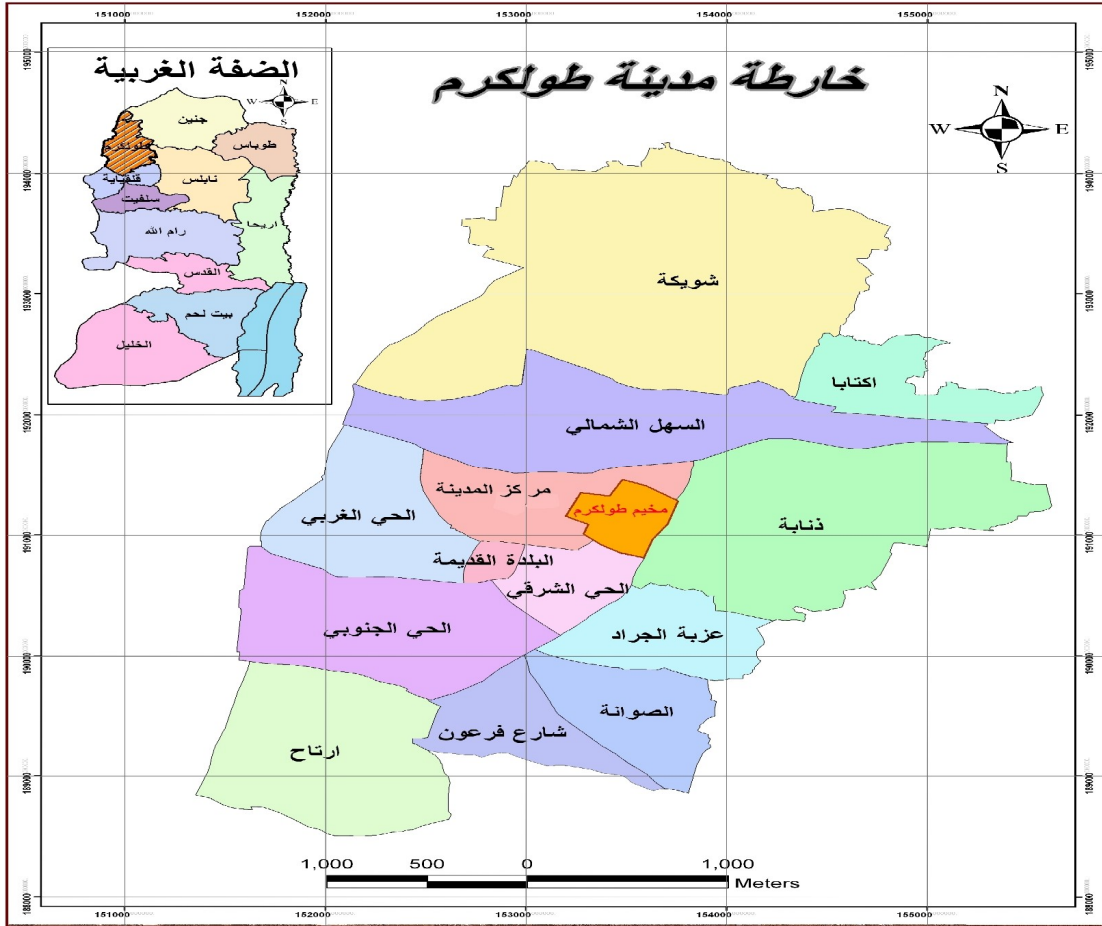
¹ طريح ، شرف عبد العزيز البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيه الطبية ط1، الاسكندرية ، دار الجامعات المصرية 1995

² <http://64.57.218.25/~paldf/forum/showthread.php?p=7533623> 2011/10/10

1:2منطقة الدراسة

استهدفت منطقة الدراسة مدينة طولكرم باحيائها وضواحيها ومخيماتها التي تضم 13 تجمعاً عمرانياً وتشمل البلدة القديمة وضاحية ارتاح وضاحية شويكة وضاحية ذنابة ومخيم طولكرم وحي السلام وعزبة الجراد وحي الصوانة والسهل الشمالي والحي الشرقي والحي الشمالي والحي الجنوبي والحي الغربي ، ويبلغ عدد سكانها حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2012 حوالي 67522 نسمة ، الخريطة 1-2 توضح منطقة الدراسة.

الخريطة 1-2 : مدينة طولكرم³



المصدر: استيتة، سليم احمد ، التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS)، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، 2009.

³ استيتة ، سليم احمد ، التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS) رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس ، 2009.

3:1 مبررات الدراسة:

- ندرة الكتابة حول هذا الموضوع حسب ما تم الاطلاع عليه من دراسات جغرافية.
- تزايد نسبة عدد المصابين بهذا المرض حسب ما تدل عليه الإحصاءات الوطنية والعالمية.
- ما يترتب عن ظهور هذا المرض من تقييد كبير في نمط حياة المريض وما يتحمله من أعباء نفسية ومادية تطال من حوله بل المجتمع بأسره.

4:1 أهمية الدراسة:

- التعريف بحجم المشكلة الصحية بسبب داء السكري، وان يستفاد من نتائجها في معرفة حجم المعاناة من المرض ومضاعفاته .
- التعريف بأهم عوامل الخطورة التي قد تسبب الاصابة بمرض السكري، ومدى تأثير كل عامل من هذه العوامل في الاصابة بالمرض ضمن مجتمع الدراسة .
- تشجيع الباحثين في هذا المجال على اجراء دراسات مشابهة تتناول مشكلات صحية وأمراض اخرى يعاني منها السكان في هذا المجتمع .
- ان تسهم في التعرف على حجم الحاجة والطلب على الخدمات الصحية المتخصصة.
- تفيد نتائجها وتوصياتها صناع القرار لإجراء المزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال مما يثري الجانب النظري للموضوع بشكل عام .

5:1 مشكلة الدراسة:

إن بعض الأمراض المزمنة تشهد نموا مضطربا في أعداد المصابين بها، ولعل مرض السكري احد هذه الأمراض، حيث يشكل المصابين به نسبة كبيرة تصل في بعض الدول إلى (20%) من عدد السكان، كما هو الحال في دولة الإمارات العربية المتحدة.

أما في فلسطين فقد بلغ معدل انتشار مرض السكري 10% في عام 2012⁴.

وقد بلغت حالات الإصابة الجديدة بمرض السكري والمبلغ عنها في مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظات الضفة الغربية عام 2009 (3,793) حالة جديدة وكان عدد السكان لنفس العام 2,44,43 نسمة، بمعنى أن معدل الإصابة بمرض السكري في عام 2009 بلغ (154,9) إصابة لكل 100,000 نسمة. أما في عام 2010 فقد بلغ عدد حالات الإصابة الجديدة بمرض السكري (4,379) حالة جديدة وكان عدد سكان الضفة الغربية لنفس العام قد بلغ 2,513,283 نسمة أي أن معدل الإصابة بمرض السكري لعام 2010 بلغ 174,2 إصابة لكل 100,000 نسمة، وبزيادة قدرها (13.4%) عن العام 2009⁵.

كما أن مرض السكري يحتل المرتبة السادسة بين أسباب الوفيات في الضفة الغربية، وبنسبة (5.7%)⁶.

ولما لهذا المرض من تأثير مباشر على صحة الإنسان وعطائه ورفاهيته وما يترتب على ذلك من تبعات اقتصادية واجتماعية تلقى على كاهل المجتمع، كان لابد من دراسة المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تؤثر في الإصابة بمرض السكري ودراسة التباينات المكانية لانتشار مرض السكري في منطقة الدراسة كون المنطقة تشمل حضر وريف ومخيمات.

6:1 تساؤلات الدراسة:

- 1- ما هو التوزيع المكاني لمرضى السكري على أحياء مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها.
- 2- ما هي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى السكري بمدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها .
- 3- هل هناك علاقة بين توزيع مواقع سكن مرضى السكري على أحياء وضواحي مدينة طولكرم ومخيمها وبين الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمرضى .

⁴ <http://www.palpress.co.uk/arabic/?Action=Details&ID=66198> 2011/10/12

⁵ التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، فلسطين، 2010، ص214.

⁶ <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5119> 2011/10/12

4- هل هناك علاقة بين الإصابة بمرض السكري وبين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمرضى.

7:1 أهداف الدراسة:

- 1- التعرف على توزع مرضى السكري على الأحياء في مدينة طولكرم .
- 2- التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى السكري واختلافها من تجمع عمراني الى اخر داخل منطقة الدراسة .
- 3- التعرف على مدى علاقة الإصابة بمرض السكري مع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرض السكر.

8:1 فرضيات الدراسة:

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين العمر والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الجنس والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الحالة الزوجية والإصابة بمرض السكر
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين عدد أفراد الأسرة والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين المستوى التعليمي و الإصابة بمرض السكري.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الحالة العملية وبين الإصابة بمرض السكر.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين المهنة والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الدخل والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين مكان السكن والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الاستعداد الوراثي والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين السمنة والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الخمول البدني والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين التدخين والإصابة بمرض السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين نمط الغذاء والإصابة بمرض السكري؟
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين وجود أمراض أخرى والإصابة بمرض السكري؟

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الضغط النفسي والإصابة بمرض السكري؟

9:1 منهجية الدراسة:

تقوم الدراسة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستخدام برنامج التحليل الإحصائي statistical package for social sciences (spss) لتحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق استبيان، حيث تم توزيع استبيان على عينة عشوائية طبقية من مرضى السكري وذلك لجمع بيانات الدراسة، فقد كان حجم مجتمع الدراسة 67522 نسمة وتم توزيع الاستبيان على عينة حجمها 617 استبانة موزعة على أسر حيث بلغت 3300 فرد وتم تقسيم العينة على لتوزيعها على أحياء وضواحي ومخيم طولكرم على النحو التالي :

الجدول (1:1): توزيع العينة على التجمعات السكانية المختلفة في منطقة الدراسة

المنطقة	عدد السكان	حجم العينة
شارع فرعون	878	8
الحي الغربي	2498	23
الحي الشمالي	9183	83
الحي الجنوبي	6347	58
المخيم	12019	109
حي الصوانة	3174	29
عزبة الجراد	2836	26
البلدة القديمة	4727	43
السهل الشمالي	3174	29
الحي الشرقي	4051	37
ذنابة	8643	79
شويكة	6887	63
ارتاح	3241	30
المجموع	67658	617

10:1 مصادر المعلومات والبيانات:

تعتمد الدراسة على مصادر المعلومات التالية :

1- المصادر المكتبية:وتشمل الكتب والمراجع ورسائل الماجستير والدوريات التي تتعلق بموضوع الدراسة.

2- المصادر الرسمية وتشمل إحصاءات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بلدية طولكرم، وزارة الصحة.

3- المصادر غير الرسمية: وتشمل النشرات والتقارير التي تصدر عن المؤسسات الأهلية.

4- العمل الميداني والمقابلات الشخصية.

11:1 الدراسات السابقة:

زاد اهتمام الجغرافيين في السنوات الماضية بدراسة الأمراض المنتشرة في المجتمع ومدى توفر الخدمات الطبية المتعلقة بصحة الإنسان، فاهتمت معظم هذه الدراسات بانتشار الأمراض، وتوزيعها ومسبباتها، خاصة بعد أن أدخلت الأساليب الكمية ونظم المعلومات الجغرافية في كثير من الدراسات ومنها:

وبحثت (فاطمة البيوك عام 1982م) في رسالة ماجستير عنوانها جغرافية الأمراض البشرية في المملكة العربية السعودية، وسارت على المناهج الجيوطبية السابقة نفسها، إذ بدأت بمناقشة العوامل الطبيعية وأثرها على انتشار الأمراض، وقسمتها إلى عوامل غير عضوية كالنبات والحيوان والكائنات الحية الصغيرة والمهجرية، ثم شرحت بعد ذلك العوامل البشرية التي لها علاقة بصحة الإنسان كالكتافة السكانية، والمستوى المعيشي، والملبس كالمناخ، والتضاريس، والتربة، والمياه، والتغذية الحديثة، والتلوث البيئي.⁷

⁷ البيوك فاطمة احمد، جغرافية الأمراض البشرية في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة الملك عبد العزيز، الرياض ، 1982.

ودرس (محمد علي حميد المرامي عام 1996) التوزيع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى السكر بمدينة جدة التي تهدف إلى معرفة تاريخ حالات الإصابة بمرض السكر، والنمط السائد لمرض السكر. واعتمدت الدراسة على استبيان لعينة مجتمعة من المراجعين لمركز السكر بمدينة جدة، واهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن حالات الإصابة بمرض السكر تعود بين عام (1976 - 1984) وعام (1985-1994) وان النمط السائد في مرضى السكر بمدينة جدة هم غير المعتمدين على الأنسولين. وبالنسبة لتوزيع المرض جغرافياً اتضح ان اغلب الإصابات تظهر في المنطقتين الشمالية والشرقية، وأوضحت النتائج ان فئات العمر ما بين (سنة 60 و46) هي أكثر مراجعي مركز السكر بمدينة جدة وان الذكور أكثر إصابة من الإناث. وبينت النتائج أن الأميين أكثر مراجعي عيادات السكر. وبالنسبة لملكية السكن فان (55%) من مرضى السكر في عينة الدراسة ليس لديهم مسكن مملوك لهم، كما أن العلاقة بين نمط المرض والخصائص الاجتماعية ضعيفة جداً.⁸

كذلك دراسة (رنا أمين محمد صبره عام 2003م) التي تحمل عنوان التحليل المكاني للأمراض في محافظة نابلس، حيث هدفت الدراسة إلى الوقوف على أهم العوامل المؤثرة في انتشار بعض الأمراض في محافظة نابلس مثل الموقع المناخ والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والحضرية للسكان، وعرض معلومات خاصة بالأمراض التي تم رصدها من الدراسة ومقارنتها بالإحصاءات الدولية والفلسطينية التي تصدرها وزارة الصحة ومركز الإحصاء الفلسطيني. كما هدفت الدراسة إلى توضيح مدى انتشار الأمراض المزمنة وغير المزمنة في المدينة والريف في محافظة نابلس.

وإيجاد العلاقة بين متغيرات الدراسة والإصابة بالأمراض المزمنة وغير المزمنة من خلال إيجاد قيمة مربع كاي ومستوى الدلالة الإحصائية له. ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بأخذ عينة عشوائية منتظمة من مساكن مجتمع الدراسة في مناطق الدراسة (المدينة، الريف)

⁸ المرامي، محمد علي، التوزيع الجغرافي والخصائص الاقتصادية والاجتماعية لمرضى السكر بمدينة جدة دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام القرى، مكة المكرمة، 1996.

لتوزيع أداة الدراسة على أرباب الأسر فيها بشكل شخصي. وقامت الباحثة ببحث الخدمات الصحية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمراض المزمنة وغير المزمنة وبعض المتغيرات مثل: ملكية المسكن، عدد دورات المياه في المسكن، مكان الإقامة في المدينة والريف ودخل الأسرة الشهري ولم تظهر النتائج دلالة إحصائية على باقي متغيرات الدراسة في العلاقة مع الأمراض غير المزمنة. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمراض المزمنة وبعض المتغيرات مثل المستوى التعليمي للام، وعمر الأب، ولم تظهر النتائج دلالة إحصائية على باقي متغيرات الدراسة في العلاقة مع الأمراض المزمنة. وبينت النتائج كذلك ارتفاع نسبة التلوث في محافظة نابلس، وأدى ذلك لزيادة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة وغير المزمنة. وانه كلما زادت نسبة التعليم قلت نسبة الإصابة بالأمراض لدى سكان محافظة نابلس. ومن أهم توصيات الباحثة، تخصيص مناطق خاصة للمناطق الصناعية بعيدا عن التجمعات السكنية، ووضع رقابة وقوانين للتقليل من التلوث الناتج عن المصانع. ونشر الوعي الصحي للمواطنين من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمناهج المدرسية. وضرورة زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية في مناطق الريف.⁹

أما في دراسة (نهى كمال البربري عام 2003 م) بعنوان تقصى عوامل الخطر المتعلقة بظهور مرض السكري في المجتمع الفلسطيني ، وقد اجريت الدراسة في مدينة نابلس أوضحت أن من مضاعفات مرض السكري هي الإصابة بالعمى وأمراض الكلى وكذلك أمراض الأعصاب وأمراض القلب. الأشخاص الذين لديهم استعداد أكثر للإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري هم الذين يعانون من زيادة بالوزن والذين لا يمارسون أي نوع من الرياضة خلال حياتهم اليومية. لقد تم اخذ عينه من 317 رجل وامرأة من مدينه نابلس في فلسطين من هم أكثر من 35 سنة، ويعلمون بأنهم غير مصابين بالمرض تم فحص السكر بالدم واخذ القياسات وتعبئه البيانات وتحليلها. النتائج كانت تشابه نتائج الدراسات في البلدان المجاورة وفي العالم. من أهم هذه النتائج: كل من ظهر معهم المرض لم يكونوا يعرفوا أنهم مصابون به. لقد

⁹ صبرة ، رنا أمين، الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس_دراسة في الجغرافيا الطبية _ رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس ، 2003م.

كان واضح العلاقة بين ظهور المرض ونوع الحياة والغذاء الذي يتناوله الفرد. ظهر المرض بنسبه اضعف في الذكور عن الإناث. لم يكن يوجد فرق بالمعلومات عن المرض بين المتعلمين أو الأقل تعليم. كل الدراسات تؤكد امكانية الوقاية من المرض.¹⁰

كما أن دراسة (عبد المحسن صالح أبو الغيث عام 2006) والتي تحمل عنوان التوزيع الجغرافي لمرضى الفشل الكلوي الذكور بمدينة جدة. والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور في مدينة جدة، وتوزعهم على الدوائر الانتخابية، ولقد اعتمد الباحث على المسح الميداني لمراجعي مراكز الغسيل بجميع القطاعات المختلفة، وتم جمع البيانات عن طريق استبانته، صممت لمعرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى الفشل الكلوي المراجعين لمراكز الغسيل خلال صيف 1427هـ، كما استخدم الباحث الأساليب الإحصائية ممثلاً في مربع كاي ومعامل كيريمر، وذلك لمعرفة قوة العلاقة الارتباطية بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمرضى وكل من موقع سكن المرضى ومواقع مراكز الغسيل، ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن التوزيع الجغرافي للمرضى جاء متبايناً بين الدوائر الانتخابية، وبالنسبة لتاريخ الإصابة بالمرض كان عاماً (2000 و 2004) أكثر ظهوراً لهم. أما في جانب خصائص المرضى الاجتماعية، اتضح أن أعمار المرضى (أكثر من 60 عام) شكلت النسبة الأكبر، ومعظمهم سعوديون متزوجون وحجم أسرهم من 3 إلى 5 أفراد وتعليمهم متوسط وجامعي. وحول الخصائص الاقتصادية، تبين أن المهن الأكثر بين المرضى هي من فئة الأعمال الحرة والطلبة وفئة العمال، دخلهم اقل من 2000 ريال لديهم مساكن مستأجرة بنظام الشقق بعدد من 4 إلى 5 غرف ووسيلة المواصلات سيارات خاصة. وبالنسبة لخصائصهم الصحية فان معظم المرضى قبلوا بمتبرع لكليته ولكنهم لم يحاولوا زراعة كلية أو إجراء أي عملية لها. وكانت الأمراض الأخرى قبل الفشل الكلوي هي السكري وضغط الدم.¹¹

¹⁰El- Barbari , Noha Kamal, Factors affecting the occurrence of type II DM in Nablus City, Faculty of Graduate studies, Al-Najah University, 2003

¹¹ أبو الغيث، عبد المحسن صالح، التوزيع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، 2006.

دراسة (فتحية فليح عبد الكريم نجار عام 2008) بعنوان الأمراض والخدمات الصحية ومدى انتشارها في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة. التي تناولت أهم المؤثرات البيئية في محافظة رام الله والبيرة والتي تلعب دورا في الإصابة بالأمراض مثل: المناخ والتركيب الاقتصادي والتلوث. كما تم في هذه الدراسة حصر الأمراض الأكثر شيوعا في المحافظة من خلال الاطلاع على قوائم مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية للعام 2005 والتي يشرف عليها القطاع الحكومي، وتم تناول هذه الأمراض من حيث مفهومها، مسبباتها، أعراضها، طرق الوقاية منها وعدد المصابين بكل مرض في بعض مناطق المحافظة. كما تمت دراسة الخدمات المقدمة في محافظة رام الله والبيرة وقد أظهرت الدراسة جملة من النتائج أهمها: من أكثر الأمراض انتشارا في مناطق الدراسة هي أمراض القلب حيث بلغت نسبة المصابين بها 24.2% من إجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة يليها مرضى السكري حيث بلغت نسب مرضى السكري 21.3% من إجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة.¹²

وجاءت دراسة (سليم احمد سليم استيتة عام 2009) لتتناول موضوع التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية GIS وكان الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو تحليل التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية ومدى كفاءتها وملائمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي احتياجات المجتمع المحلي في مدينة طولكرم وضواحيها، وكذلك تقديم مقترح لتوزيع مكاني أفضل وكفؤ للخدمات الصحية في منطقة الدراسة في منهجيتها المنهج الوصفي والمنهج التحليلي.

وقد اعتمدت الدراسة على المخطط الهيكل الحالي لمنطقة الدراسة كأساس في تحديد المناطق التخطيطية واحتساب مساحتها وتوزيع السكان عليها. وأوصت الدراسة بعدد من التوصيات، كان من أهمها إنشاء مستشفى عام في المنطقة، حيث أن المستشفى العام الحكومي الموجود في مدينة طولكرم هو المستشفى الوحيد في المحافظة وهو غير قابل للتوسعة الأفقية وفق المعايير

¹²نجار، فتحية فليح، الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة_دراسة في الجغرافيا الطبية_ رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2008م.

التخطيطية ويعاني من ضغط الخدمة عليه يصل إلى ما يقارب ضعفي إمكاناته المتوفرة حالياً، كما أوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير هذه المراكز من النواحي العمرانية والإدارية والاحتياجات البشرية والتجهيزات الطبية الفنية لتخفيف الضغط على هذه المراكز وتقديم خدمة أفضل للمواطن. كذلك أوصت الدراسة بترشيد منح التراخيص للصيديات الجديدة في المناطق المكتظة بالصيديات.¹³

¹³ استيتة، سليم احمد، التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS) رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس، 2009.

الفصل الثاني

الخصائص الطبيعية والبشرية لمنطقة الدراسة

2:1 المقدمة

2:2 الخصائص الطبيعية لمدينة طولكرم

2:3 خصائص السكان وأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية

2:4 خصائص السكان الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية

2:5 الخدمات الصحية في طولكرم

الفصل الثاني

1:2 المقدمة:

إن محور ومجال هذه الدراسة هو مدينة طولكرم. وقد تناول هذا الفصل دراسة الخصائص الطبيعية والبشرية لمدينة طولكرم، مثل الموقع الجغرافي والمناخ والرطوبة والحرارة، كما يتناول دراسة الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، مثل توزيع السكان حسب المناطق والتركيب النوعي والعمرى ودراسة المواليد والوفيات والقوى العاملة ومستوى المعيشة بالإضافة إلى الخدمات الصحية المقدمة في كل تجمع من التجمعات السكانية التي تضمها منطقة الدراسة.

2:2 الخصائص الطبيعية لمدينة طولكرم :

تلعب العوامل الطبيعية دورا لا يستهان به في إصابة الإنسان بالكثير من الأمراض. ومن هذه العوامل الموقع الجغرافي والدور الذي يلعبه في تسهيل إصابة الإنسان بالأمراض واعتلال الصحة. كما أن عناصر المناخ مثل درجات الحرارة والرياح والرطوبة من العوامل الطبيعية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض.¹⁴

الموقع الجغرافي لمدينة طولكرم:

تقع مدينة طولكرم في منتصف الجزء الشرقي من السهل الساحلي الفلسطيني على دائرة عرض 32.9 شمالا، وخط طول 35.1 شرقا، وتبعد نحو 15 كم عن ساحل البحر المتوسط. حيث يلتقي السهل بأقدام الجبال (جبال نابلس)، وتعتبر مدينة طولكرم مركزا للمواصلات البرية بين الشمال والجنوب وسهل الوصول إليها شبكة من الطرق المعبدة وخط السكة الحديدية سابقا، كما تميز الموقع بخصوبة التربة ووفرة المياه سواء أكان مطريا أو جوفيا وهذه الظروف ساعدت بشكل كبير على نمو المدينة وتطورها.¹⁵

¹⁴ طريح، شرف، عبد العزيز البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية ط 1 الإسكندرية مؤسسة شباب الجامعة 1995، ص 36.

¹⁵ قسطنطين، خمار، جغرافية فلسطين المصورة، المكتب التجاري، بيروت، 1960 ص 30

الطوبوغرافيا:

تقوم مدينة طولكرم على هضبة تقطعها مجموعة من الأودية القادمة من المرتفعات شرقا باتجاه السهل الساحلي غربا، ويتراوح ارتفاع أراضي المدينة ما بين 55-120 متر فوق سطح البحر، ولذا كان اتصال المنطقة بالسهل الساحلي.

ويزداد ارتفاع المنطقة بالاتجاه شرقا حيث توجد أودية صدعية تمر بالقرب من المدينة كوادي الزومر من الشمال ووادي ارتاح من الجنوب وتتميز هذه الأودية بشدة انحدارها وقلّة اتساعها¹⁶.

وتظهر العلاقة بين التضاريس وصحة الإنسان إما عن طريق تأثيرها المباشر على أجهزة جسم الإنسان نفسها أو تأثيرها على المناخ وعلى توزيع الكائنات الحية المختلفة التي لها علاقة بحدوث بعض الأمراض. فمن تأثيرها المباشر على أجهزة جسم الإنسان، فإنه من المعروف أن الارتفاع الكبير عن سطح البحر له تأثير على الرئتين والقلب والدورة الدموية لما يترتب عليه من تناقص في نسبة الأكسجين به، كذلك فقد أشارت بعض الأبحاث على أن إنتاج الجلوكوز في الدم يقل على الجبال وتقل تبعا لذلك حاجة الجسم إلى الأنسولين ولهذا فكثيرا ما يتعرض الأشخاص الذين ينتقلون إلى الجبال للإغماء بسبب هبوط معدل السكر.¹⁷

المناخ:

تتمتع طولكرم بمناخ البحر المتوسط الماطر الدافئ شتاءً والحر الجاف صيفا، إن موقع المدينة بالنسبة للبحر وعدم وجود حواجز طبيعية (تضاريس جبلية) ساهم في ميل مناخ المدينة إلى المناخ الساحلي رغم وقوعه بين الساحل والجبل. فمناخ المدينة اقرب إلى مناخ المناطق الساحلية منه إلى المناطق الجبلية نظرا لقربها من الساحل وانفتاحها على البحر من جهة الغرب مما يساعد على وصول المؤثرات البحرية التي تعمل على الحد من الفروق الحرارية من جهة

¹⁶ حسين، علي، قصة مدينة طولكرم، سلسلة المدن الفلسطينية رقم 14، المنظمة العربية للتربية. والثقافة والعلوم، دائرة الثقافة بمنظمة التحرير الفلسطينية، 1991، ص37.

¹⁷ مرجع سابق، شرف، عبد العزيز طريح، ص45.

وزيادة كميات الأمطار السنوية من جهة أخرى. يتميز صيف المدينة بجفافه واعتدال حرارته وشتاؤها طويل معتدل الحرارة وفير الأمطار وخريفها وربيعها ليسا بالوضوح المتمثل في فصلي الصيف والشتاء. أما عن الفصول، فأكثر ما يتضح هو ظهور فصلي الصيف والشتاء، حيث تسقط الأمطار خلال فصل الشتاء الذي يمتد من شهر تشرين ثاني -أيار يتراوح سقوط الأمطار بين " 500 ملم - 600 ملم"¹⁸ معدل درجات الحرارة شتاءً 6م - 16م ابرد الأشهر كانون الثاني أما في الصيف يبلغ معدل درجات الحرارة 17م - 30م ويعتبر شهر آب أكثر الشهور ارتفاعا في درجات الحرارة.¹⁹

أما الرياح عادة ما يختلف هبوب الرياح وسرعتها من منطقة إلى أخرى ومن فصل إلى آخر فالعوامل المحلية من ضغوط وتضاريس لها أثر كبير في اختلاف الرياح التي تنتظم في خطوط عامة.

وفي الشتاء اغلب الرياح غربية وجنوبية غربية تجلب الرطوبة والأمطار. رياح آتية من الضغط العالي للبلقان "الرياح الشمالية" باردة جافة. جنوبية - جنوبية شرقية قادمة من الضغط العالي المتمركز في قلب الجزيرة العربية وتكون باردة وجافة.

أما في فصل الصيف رياح غربية تحمل معها نسيم البحر الربيع والخريف، وتكون رياح غربية جنوبية شرقية من البادية ساخنة جافة مع غبار (شماليه غربيه شتاءً، الطقس مغبر شرقي جنوبي في شهري (نيسان وأيار). الرطوبة تتراوح في الصيف من 40% - 70% وفي الشتاء 70% - 85%.²⁰

ان المناخ هو من غير شك أكثر العوامل الطبيعية تأثيرا على حياة الإنسان، وان علاقته بصحة الإنسان ومظاهر نشاطه المختلفة أمر ثابت ومعروف منذ القدم. وقد يكون تأثير المناخ تأثيرا

¹⁸ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية: التقرير السنوي 2008 ص44.

¹⁹ <http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B7%D9%88%D9%84%D9%83%D8%B1%D9%85> - 6

11- 2013.

²⁰ عوض، محمد ناجي، توزيع وتخطيط الخدمات التجارية في مدينة طولكرم رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2003م ص33.

مباشراً من حيث ملائمته أو عدم ملائمته للنشاط وبذل الجهد ومن حيث تأثيره على بعض أجهزة الجسم وإضعاف قدرتها على تأدية وظائفها وقد يكون تأثيره غير مباشر بحيث يفرض على الإنسان عادات وسلوكيات خاصة في الملابس والمسكن والمأكل بصورة تؤثر على صحته.

وقد دلت بعض الأبحاث على أن التغيرات الجوية القصيرة يمكن أن تؤثر على مستوى السكر في الدم وان هذا المستوى ينخفض إذا انتقل الشخص من مناخ بارد إلى مناخ دافئ لدرجة أنه قد يصاب بالإغماء بسبب نقص مفعول السكر حيث أن الارتفاع في درجة الحرارة يساعد على احتراق السكر في الجسم.²¹

3:2 خصائص السكان وأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية:

توزيع السكان حسب المناطق :

إن دراسة توزيع السكان من الأمور المهمة في معرفة العادات والتقاليد الاجتماعية للتجمعات السكانية المختلفة وقد اعتبرت طولكرم قرية صغيرة ونمت في توسعها لتصبح على ما هي عليه حالياً بلغت مساحة المدينة في أول مخطط هيكلي لها في العام " 1945 م " (3725 دونما)، في حين بلغت مساحة الأراضي ضمن الحدود التنظيمية للمدينة حتى العام " 1998 م " (10255 دونما) حيث أضيفت مناطق جديدة إلى حدود بلدية طولكرم وضمن مخطط هيكلي تم إعداده عام 2009م بمساحة 14.000 دونما .

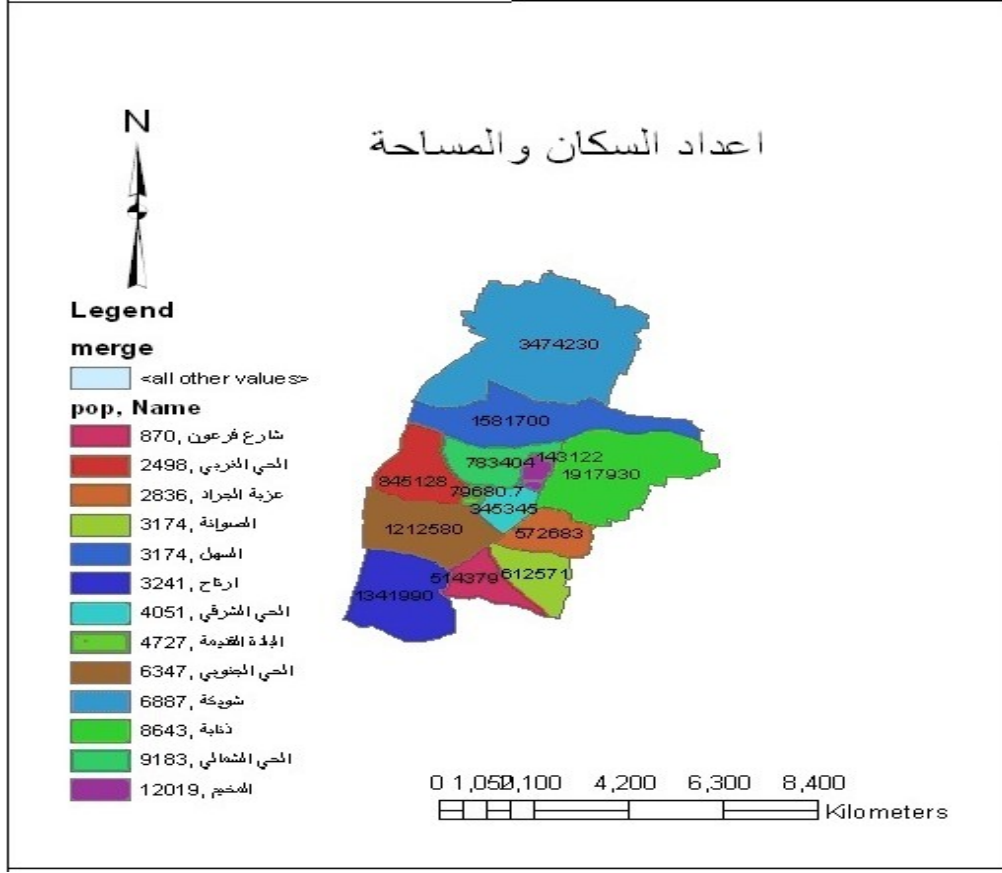
الجدول التالي يوضح مساحة المناطق التخطيطية وعدد السكان في كل منطقة:

²¹ مرجع سابق، طريح ، شرف عبد العزيز ، ص86

الجدول (1-2): مساحات وإعداد السكان في المناطق التخطيطية في منطقة الدراسة.

رقم المنطقة	اسم المنطقة	المساحة بالمتر المربع	عدد السكان
1	شارع فرعون	519379	870
2	الحي الغربي	845128	2498
3	الحي الشمالي	1581700	9183
4	الحي الجنوبي	1212580	6347
5	حي الصوانة	612571	3174
6	عزبة الجراد	572683	2836
7	البلدة القديمة	79680.7	4724
8	السهل الشمالي	1581700	3174
9	ذنابة	1917930	8643
10	شويكة	3474230	6887
11	الحي الشرقي	945345	4051
12	ارتاح	1341990	3241
13	المخيم	143122	12019
	المجموع	154401097	67647

الخريطة 2: 1 أعداد السكان والمساحة لمدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها



المصدر: عمل الباحثة.

4:2 خصائص السكان الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية:

التركيب العمري

إن دراسة أعمار السكان وتصنيفهم إلى فئات عمرية تساعد المخططين على معرفة كثير من الجوانب التي يكون لها أهمية بالغة في التخطيط لشتى المشاريع سواء في سنين السلم أو الحرب على حد سواء. فتصنيف السكان إلى فئات عمرية يمكن من تحديد الخدمات التي تحتاجها كل فئة عمرية وخاصة الخدمات الصحية، فلكل فئة عمرية أمراضها التي تستدعي توفير وسائل الوقاية والعلاج منها.²²

²² نجار، فتحية، الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة (دراسة في الجغرافيا الطبية) رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين، 2008، ص59.

تشير النتائج النهائية لعام 2007 إلى أن المجتمع الفلسطيني المقيم في محافظة طولكرم ما زال فتياً، حيث بلغ عدد السكان الذين أعمارهم أقل من 14 سنة في محافظة طولكرم 60,584 فرداً يشكلون 38.6 % من مجمل سكان المحافظة، تتراوح أعمارهم بين 0 و14 سنة في محافظة طولكرم وبالمقارنة مع تعداد عام 1997 فقد بلغ عدد السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 نحو 55,281 فرداً ويشكلون ما نسبته 42.8 % من مجمل سكان المحافظة عام 1997²³.

المواليد والوفيات:

بالنسبة للمواليد في محافظة طولكرم قدر عددهم 4496 مولود حي، منهم 2301 ذكور و2195 إناث، أما الوفيات فقد بلغ عددهم في محافظة طولكرم وفقاً لتقديرات عام 2010 حوالي 561 منهم 288 ذكور و273 إناث.²⁴ أما بالنسبة للوفيات الناتجة عن مرض السكري فقد سجلت في الضفة الغربية خلال العام 2010 (383) حالة وفاة ناتجة عن مضاعفات مرض السكري بمعدل حدوث بلغ (15.2) لكل 100000 من السكان حيث سجلت (161) حالة وفاة بسبب مرض السكري بين الذكور، بمعدل (6.4 لكل 100000) و(222) حالة وفاة بين الإناث بمعدل (8.8 لكل 100000) وذلك في محافظات الضفة الغربية²⁵.

القوى العاملة:

أشارت نتائج مسح القوى العاملة لمحافظة طولكرم (للأفراد الذين أعمارهم 15 سنة فأكثر) إلى أن نسبة المشاركة في القوى العاملة بلغت 43.2 % من إجمالي القوى البشرية لعام 2010. وتعتبر نسبة مشاركة النساء في القوى العاملة متدنية مقارنة مع الرجال، حيث وصلت إلى 16.4 % مقابل 69.1 % للرجال. وقد وصلت نسبة العاملين في محافظة طولكرم من إجمالي المشاركين في القوى العاملة إلى 86.3 % منهم 4.7 % عمالة محدودة. وكما تشير النتائج إلى أن نسبة العاطلين عن العمل من بين المشاركين في القوى العاملة بلغت 13.7 %، ووصلت

²³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007، ص35.

²⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني كتاب محافظة طولكرم الإحصائي السنوي 2010 ص36.

²⁵ الجهاز المعلومات الصحي الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي فلسطين 2010، ص138.

نسبة البطالة بين النساء المشاركات في القوى العاملة إلى 13.7 % مقابل 13.6 % بين الرجال.²⁶

الفقر:

يعرف الفقر بغياب الحد الأدنى من الدخل أو الموارد لتلبية الحاجات الأساسية كما يعرف "بعدم القدرة على الحفاظ على المستوى الأدنى من المعيشة". وقد تم إعداد خطي فقر بحيث يتماشى مع سلة أساسية من الاحتياجات الضرورية ومجموعة أوسع من الضروريات. وقد تم احتساب خط الفقر الأول (يشار إليه بخط الفقر الشديد) بشكل يعكس الحاجات الأساسية من مأكّل وملبس ومسكن، أما الخط الثاني (يشار إليه بخط الفقر) فقد تم إعداده بطريقة تعكس ميزانية الحاجات الأساسية (من مأكّل وملبس ومسكن جنباً إلى جنب مع احتياجات ضرورية أخرى كالرعاية الصحية والشخصية والتعليم والنقل، ولتحديد خط الفقر في الأراضي الفلسطينية، تم اعتماد الاستهلاك الشهري حيث أن الاستهلاك يعكس الحاجات على نحو أفضل.²⁷

بلغت نسبة الفقر بين الأفراد في محافظة طولكرم 10.9 % للأعوام 2009، 2010 على التوالي في حين بلغت نسبة الفقر بين الأفراد في الضفة الغربية 18.3 % للأعوام 2009، 2009، 2010 على التوالي.²⁸

5:2 الخدمات الصحية في طولكرم

يوجد في المدينة ثلاثة مستشفيات، اثنان منهما للقطاع الأهلي والثالث تابع للحكومة تقدم الخدمات الصحية للمواطنين من خلال المراكز والعيادات الصحية المنتشرة في المنطقة الحكومية منها والأهلية والخاصة ويتلقى سكان مخيم طولكرم الخدمات الصحية في من خلال عيادة ولجان خدمات اللاجئين فيها.

²⁶ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، كتاب محافظة طولكرم الإحصائي السنوي 2010 ص36.

²⁷ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مشروع النشر والتحليل لاستخدام بيانات التعداد:سلسلة الدراسات التحليلية المعمقة (08) التركيب الأسري في الأراضي الفلسطينية. رام الله فلسطين.

²⁸ المرجع السابق، ص36.

مستشفى طولكرم الحكومي:

يوجد في طولكرم مستشفى عام حكومي واحد، تبلغ مساحته 6200 مترا مربعا، وتبلغ مساحة مسطح البناء القائم 3400 مترا مربعا، ويبلغ إجمالي المساحة الطابقية للبناء 6800 مترا مربعا، حيث يتكون المبنى من ثلاث طوابق، مبنية من الحجر ملكية الأرض والمبنى هي حكومية تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، يقع المستشفى في منطقة تجمع سكني وعلى شارع خدمة رئيس من الجهة الجنوبية، لا يوجد داخل المستشفى موقف للسيارات عدى موقف سيارة الإسعاف أمام الطوارئ والذي يتسع لسيارتي إسعاف فقط 75 يوجد ساحة خارج المستشفى تابعة للبلدية مساحتها 300 مترا تستخدم كمواقف للسيارات، المساحات الخضراء مفقودة تقريبا بالمستشفى.

ضم المستشفى أربعة أقسام داخلية رئيسة وهي قسم الباطني نساء و رجال، قسم الجراحة العامة، قسم الولادة، قسم الأطفال والحضانة، قسم الطوارئ، إضافة لوحدة العناية المركزة المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات وإضافة للجراحة العامة يوجد جراحة عظام ومسالك بولية وانف وأذن وحنجرة.

يضم المستشفى أربعة أقسام داخلية رئيسة وهي قسم الباطني نساء و رجال، قسم الجراحة العامة، قسم الولادة، قسم الأطفال والحضانة، قسم الطوارئ، إضافة لوحدة العناية المركزة المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات إضافة للجراحة العامة يوجد جراحة عظام ومسالك بولية وانف وأذن وحنجرة.

يضم المستشفى أربعة أقسام داخلية رئيسة وهي قسم الباطني نساء و رجال، قسم الجراحة العامة، قسم الولادة، قسم الأطفال والحضانة، قسم الطوارئ، إضافة لوحدة العناية المركزة المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات وإضافة للجراحة العامة يوجد جراحة عظام ومسالك بولية وانف وأذن وحنجرة.

الأقسام الطبية المساندة يوجد في المستشفى:

1- مختبر 2- وبنك دم 3- قسم أشعة 4- صيدلية 5- وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية.

العيادات التخصصية.

*يوجد بالمستشفى 9 عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

1- عيادة العظام 2- عيادة الكلى والمسالك البولية 3- عيادة الأنف والأذن والحنجرة 4- عيادة الباطني 5- عيادة الأطفال 6- عيادة النسائية والولادة 7- عيادة أمراض الروماتيزم 8- عيادة الجراحة 9- عيادة أمراض السرطان.

*يوجد بالمستشفى قسم طوارئ وسيارة إسعاف واحدة فقط.

*عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 35 غرفة وعدد الأسرة 118 سرير.

الجدول رقم (2-2): عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى طولكرم الحكومي.

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	24
2	أطباء باطنية	4
3	أطباء أطفال	3
4	أطباء جلدية	0
5	أطباء مسالك بولية	2
6	أطباء نسائية	3
7	أطباء عظام	2
8	أطباء عيون	0
9	أطباء انف وأذن وحنجرة	2
10	أطباء أعصاب	0
	العدد الإجمالي للأطباء	40

المصدر: إدارة مستشفى طولكرم الحكومي 2012.

الجدول رقم (2-3): عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى طولكرم الحكومي.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفون إداريون	48
2	أطباء	40
3	ممرضون	97
4	قابلات	11
5	أخصائيو مختبر	1
6	فنيو مختبر	14
7	أخصائيو أشعة	0
8	فنيو أشعة	0
9	صيادلة	4
10	سائقو إسعاف	0
	موظفو خدمات	20
	العدد الإجمالي للأطباء	235

المصدر: إدارة مستشفى طولكرم الحكومي 2012 .

يتعامل المستشفى مع التامين الحكومي فقط، حيث يبلغ عدد المؤمنين حسب وزارة الصحة في محافظة طولكرم ما نسبته 65 % من سكان المحافظة الذين يخدمهم مستشفى طولكرم الحكومي الوحيد في المحافظة. وحسب بيانات مستشفى طولكرم الحكومي، فان متوسط طالبي الخدمة اليومي هو 250 مريض، مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته على مدار 24 ساعة عدا العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

مستشفى الهلال الأحمر :

يتبع هذا المستشفى جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، التي يعود تاريخ تأسيسها في مدينة طولكرم إلى العام 1948 م، أنشئت الجمعية المستشفى في العام 1991 م وذلك في نفس مقر الجمعية، الذي تبلغ مساحة الأرض التي يقوم عليها 1300 م²، إجمالي المساحة الطابقية للبناء القائم 3200 م²، حيث يتكون المبنى من ثلاث طوابق مبنية من الحجر، ملكية المبنى تابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني.

يضم المستشفى أربعة أقسام، وهي الجراحة العامة، والولادة، والمسالك البولية، والعلاج الطبيعي. المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات.

- الأقسام الطبية المساندة:

يوجد في المستشفى: مختبر و صيدلية و وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية.

- العيادات التخصصية:

يوجد بالمستشفى خمس عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

- 1 - عيادة النسائية والولادة 2- عيادة الجراحة 3 - عيادة المسالك البولية 4 - عيادة العظام
- 5 - عيادة الأنف والأذن والحنجرة 6-عيادة علاج طبيعي 7-مركز حماية الطفولة
- 8-الحضانة الخارجية.

يوجد في المستشفى قسم طوارئ صغير، يضم ثلاثة أسرة . يوجد في المستشفى 7سيارات إسعاف. عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 10 غرف، وعدد الأسرة 21 سرير. يقدم المستشفى خدمة رعاية الأمومة والطفولة.

الجدول (2-4): عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الهلال الأحمر .

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	3
2	أطباء باطنية	0
3	أطباء أطفال	1
4	أطباء جلدية	0
5	أطباء مسالك بولية	1
6	أطباء نسائية	8
7	أطباء عظام	1
8	أطباء عيون	0
9	أطباء انف وأذن وحنجرة	1
10	أطباء أعصاب	1
العدد الإجمالي للأطباء		16

إدارة مستشفى الهلال الأحمر 2012.

الجدول(2-5):عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى الهلال الأحمر.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفون إداريون	12
2	أطباء	13
3	ممرضون	9
4	قابلات	3
5	أخصائيو مختبر	1
6	فنيو مختبر	1
7	أخصائيو أشعة	1
8	فنيو أشعة	0
9	صيادلة	1
10	سائقو إسعاف	7
11	موظفو خدمات	9
	إجمالي عدد الموظفين	57

المصدر: إدارة مستشفى الهلال الأحمر 2012.

لا يتعامل المستشفى مع التأمين الحكومي، وإنما يتعامل مع التأمين الخاص. وحسب بيانات المستشفى، فإن متوسط طالبي الخدمة اليومي هو 20 مرضى فقط، مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته على مدار 24 ساعة، عدى العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

مستشفى الزكاة:

يتبع هذا المستشفى إلى لجنة الزكاة في محافظة طولكرم، أنشئت الجمعية المستشفى في العام 1992م وتم افتتاحه للعمل في 2002م، وتبلغ مساحة الأرض التي يقوم عليها البناء 1800م²، تبلغ مساحة مسطح البناء 880م²، ويبلغ إجمالي المساحة الطابقية للبناء القائم 5280م² حيث يتكون المبنى من 6 طوابق مبنية من الحجر، ملكية المبنى تابعة للجنة الزكاة.

يضم المستشفى ثمانية أقسام وهي الجراحة رجال والجراحة نساء والباطني رجال والباطني نساء وقسم الولادة وقسم الحضانه وقسم العلاج الطبيعي وقسم العمليات الذي يحتوي على غرف عناية مكثفة. المستشفى مجهز بغرفتين للعمليات.

الأقسام الطبية المساندة:

يوجد بالمستشفى: 1 - مختبر وبنك دم 2 - صيدلية 4 - وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية 5 - قسم أشعة وتخطيط دماغ 6 - قسم العلاج الطبيعي.

- العيادات التخصصية: يوجد بالمستشفى 10 عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

1 - عيادة النسائية والولادة 2 - عيادة الجراحة 3 - عيادة المسالك البولية 4 - عيادة العظام

5 - عيادة الأنف والأذن والحنجرة 6 - عيادة أمراض القلب والشرابيين 7 - عيادة أطفال

8 - عيادة أسنان 9 - عيادة الباطنية 10 - عيادة العيون.

يوجد بالمستشفى قسم طوارئ طاقته الاستيعابية العادية 25 حالة. ويوجد في المستشفى

سيارات إسعاف عدد 2. عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 19 غرفه وعدد الأسرة

54 سرير .

الجدول (2-6): عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الزكاة.

العدد	التخصص	الرقم
4	أطباء عامون	1
1	أطباء باطنية	2
2	أطباء أطفال	3
0	أطباء جلدية	4
0	أطباء مسالك بولية	5
2	أطباء نسائية	6
4	أطباء عظام	7
1	أطباء عيون	8
3	أطباء انف وأذن وحنجرة	9
1	أطباء أعصاب	10
18	العدد الإجمالي للأطباء	

المصدر: إدارة مستشفى الزكاة 2012 .

الجدول (2-7): عدد الموظفين وتخصصاتهم في مستشفى الزكاة.

العدد	توزيع الموظفين	الرقم
12	موظفون إداريون	1
13	أطباء	2
14	ممرضون	3
2	قابلات	4
1	أخصائيو مختبر	5
0	فنيو مختبر	6
0	أخصائيو أشعة	7
0	فنيو أشعة	8
1	صيادلة	9
15	سائقو إسعاف	10
58	موظفو خدمات	11

إدارة مستشفى الزكاة 2012.

يتعامل المستشفى مع التأمين الحكومي والخاص والوكالة، وحسب بيانات المستشفى فإن متوسط طالبي الخدمة اليومي 40 مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته خلال 24 ساعة عدا العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

مراكز الصحة الأولية في منطقة الدراسة :

صفة المركز، هو عبارة عن مركز رعاية صحية أولية، يقع مبنى المركز في الجهة الشمالية من مركز مدينة طولكرم كما هو مبين في الخريطة (4) مساحة المبنى 250 مترا مربعا وهو عبارة عن طابقين ويتكون من 8 غرف، ملكية المبنى حكومي تابع لوزارة الصحة الفلسطينية إضافة لعيادة الطب العام، يوجد في المركز عيادة طب نفسي متخصصة يعمل فيها طبيب واحد ويوجد مختبر وصيدلية. أما بما يتعلق بالموظفين وتخصصاتهم فالجدول (4-9) يبين توزيعهم على التخصصات وأعدادهم. - و حسب بيانات المركز فإن عدد طالبي الخدمة يصل يوميا إلى 200 طالب خدمة. المركز يقدم خدماته في ساعات النهار فقط من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

الجدول (2-8): عدد الموظفين وتخصصاتهم مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية.

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	2
5	أطباء أعصاب	1
6	ممرضون	3
7	كاتب سجل	1
8	صيدلي	1
9	فني مختبر	1
10	موظف خدمات	1
	إجمالي الموظفين	10

المصدر: مكتب وزارة الصحة طولكرم 2012.

2- مركز مديرية صحة طولكرم / العيادة الجنوبية:

إضافة لكونه مركز رعاية صحية أولية، فهو أيضا يضم المركز الإداري لمديرية الصحة الفلسطينية في محافظة طولكرم. تبلغ مساحة المبنى 300 متر مربع، وهو عبارة عن طابقين، يقع هذا المركز الصحي في الجزء الجنوبي من مركز مدينة مبنى المركز ملك خاص وهو مستأجر من قبل وزارة الصحة يوجد في المركز مساحة خضراء تحتاج إلى عناية. يختلط في المركز نتيجة ضيق المكان، العمل الطبي بالإداري، يوجد في المركز مختبر وصيدلية، يوجد بالمركز سيارة إسعاف واحدة تستخدم للمسائل الإدارية، يوجد في المركز 4 عيادات تخصصية وهي عيادة الطب العام، والنسائية، والباطني، والأطفال يصل عدد طالبي الخدمة اليومي حسب بيانات المركز إلى 180 طالب خدمة.

الجدول (2-9): توزيع الموظفين وتخصصاتهم في مركز مديرية صحة طولكرم / العيادة الجنوبية.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظف إداري	13
2	طبيب عام	2
3	طبيب أطفال	1
4	طبيب نسائية	1
5	طبيب باطني	1
6	ممرضون	8
7	قابلات	3
8	فني مختبر	4
9	صيدلي	3
10	سائق إسعاف	1
11	موظف خدمات	3
	إجمالي الموظفين	41

المصدر: مكتب وزارة الصحة طولكرم 2012.

يشتمل المركز على عيادة أمومة وطفولة إضافة إلى مركز تطعيم ويعمل المركز خلال ساعات النهار من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

مركز رعاية شويكة الصحي:

تبلغ مساحة المبنى 150 مترا مربعا يتكون المبنى من طابق واحد عبارة عن شقة، ويشتمل على 4 غرف. يقع في شمال البلدة القديمة من شويكة، ويقع مبنى المركز في تجمع سكني، ملكية المبنى خاصة، وهو مستأجر من قبل وزارة الصحة الفلسطينية. يوجد في المركز عيادتان واحدة طب عام والأخرى نسائية إضافة إلى صيدلية يوجد في المركز رعاية أمومة وطفولة.

الجدول (2-10): عدد الموظفين وتخصصاتهم في مركز رعاية شويكة الصحي.

الرقم	التخصص	العدد
1	طبيب عام	1
2	طبيب نسائية	1
3	صيدلية	1
4	قابلات	2
5	ممرضون	0
6	موظف خدمات	0
إجمالي الموظفين		5

المصدر: مكتب وزارة الصحة طولكرم 2012.

عدد طالبي الخدمة اليومي حسب بيانات المركز، يصل إلى 70 حالة يوميا، المركز يقدم خدمة نهائية فقط ضمن ساعات الدوام من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

مركز رعاية مخيم طولكرم الصحي :

يقع المبنى في وسط مخيم طولكرم وضمن تجمع سكني، مساحة المبنى 220 مترا مربع ، ويتبع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الانروا (UNRWA) يوجد في المركز عيادة طب عام وعيادة نسائية وعيادة أطفال ويشتمل المركز على مختبر وصيدلية إضافة إلى عيادة أمومة وطفولة يتعامل المركز مع تأمين الوكالة فقط.

الجدول (2-11): عدد الموظفين وتخصصاتهم في مركز رعاية مخيم شويكة الصحي.

الرقم	التخصص	العدد
1	موظفون إداريون	6
2	أطباء عامون	3
3	أطباء أطفال	1
4	أطباء نسائية	1
5	ممرضون	9
6	قابلات	2
7	أخصائي مختبر	1
8	صيادلة	3
9	فني مختبر	2
10	موظف خدمات	5
	إجمالي الموظفين	33

المصدر: مكتب وكالة غوث مخيم طولكرم 2012.

عدد طالبي الخدمة اليومي حسب بيانات المركز يصل إلى 500 طالب خدمة المركز يقدم

الخدمة النهارية فقط 8:00 وحتى الساعة 2:00 ظهرا.

الفصل الثالث: مرض السكري

3:1 المقدمة

3:2 نظرية التطور الوبائي

3:3 مرض السكري

3:4 تعريف داء السكري

3:5 وبائية وانتشار داء السكري

3:6 العوامل المسببة لداء السكري

3:7 أنواع داء السكري

3:8 مضاعفات مرض السكري

3:9 قياس مستوى السكر في الدم

3:10 كيفية الوقاية من مرض السكري

3:11 طرق العلاج

الفصل الثالث

1:3 المقدمة:

من المؤكد أن دراسة الأمراض نالت حظا وافرا من اهتمامات العلماء، غير أن زاوية الاهتمامات اختلفت باختلاف انتشارية هذه الأمراض وتوفر المعلومات الإحصائية عنها، فبعد ان كانت الاهتمامات منصبه في الدول المتقدمة على دراسة الأمراض المعدية وكيفية القضاء عليها، تحولت في الوقت الحاضر إلى دراسة الأمراض المزمنة غير المعدية كأمرض القلب والسكر والسرطان، كنتيجة طبيعية لانتشارها المتوافق مع التطور الاقتصادي والاجتماعي والتكنولوجي، وفيما يلي سنبين عملية التغير في طبيعة الأمراض فيما يعرف بنظرية التطور الوبائي، كما سيتناول هذا الفصل دراسة مرض السكري مسبباته وأعراضه وطرق الوقاية منه والعلاج.

2:3 نظرية التطور الوبائي:

ترتبط نظرية التحول الوبائي في تفاصيلها بالتذبذب في معدلات المواليد والوفيات ، وذلك وفقا لنظرية التحول الوبائي وتفسر نظرية التحول الوبائي نوع العلاقة بين الحالة الصحية العامة التي تمر بها المجتمعات ومراحل نمو السكان، حيث يرتكز نمو السكان على معدلات الإصابة بالأمراض وما يرتبط بها من وفيات والتي لها آثارها على نمو السكان العام وملخص هذه النظرية المجتمع السكاني من وجهة النظر الصحية يمر بعدة مراحل وهي :

1- مرحلة الأوبئة والمجاعات :

وهي مرحلة تعد امتدادا للأنماط التي حدثت منذ العهود القديمة والتي تكون الأمراض المتوطنة وأمراض نقص التغذية والأوبئة مصدرا للوفيات وخاصة فئات صغار السن والشباب، وبالتالي تكون معدلات نمو السكان منخفضة حيث معدلات مواليد مرتفعة ومعدلات وفيات أيضا مرتفعة.

2- مرحلة انحسار الأوبئة:

في هذه المرحلة تنخفض الوفيات بشكل متسارع وتظل معدلات المواليد مرتفعة، وذلك نتيجة تحسن في الوضع الصحي العام للسكان وفي هذه المرحلة تخفض معدلات الوفيات، وبالتالي زيادة في معدلات النمو السكاني، وقد أدى إلى هذه المرحلة التطور الاقتصادي في بادئ الأمر، إلى جانب اكتشاف وسائل العلاج الحديثة و التطعيمات ضد معظم الأمراض والتي كانت تأخذ الشكل الوبائي.

3- مرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر :

وهذه المرحلة تمتاز بانخفاض معدلات نمو السكان وكذلك معدلات الوفيات، ومن أهم سماتها أمراض الشيخوخة بأنواعها المختلفة مثل أمراض القلب والسرطان وضغط الدم وأمراض الكبد وغيرها من الأمراض التي ترتبط بالتحضر، وتكون الوفيات في السن المتأخرة عكس المرحلة الأولى التي تتركز الوفيات في السن الصغيرة، وينعكس ذلك على معدلات نمو سكاني بطيء. وهذه المراحل تتفاوت دول العالم في المرور بها ويرجع ذلك للتباين في معدلات النمو الصناعي والحضاري والاقتصادي والطبي.

3:3 مرض السكري :

مرض البول السكري منتشر في جميع اقطار العالم وبين جميع الاجناس وفي مختلف الأعمار داء السكري ليس من الامراض المستحدثة فهو من أقدم الأمراض، عرفة المصريون القدماء، ووصفة الهنود، وسماه الرومان، وعرف مضاعفاته العرب والمسلمون قديما. وهكذا تبين أن داء السكري من الأمراض القديمة جداً التي شغلت اهتمام الأطباء والباحثين على مر العصور، فلقد كان يسمى (بول = Diabete) ، وأستطاع الهنود حوالي 4000 سنة ق.م أن يتوصلوا إلي أن بول المصاب يكون حلواً؛ إلا أن التسمية لهذا المرض باسم داء السكري حددها الرومان قبل حوالي 2000 عام فقد وضعوا الاسم المعروف بـDiabetes Mellitus وترجمة هذا الاسم تشير إلي البول الحلو .²⁹

²⁹ غازي حمادة، مهنتك والداء السكري، مجلة الاقتصادي، العدد99 الدمام، الغرفة التجارية، 1998، ص71-ص75.

وقد دلت الإحصاءات الصحية للبلاد الراقية ان نسبة الاصابة بمرض السكري بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية تزايدت باضطراد وقد كانت هذه الزيادة مخيفة ولكن اسبابها معروفة، حيث أن هذا المرض يصيب الأغنياء أكثر مما يصيب الفقراء، وهذه قد تكون احد العوامل المؤثرة في منهاج العلاج .³⁰

وبشكل عام فان مرض السكري من الأمراض التي يمكن السيطرة عليه تماما والحيلولة دون مضاعفاته، ولكن ليس بالإمكان الشفاء منه تماما.

4:3 تعريف داء السكري :

هو ارتفاع مستوى السكر في الدم عن الحدود الطبيعية المتعارف عليها عالميا، ويوجد قدر معين من السكر في الدم عند كل إنسان لحاجة الجسم إليه كمصدر للطاقة ويعود سبب ارتفاع مستوى السكر في الدم إما إلى نقص كمية الأنسولين أو لعدم وجوده أو لعدم كفاءته مما يعني وجود اختلال في التوازن بين كمية الأنسولين المفرزة وبين كمية السكر في الدم يؤدي هذا الاختلال إلى تغيرات واضطرابات في التمثيل الغذائي.

ويتم تشخيص مرض السكر تبعا للتعريف الذي اعتمده الجمعية الأمريكية لمرض السكري والذي يتخلص في إجراء تحليل دم لقياس مستوى السكر في الدم فان وصل السكر في الدم إلى أعلى من 126 مليجرام / ديسيلتر في حالة الصيام فيمكن القول بقابلية هذا الشخص للإصابة بمرض السكري.³¹

وحتى لا يترك المجال لكل واحد أن يضع تعريفه الخاص بداء السكري فقد اجتمع خبراء منظمة الصحة العالمية في عام 1979 ووضعوا التعريف التالي للمرض:

³⁰ الرويحة، امين، داء السكري أسبابه أعراضه طرق مكافحته، ط1، دار القلم، بيروت، 1973، ص7.

³¹ الزهراني حسن، الاقدام السكرية : الوقاية والعلاج، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، 2006، ص13.

مرض السكر: هو حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن قلة افراز الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التي تضاد مفعوله.³²

5:3 وبائية وانتشار داء السكري:

هناك صعوبة كبيرة جدا في إمكانية وضع أرقام محددة وإحصاءات دقيقة عن مدى انتشار الداء السكري في المجتمعات المختلفة إلا أن الجميع متفق على أن هذا المرض مشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العامة.

كما يعد مرض السكري من الأمراض المزمنة والواسعة الانتشار على مستوى دول العالم وهو في تزايد مستمر فقد بلغ تعداد المصابين بهذا المرض بحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية لعام 2000 لكل الفئات العمرية من الجنسين على مستوى دول العالم (17 مليون شخص) أي 2.8% من تعداد سكان العالم ومن المتوقع ان يزداد هذا العدد ليصل إلى (366 مليون شخص) أي (4.4%) في عام 2030 وبخاصة في الدول النامية مثل دول الشرق الأوسط وإفريقيا والهند حيث يزداد انتشار المرض بين الأفراد في سن (45-64) ويزيد السكر بمعدل سنوي يصل إلى 6 ملايين شخص كل عام، ويفوق مرض السكري مرض الايدز، ونقص المناعة المكتسبة فيمكن اعتباره المسبب الأكبر في وفاة (3-4 ملايين) شخص سنويا وتجدر الإشارة أن عدد النساء المصابات بهذا المرض اكبر من عدد الذكور على مستوى دول العالم كما أن معدل انتشار مرض السكر ولا سيما بين الراشدين يزيد في الدول المتقدمة عنه في الدول النامية ولكن هذا لا يعني أن المرض لا ينتشر بشكل كبير في الدول النامية وبخاصة الدول التي تشهد تغيرات كبيرة في نمط الحياة مل: دول الخليج العربي ربع سكانها النوع الثاني من مرض السكري، حيث ان ذلك مرتبط بعوامل خطورة متعددة مثل السمنة، الاستهلاك المفرط للسعرات الحرارية العالية، وقلة التمرينات الرياضية.³³

³² الحديدي سيد ، الباشي نزار ، وبائية وانتشار السكري ، منشورات دار القلم العربي، حلب 1994،ص15.

³³ حسن، هدى جعفر، مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات للشخصية، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 34، العدد1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، 2006.

وطبقا للإحصائيات تتفاوت نسب الإصابة بمرض السكري في الشعوب والدول المختلفة حيث تبلغ النسبة العالمية لانتشار مرض السكري حوالي 6% وهي نسبة عالية مقارنة بما كانت عليه قبل قرنين من الزمان.³⁴

6:3 العوامل المسببة لداء السكري :

على الرغم من عدم معرفة العوامل المسببة لداء السكري على وجه الدقة فإن هناك بعض العوامل التي يحتمل أن يكون لها دور في ظهوره أو في شدته ومن هذه الأسباب :

العمر:

حيث يزداد احتمال الإصابة بالسكر كلما تقدم السن ويقدر ان 80% من حالاته تظهر بعد من الخمسين.³⁵

الجنس:

تشير الدراسات إلى أن مرض السكري في مراحل العمر الأولى يكون الذكور أكثر تعرضا من الإناث ويحدث العكس في مراحل السن المتوسطة وتساهم عمليات الحمل والإنجاب في زيادة احتمال الإصابة بين النساء.³⁶

الصفات الوراثية

إن موضوع الوراثة وعلاقتها بداء السكري شغلت اهتمام الباحثين منذ فترة طويلة وقد أصبح واضحا من مجمل الدراسات أن الإنسان يرث من أبويه الاستعداد للإصابة بداء السكري إذا كان احدهما أو كلاهما مصابا ولا شك ان هذا لا يعني بالضرورة ان كل مصاب بمرض السكري سيورث أبناءه هذا المرض، كما لا يعني أيضا ان غير المصاب بالمرض لن يتعرض

³⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/> 24-5-2012

³⁵ الشارخ، محمدالهديب، محرر، الجندي المسلم، ماذا تعرف عن داء السكري العدد85، وزارة الدفاع والطيران الرياض، ص77.

³⁶ المرجع السابق، ص77.

أبناؤه للإصابة به إذ أن الوراثة وحدها لا تكفي لظهور مرض السكري وهناك عوامل أخرى تلعب دوراً مهماً بالإصابة.³⁷

وتلعب الوراثة دوراً أكبر في الإصابة بالنمط الثاني من السكري خصوصاً أولئك الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الإصابة بالمرض . ويزداد احتمال إصابتهم بالمرض بازدياد عدد الأقارب المصابين. فنسبة الإصابة به بين التوائم المتماثلة (من نفس البويضة) تصل إلى 100%، وتصل إلى 25% لأولئك الذين لديهم تاريخ عائلي في الإصابة بالمرض.³⁸

العوامل الحضارية:

المستوى الحضاري هو أنماط المعيشة والسلوك والتقاليد والفكر وغيرها من الخبرات التي يكتسبها الإنسان في تعامله مع الآخرين، فكل مظهر من هذه المظاهر يؤثر على الصحة، من حيث زيادة الاحتكاك والاختلاط بين الريف والمدن الذي يساعد على الاستفادة من الخدمات الصحية والمعرفية. فهناك علاقة بين زواج الأقارب ودرجة الحضارية، فكلما كان هناك تقدم ومستوى حضاري، قلت نسبة زواج الأقارب. وكذلك فإن العادات الغذائية تسهم وبشكل واضح في مستوى السكر في الدم حيث أن الأغذية البسيطة غير المصنعة الغنية بالألياف والفقيرة بالحريرات هي من أنجح الوسائل لمكافحة انتشار مرض البدانة والداء السكري، و تشير الدراسات إلى أن الحياة الريفية التي تمتاز بالعمل والحركة حيث يعتمد الناس على أنفسهم في أعمالهم الخاصة ويستخدمون أقدامهم في التنقل من مكان إلى آخر ويعتمدون على غذاء يغلب عليه الطابع الريفي الغني بالألياف والحبوب، تنخفض فيها الإصابة بمرض السكري ، بينما حياة المدينة التي تنسم بحياة الركود والخمول وقلة الحركة وكثرة الخدم والاعتماد على الآلة وقلة استهلاك الطاقة في الجسم بالإضافة إلى الاعتماد على الغذاء الغني بالدهن والمواد السكرية البسيطة يزداد فيها انتشار مرض السكري.³⁹

³⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/> 24-5-2012

³⁸ المرجع السابق، 24-5-2012

³⁹ الكراد حسن، الدباغ، محمد، اثر نمط الحياة الحديثة على عدل انتشار الاراض المزمنة (الداء السكري، ارتفاع شحوم الدم، البدانة) العدد 2، مج 25 مجلة جامعة البعث، 2003، ص 89-109.

التغذية:

لقد أثبتت الدراسات العلمية وجود علاقة وثيقة بين التغذية التي تؤدي إلى السمنة وداء السكري حيث نفشت في اغلب المجتمعات وأصبحت تشكل خطرا يجب تداركه كما أنها تزداد بنسب عالية وذلك نتيجة لتحسن المستوى المعيشي والغذائي.

وتعتبر أساليب نمط الحياة وعدم الحركة وممارسة الجهد من أهم الأسباب التي تؤدي إلى فشل البنكرياس في عملية إفراز الكمية اللازمة من هرمون الأنسولين وحينذاك يصاب بداء السكري وكذلك بطول فترة الإصابة وللوقاية من حدوث داء السكري أصبح مؤكدا انه لا بد من المحافظة على الوزن الطبيعي وذلك بإتباع حمية غذائية مناسبة تعتمد على كمية السعرات الحرارية المتناولة مع ممارسة الرياضة المنظمة ليكون إنقاص الوزن تدريجيا وبمعدلات ثابتة.

عدم ممارسة النشاط الرياضي:

حيث كشفت الدراسات مؤخرا أن اللجوء للفرش والراحة لفترة طويلة يؤدي إلى الخمول وبالتالي حصول مقاومة للأنسولين وتحليله للجلكوز 6، كما أظهرت الدراسات الحديثة أن المشي لمدة 30 دقيقة في اليوم إلى جانب إنقاص الوزن يقي الإنسان من الإصابة بالسكري بنسبة 58%.

الضغوط النفسية:

إن العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية علاقة متبادلة، حيث أن للعوامل النفسية دورا مهما في نشأة العديد من الأمراض الجسمية وتطورها، كما أن للأمراض الجسمية تأثيرا على الأفراد.

إن الأمراض المزمنة تعد من العوامل الضاغطة التي تؤثر في الوظائف الانفعالية للمرضى لأنها تغير في أسلوب حياتهم وتفاعلهم مع البيئة وهناك بعض الدراسات التي تشير إلى أن العوامل النفسية هي التي تؤدي إلى تطور المرض بينما تشير دراسات أخرى إلى عكس ذلك.

وهذه العوامل النفسية تلعب دورا كبيرا في مرض السكر وفي أكثر الأحيان يصعب التغلب عليها فليس باستطاعة كل إنسان التغلب على الغم والكآبة ، وخصوصا أن بعضها يرجع إلى التكوين الوراثي (الجيني) للإنسان .

كما ان هناك دلائل تشير إلى محدودية تأثير الضغوط النفسية على ظهور النوع الأول من مرض السكري، ولكن فيما يخص النوع الثاني من المرض فقد اتفقت معظم الدراسات على أن الضغوط النفسية تؤثر على مستوى السكر في الدم لدى المرضى فبعض الأفراد يرتفع لديهم مستوى السكر عند التعرض للضغوط في حين ان بعضهم الآخر ينخفض لديهم مستوى السكر عند التعرض للضغوط نفسها ويرجع ذلك إلى العوامل الشخصية الخاصة بهؤلاء الأفراد. ومن ناحية أخرى فان الإنسان الكئيب يفقد الاهتمام أو العناية بصحته، وهذا يجعله لا يهتم بتناول الادوية بانتظام أو قياس معدل تركيز السكر أو لا توجد رغبة لديه بتناول طعام صحي معتدل أو ممارسة الرياضة فالحياة تفقد بهجتها ورونقها لديه.⁴⁰

والمصادر المحتملة لهذه الضغوط النفسية قد تتمثل في وفاة احد الأحبة فقدان الوظيفة، الطلاق أو الإصابة بمرض مستعصي أو خسارة كبيرة في المال لم تكن في الحسبان، وحتى الأحداث السارة جدا يمكن أن تسبب للمريض بداء السكري ضغوطا نفسية. فمهما كان الحادث سواء يحمل السعادة أو الحزن. فمن الضروري ان يعرف المريض بداء السكري إلى مدى الضغوط النفسية المترتبة عليه من انتكاس في حالته الصحية.

7:3 أنواع داء السكري:

يقسم داء السكري بوجه عام إلى نوعين أساسيين وهما النوع الأول ويطلق عليه اسم مرض السكري المعتمد على الأنسولين. النوع الثاني: وهو مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين ويعتبر هذان النوعان أكثر أمراض السكري انتشارا، وهناك انواع اخرى اقل انتشارا.

⁴⁰ بهجت عباس ، علي ، مرض السكر والتعايش معه اعراضه ، علاجه ، تجنبه ، مع دراسة موجزة عن العلاج الجيني والخلايا الاولية ، دار الشروق ، 2002، ص76.

النوع الأول: لقد أطلق على هذا النوع اسم داء السكري المعتمد على الأنسولين أو سكري اليافعين أما التسمية الأولى فهي الأكثر دقة لأنها تدل على طبيعة المرض في حين ان التسمية الثانية (سكري اليافعين) غير دقيقة لأنه يطلق على مرحلة زمنية من عمر الإنسان، وقد يعتقد البعض في هذا الحالة ان هذا النوع يصيب الاطفال فقط ولكن الواقع غير ذلك فهو يصيب الكبار ايضا حيث يصاب به الاطفال والشباب حتى سن الثلاثين ، ويعود السبب في حدوث هذا النوع إلى قلة أو انعدام الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس بواسطة جزيرات لانجرهانز أي أن هذه الإفرازات من الأنسولين تكون عاجزة عن سد حاجة الجسم، ويعالج مرضى هذا النوع بواسطة حقن الانسولين مع المراقبة المستمرة لمستوى السكر في الدم، ويغلب على المصابين به الهزال والضعف، ومن صفات هذا النوع ارتفاع نسبة الإصابة بالمضاعفات الحادة مثل حدوث غيبوبة ارتفاع السكر او مضاعفات مزمنة مثل اصابات القلب والشرايين والكلية والعين⁴¹.

النوع الثاني: وكان يسمى هذا النوع من قبل سكر البالغين والتسمية الجديدة مرض السكر غير المعتمد على الأنسولين أدق وأكثر موثمة مع طبيعة هذا النوع من مرض السكر ويعود سبب حدوث هذا النوع إلى انخفاض إنتاج الأنسولين بواسطة جزيرات لانجرهانز وهي مصانع الأنسولين ويكون إنتاج الأنسولين قليلا أو كافيا ولكنه غير فعال بالدرجة الكافية لحرق السكر، ويعتبر الإفراط في تناول الطعام والسمنة احد اهم اسباب الاصابة بهذا النوع من المرض ويعالج هذا النوع باستخدام الأقراص الفمية وهي أقراص تساعد على زيادة افراز الانسولين او تزيد فعالية الأنسولين في حرق السكر الزائد في الدم، بالإضافة إلى العلاج الدوائي يتجه المريض بهذا النوع إلى خفض الوزن وضبط الغذاء (الحمية) حيث انه كلما زاد الوزن كلما زاد ارتفاع نسبة الانسولين في بلازما الدم كلما زاد اجهاد البنكرياس فتزيد فرصة الاصابة بالمرض، ويعاني من السمنة 55% من المرضى المصابين بالنمط الثاني من السكري، كذلك يزداد احتمال الإصابة بالنوع الثاني بعد سن الأربعين فحوالي 20% من المسنين يعانون من

⁴¹ الكيلاني، يوسف، السكري والصحة، ط1، منشورات شركة النور، بيروت، 1982

السكري في أمريكا الشمالية كما ان للعامل الوراثي وتاريخ العائلة دور في الإصابة بهذا النوع حيث يشيع النمط الثاني اكثر بين الافراد الذين لديهم اقارب عانوا منه سابقا .

ويتميز هذا النوع بقلة حدوث المضاعفات الحادة وضعف ظهور الأعراض، ولكن يمكن أن تنتج مضاعفات خطيرة نتيجة عدم ملاحظة المرض وأعراضه كما أن هذا النوع هو الاكثر انتشارا من بين النوعين.⁴²

النوع الثالث:

وهذا النوع يعاني منه يمثل نسبة بسيطة من المصابين بهذا المرض، ويتمثل ذلك في المصابين بأمراض عضوية في البنكرياس مثل الالتهابات المزمنة والأورام وغيرها، وكذلك الأمراض التي تصاحبها إفراز زائد لهرمونات مضادة للأنسولين والتي يمكن علاجها عندما تختفي الزيادة في هذه الهرمونات. كما توجد بعض الحالات من السكري بسبب عدم استجابة مستقبلات الأنسولين على أنسجة الجسم وهي حالات نادرة، كذلك تضم هذه المجموعة بعض المرضى الذين تحتم عليهم حالتهم الصحية استعمال بعض العقاقير التي قد تؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر بالدم مثل الكورتيزون وبعض مدرات البول، كما تضم بعض الأمراض الوراثية النادرة التي قد يصحبها ظهور مرض السكر والأهمية الوحيدة لهذا النوع من السكر هو انه يمكن الشفاء منه نهائيا إذا أمكن التعامل مع السبب العضوي بنجاح.⁴³

النوع الرابع:

هو ما يطلق عليه سكر الحمل وهو يشبه السكري من النمط الثاني من حيث قلة الانسولين النسبية وضعف استجابة انسجة الجسم لمفعول الأنسولين، وهو ظهور مرض السكر للمرة الأولى أثناء الحمل وهذا النوع قد يختفي مباشرة بعد الولادة، وقد يختفي ليظهر في أوقات الحمل التالية، وقد يستمر بعد الحمل مثل النوع الأول أو الثاني وأهمية هذا النوع تكمن في

⁴² منصور، حسن فكري، الوصفات الطبيعية والأعشاب الطبية للعلاج بدون دواء ط1 دار الصفا والمروة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004 ص14.

⁴³ حرب، صلاح، مرض السكر بين الوهم والحقيقة ط، دار الكتب، القاهرة 1999 ص20

الآثار الجانبية الممكن حدوثها للام والجنين أثناء الحمل وكذلك بعض المضاعفات الأخرى التي قد تحدث بعد الولادة ولذلك فانه من الضروري اكتشاف هذا النوع من السكر في الأيام الأولى للحمل ومن الأفضل بالطبع أن يكون اكتشاف الاحتمال بالإصابة قبل الحمل.⁴⁴

8:3 مضاعفات مرض السكري :

تحدث المضاعفات عندما يبقى تركيز السكر في الدم عاليا جدا ولمدة تتجاوز بضع سنين وبدون علاج أو سيطرة. ولكن إذا سيطر على تركيز الدم بجعله في مستوى طبيعي فلا خوف من المضاعفات إذ أنها لا تحدث. تكاد كل أجهزة الجسم واعضاء تصاب بمضاعفات السكري وهذه المضاعفات غالبا ما تصيب المريض بعد سنوات عديدة بالمرض، وعندما لا يهتم المريض بمرضه ولا يتبع الإرشادات ولا يستمر على العلاج بالشكل المطلوب فان المضاعفات تتضاعف تظهر بشكل مبكر وشديد وتكون العيون الضحية الأولى للسكري والكلية تصاب مع مرور الزمن إذ تزداد كمية الزلال في البول وقد يرتفع ضغط الدم عند المريض فتصاب الكلية بهبوط وفشل مزمن وقد يؤدي السكري إلى التهاب الأعصاب وتتنوع الأعراض من فقدان الحس في الأطراف، إلى وجود الضعف التام في الأرجل مما يقعد الإنسان، وكثيرا ما يصاب الرجال مع مرور الزمن بفتور وعجز حسي، وقد يصاب الجلد بتغيرات جلدية على الساقين مما يؤدي إلى تكون قروح جلدية وأحيانا غرغرينا في الأصابع ناتجة عن إصابة الأوعية الدموية، وقد لا تقتصر إصابة الأوعية الدموية على الأصابع بل غالبا ما تتعداها إلى بقية الأوعية الدموية التي تغذى القلب، مما يؤدي إلى جلطة الشريان التاجي أو إلى شلل الدماغ.⁴⁵

كما تكثر الإصابة بتصلب الشرايين في مرض السكري عنهم في غير المصابين به، وقد اتضح من الدراسات أن كثيرا من مرضى تصلب الشرايين بهم قصور في اختبار تحمل السكر، وان ارتفاع مستوى السكر في الدم عامل مهم في تصلب الشرايين. وأكدت الأبحاث العلمية أن

⁴⁴ المرجع السابق، ص 21

⁴⁵ الميداني، محمد "الداء السكري" المجلة الطبية، العدد 44 الرياض ص 32

هناك علاقة بين أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض السكري وبين ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم.⁴⁶

وتشير الدراسات إلى أن المضاعفات المزمنة التي تصيب المريض بداء السكري تشمل على:

1- مضاعفات الجهاز الدوري وتشمل: مضاعفات شبكة العين، ومضاعفات الكلى ومضاعفات الشرايين التاجية للقلب، ومضاعفات شرايين الأطراف.

2- مضاعفات الجهاز العصبي وتشمل على: مضاعفات الأعصاب الإرادية ومضاعفات الأعصاب اللاإرادية.

3- مضاعفات السكر والالتهابات: وتشمل على مضاعفات الجهاز البولي.

كما ينصح الأطباء بعدم التعرض للالتهابات النفسية وتبدأ أول خطوة في ذلك بان يقوم المريض بإفهام أصدقائه وذويه بان تعرضه للضغوط النفسية ستزيد من حده مرضه، وهذا بمثابة إعلام البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها يوميا بإزاحة ما يترتب عليه من ضغوط نفسية من أمام هذا الشخص حتى لا يؤثر على سلوكه المباشر وغير المباشر بطريقة غير مؤذية، بالتالي تؤدي إلى ارتفاع السكر بالدم.

3:9 قياس مستوى السكر في الدم

حدوث زيادة أو نقص مستوى السكر في الدم من الأمور الشائعة الحدوث لدى مرضى السكري، ومعرفة مستوى السكر في الدم ضروري بشكل خاص للمرضى الذين يستخدمون الأنسولين كعلاج لحالتهم، وتزيد أهمية القياس بشكل متكرر يومياً في حال عدم ثبات المستوى وظهور الأعراض المرضية.

⁴⁶ المرجع السابق، ص32

الهدف من قياس مستوى السكر في الدم

يختلف الهدف من قياس مستوى السكر في الدم حسب احتياج المريض وما ينصح به الطبيب المعالج (صغار السن، كبار السن، الحوامل، الذين لديهم أمراض أخرى)، وتتركز الأهداف لدى المصابين بالنوع الأول للسكري على:⁴⁷

1. أن يكون مستوى السكر في الدم قبل الوجبة الغذائية بين 80-120 مجم/دسل.

2. أن يكون مستوى السكر في الدم قبل النوم بين 100-140 مجم/دسل.

كيف يمكن قياس مستوى السكر في الدم ؟

يمكن قياس مستوى السكر في الدم بأكثر من طريقة، الهدف منها معرفة مستوى السكر في الدم لدى المريض، وقد يكون هناك اختلاف في القراءة بين طريقة وأخرى ولكنه عادة ما يكون اختلاف بسيط لا يؤثر على متابعة حالة المريض، وأكثر الطرق استخداماً:⁴⁸

تحليل سكر الدم في المختبر:

وهذه هي الطريقة الأكثر دقة في الفحص، وتستخدم للمرضى المنومين في المستشفى، أما مرضى السكري الآخرين فيتم عملها بصفة دورية عند المتابعة مع الطبيب، ومقارنة تلك القراءة بمستوى التحليل المستخدم في المنزل لمعرفة الفرق وتصحيح الخطأ، كما تجرى المقارنة عند تغيير المريض لجهازه الشخصي.

جهاز قياس السكر الشخصي Glucometer:

وهو جهاز يستخدمه المريض لمراقبة تغيير مستوى السكر في الدم خلال اليوم الواحد مما يساعد على معرفة الجرعة العلاجية وتغييرها تبعاً لذلك التغيير، حيث يتم وخز الإصبع بإبرة

⁴⁷ يونس، احمد، الآلية الامراضية للسكري، مجلة بلسم، العدد 343 جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، 2004، ص17.

⁴⁸ اطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة، عبد الله محمد الصبي، 24-5-2012

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=45&topic_id=750

صغيرة واخذ نقطة دم (يوجد جهاز مخصص لذلك)، توضع نقطة الدم على شريحة خاصة، وتوضع الشريحة في الجهاز، حيث يقوم بقراءة مستوى السكر .

الشريحة الجلدية Skin patch:

وهي شريحة صغيرة توضع على الجلد ويتم قراءة مستوى السكر في الدم عن طريق الأشعة تحت الحمراء.

جهاز المراقبة الدائمة (GlucoWatch) Battery Powered Wrist Watch Device:

هذا الجهاز يوضع على الساعد مثل الساعة، ويقوم بإرسال إشارات كهربية بشكل مستمر إلى الجهاز الرئيسي (الموضوع في الجيب مثلاً)، وبذلك يسجل التغيرات التي تجرى خلال اليوم الكامل، ولكن القراءة غير دقيقة، فهو مجدي في حالات ارتفاع مستوى السكر ولكن غير مجدي في معرفة انخفاض مستوى السكر، وهو غالي الثمن ولا يعوض عن قياس السكر الذاتي.

3: 10 كيفية الوقاية من مرض السكري :⁴⁹

- 1 - مراجعة طبيب السكر بانتظام.
- 2 - مراقبة جرعة الدواء.
- 3 - ينصح بأخذ وجبة خفيفة، أو بتقليل جرعة الأنسولين قبل القيام بمجهود عضلي شاق.
- 4 - عدم استعمال الأدوية دون استشارة الطبيب (الأدوية التي تضاعف أو تزيد فاعلية حبوب السكر).
- 5 - الاحتفاظ بحبوب الجلوكوز أو ما شابهها في متناول اليد لعلاج النقص حال الاحساس به .

⁴⁹ بابلي ، ضحى محمود ، حقائق عن داء السكري ، ط1،مكتبة العبيكات ، الرياض ،2002،ص64.

6- التخطيط للوجبات في حالة السفر او الرحلات بحيث تكون في مواعيدها المعتادة او اخذ وجبات خفيفة بدلا عنها ان لم تتيسر الوجبة الرئيسية .

7- حمل بطاقة التعريف بمرض السكري بصورة دائمة.

8- تحليل البول للكشف عن وجود الكيتونات.

9- تعليم الأقارب المحيطين بالمريض اعراض نقص السكر وكيفية التصرف عند حصولها.

11:3 طرق العلاج:

وهي مترابطة مع بعضها ومتزامنة وصارمة:⁵⁰

1- إتباع الحمية الغذائية المدروسة وممارسة الرياضة اليومية مع الحرص الشديد على عدم زيادة الوزن.

2- استعمال الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب وتقيس الأدوية إلى نوعين أدوية تؤخذ على شكل أقراص أو حبوب عن طريق الفم وهذه متعددة وتفيد في تنظيم السكري عند البالغين أحيانا ولا فائدة منها عند الأطفال ولا بد من تناولها حسب الإرشادات الطبية إذ أن كثرتها قد تسبب هبوطا في سكر الدم وإصابة المريض بالغيبوبة أو الدوخان،

والنوع الثاني من الأدوية وهو الأنسولين وهذه تعطى دوما بشكل ابر أو تحت الجلد أو في العضل أو في الوريد والأنسولين على أنواع عديدة وتركيزات مختلفة، ولا بد من إتباع نصائح الطبيب فيما يتعلق بالأنسولين وكميته وتوقيته إذ انه يختلف من شخص لآخر واهم مضاعفات الأنسولين هي الغيبوبة الانسولينية إذ تؤدي إلى هبوط شديد في سكر الدم يؤدي إلى فقدان الوعي، ولهذا لا بد لكل مريض يأخذه الدواء ، أن يأكل بانتظام إذا ما اخذ الدواء ولا بد له من أن يتعرف على أعراض هبوط سكر الدم ليأخذ قرصا من السكر أو كأسا من الحليب ليتجنب الغيبوبة.⁵¹

⁵⁰ جرجس، نبيل، نافذة على الداء السكري، الأمن والحياة، العدد 299، الرياض، 1428 هـ، ص 65.

⁵¹ دحيور، احمد، غضيب، همام، داء السكري، المجلة الثقافية، العدد 29، عمان ، الجامعة الاردنية، ص 284.

- يعد مراقبة السكر المنزلي عن طريق فحص السكر المنزلي من الخطوات المهمة جدا:
- 3- يجب علاج مضاعفات الداء السكري مثل ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع دهون الدم.
 - 4- تناول السعرات الحرارية المناسبة للوزن والعمر.
 - 5- يجب تناول الأغذية الغنية بالألياف كالحبوب والخضروات وبعض الفاكهة.
 - 6- الابتعاد عن السكريات البسيطة الموجودة في الحلوى والمشروبات الغازية والعصائر.
 - 7- الإقلال من تناول الدهون الحيوانية ويفضل طهي اللحوم عن طريق الشوي أو السلق.
 - 8- يفضل تناول الوجبات الطعمية على ثلاث وجبات رئيسية وثلاث وجبات خفيفة .

الفصل الرابع

الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والصحية ونمط الغذاء التي تؤثر في

التباينات المكانية لانتشار مرض السكري

1:4 مقدمة

2:4 التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن

3:4 الخصائص الاجتماعية

4:4 الخصائص الاقتصادية

5:4 الخصائص الصحية

6:4 نمط الغذاء

7:4 فحص العلاقة بين خصائص أفراد العينة ومدى الإصابة بمرض

السكري

الفصل الرابع

1:4 مقدمة:

يتناول هذا الفصل دراسة أهم العوامل والمتغيرات التي تؤثر في انتشار مرض السكري والتباينات المكانية لانتشار المرض في كل من المدينة والريف والمخيم ضمن منطقة الدراسة، وقد تم تقسيم هذه المؤثرات في النهاية إلى خصائص اجتماعية وخصائص اقتصادية وخصائص صحية ونمط الغذاء لمعرفة أي هذه الخصائص كان له التأثير الأكبر في انتشار مرض السكري، وتم ذلك من خلال توزيع استبيان على عينة حجمها 5% من حجم مجتمع الدراسة الذي بلغ 67522 نسمة حيث تم توزيع الاستبيانات على الأسر بحيث بلغ عددها 617 استبانة ، وكانت نسبة هامش خطأ العينة 4%. وهي نسبة مقبولة. وتم إجراء تحليل إحصائي للبيانات وحساب معامل ارتباط بيرسون ومربع كاي وإجراء اختبار (ت) (Paired Sample Statistics) لمجموعتين لفحص العلاقة بين الإصابة بالمرض وبين كل من الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والصحية ونمط الغذاء.

2:4 التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن:

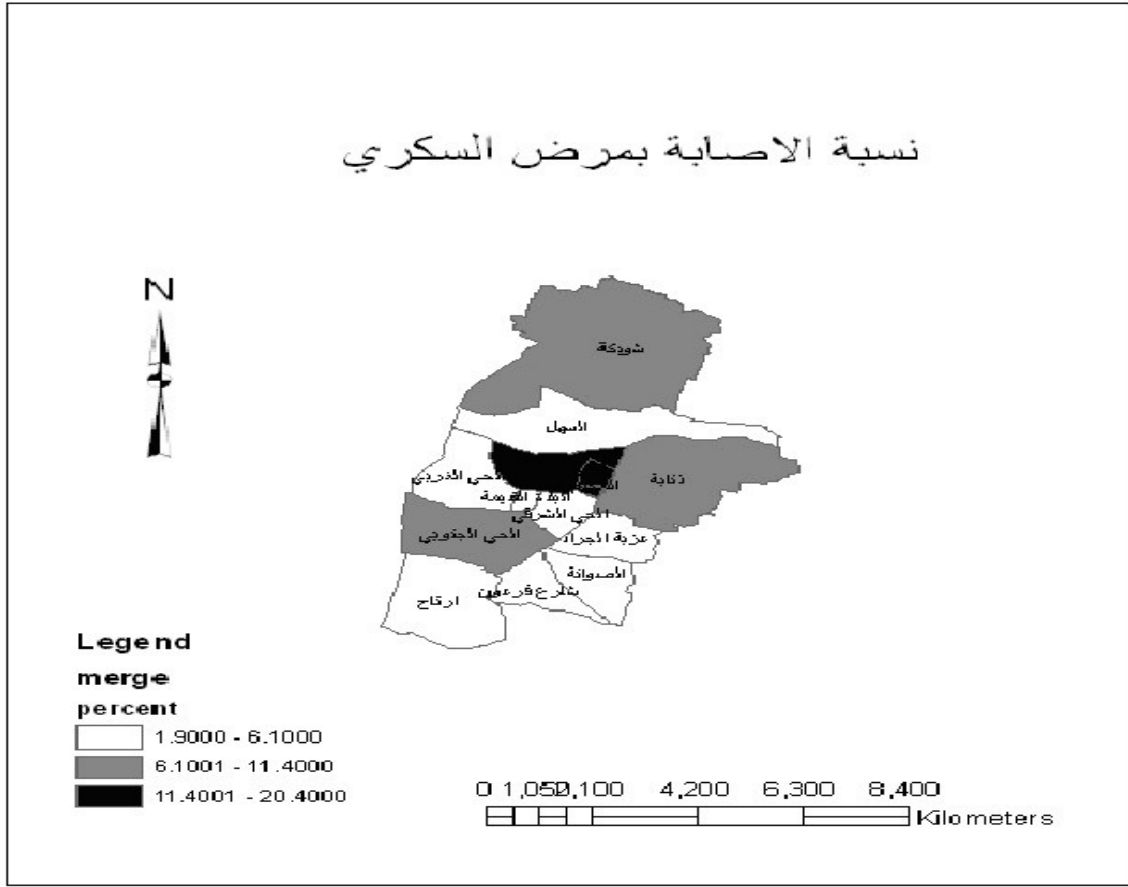
جاء التوزيع الجغرافي لمرضى السكري متبايناً، واحتل سكان المدينة بأحيائها التسعة المرتبة الأولى بنسبة 59.1% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها منطقة الريف بنسبة 25%، وأخيراً المخيم بنسبة 15.9%.

جدول رقم (1:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن:

النسبة إلى عدد حالات الدراسة	النسبة إلى عدد حالات المنطقة	عدد الحالات	المخيم اسم الحي	الريف			المدينة			الرقم		
				النسبة إلى عدد حالات الدراسة	النسبة إلى عدد حالات المنطقة	عدد الحالات	اسم الحي	النسبة إلى عدد حالات الدراسة	النسبة إلى عدد حالات المنطقة		عدد الحالات	
15.9	100	42	مخيم طولكرم	11.4	45.4	30	شويكة	4.5	7.7	12	حي الصوانة	1
								4.9	8.3	13	البلدة القديمة	2
								5.7	9.6	15	الحي الشرقي	3
				9.1	36.4	24	ذناية	3.8	6.4	10	الحي الغربي	4
								9.8	16.6	26	الحي الجنوبي	5
								1.9	3.2	5	السهل الشمالي	6
				4.5	18.2	12	ارتاح	6.1	10.3	16	عزبة الجراد	7
								1.9	3.2	5	شارع فرعون	8
								20.4	34.6	54	الحي الشمالي	9
15.9	100	42	الإجمالي	25	100	66	الإجمالي	59.1	100	156	الإجمالي	

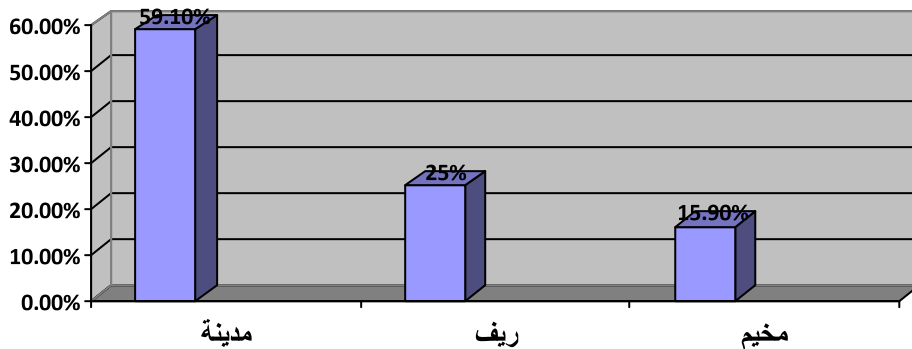
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

خريطة رقم 4: 1 نسبة الإصابة بمرض السكري في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها



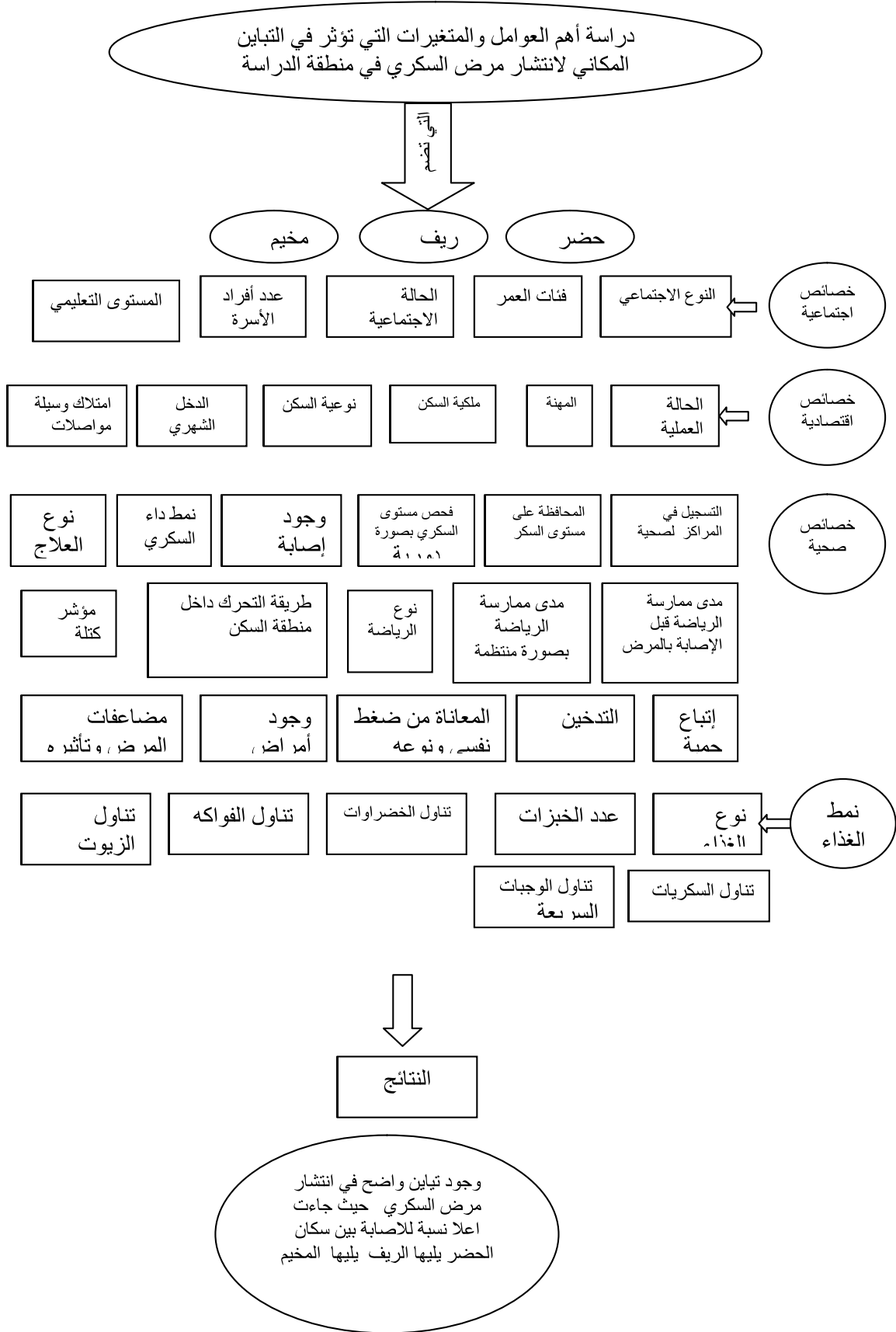
المصدر: عمل الباحثة.

يتضح من الخريطة أن أعلى نسبة للإصابة تركزت في الحي الشمالي ومخيم طولكرم المبيتين باللون الأسود، يليها كل من ضاحيتي شويكه وذنابه والحي الجنوبي، أما أقل نسبة للإصابة فكانت في كل من السهل والحي الغربي والبلدة القديمة والحي الشرقي وعزبة الجراد وحي الصوانه وشارع فرعون وارتاح.



الشكل (4: 1): التوزيع الجغرافي لمرضى السكري في منطقة الدراسة

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.



الشكل رقم (4 : 2): العوامل والمتغيرات التي تؤثر في التباين المكاني لانتشار مرض السكري في منطقة الدراسة المصدر: عمل الباحثة .

3:4 الخصائص الاجتماعية:

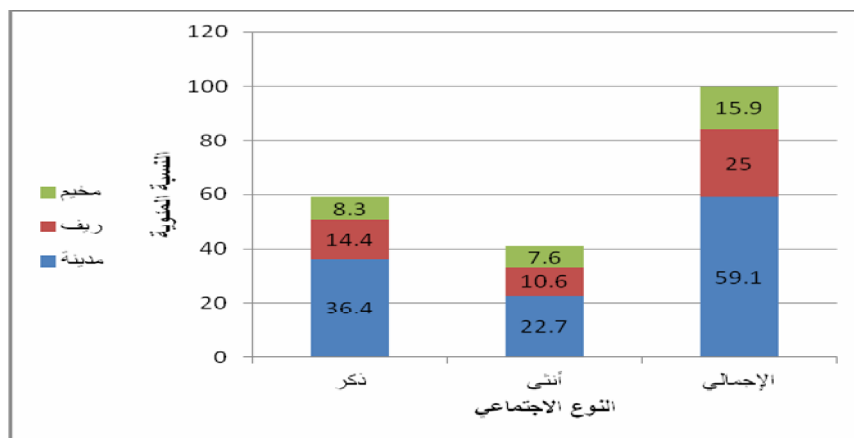
جدول رقم (2:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري تبعاً لمكان السكن والنوع الاجتماعي

الإجمالي	النوع الاجتماعي		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	أنثى	ذكر		
156	60	96	عدد الحالات	المدينة
%100	38.5	61.5	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	22.7	36.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	28	38	عدد الحالات	الريف
%100	42.4	57.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	10.6	14.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	20	22	عدد الحالات	المخيم
%100	47.6	52.4	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	7.6	8.3	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	108	156	عدد الحالات	الإجمالي
%100	40.9	59.1	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والنوع الاجتماعي حيث جاء المصابون الذكور في المرتبة الأولى بنسبة 59.1% من إجمالي المصابين في العينة. أما فئة الإناث فكانت بنسبة 40.9%.

وقد تركز معظم المصابين الذكور بين سكان المدينة بنسبة 36.4% ويليها الريف بنسبة 14.4% واقل نسبة لهذه الفئة كانت بين سكان المخيم بنسبة 8.3% من إجمالي حالات الدراسة



الشكل رقم (3:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والنوع الاجتماعي

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (3:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وفئات العمر:

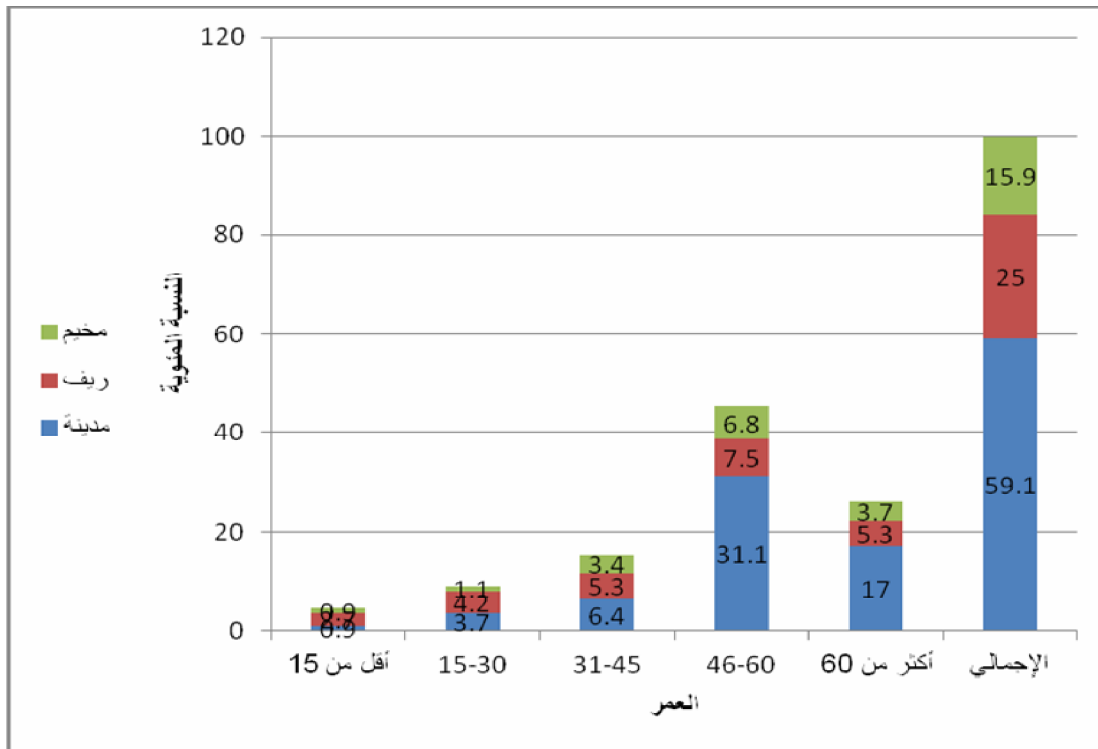
الإجمالي	فئات عمر المريض					الفئة	المنطقة
	أكثر من 60 سنة	60-46 سنة	45-31 سنة	30-16 سنة	أقل من 15 سنة		
156	45	0.185	17	10	2	عدد الحالات	المدينة
%100	28.8	52.6	10.9	6.4	1.3	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
59.1	17	31.1	6.4	3.7	0.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	14	20	14	11	7	عدد الحالات	الريف
%100	21.2	30.3	21.2	16.7	10.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
25	5.3	7.5	5.3	4.2	2.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	10	18	9	3	2	عدد الحالات	المخيم
%100	23.8	42.9	21.4	7.1	4.8	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
15.9	3.7	6.8	3.4	1.1	0.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	69	120	40	24	11	عدد الحالات	الإجمالي
%100	26.1	45.5	15.1	9.1	4.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وفئات العمر وجاءت الفئة العمرية 60-46 سنة في المرتبة الأولى بنسبة 45.5% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها الفئة العمرية أكثر من 60 سنة بنسبة 26.1% تلاها الفئة العمرية 45-31 سنة

بنسبة 15.1% ثم الفئة العمرية 16-30 سنة بنسبة 9.1% وأخيراً الفئة العمرية أقل من 15 سنة بعدد 11 ونسبة 4.2%.

إن معظم أفراد الفئة العمرية الواقعة بين 46-60 عاماً كانت من سكان المدينة حيث وصلت نسبتهم 31.1% من إجمالي حالات الدراسة تليها الريف حيث وصلت نسبتهم 7.5% وأقل تمثيل لهذه الفئة بين سكان المخيم بنحو 6.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل رقم (4:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وفئات العمر. المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

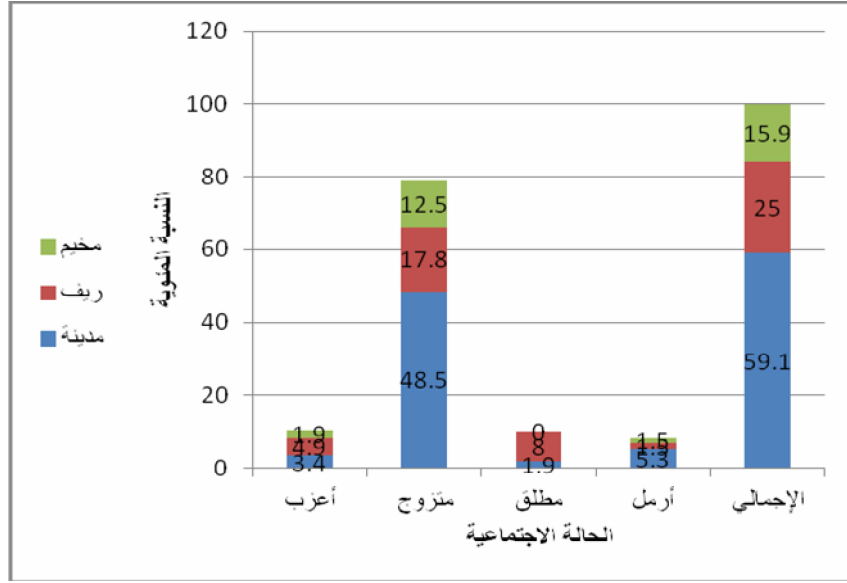
جدول رقم (4:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والحالة الاجتماعية:

الإجمالي	الحالة الاجتماعية				الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	أرمل	مطلق	متزوج	أعزب		
156	14	5	128	9	عدد الحالات	المدينة
%100	9	3.1	82.1	5.8	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	5.3	1.9	48.5	3.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	4	2	47	13	عدد الحالات	الريف
%100	6.1	3	71.2	19.7	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	1.5	0.8	17.8	4.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	4	-	33	5	عدد الحالات	المخيم
%100	9.5	-	78.6	11.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.5	-	12.5	1.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	22	7	208	27	عدد الحالات	الإجمالي
%100	8.3	2.7	78.8	10.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة الاجتماعية حيث جاء المتزوجون في المرتبة الأولى بنسبة 78.8% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة أعزب بنسبة 10.2% تلاها الأرامل بنسبة 8.3% وأخيراً المطلقون بنسبة 2.7% من إجمالي المصابين.

وقد سجل سكان المدينة أعلى نسبة تمثيل لفئة المتزوجين بنسبة 48.5%، تليها الريف بنحو 17.8%، بينما مثل المخيم اقل نسبة لهذه الفئة من إجمالي حالات الدراسة بنحو 12.5%.



الشكل (4: 5) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة الاجتماعية
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

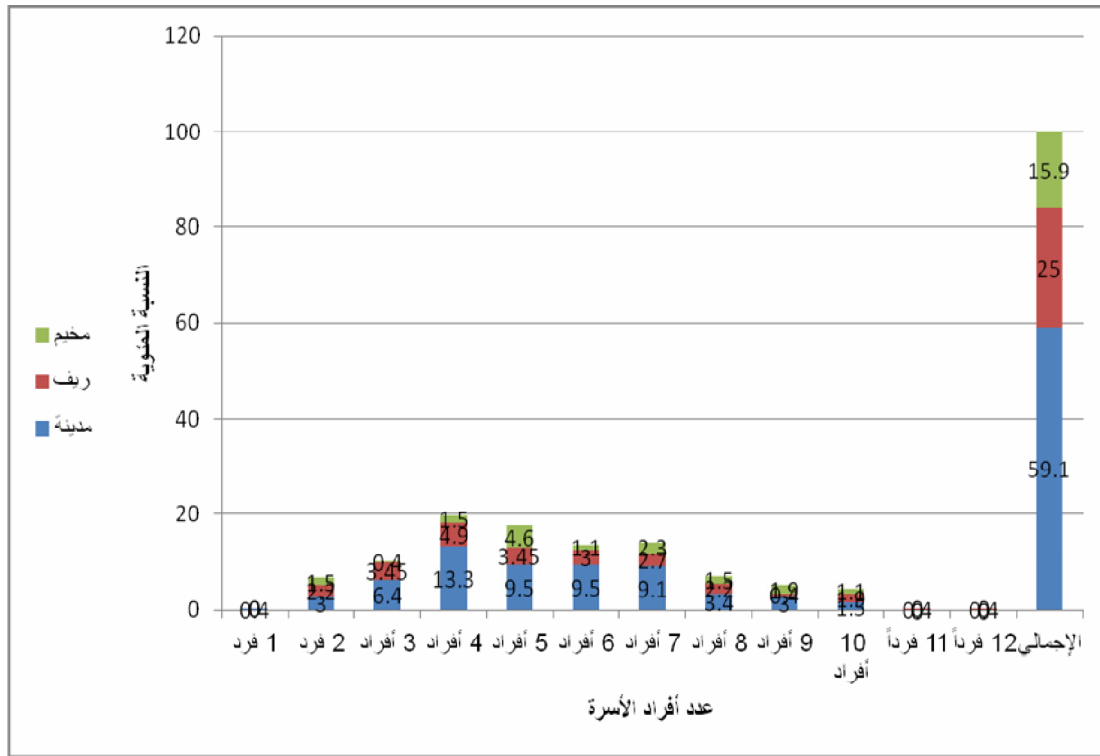
جدول (4: 5) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وعدد أفراد الأسرة:

الإجمالي	عدد أفراد الأسرة												الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
156	-	-	4	8	9	24	25	25	35	17	8	1	عدد الحالات	المدينة
%100	-	-	2.5	6.1	6.7	15.4	16.1	16.1	23.4	11.8	1.3	0.6	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	-	-	1.5	3	3.4	9.1	9.5	9.5	13.3	6.4	3	0.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	1	1	5	1	6	7	8	9	13	9	6	-	عدد الحالات	الريف
%100	1.5	1.5	7.6	1.5	9.1	10.6	12.1	13.65	19.7	13.65	9.1	-	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	0.4	0.4	1.9	0.4	2.2	2.7	3	3.45	4.9	3.45	2.2	-	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	-	-	3	5	4	6	3	12	4	1	4	-	عدد الحالات	المخيم
%100	-	-	7.1	11.9	9.4	14.3	7.1	28.5	9.4	2.9	9.4	-	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	-	-	1.1	1.9	1.5	2.3	1.1	4.6	1.5	0.4	1.5	-	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	1	1	12	14	19	37	36	46	52	27	18	1	عدد الحالات	الإجمالي
%100	0.4	0.4	4.5	5.3	7.2	14	13.7	17.4	19.7	10.2	6.8	0.4	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وعدد أفراد الأسرة حيث جاء المصابون ضمن الأسر التي تتكون من 4 أفراد في المرتبة الأولى بنسبة 19.7% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة 5 أفراد بنسبة 17.4%، تلاها فئة 7 أفراد بنسبة 13.7%، وأخيراً فئة 11 و 12 بنسبة 0.4% لكل منهما من إجمالي المصابين.

وقد سجل سكان المدينة أعلى نسبة لمرضى السكري من الفئة التي تتكون من 4 أفراد حيث وصلت نسبتهم 13.3%، يليها الريف الذين وصلت نسبتهم 4.9%، يليها الريف الذين وصلت نسبتهم 4.9%، بينما سجل سكان المخيم اقل تمثيل لهذه الفئة بنحو 1.15% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 6) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وعدد أفراد الأسرة
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (6:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والمستوى التعليمي

الإجمالي	المستوى التعليمي							الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	دراسات عليا	جامعة	معهد	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	أمي		
156	1	51	20	34	20	17	13	عدد الحالات	المدينة
%100	0.6	32.7	12.8	21.8	12.8	10.9	8.3	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	0.4	19.3	7.6	12.9	7.5	6.5	4.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	-	18	7	10	15	7	9	عدد الحالات	الريف
%100	-	27.3	10.6	15.2	22.7	10.6	13.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	-	6.8	2.7	3.8	5.6	2.7	3.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	-	17	3	6	6	5	5	عدد الحالات	المخيم
%100	-	40.5	7.1	14.3	14.3	11.9	11.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	-	6.4	1.1	2.3	2.3	1.9	1.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	1	86	30	50	41	29	27	عدد الحالات	الإجمالي
%100	0.4	32.6	11.4	18.9	15.5	11	10.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمستوى التعليمي

حيث جاء المصابون ضمن الفئة جامعي في المرتبة الأولى بنسبة 32.6% من إجمالي المصابين

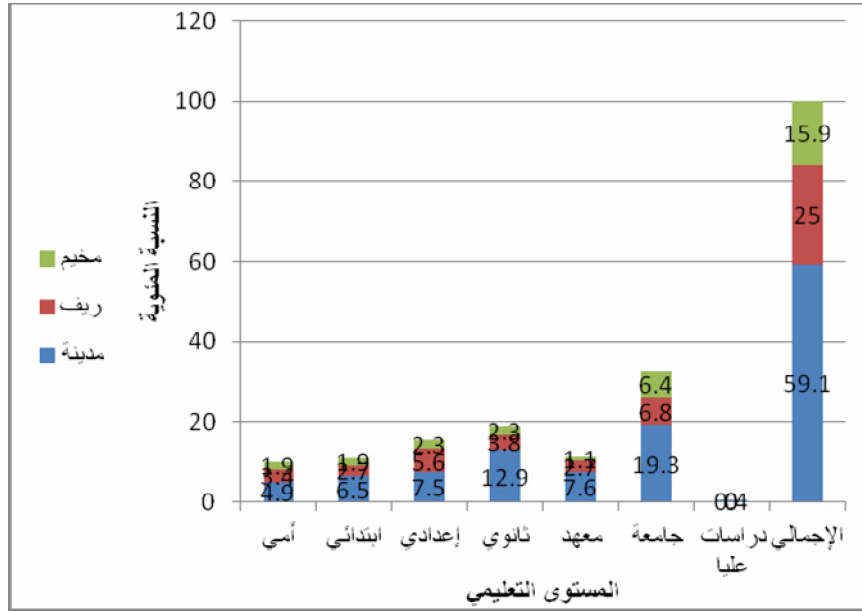
في العينة. تلاها فئة ثانوي بنسبة 18.9% تلاها فئة إعدادي بنسبة 15.5% وأخيراً فئة

الدراسات العليا بنسبة 0.4% من إجمالي المصابين.

وقد سجل سكان المدينة أعلى من فئة التعليم الجامعي بنسبة 19.3% يليها سكان الريف بنسبة

6.8% بينما كان أقل تمثيل لهذه الفئة من سكان المخيم بنسبة 6.4% من إجمالي حالات

الدراسة.



الشكل (4:7) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمستوى التعليمي
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

4:4 الخصائص الاقتصادية:

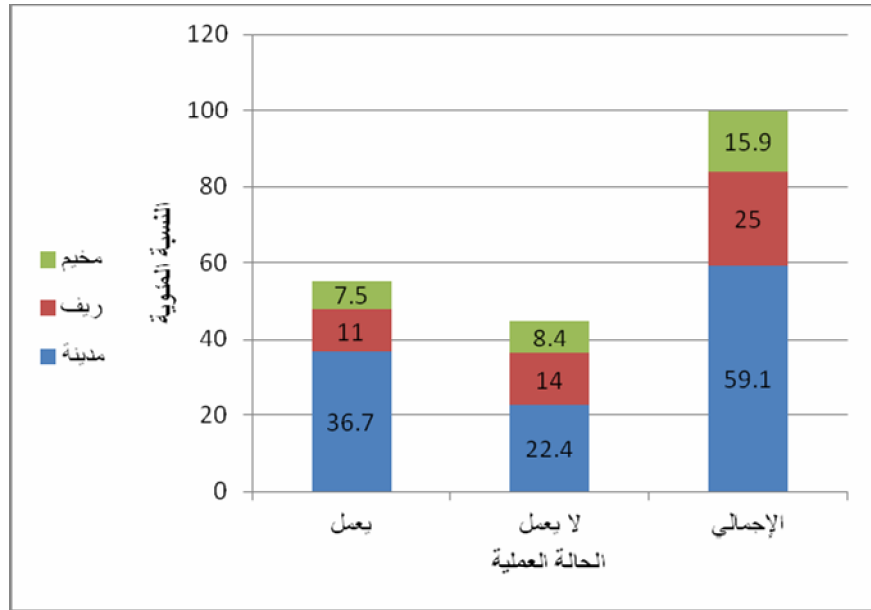
جدول رقم (4:7) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والحالة العملية

الإجمالي	الحالة العملية		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا يعمل	يعمل		
156	59	97	عدد الحالات	المدينة
%100	37.8	62.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	22.4	36.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	37	29	عدد الحالات	الريف
%100	56.1	43.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	14	11	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	22	20	عدد الحالات	المخيم
%100	52.4	47.6	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	8.4	7.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	118	146	عدد الحالات	الإجمالي
%100	44.7	55.3	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة العملية حيث جاء المصابون العاملون في المرتبة الأولى بنسبة 55.3% من إجمالي المصابين في العينة. أما فئة الذين لا يعملون فكانت بنسبة 44.7%.

وقد مثل سكان المدينة أعلى نسبة من فئة العاملين المصابين بمرض السكري بنسبة 36.7% من إجمالي حالات الدراسة وكان أقل تمثيل لهذه الفئة من المخيم بنسبة 7.5% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل رقم (4: 8) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والحالة العملية المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

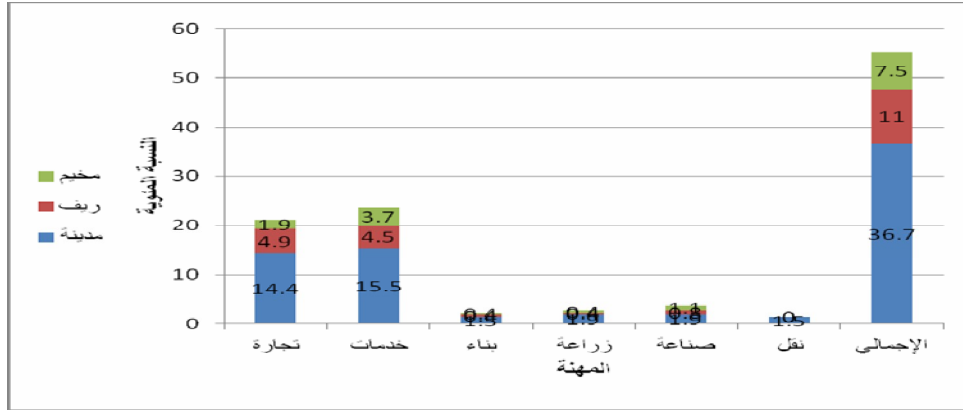
جدول رقم (8:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والمهنة

الإجمالي	المهنة						الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	نقل	صناعة	زراعة	بناء	خدمات	تجارة		
97	4	5	5	4	41	38	عدد الحالات	المدينة
%100	4.1	5.2	5.2	4.1	42.2	39.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%36.7	1.5	1.9	1.9	1.5	15.5	14.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
29	-	2	1	1	12	13	عدد الحالات	الريف
%100	-	6.9	3.4	3.4	41.5	44.8	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%11	-	0.8	0.4	0.4	4.5	4.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
20	-	3	1	1	10	5	عدد الحالات	المخيم
%100	-	15	5	5	50	25	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%7.5	-	1.1	0.4	0.4	3.7	1.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
146	4	10	7	6	63	56	عدد الحالات	الإجمالي
55.3	1.5	3.8	2.6	2.3	23.9	21.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمهنة حيث جاء المصابون الذي يعملون في الخدمات في المرتبة الأولى بنسبة 23.9% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة التجار بنسبة 21.2% تلاها فئة الصناعة بنسبة 3.8% تلاها فئة المزارعين بنسبة 2.6% تلاها فئة العاملين في البناء بنسبة 2.3% وأخيراً فئة العاملين في النقل بنسبة 1.5% من إجمالي المصابين.

وقد سجل سكان المدينة أعلى نسبة من المصابين ضمن فئة العاملين في قطاع الخدمات بنسبة 15.5% يليها سكان الريف بنسبة 4.5% وقل تمثيل لهذه الفئة في المخيم بنسبة 3.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4:9) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمهنة
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

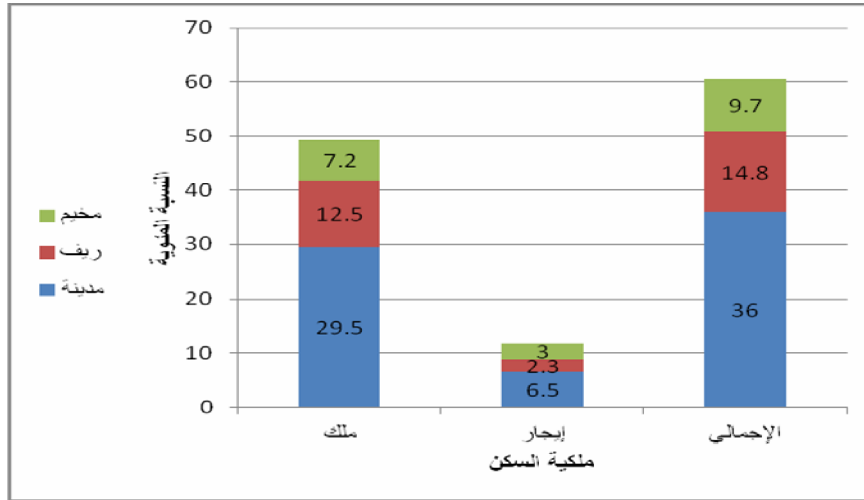
جدول رقم (4:9) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة)

ملكية السكن (لرب الأسرة)			الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
الإجمالي	إيجار	ملك		
95	17	78	عدد الحالات	المدينة
%100	17.9	82.1	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%36	6.5	29.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
39	6	33	عدد الحالات	الريف
%100	15.4	84.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%14.8	2.3	12.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
21	2	19	عدد الحالات	المخيم
%100	5	95	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%7.9	0.3	7.2	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
155	24	130	عدد الحالات	الإجمالي
%58.7	9.1	49.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة) حيث جاء المصابون الذي يمتلكون السكن في المرتبة الأولى بنسبة 49.2% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة المستأجرون بنسبة 9.1% من إجمالي المصابين.

وقد سجل سكان المدينة أعلى نسبة من المصابين الذين يمتلكون السكن نسبتهم 29.5% من إجمالي حالات الدراسة، واق تمثيل لهذه الفئة كان في المخيم بنسبة 7.2% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (10:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة)

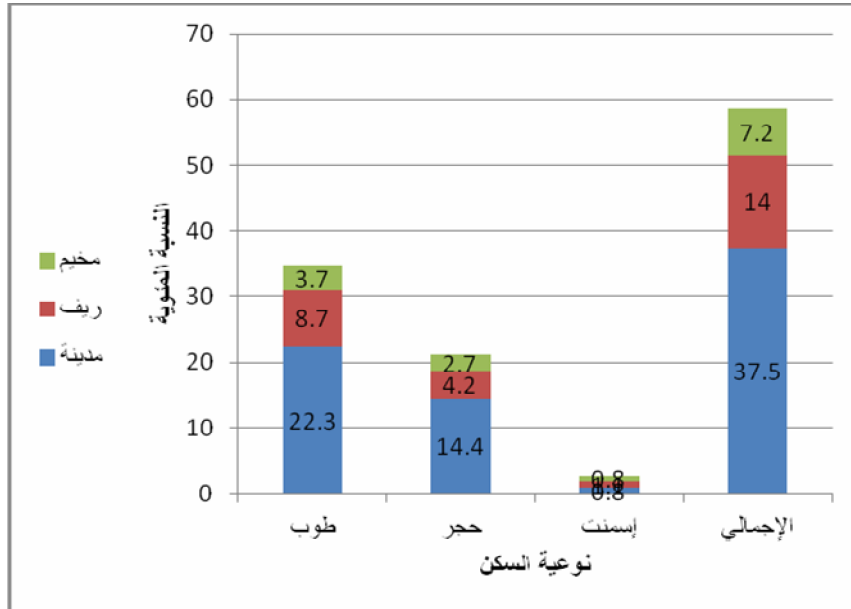
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول (10:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة)

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	نوعية السكن (لرب الأسرة)		
		طوب	حجر	إسمنت
المدينة	عدد الحالات	59	38	2
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	59.6	38.4	2
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	22.3	14.4	0.8
الريف	عدد الحالات	23	11	3
	النسبة إلى عدد حالات الريف	62.2	29.7	8.1
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	8.7	4.2	1.1
المخيم	عدد الحالات	10	7	2
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	52.6	36.9	10.5
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	3.7	2.7	0.8
الإجمالي	عدد الحالات	92	56	7
	النسبة	34.8	21.2	2.7

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة) حيث جاء المصابون الذي يسكنون منازل طوب في المرتبة الأولى بنسبة 34.8% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة الذين يسكنون منازل مبني من الحجر بنسبة 21.2% من إجمالي المصابين، وأخيراً الذين يسكنون في منازل إسمنت بنسبة 2.7%. ومن خلال الدراسة تبين ان معظم أفراد الفئة الذين يسكنون منازل من الطوب هم من سكان المدينة بنسبة 22.3% يليها سكان الريف بنسبة 8.7% وقل نسبة لهذه الفئة هم من سكان المخيم بنسبة 3.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 11): التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة)
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

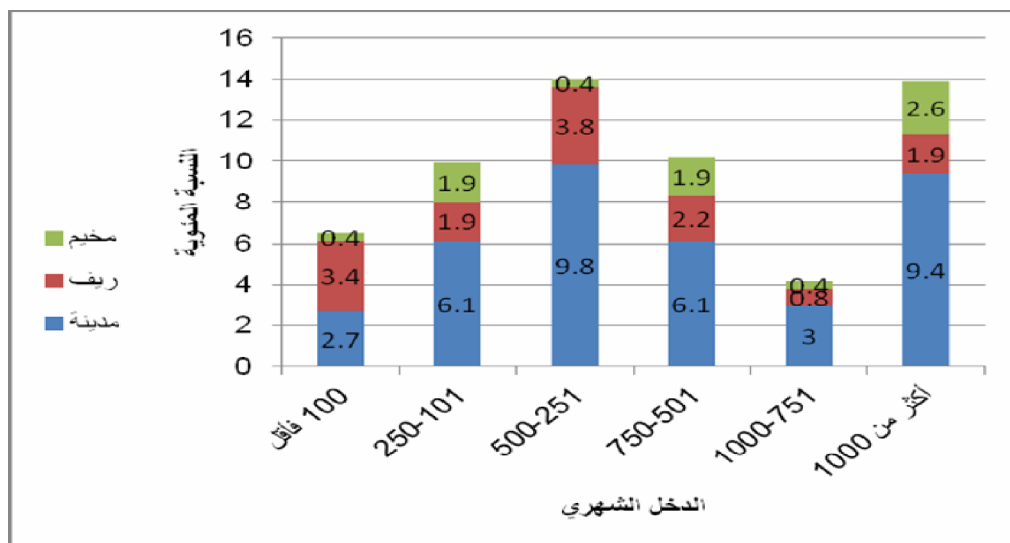
جدول رقم (11:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة)

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	الدخل الشهري بالدينار الأردني (لرب الأسرة)					
		100 فأقل	- 101 - 250	- 251 - 500	- 501 - 750	- 751 - أكثر من 1000	الإجمالي
المدينة	عدد الحالات	7	16	26	16	8	98
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	7.1	16.3	26.5	16.3	8.2	25.5
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	2.7	6.1	9.8	6.1	3	9.4
الريف	عدد الحالات	9	5	10	6	2	37
	النسبة إلى عدد حالات الريف	24.3	13.5	27	16.2	5.4	13.5
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	3.4	1.9	3.8	2.2	0.8	1.9
المخيم	عدد الحالات	1	5	1	5	1	20
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	5	25	5	25	5	35
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	0.4	1.9	0.4	1.9	0.4	2.6
الإجمالي	عدد الحالات	17	26	37	27	11	155
	النسبة	6.4	9.9	14	10.2	4.2	14

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة)، حيث جاء المصابون الذي دخلهم الشهري بالدينار الأردني ضمن الفئتين - 251 - 500 وأكثر من 1000 دينار في المرتبة الأولى بنسبة 14% لكل منهما من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة 750- 501 دينار بنسبة 10.2%، تلاها فئة 250- 101 دينار بنسبة 9.9%، تلاها فئة 100 دينار فأقل بنسبة 6.4%، وأخيراً فئة 1000- 751 دينار بنسبة 4.2% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابون الذين دخلهم الشهري بين (251 - 500) دينار أعلى تمثيل لهم بنسبة 9.8% و أقل تمثيل لهم في المخيم بنحو 0.4% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4:12) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة)

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

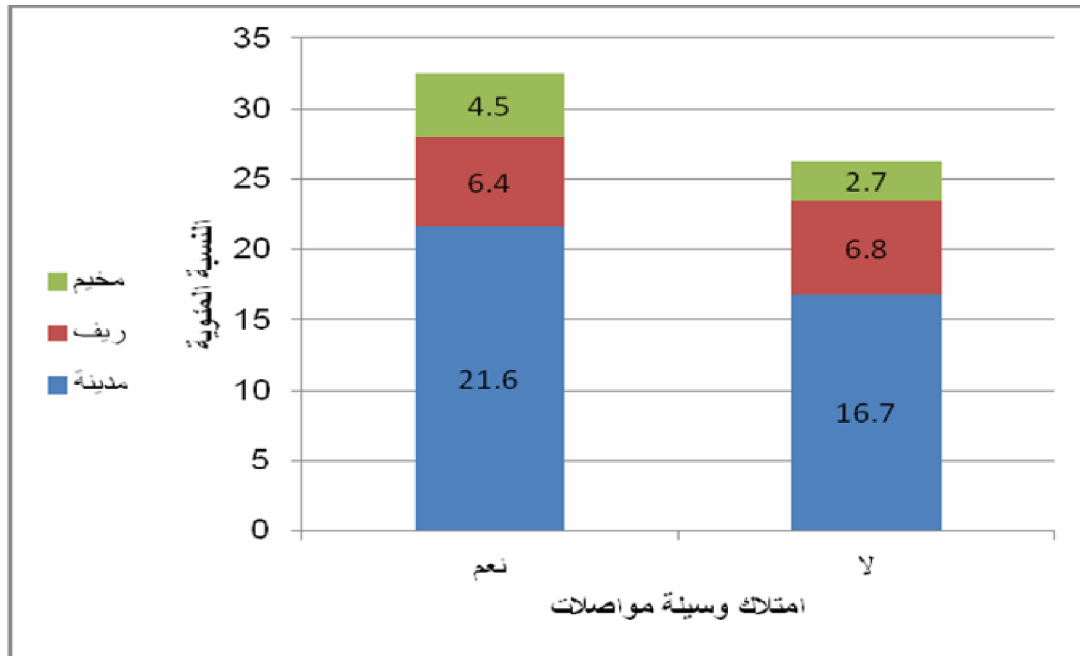
جدول رقم (4:12) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)

الإجمالي	مدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)		المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري
	لا	نعم		
101	44	57	المدينة	عدد الحالات
%100	43.6	56.4		النسبة إلى عدد حالات المدينة
%38.3	16.7	21.6		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
35	18	17	الريف	عدد الحالات
%100	51.4	48.6		النسبة إلى عدد حالات الريف
%13.2	6.8	6.4		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
19	7	12	المخيم	عدد الحالات
%100	36.8	63.2		النسبة إلى عدد حالات المخيم
%7.2	2.7	4.5		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
155	69	86	الإجمالي	عدد الحالات
%58.7	26.1	32.6		النسبة

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)، حيث جاء المصابون الذي يمتلكون وسيلة مواصلات في المرتبة الأولى بنسبة 32.6% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة الذين لا يمتلكون وسيلة مواصلات بنسبة 26.1% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابون الذين يمتلكون وسيلة مواصلات أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 21.6% ويأتيها الريف بنسبة 6.4%، وأقل تمثيل لهذه الفئة في المخيم بنسبة 4.5% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 13) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة)

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

5:4 الخصائص الصحية:

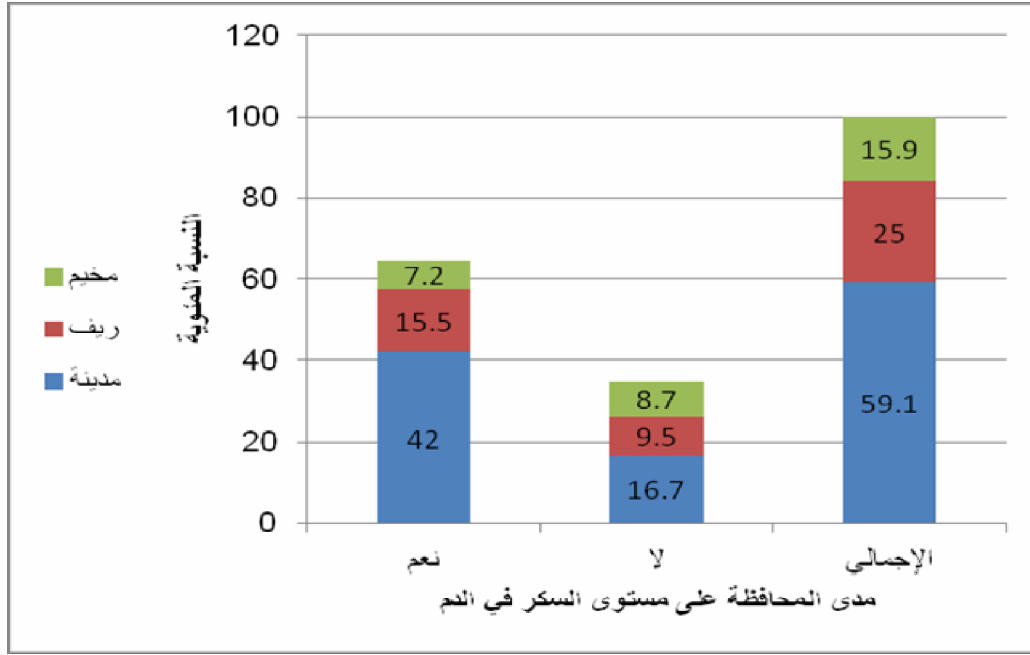
جدول (13:4) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية

الإجمالي	مدى التسجيل في المراكز الصحية		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	12	144	عدد الحالات	المدينة
%100	7.7	92.3	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	4.6	54.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	5	61	عدد الحالات	الريف
%100	7.6	92.4	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	1.9	23.1	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	3	39	عدد الحالات	المخيم
%100	7.1	92.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.1	14.8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	20	244	عدد الحالات	الإجمالي
%100	7.6	92.4	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية، حيث جاء المصابون المسجلون في المراكز الصحية في المرتبة الأولى بنسبة 92.4% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة غير المسجلين في المراكز الصحية بنسبة 20% من إجمالي المصابين.

وقد مثلت نسبة المصابين المسجلين في المراكز الصحية أعلى نسبة لهم بين سكان المدينة بنحو 54.5% من إجمالي حالات الدراسة و أقل نسبة لهذه الفئة في المخيم بنسبة 14.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4:14) التوزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

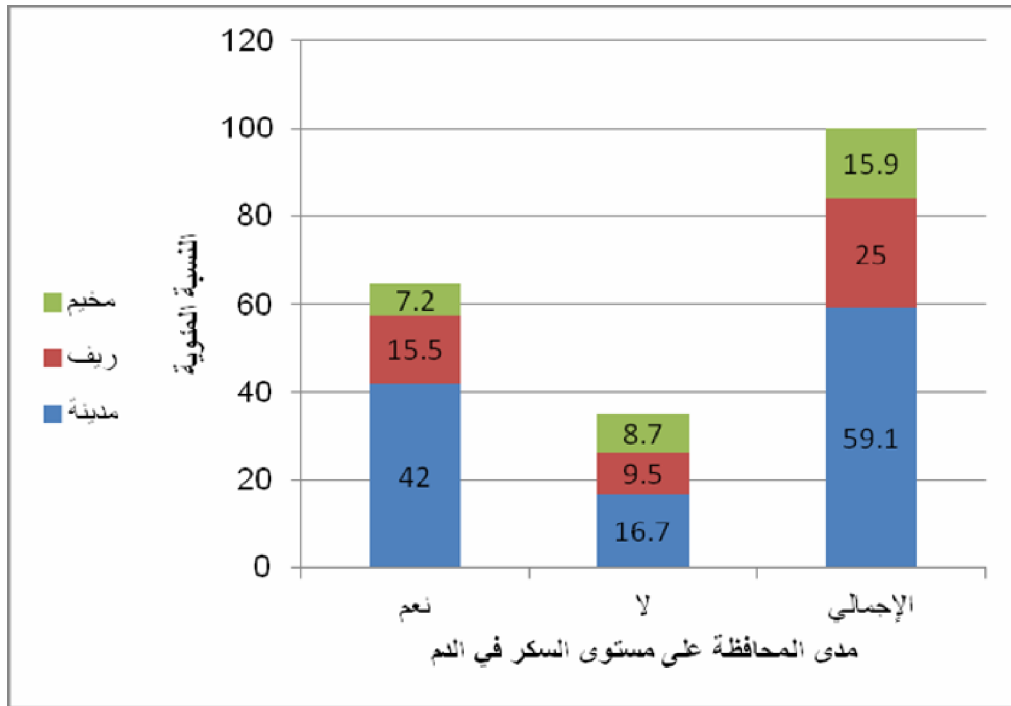
جدول (4:14) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	مدى المحافظة على مستوى السكر في الدم		الإجمالي
		لا	نعم	
المدينة	عدد الحالات	44	112	156
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	28.2	71.8	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	16.7	42	%59.1
الريف	عدد الحالات	25	41	66
	النسبة إلى عدد حالات الريف	37.9	62.1	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	9.5	15.5	%25
المخيم	عدد الحالات	23	19	42
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	54.8	45.2	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	8.7	7.2	%15.9
الإجمالي	عدد الحالات	92	172	264
	النسبة	34.8	65.2	%100

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم، حيث جاء المصابون المحافظون على مستوى السكر في الدم في المرتبة الأولى بنسبة 65.2% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة غير المحافظين على مستوى السكر في الدم بنسبة 34.8% من إجمالي المصابين.

ويمثل المصابون المحافظون على مستوى السكر في الدم أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 42% من إجمالي حالات الدراسة بينما مثلت أقل نسبة لهم في المخيم بنحو 2.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 15) التوزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

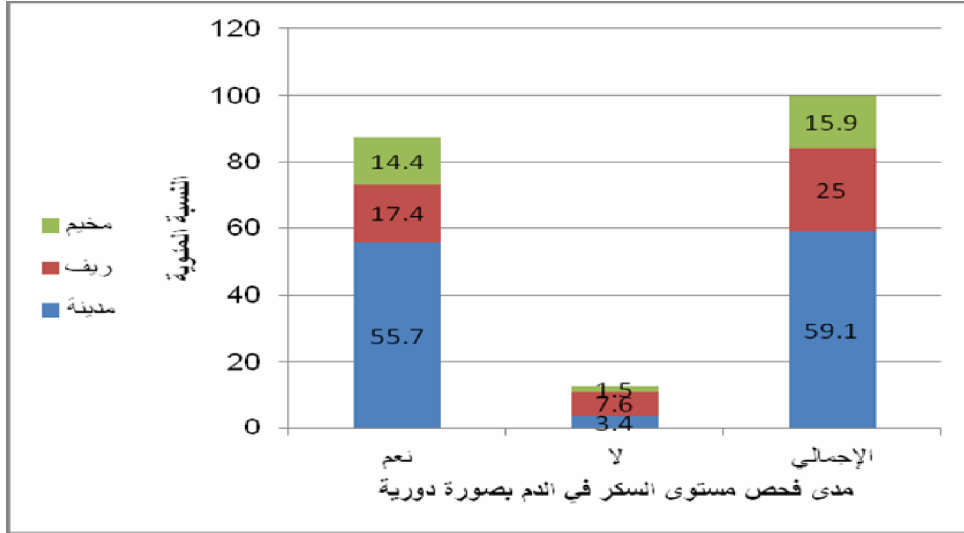
جدول رقم (15:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية

الإجمالي	مدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	9	147	عدد الحالات	المدينة
%100	5.8	94.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	3.4	55.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	20	46	عدد الحالات	الريف
%100	30.3	69.7	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	7.6	17.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	4	38	عدد الحالات	المخيم
%100	9.5	90.5	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.5	14.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	33	231	عدد الحالات	الإجمالي
%100	12.5	87.5	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية حيث جاء المصابون المحافظون على فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية في المرتبة الأولى بنسبة 87.5% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة غير المحافظين على فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية بنسبة 12.5% من إجمالي المصابين.

ويتضح ان أعلى نسبة للمصابين الذين يقومون بإجراء فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية في المدينة بنسبة 55.7%، بينما كانت اقل نسبة لهذه الفئة في المخيم بنسبة 14.4% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 16) التوزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 16) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	مدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض		الإجمالي	معامل ارتباط بيرسون	قيمة مربع كاي
		لا	نعم			
المدينة	عدد الحالات	71	85	156	0.373	0.005
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	45.5	54.5	%100		
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	26.9	32.2	%59.1		
الريف	عدد الحالات	29	37	66		
	النسبة إلى عدد حالات الريف	43.9	56.1	%100		
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	11	14	%25		
المخيم	عدد الحالات	17	25	42		
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	40.5	59.5	%100		
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	6.4	9.5	%15.9		
الإجمالي	عدد الحالات	117	147	264		
	النسبة	44.3	55.7	%100		

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض، حيث جاء المصابون المحافظون الذين يوجد لهم إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض في المرتبة الأولى بنسبة 55.7% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها فئة عدم وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض بنسبة 44.3% من إجمالي المصابين. وقد تمثلت أعلى نسبة للذين يوجد لهم إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض بين سكان المدينة حيث وصلت نسبتهم 51.9%، يليها الريف بنسبة 20.1%، و أقل نسبة لهذه الفئة كانت بين سكان المخيم بنسبة 10.2% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 17) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى إصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

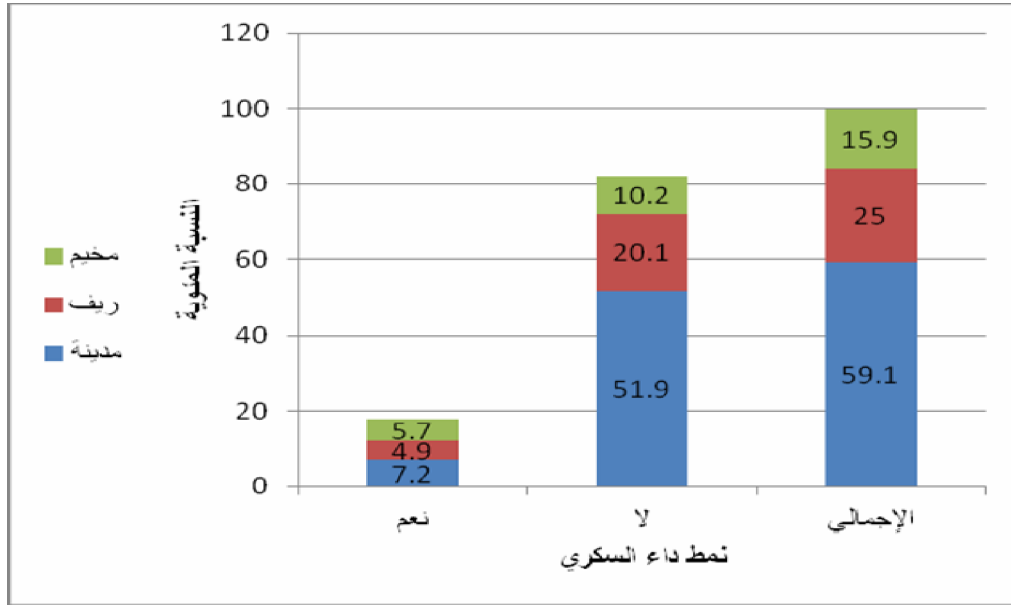
جدول رقم (17:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونمط داء السكري

الإجمالي	نمط داء السكري		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	الثاني	الأول		
156	137	19	عدد الحالات	المدينة
%100	87.8	12.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	51.9	7.2	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	53	13	عدد الحالات	الريف
%100	80.3	19.7	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	20.1	4.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	27	15	عدد الحالات	المخيم
%100	64.3	35.7	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	10.2	5.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	217	47	عدد الحالات	الإجمالي
%100	82.2	17.8	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونمط داء السكري حيث جاء المصابون من النمط الثاني في المرتبة الأولى بعدد 217 ونسبة 82.2% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها النمط الأول بعدد 47 ونسبة 17.8% من إجمالي المصابين.

ان معظم أفراد فئة الإصابة بداء السكري من النوع الثاني هم من سكان المدينة حيث وصلت نسبتهم 51.9% يليها الريف بنسبة 20.1% وقل نسبة لهذه الفئة كانت بين سكان المخيم بنسبة 10.2% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4:18) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونمط داء السكري
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

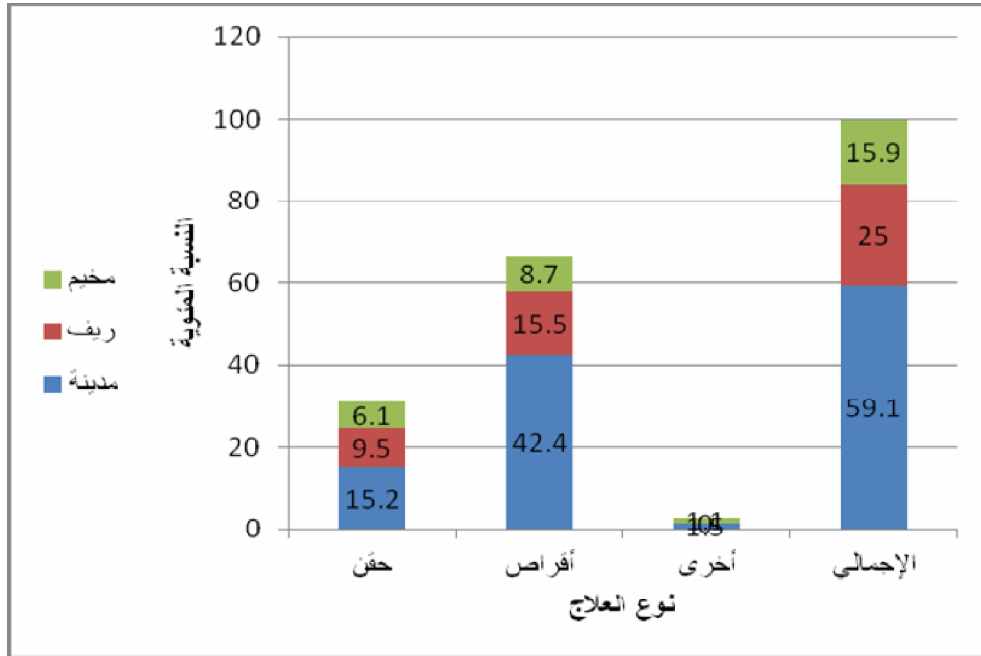
جدول رقم (4:18) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوع العلاج

الإجمالي	نوع العلاج			الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	أخرى	أقراص	حقن		
156	4	112	40	عدد الحالات	المدينة
%100	2.6	71.8	25.6	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	1.5	42.4	15.2	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	-	41	25	عدد الحالات	الريف
%100	-	62.1	37.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	-	15.5	9.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	3	23	16	عدد الحالات	المخيم
%100	7.1	54.8	38.1	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.1	8.7	6.1	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	7	176	81	عدد الحالات	الإجمالي
100	2.6	66.7	30.7	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوع العلاج، حيث جاء المصابون الذين يتناولون الأقراص في المرتبة الأولى بنسبة 66.7% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين يأخذون الحقن بنسبة 30.7% من إجمالي المصابين. وأخيراً الذين يعالجون بطرق أخرى بنسبة 2.6% من المصابين.

وقد سجل المصابون الذين يتناولون الأقراص المرتبة الأولى لهم في المدينة بنسبة 42.4% يليها سكان الريف بنسبة 15.5% وقل نسبة لهذه الفئة تمثلت في سكان المخيم بنسبة 8.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 19) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع العلاج

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 19) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة

بالمريض

الإجمالي	مدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	119	37	عدد الحالات	المدينة
%100	76.3	23.7	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	45.1	14	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	45	21	عدد الحالات	الريف
%100	68	32	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	17	8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	35	7	عدد الحالات	المخيم
%100	83.3	16.7	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	13.2	2.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	199	65	عدد الحالات	الإجمالي
%100	75.4	24.6	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض، حيث جاء المصابون غير الممارسين للرياضة قبل الإصابة بالمرض في المرتبة الأولى بنسبة 75.4% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الممارسين للرياضة قبل الإصابة بالمرض بنسبة 24.6% من إجمالي المصابين. وقد مثل المصابين الذين لا يمارسون الرياضة قبل الإصابة بالمرض أعلى نسبة لهم بين سكان المدينة بنحو 45.1%، بينما كانت أقل نسبة لهم في المخيم بنسبة 13.2% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 20) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

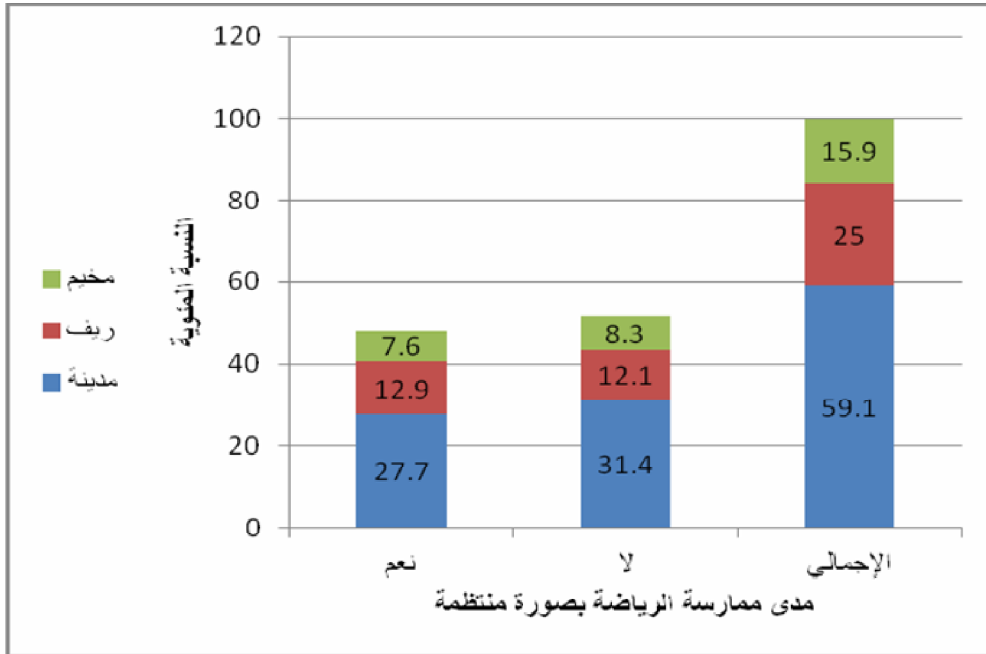
جدول رقم (4: 20) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة

الإجمالي	مدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	83	73	عدد الحالات	المدينة
%100	53.2	46.8	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	31.4	27.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	32	34	عدد الحالات	الريف
%100	48.5	51.5	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	12.1	12.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	22	20	عدد الحالات	المخيم
%100	52.4	47.6	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	8.3	7.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	137	127	عدد الحالات	الإجمالي
%100	51.9	48.1	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة، حيث جاء المصابون غير الممارسين للرياضة في المرتبة الأولى بعدد 137 ونسبة 51.9% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الممارسين للرياضة بعدد 127 ونسبة 48.1% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابين الذين يمارسون الرياضة بصورة منتظمة أعلى نسبة لهم في المدينة وكانت نسبتهم 31.4% يليها سكان الريف بنسبة 12.1% والمخيم بنسبة 12.1% بين سكان المخيم بنسبة 8.3% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 21) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

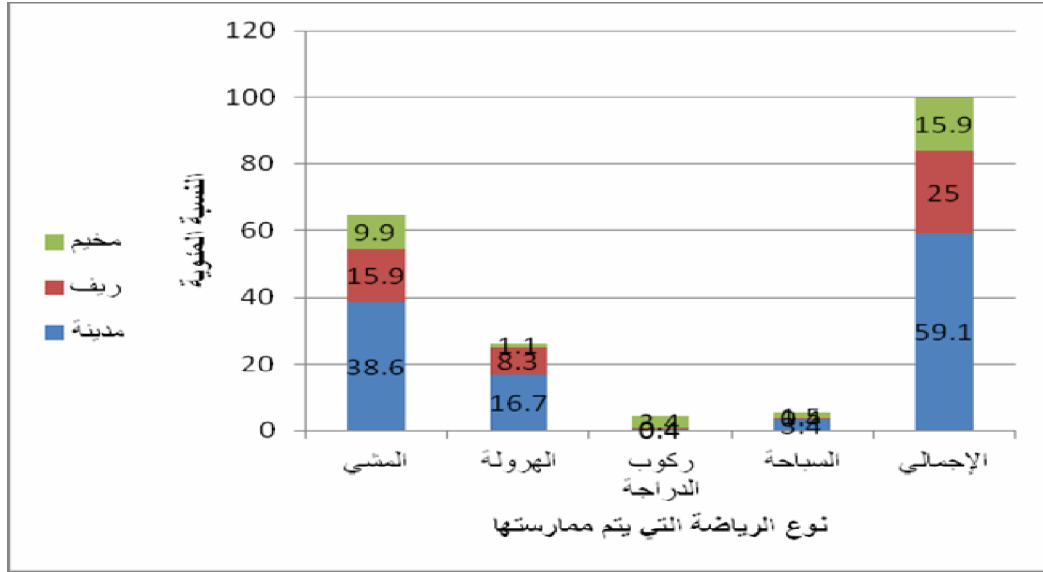
جدول رقم (21:4) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها

الإجمالي	نوع الرياضة التي يتم ممارستها				الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	السباحة	ركوب الدراجة	الهرولة	المشي		
156	9	1	44	102	عدد الحالات	المدينة
%100	5.8	0.6	28.2	65.4	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	3.4	0.4	16.7	38.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	1	1	22	42	عدد الحالات	الريف
%100	1.5	1.5	33.3	63.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	0.4	0.4	8.3	15.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	4	9	3	26	عدد الحالات	المخيم
%100	9.5	21.4	7.1	61.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.5	3.4	1.1	9.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	14	11	69	170	عدد الحالات	الإجمالي
%100	5.3	4.2	26.1	64.4	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها حيث جاء المصابون الذين يستخدمون المشي في المرتبة الأولى بنسبة 64.4% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين يستخدمون الهرولة بنسبة 26.1% من إجمالي المصابين، تلاها الذين يستخدمون السباحة بنسبة 5.3% من إجمالي المصابين وأخيراً الذين يستخدمون ركوب الدراجة بنسبة 4.2% من المصابين.

وقد مثل المصابون الذين يمارسون رياضة المشي أعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 38.6% يليها في الريف بنسبة 15.9% و أقل نسبة الفئة في المخيم بنسبة 9.9% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 22) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

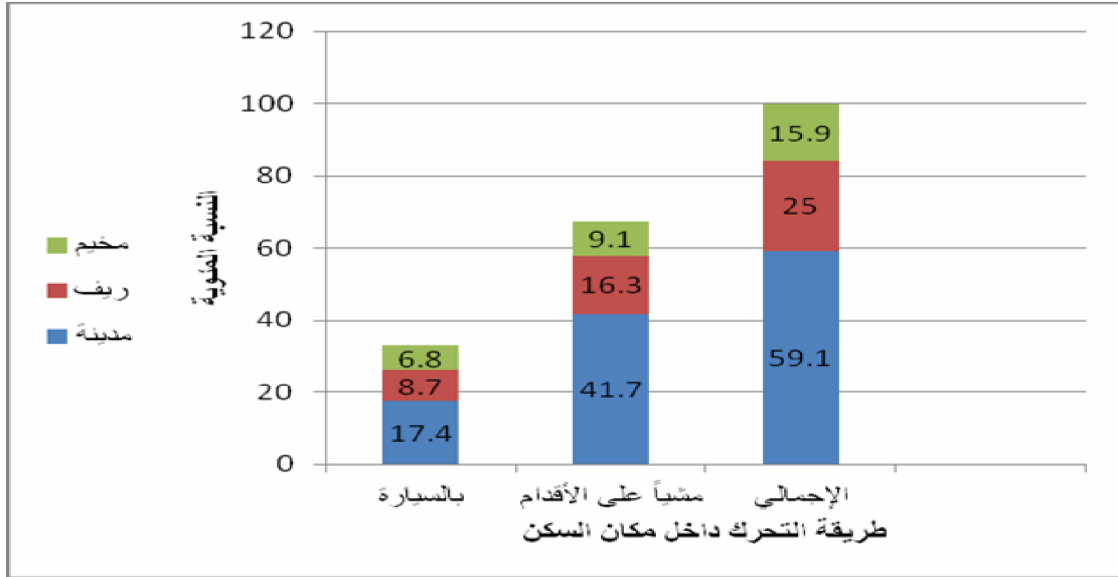
جدول رقم (4: 22) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن وطريقة التحرك داخل منطقة السكن.

الإجمالي	طريقة التحرك داخل مكان السكن		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	مشيا على الأقدام	بالسيارة		
156	110	46	عدد الحالات	المدينة
%100	70.5	29.5	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	41.7	17.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	43	23	عدد الحالات	الريف
%100	65.2	34.8	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	16.3	8.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	24	18	عدد الحالات	المخيم
%100	57.1	42.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	9.1	6.8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	177	87	عدد الحالات	الإجمالي
%100	67	33	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وطريقة التحرك داخل منطقة السكن، حيث جاء المصابون الذين يتحركون مشياً على الأقدام في المرتبة الأولى بنسبة 67% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين يتحركون بالسيارة بنسبة 33% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابون الذين يتحركون داخل منطقة سكنهم أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 41.7 من إجمالي حالات الدراسة في حين ان اقل نسبة لهم في المخيم بنحو 15.9% من إجمالي حالات الدراسة.



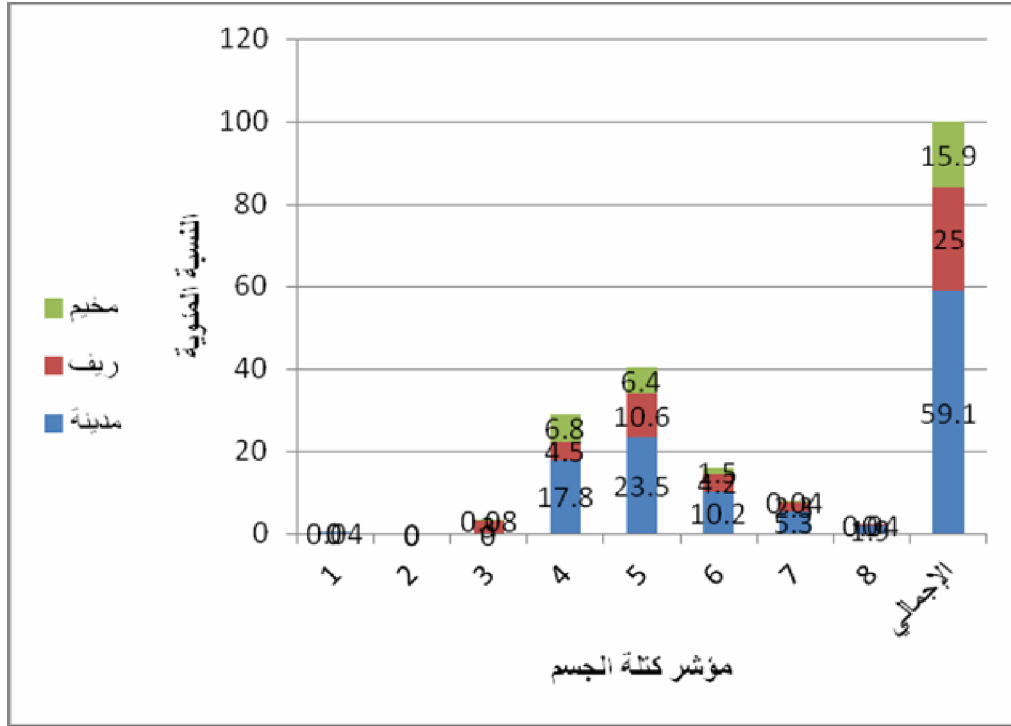
الشكل (4: 23) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن وطريقة التحرك داخل منطقة السكن
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4 : 23) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومؤشر كتلة الجسم

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	مؤشر كتلة الجسم							الإجمالي	
		8	7	6	5	4	3	2		1
المدينة	عدد الحالات	5	14	27	62	47	-	-	1	156
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	%3.2	%9	%17.3	%39.7	%30.2	-	-	%0.06	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	%1.9	%5.3	%10.2	%23.5	%17.8	-	-	%0.04	%59.1
الريف	عدد الحالات	1	6	11	28	12	8	-	-	66
	النسبة إلى عدد حالات الريف	%1.5	%9.1	%16.7	%42.4	%18.2	%12.1	-	-	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	%0.04	%2.3	%4.2	%10.6	%4.5	%3	-	-	%25
المخيم	عدد الحالات	-	1	4	17	18	2	-	-	42
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	-	%2.5	%9.6	%40.5	%42.6	%4.8	-	-	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	-	%0.04	%1.5	%6.4	%6.8	%0.08	-	-	%15.9
الإجمالي	عدد الحالات	6	21	42	107	77	10	-	1	264
	النسبة	%2.3	%7.9	%15.9	%40.5	%29.2	%3.8	-	%0.04	%100

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومؤشر كتلة الجسم حيث جاء المصابون الذين يتراوح مؤشر كتلة الجسم لديهم (25-30) في المرتبة الأولى بنسبة 40.5% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الفئة الرابعة بنسبة 29.2% تلاها الفئة السادسة بنسبة 15.9% تلاها الفئة السابعة بنسبة 7.9% تلاها الفئة الثالثة بنسبة 3.8% تلاها الفئة الثامنة بنسبة 2.3% تلاها الفئة الأولى بنسبة 0.4% وأخيراً الفئة الثانية لم يكن بها مصابين وقد سجل المصابون الذين يتراوح مؤشر كتلة الجسم لديهم بين (25-30) أعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 23.5% من إجمالي حالات الدراسة بينما كانت أقل نسبة لهذه الفئة في المخيم بنسبة 6.4% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 24) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومؤشر كتلة الجسم
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

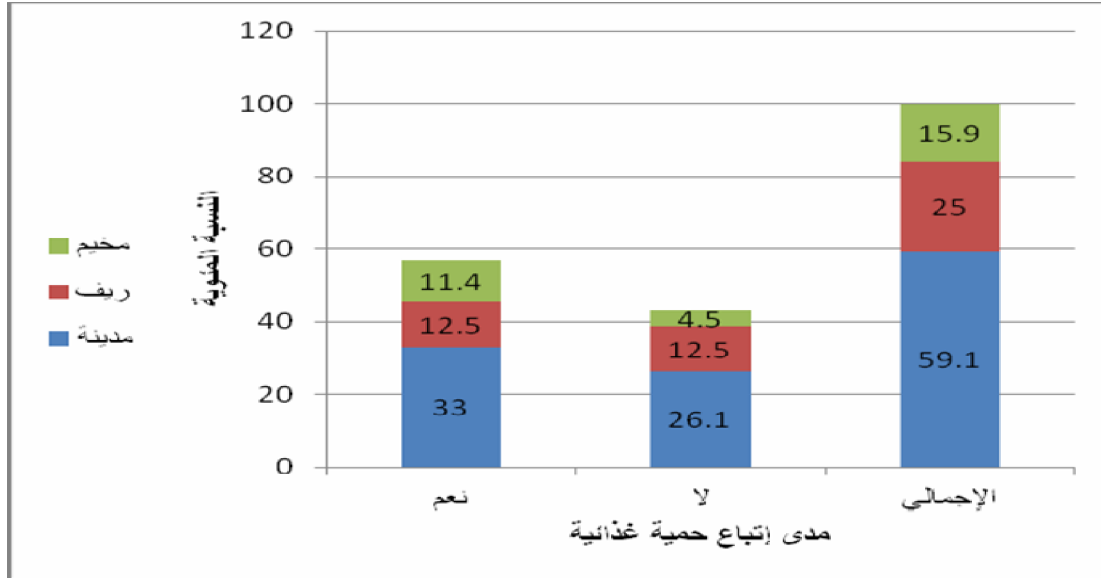
جدول رقم (4: 24) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى إتباع حمية غذائية

الإجمالي	مدى إتباع حمية غذائية		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	69	87	عدد الحالات	المدينة
%100	44.2	55.8	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	26.1	33	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	33	33	عدد الحالات	الريف
%100	50	50	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	12.5	12.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	12	30	عدد الحالات	المخيم
%100	28.6	71.4	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	4.5	11.4	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	114	150	عدد الحالات	الإجمالي
%100	43.2	56.8	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى إتباع حمية غذائية، حيث جاء المصابون الذين يتبعون حمية غذائية في المرتبة الأولى بنسبة 56.8% من

إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين لا يتبعون حمية غذائية بنسبة 43.2% من إجمالي المصابين. وقد سجل المصابون الذين يتبعون حمية غذائية أعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 33% بينما كانت أقل نسبة لهذه الفئة في المخيم بنسبة 11.4% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 25) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى إتباع حمية غذائية.

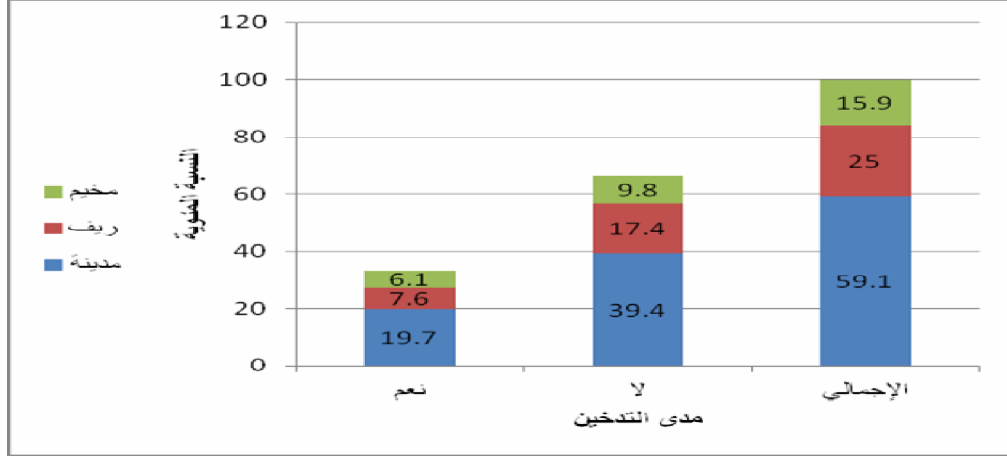
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 25) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى التدخين

الإجمالي	مدى التدخين		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	104	52	عدد الحالات	المدينة
%100	66.7	33.3	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	39.4	19.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	46	20	عدد الحالات	الريف
%100	69.7	30.3	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	17.4	7.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	26	16	عدد الحالات	المخيم
%100	61.9	38.1	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	9.8	6.1	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	176	88	عدد الحالات	الإجمالي
%100	66.7	33.3	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التدخين، حيث جاء المصابون الذين لا يدخنون في المرتبة الأولى بنسبة 66.7% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين يدخنون بنسبة 33.3% من إجمالي المصابين. وقد مثل المصابون الذين لا يدخنون أعلى نسبة لهم بين سكان المدينة بنحو 39.4% و أقل نسبة لهم بين سكان المخيم بنحو 9.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 26) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى التدخين

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 26) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى المعاناة من ضغط

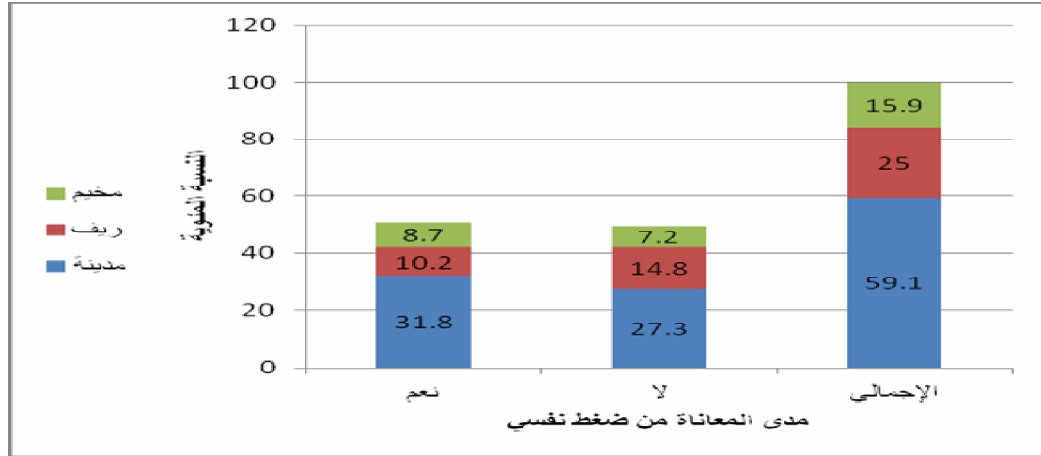
نفسى

الإجمالي	مدى المعاناة من ضغط نفسي		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	72	84	عدد الحالات	المدينة
%100	46.2	53.4	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	27.3	31.8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	39	27	عدد الحالات	الريف
%100	59.1	40.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	14.8	10.2	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	19	23	عدد الحالات	المخيم
%100	45.2	54.8	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	7.2	8.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	130	134	عدد الحالات	الإجمالي
%100	49.2	50.8	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المعاناة من ضغط نفسي، حيث جاء الذين يعانون من ضغط نفسي في المرتبة الأولى بنسبة 50.8% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين لا يعانون من ضغط نفسي بعدد 130 ونسبة 49.2% من إجمالي المصابين.

وقد تركزت نسبة المصابين الذين يعانون من الضغط النفسي في المدينة بنسبة 31.8% وكانت أقل نسبة لهم بين سكان المخيم بنحو 8.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 27) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى المعاناة من ضغط نفسي المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول (4: 27) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ونوع الضغط النفسي

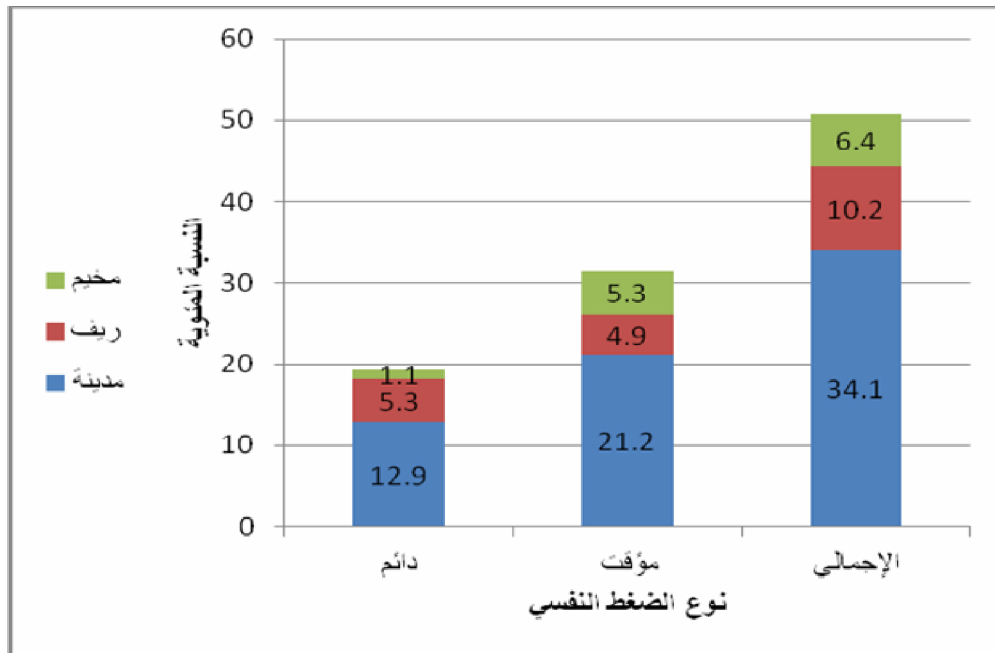
الإجمالي	نوع الضغط النفسي		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	مؤقت	دائم		
90	56	34	عدد الحالات	المدينة
%100	62.2	37.8	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%34.1	21.2	12.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
27	13	14	عدد الحالات	الريف
%100	48.1	51.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%10.2	4.9	5.3	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
17	14	3	عدد الحالات	المخيم
%100	82.4	17.6	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%6.4	5.3	1.1	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
134	83	51	عدد الحالات	الإجمالي
%50.7	31.4	19.3	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الضغط النفسي، حيث جاء الذين يعانون من ضغط نفسي مؤقت في المرتبة الأولى بنسبة 31.4% من إجمالي المصابين في العينة. تلاها الذين يعانون من ضغط نفسي دائم بنسبة 19.3% من إجمالي المصابين.

وقد تركزت نسبة المصابين الذين يعانون من ضغط نفسي مؤقت في المدينة بنحو 21.2

واقل نسبة لهم في المخيم بنسبة 1.1% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 28) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الضغط النفسي

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

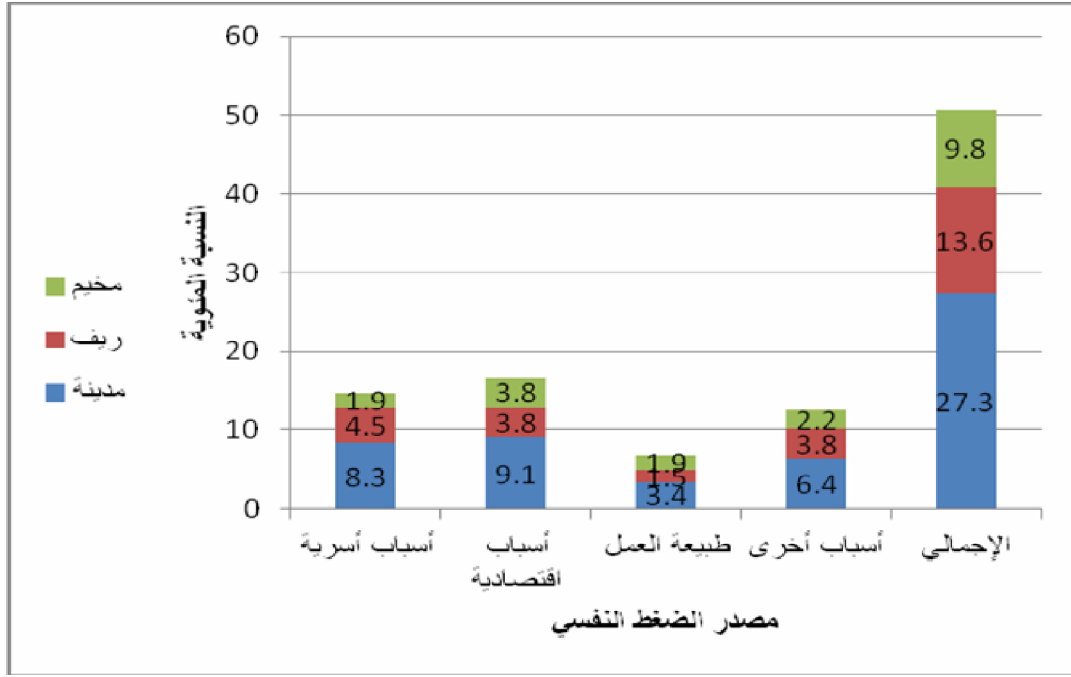
جدول رقم (28:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومصدر الضغط النفسي

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	مدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري	
		نعم	لا
المدينة	عدد الحالات	21	42
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	33.3	66.7
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	8	15.9
الريف	عدد الحالات	8	16
	النسبة إلى عدد حالات الريف	33.3	66.7
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	3	6
المخيم	عدد الحالات	4	4
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	50	50
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	1.5	1.5
الإجمالي	عدد الحالات	33	62
	النسبة	12.5	23.5

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومصدر الضغط النفسي وجاءت الأسباب الاقتصادية في المرتبة الأولى بنسبة 16.6% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها الأسباب الأسرية بنسبة 14.8% تلاها أسباب أخرى بنسبة 12.5% وأخيراً طبيعة العمل بنسبة 6.8%.

وقد سجل المصابون الذين يعانون من الضغط النفسي الناتج من أسباب اقتصادية أعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 9.1% وأقل نسبة لهم كانت بين سكان المخيم بنحو 3.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 29) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومصدر الضغط النفسي المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 29) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير

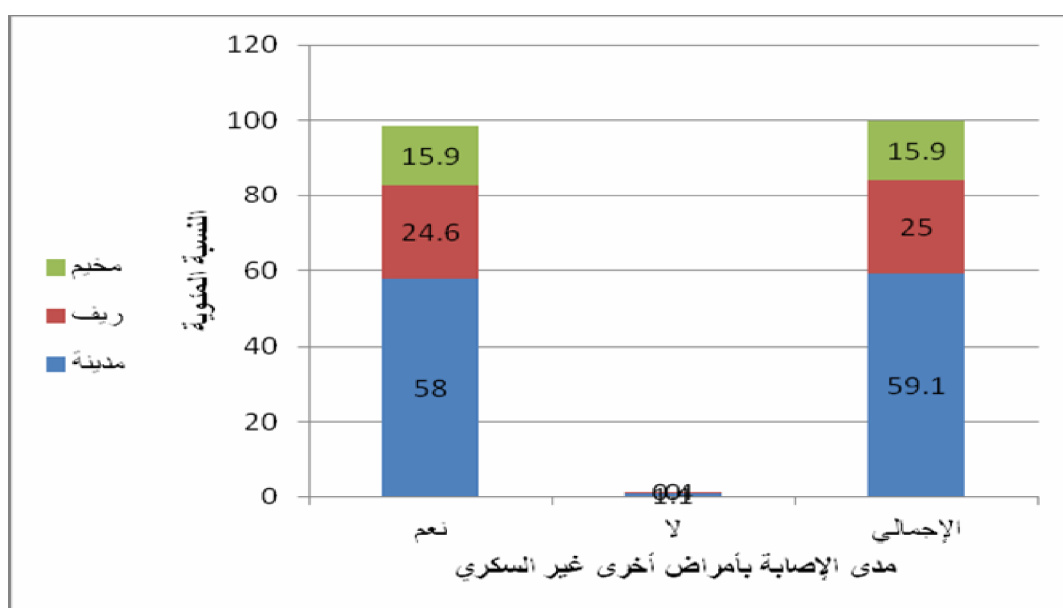
السكري

الإجمالي	مدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
156	3	153	عدد الحالات	المدينة
%100	2	98	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	1.1	58	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	1	65	عدد الحالات	الريف
%100	1.5	98.5	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	0.4	24.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	-	42	عدد الحالات	المخيم
%100	-	100	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	-	15.9	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	4	260	عدد الحالات	الإجمالي
%100	1.5	98.5	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري، حيث جاء المصابون بأمراض أخرى غير السكري في المرتبة الأولى بنسبة 98.5% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها غير المصابين بأمراض أخرى غير السكري بنسبة 1.5% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابين بمرض السكري الذين يعانون من أمراض أخرى أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 58% و أقل نسبة لهم في المخيم بنسبة 15.9% من إجمالي حالات الدراسة.



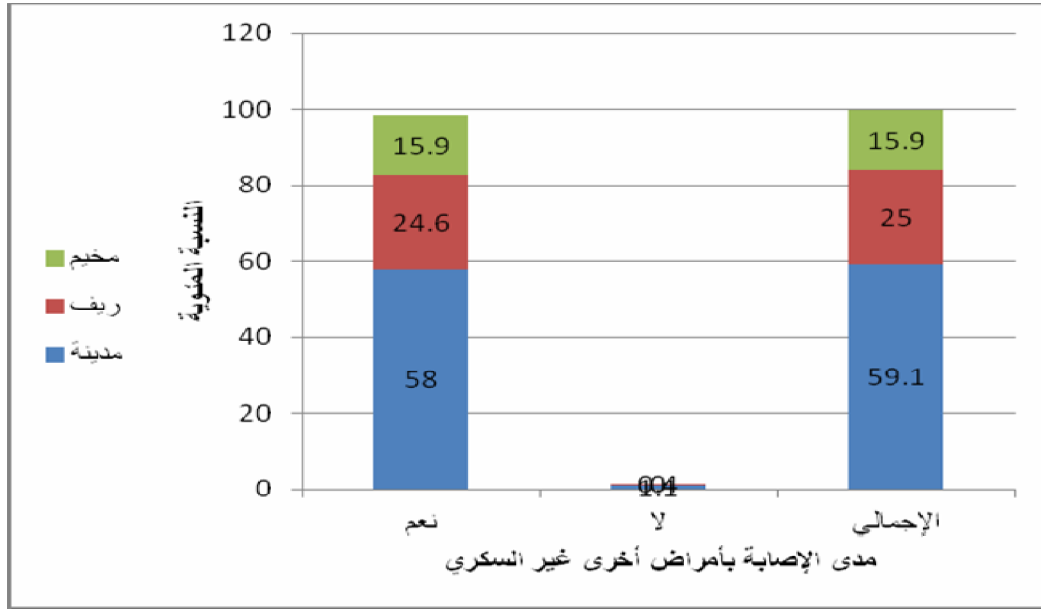
الشكل (4: 30) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (30:4) توزيع مرضى السكري لمكان السكن والأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	الأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري					
		القلب	ضغط الدم	مرض نفسي	حساسية وجيوب	كلسترول	جلطة
المدينة	عدد الحالات	34	117	1	1	-	153
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	22.2	76.5	0.7	0.7	-	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	12.9	44.3	0.4	0.4	-	%58
الريف	عدد الحالات	9	53	-	-	2	65
	النسبة إلى عدد حالات الريف	13.9	81.5	-	-	3.1	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	3.4	20	-	-	0.8	%24.6
المخيم	عدد الحالات	4	36	-	-	-	42
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	9.5	85.7	-	-	-	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	1.5	13.6	-	-	-	%15.9
الإجمالي	عدد الحالات	47	206	1	1	2	260
	النسبة	17.8	78	0.4	0.4	0.8	%98.5

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري وجاء مرض ضغط الدم في المرتبة الأولى بنسبة 78% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها مرض القلب بنسبة 17.8% تلاها الجلطات بنسبة 1.1% ثم الكلسترول بنسبة 0.8% وأخيراً الأمراض النفسية والحسية والجيوب بنسبة 0.4% لكل منهما. وقد سجل المصابون بمرض السكري مع مرض ضغط الدم أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 44.3% يليها الريف بنسبة 20% أما أقل نسبة لهذه الفئة فقد كانت بين سكان المخيم بنحو 13.6% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 31) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن والأمراض الأخرى غير السكري

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

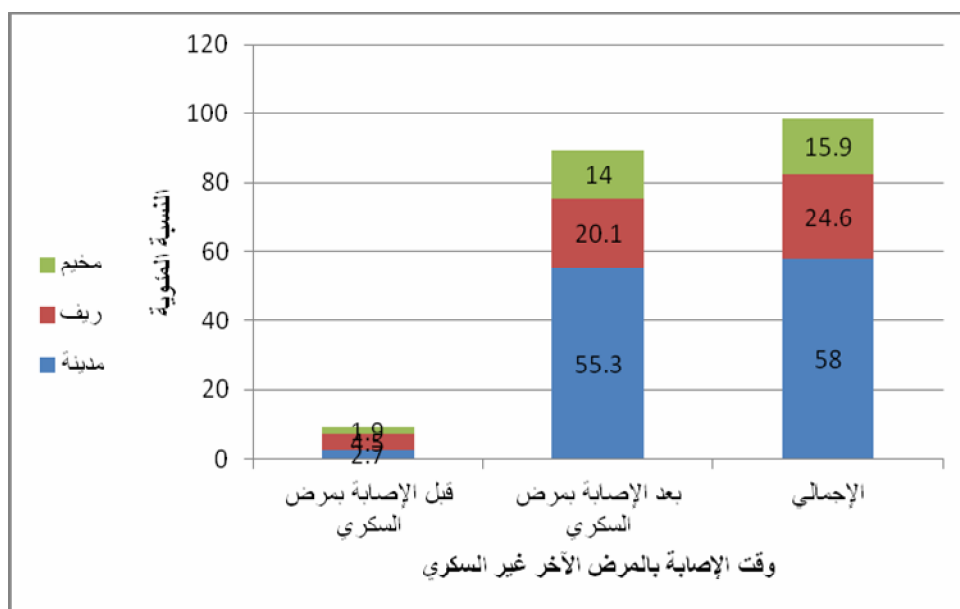
جدول رقم (4: 31) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير

السكري

المنطقة	وقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري		الفئة للمصابين بالسكري
	قبل الإصابة بمرض السكري	بعد الإصابة بمرض السكري	
المدينة	عدد الحالات	146	7
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	95.4	4.6
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	55.3	2.7
الريف	عدد الحالات	53	12
	النسبة إلى عدد حالات الريف	81.5	18.5
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	20.1	4.5
المخيم	عدد الحالات	37	5
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	88.1	11.9
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	14	1.9
الإجمالي	عدد الحالات	236	24
	النسبة	89.4	9.1

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري، حيث جاء المصابون الذين أصيبوا بأمراض بعد الإصابة بمرض السكري في المرتبة الأولى بنسبة 89.4% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أصيبوا بأمراض قبل الإصابة بمرض السكري بنسبة 9.1% من إجمالي المصابين. وقد تركزت أعلى نسبة للمصابين بأمراض أخرى بعد الإصابة بمرض السكري بين سكان المدينة بنسبة 55.3% يليها الريف بنسبة 20.1% وقل نسبة لهذه الفئة بين سكان المخيم بنسبة 14% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 32): توزيع مرضى السكري لمكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

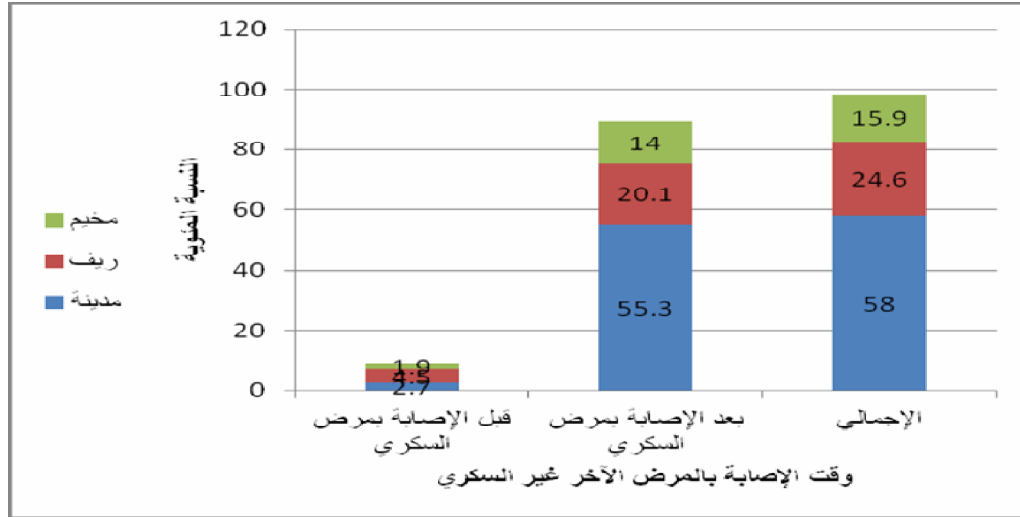
جدول رقم (32:4) توزيع المرضى لمكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على الإصابة بالسكري

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري	المضاعفات التي ترتبت على الإصابة بمرض السكري								
		العيون	روماتيزم	سلس البول	القلب	نقص الوزن	الهزال	كوليسترول	دسك	ألم أقدم
المدينة	عدد الحالات	49	17	8	6	7	37	1	15	13
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	42	11.1	5.2	3.9	4.6	24.2	0.7	9.8	8.5
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	18.6	6.4	3	2.3	2.7	14	0.4	5.7	4.9
الريف	عدد الحالات	11	16	7	3	8	18	2	-	-
	النسبة إلى عدد حالات الريف	16.9	24.6	10.8	4.6	12.3	27.7	3.1	-	-
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	4.2	6.1	2.7	1.1	3	6.8	0.4	-	-
المخيم	عدد الحالات	12	7	-	5	3	9	-	6	-
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	28.6	16.7	-	11.9	7.1	21.4	-	14.3	-
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	4.5	2.7	-	1.9	1.1	3.4	-	2.3	-
الإجمالي	عدد الحالات	72	40	15	14	18	64	3	21	13
	النسبة	27.3	15.2	5.7	5.3	6.8	24.2	1.1	8	4.9

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على الإصابة بالسكري وجاءت أمراض العيون في المرتبة الأولى بنسبة 27.3% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها مرض الهزال بنسبة 24.2% تلاها مرض الروماتيزم بنسبة 15.2% تلاها الدسك بنسبة 8% ثم نقص الوزن بنسبة 5.7% تلاها مرض القلب بنسبة 5.3% تلاها مرض ألم الأقدام بنسبة 4.9% وأخيراً الكوليسترول بنسبة 1.1%.

وقد مثلت نسبة المصابين الذين يعانون من أمراض العيون اعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 18.6 يليها المخيم بنسبة 4.5% و اقل نسبة لهذه الفئة بين سكان الريف بنسبة 4.2% من اجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 33) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على السكري
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

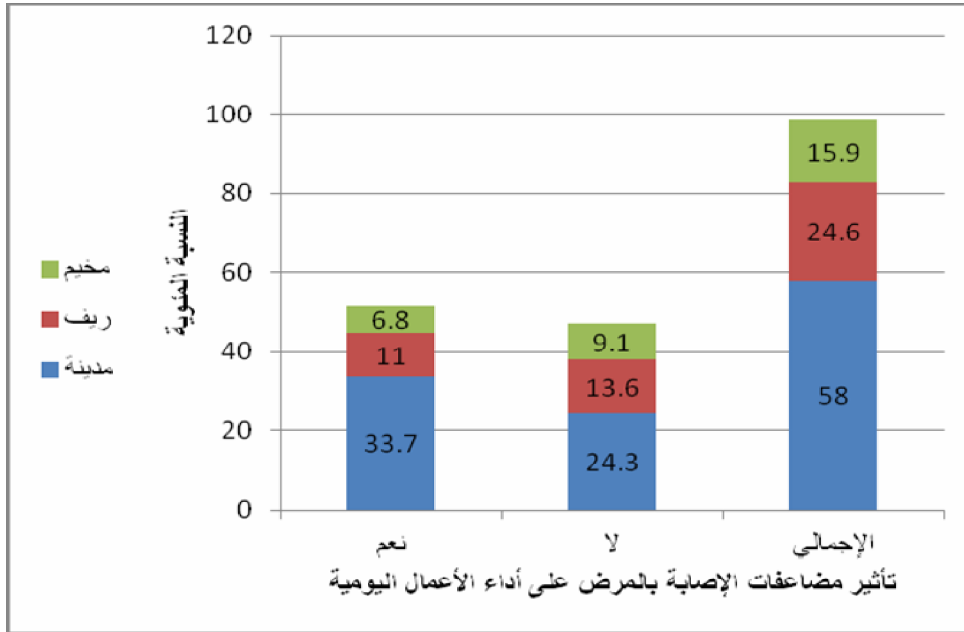
جدول رقم (4:33) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية

الإجمالي	تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية		الفئة للمصابين بالسكري	المنطقة
	لا	نعم		
153	64	89	عدد الحالات	المدينة
%100	41.8	58.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%58	24.3	33.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	36	29	عدد الحالات	الريف
%100	55.4	44.6	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%24.6	13.6	11	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	24	18	عدد الحالات	المخيم
%100	57.1	42.9	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	9.1	6.8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
260	124	136	عدد الحالات	الإجمالي
%98.5	47.7	52.3	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية، حيث جاء المصابون الذين أجابوا نعم في المرتبة الأولى بنسبة 52.3% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا لا بنسبة 47.7% من إجمالي المصابين.

تركزت نسبة المصابين الذين تؤثر إصابتهم على أداء أعمالهم اليومية بصورة أكبر بين سكان المدينة بنسبة 33.7% يليها سكان الريف بنسبة 11% و أقل نسبة لهم كانت في المخيم بنحو 6.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشك (4: 34) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية.

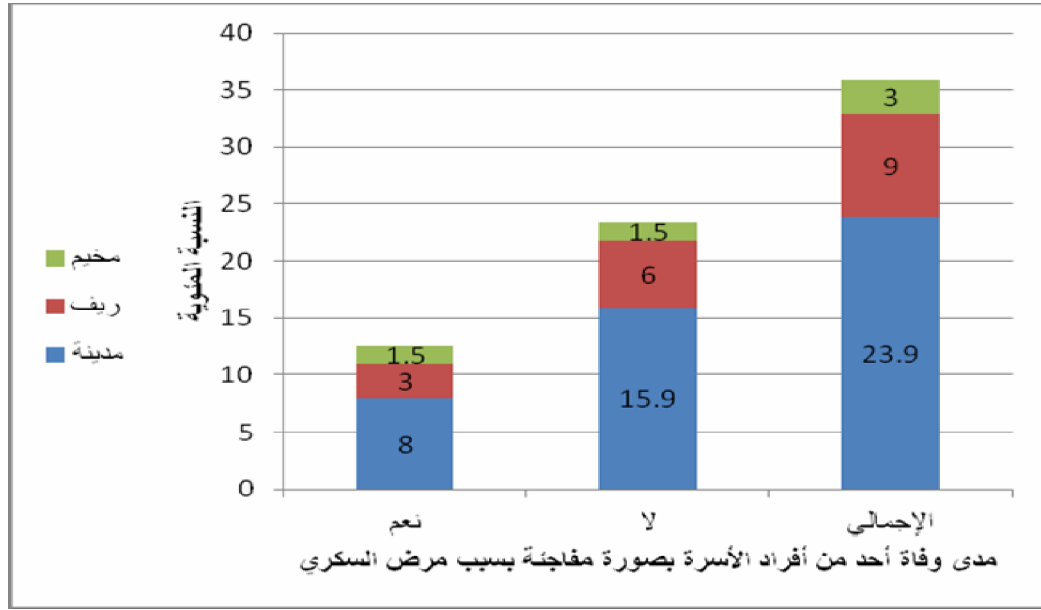
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4:34) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري:

المنطقة	الفئة للمصابين بالسكري		المنطقة
	مدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري	الإجمالي	
	لا	نعم	
المدينة	عدد الحالات	21	63
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	33.3	66.7
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	8	15.9
الريف	عدد الحالات	8	24
	النسبة إلى عدد حالات الريف	33.3	66.7
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	3	6
المخيم	عدد الحالات	4	8
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	50	50
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	1.5	1.5
الإجمالي	عدد الحالات	33	95
	النسبة	12.5	23.5

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري حيث جاء الذين توفوا بسبب مرض السكري بنسبة 12.5% من إجمالي المصابين في العينة. أما فئة الذين لم يتوفوا بسبب مرض السكري فكانوا بنسبة 23.5% من إجمالي المصابين في العينة. وقد كانت أعلى نسبة للذين لم يوجد احد من أفراد أسرتهم متوفي بسبب مرض السكري بصورة مفاجئة بين سكان المدينة بنحو 15.9% يليها الريف بنسبة 6% واقلها في المخيم بنسبة 1.5% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل رقم (4: 35) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

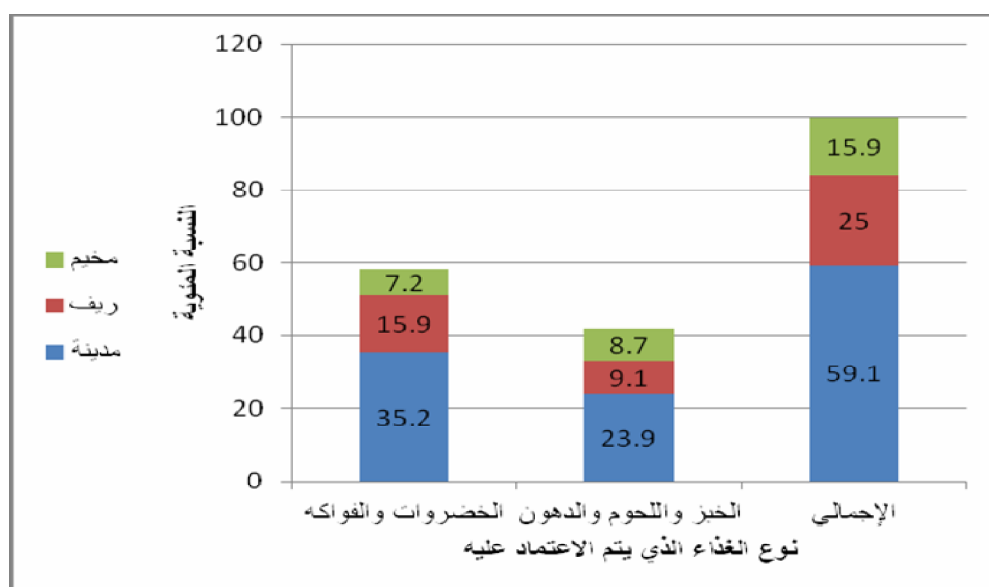
4: 6 نمط الغذاء:

جدول رقم (4: 35) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه

المنطقة	الفئة	نوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه		
		الخضروات والفواكه	الخبز واللحوم والدهون	الإجمالي
المدينة	عدد الحالات	93	63	156
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	59.6	40.4	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	35.2	23.9	%59.1
الريف	عدد الحالات	42	24	66
	النسبة إلى عدد حالات الريف	63.6	36.4	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	15.9	9.1	%25
المخيم	عدد الحالات	19	23	42
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	45.2	54.8	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	7.2	8.7	%15.9
الإجمالي	عدد الحالات	154	110	264
	النسبة	58.3	41.7	%100

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه، حيث جاء المصابون الذين أجابوا الخضروات والفواكه في المرتبة الأولى بعدد 154 ونسبة 58.3% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا الخبز واللحوم والدهون بعدد 110 ونسبة 41.7% من إجمالي المصابين. وقد سجل المصابون المعتمدون في غذائهم على الخضروات والفواكه أعلى نسبة لهم بين سكان المدينة بنحو 35.2% من إجمالي حالات الدراسة وأقلها في المخيم بنسبة 7.2% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 36) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه نمط الغذاء. المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

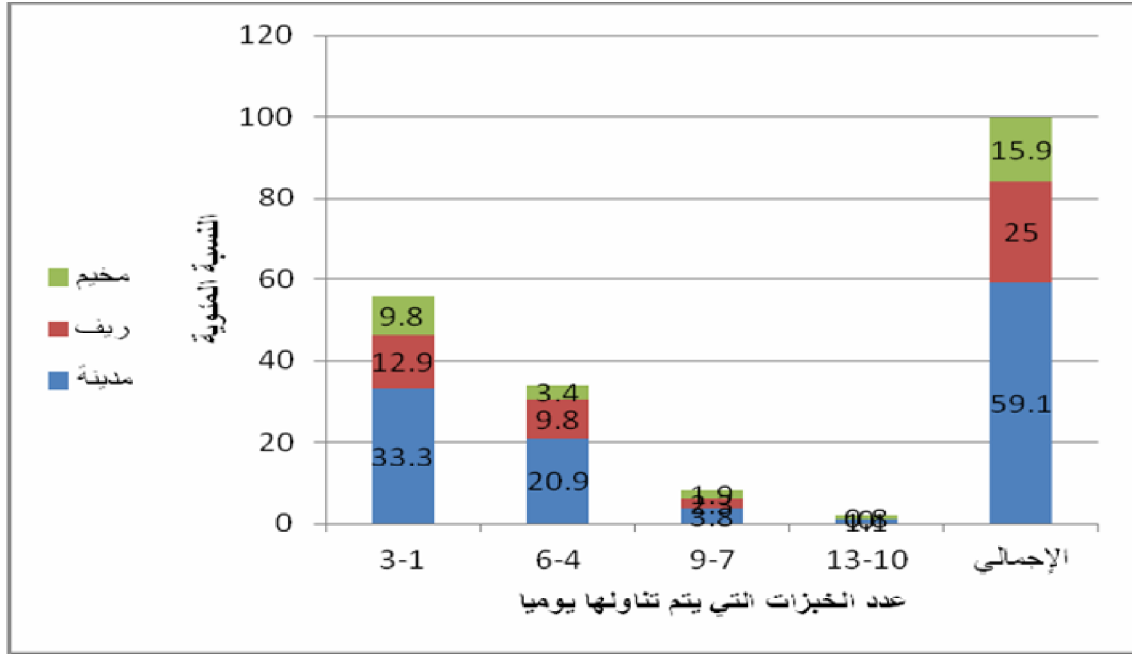
جدول رقم (36:4) توزيع مرضى السكري لمكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا

الإجمالي	عدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا				المنطقة	الفئة
	13-10	9-7	6-4	3-1		
156	3	10	55	88	المدينة	عدد الحالات
%100	1.9	6.4	35.3	56.4		النسبة إلى عدد حالات المدينة
%59.1	1.1	3.8	20.9	33.3		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
66	-	6	26	34	الريف	عدد الحالات
%100	-	9.1	39.4	51.5		النسبة إلى عدد حالات الريف
%25	-	2.3	9.8	12.9		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
42	2	5	9	26	المخيم	عدد الحالات
%100	4.8	11.9	21.4	61.9		النسبة إلى عدد حالات المخيم
%15.9	0.8	1.9	3.4	9.8		النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة
264	5	21	90	148	الإجمالي	عدد الحالات
%100	1.9	8	34.1	56		النسبة

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا وجاءت الفئة من 1-3 خبزات بنسبة 56% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها 4-6 خبزات بنسبة 34.1% تلاها 7-9 خبزات بنسبة 8% وأخيراً 10-13 خبزة بنسبة 1.9%.

وقد سجل المصابون الذين يتناولون الخبز بكميات تتراوح بين 1-3 خبزات يوميا أعلى نسبة لهم بين سكان المدينة بنحو 33.3% و أقلها في المخيم بنسبة 9.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 37) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 37) توزيع مرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الخضروات

المنطقة	الفئة	مدى تناول الخضروات		
		كثيرا	قليلًا	الإجمالي
المدينة	عدد الحالات	111	45	156
	النسبة إلى عدد حالات المدينة	71.2	28.8	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	42	17.1	%59.1
الريف	عدد الحالات	48	18	66
	النسبة إلى عدد حالات الريف	72.7	27.3	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	18.2	6.8	%25
المخيم	عدد الحالات	26	16	42
	النسبة إلى عدد حالات المخيم	61.9	38.1	%100
	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	9.8	6.1	%15.9
الإجمالي	عدد الحالات	185	79	264
	النسبة	70.1	29.9	%100

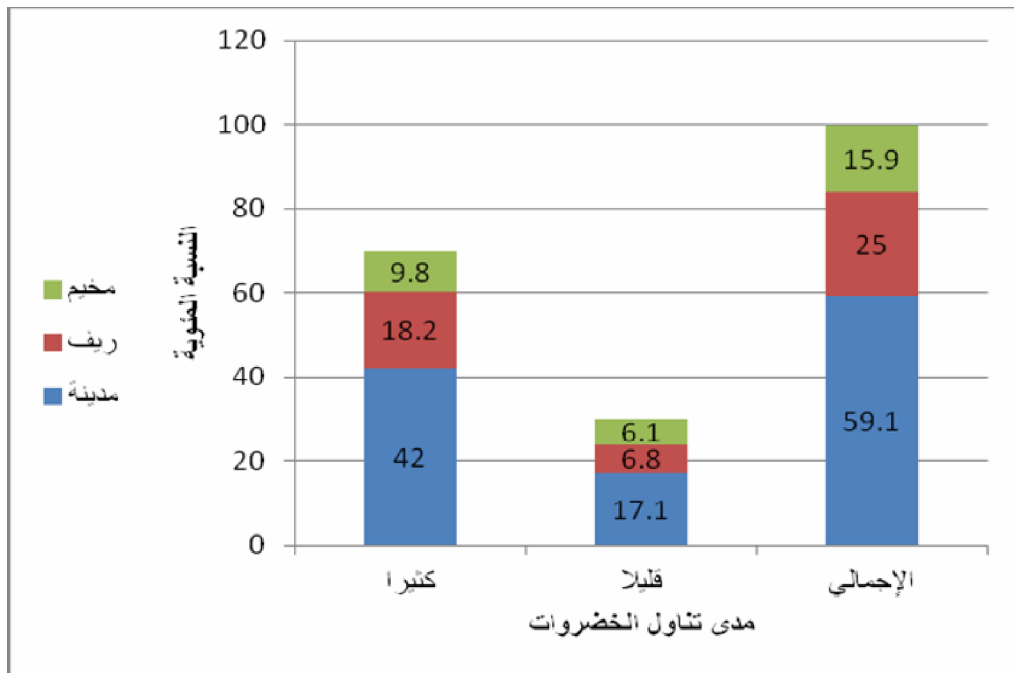
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول

الخضروات، حيث جاء المصابون الذين أجابوا كثيرا في المرتبة الأولى بعدد 185 ونسبة

70.1% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا قليلا بعدد 79 ونسبة 29.9% من إجمالي المصابين.

وقد تركزت نسبة المصابين الذين يتناولون الخضروات كثيرا بين سكان المدينة بنحو 42% يليها سكان الريف بنسبة 18.2% من إجمالي حالات الدراسة وقلها في المخيم بنسبة 9.8% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 38) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الخضروات المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

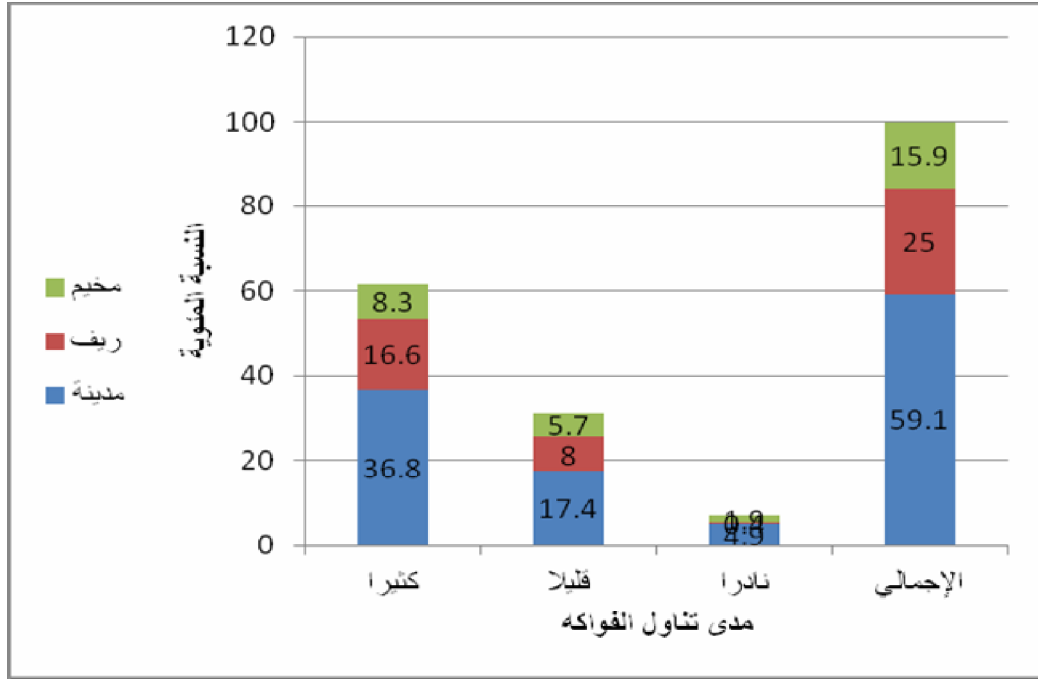
جدول رقم (38:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الفواكه

الإجمالي	مدى تناول الفواكه			الفئة	المنطقة
	نادرا	قليلًا	كثيرًا		
156	13	46	97	عدد الحالات	المدينة
%100	8.3	26.5	62.2	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	4.9	17.4	36.8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	1	21	44	عدد الحالات	الريف
%100	1.5	31.8	66.7	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	0.4	8	16.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	5	15	22	عدد الحالات	المخيم
%100	11.9	35.7	52.4	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.9	5.7	8.3	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	19	82	163	عدد الحالات	الإجمالي
%100	7.2	31.1	61.7	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الفواكه، حيث جاء المصابون الذين أجابوا كثيرا في المرتبة الأولى بنسبة 61.7% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا قليلا بنسبة 31.1% من إجمالي المصابين، أخيراً المصابون الذين أجابوا نادرا بنسبة 7.2% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابون الذين يتناولون الفواكه كثيرا أعلى نسبة لهم في المدينة بنحو 36.8% يليها الريف بنسبة 16.6% وقلها في المخيم بنسبة 8.3% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 39) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الفواكه
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

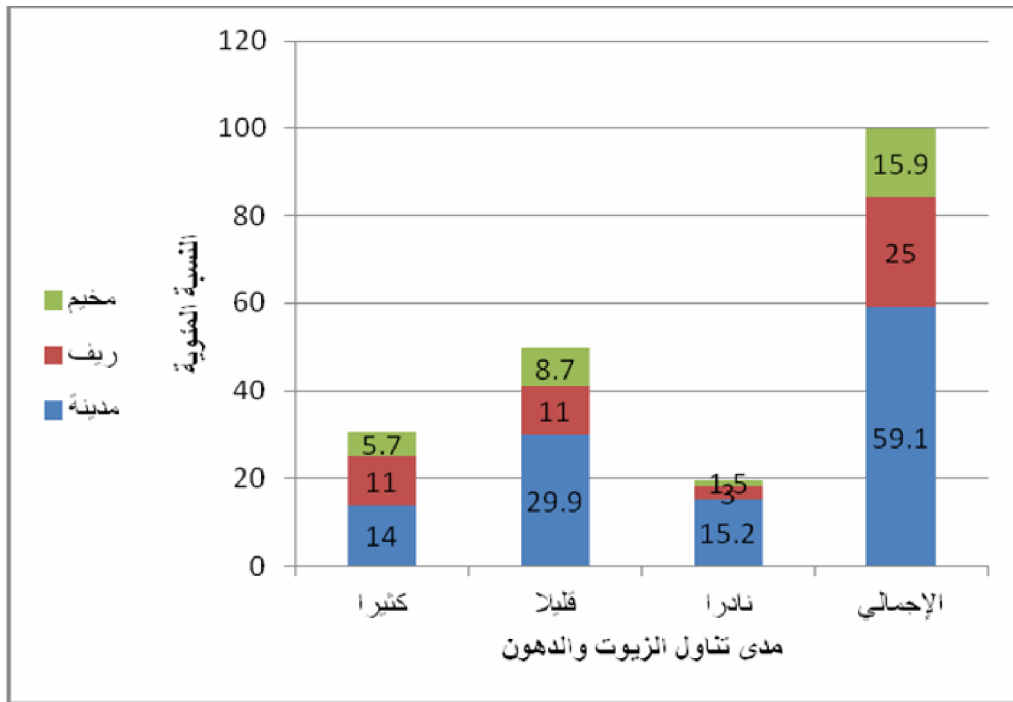
جدول رقم (4: 39) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون

الإجمالي	مدى تناول الزيوت والدهون			الفئة	المنطقة
	نادرا	قليلا	كثيرا		
156	40	79	37	عدد الحالات	المدينة
%100	25.6	5.6	23.7	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	15.2	29.9	14	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	8	29	29	عدد الحالات	الريف
%100	12.2	43.9	43.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	3	11	11	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	4	23	15	عدد الحالات	المخيم
%100	9.5	54.8	35.7	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	1.5	8.7	5.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	52	131	81	عدد الحالات	الإجمالي
%100	19.7	49.6	30.7	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون، حيث جاء المصابون الذين أجابوا قليلا في المرتبة الأولى بنسبة 49.6% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا كثيرا بنسبة 30.7% من إجمالي المصابين، أخيراً المصابون الذين أجابوا نادرا بنسبة 19.7% من إجمالي المصابين.

وقد مثل المصابون الذين يتناولن الزيوت والدهون قليلا أعلى نسبة بين سكان المدينة بنسبة 23.7% يليها الريف بنسبة 11% وأقلها في المخيم بنسبة 5.7% من إجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 40) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

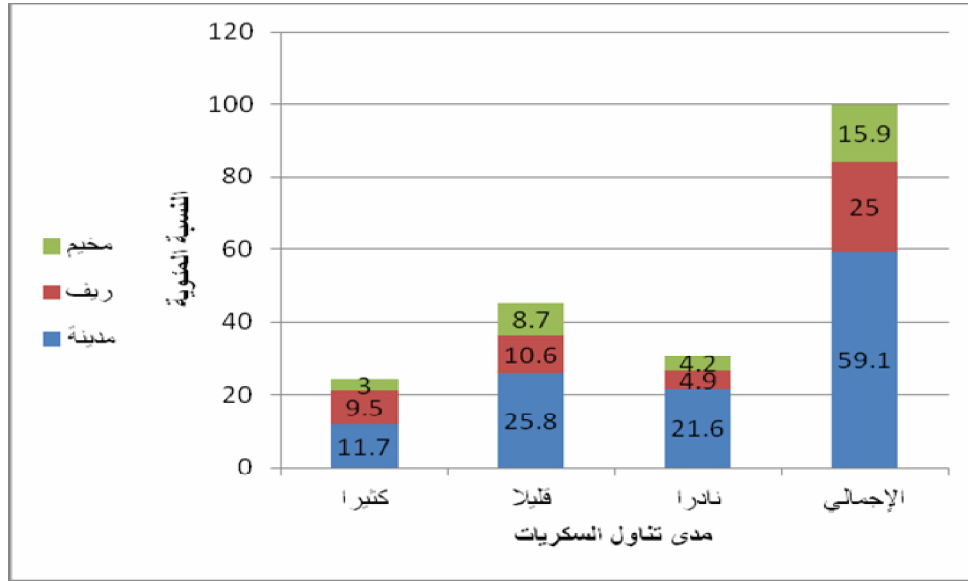
جدول رقم (40:4) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول السكريات

الإجمالي	مدى تناول السكريات			الفئة	المنطقة
	نادرا	قليلًا	كثيرًا		
156	57	68	31	عدد الحالات	المدينة
%100	36.5	43.6	19.9	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	21.6	25.8	11.7	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	13	28	25	عدد الحالات	الريف
%100	19.7	42.4	37.9	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	4.9	10.6	9.5	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	11	23	8	عدد الحالات	المخيم
%100	26.2	54.8	19	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	4.2	8.7	3	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	81	119	64	عدد الحالات	الإجمالي
%100	30.7	45.1	24.2	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول السكريات، حيث جاء المصابون الذين أجابوا قليلاً في المرتبة الأولى بنسبة 45.1% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا نادراً بنسبة 30.7% من إجمالي المصابين، أخيراً المصابون الذين أجابوا كثيراً بنسبة 24.2% من إجمالي المصابين.

وقد سجل المصابون الذين يتناولون السكريات قليلاً أعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 25.5% وأقل نسبة لهذه الفئة في المخيم بنسبة 8.7% من إجمالي حالات الدراسة.



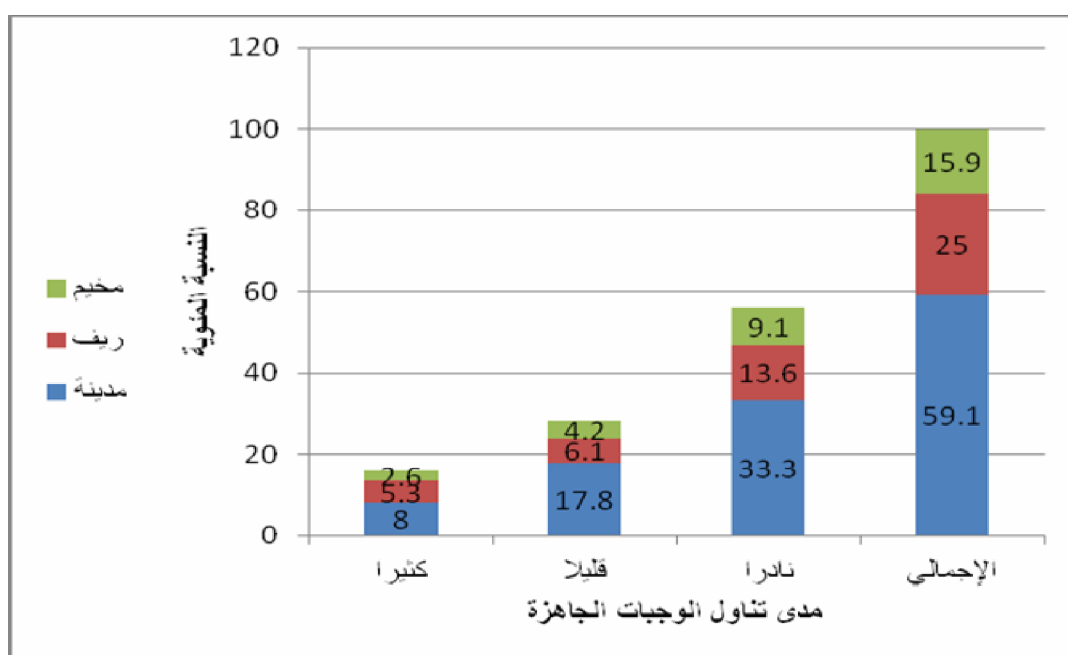
الشكل (4: 41) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول السكريات
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

جدول رقم (4: 41) التوزيع الجغرافي لمرضى السكري لمكان السكن ومدى تناول الوجبات
الجاهزة

الإجمالي	مدى تناول الوجبات الجاهزة			الفئة	المنطقة
	نادرا	قليلًا	كثيرًا		
156	88	47	21	عدد الحالات	المدينة
%100	56.4	30.1	13.5	النسبة إلى عدد حالات المدينة	
%59.1	33.3	17.8	8	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
66	36	16	14	عدد الحالات	الريف
%100	54.5	24.2	21.2	النسبة إلى عدد حالات الريف	
%25	13.6	6.1	5.3	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
42	24	11	7	عدد الحالات	المخيم
%100	57.1	26.2	16.7	النسبة إلى عدد حالات المخيم	
%15.9	9.1	4.2	2.6	النسبة إلى إجمالي حالات الدراسة	
264	148	74	42	عدد الحالات	الإجمالي
%100	56.1	28	15.9	النسبة	

المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

يبين الجدول السابق التوزيع الجغرافي لمرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الوجبات الجاهزة، حيث جاء المصابون الذين أجابوا نادرا في المرتبة الأولى بنسبة 56.1% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها المصابون الذين أجابوا قليلا بنسبة 28% من إجمالي المصابين، أخيراً المصابون الذين أجابوا كثيرا بنسبة 15.9% من إجمالي المصابين. وقد سجل المصابون الذين يتناولون الوجبات الجاهزة نادرا اعلى نسبة لهم في المدينة بنسبة 33.3%، واقل نسبة لهم بين سكان المخيم بنحو 9.1% من اجمالي حالات الدراسة.



الشكل (4: 42) توزيع مرضى السكري حسب مكان السكن ومدى تناول الوجبات الجاهزة
المصدر: عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2012.

7:4 فحص العلاقة بين خصائص أفراد العينة ومدى الإصابة بمرض السكري حسب مكان السكن .

جدول رقم (42:4) فحص العلاقة بين خصائص افراد العينة ومدى الاصابة بالمرض حسب مكان السكن .

قيمة الانحدار المتعدد	قيمة مربع كاي	معامل ارتباط بيرسون	خصائص أفراد العينة
	0.000	0.101	مكان السكن
0.149	0.540	0.270	النوع الاجتماعي
0.419	0.000	0.000	فئات عمر المريض
0.101	0.000	0.000	الحالة الاجتماعية
0.101	0.000	0.017	عدد أفراد الأسرة
0.271	0.000	0.912	المستوى التعليمي
0.737	0.000	0.046	الحالة العملية
0.091	0.000	0.058	المهنة
* 0.026	0.000	0.187	ملكية السكن
0.735	0.000	0.779	نوعية السكن
0.294	0.000	0.979	الدخل الشهري
0.211	0.493	0.029	امتلاك وسيلة مواصلات
0.450	0.000	0.775	مدى التسجيل في المراكز الصحية
0.504	0.000	0.466	مدى المحافظة على مستوى السكر في الدم
0.159	0.000	0.004	مدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية
0.440	0.000	0.373	مدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض
0.488	0.000	0.647	نمط داء السكري
0.493	0.000	0.584	نوع العلاج
0.457	0.000	0.573	ممارسة الرياضة
* 0.031	0.000	0.000	ممارسة الرياضة بصورة منتظمة
0.294	0.000	0.000	نوع الرياضة
* 0.020	0.000	0.003	طريقة التحرك داخل منطقة السكن
0.034	0.000	0.384	مؤشر كتلة الجسم
* 0.024	0.000	0.000	إتباع حمية غذائية
0.096	0.000	0.001	مدى التدخين
0.455	0.000	0.000	المعاناة من ضغط نفسي

خصائص أفراد العينة	معامل ارتباط بيرسون	قيمة مربع كاي	قيمة الانحدار المتعدد
نوع الضغط النفسي	0.000	0.000	* 0.017
مصدر الضغط النفسي	0.012	0.000	0.507
الإصابة بأمراض أخرى غير السكري	0.007	0.000	0.471
نوع الأمراض الأخرى المصابين فيها غير السكري	0.013	0.000	0.332
وقت الإصابة بالمرض الآخر	0.287	0.000	0.768
المضاعفات التي ترتبت على الإصابة بمرض السكري	0.226	0.000	0.741
تأثير المضاعفات على أداء الأعمال اليومية	0.027	0.389	0.682
مدى وفاة احد أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري	0.638	0.651	0.440
نوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه	0.000	0.063	0.411
عدد الخبزات التي يتناولها يوميا	0.943	0.000	0.970
مدى تناول الخضروات	0.000	0.000	0.279
مدى تناول الفواكه	0.000	0.000	0.198
مدى تناول الزيوت والدهون	0.038	0.000	0.055
مدى تناول السكريات	0.527	0.000	0.589
مدى تناول الوجبات الجاهزة	0.000	0.000	0.153

عند دراسة العلاقة بين مرض السكري ومكان السكن يتبين أن قيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن. وترى الباحثة أن سبب تركيز مرض السكري في المدينة أكثر من غيرها وذلك بسبب ارتفاع درجة الحضرية فيها بصورة أكبر من الريف والمخيم حيث تشير اغلب الدراسات إلى ان زيادة مظاهر الحياة الحضرية المتمثلة بالاعتماد على وسائل النقل والاتصالات والعودة وقلة ممارسة الرياضة بالإضافة إلى تغير نمط الغذاء واعتماد البعض على الوجبات السريعة مما يؤدي إلى زيادة الوزن والذي هو من أهم أسباب الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.⁵²

⁵² <http://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2013-02-16-1.1823656> علي الظاهري

السكري صاعقة ناجمة عن نمط الحياة 16-1-2013.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والنوع الاجتماعي حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.270) وقيمة مربع كاي تساوي (0.540) مما يعني عدم وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والنوع الاجتماعي. وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى تعرض الذكور والإناث لنفس ظروف المعيشة ونوع الغذاء وطبيعة الحياة، ولذلك لم تكن الفروق دالة بين الذكور والإناث في الإصابة بمرض السكري.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض وفئات العمر حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون وقيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وفئات العمر. حيث يظهر أن أكبر نسبة تظهر ضمن الفئة العمرية 46-60 سنة من المرضى. حيث يرتفع معدل انتشار مرض السكري في كثير من البلدان بشكل ملحوظ مع تقدم العمر. ومع تقدم العمر تتباين بشكل كبير قدرة الأشخاص على التعامل مع الحياة وتعلم المعلومات الجديدة واستمرار التمتع بعدم الاعتماد على غيره. حيث قد يعاني كبار السن المصابون بمرض السكري من الضعف ومن مضاعفات السكري وانخفاض القدرة على إدارة مرض السكري مقارنة بالشباب المصابين بهذا المرض. لذا فهم بحاجة إلى رعاية خاصة لعلاج مرض السكري ويجب معاملة كبار السن من المرضى كأفراد وليس كفئة متماثلة وتلبية احتياجاتهم.⁵³

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والحالة الاجتماعية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والحالة الاجتماعية. حيث يظهر أن أكبر نسبة تظهر لدى المتزوجين من المرضى، وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى كثرة الأعباء التي يتحملها المتزوجون أكثر من غيرهم من حيث ضغط العمل والعناية بالأسرة وتكاليف المعيشة وغيرها من الأمور التي تسبب الضغط والتوتر النفسي والجسدي مما يساعد في إيجاد بيئة مناسبة لديهم لمرض السكري.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض وعدد أفراد الأسرة حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.017) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وعدد أفراد الأسرة. حيث يظهر أن أكبر نسبة

⁵³ http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20Curriculum_IV-

[4%20The%20older%20adult_Arab.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20Curriculum_IV-4%20The%20older%20adult_Arab.pdf) الاتحاد الدولي لمرض السكري، المنهج الدولي لتعليم الاخصائيين

الصحيين المعنيين بمرض السكري، ص 95 2013/4/4

تظهر لدى العدد 4 أفراد ثم 5 ثم 7 وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى كثرة أعداد الأسر المستجيبة على أداة الدراسة ضمن هذه الفئات من أعداد أفرادها وذلك حيث ان متوسط عدد أفراد الأسرة للضفة الغربية يبلغ 5.6 فرد⁵⁴ وذلك جاءت نسبة الإصابة بها أكثر من غيرها.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.912) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والمستوى التعليمي.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والحالة العملية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.046) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والحالة العملية. وتعزي الباحثة انه في خضم الحياة السريعة والساعات الطوال التي يقضيها الإنسان في العمل والضغوط النفسية والجسمانية التي يتعرض لها بشكل يومي ومستمر وقلة ممارسة الرياضة والأكل غير المنتظم وغير الصحي فإن كل هذه العوامل ترمي بثقلها على جسم الإنسان وقد تعرضه للإصابة بأمراض العصر الحديث مثل السكري والضغط وغيرهما⁵⁵.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والمهنة حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.058) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والمهنة. وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى كثرة الأعباء الملقاة على عاتق هذه الفئات (العاملون في التجارة والخدمات) بسبب الاحتكاك المباشر مع المواطنين وضغط العمل والتعرض لمضايقات العمل والسوق.

كما اتضح من خلال العديد من الدراسات أن الإجهاد في العمل يزيد احتمال الإصابة بالسكري من خلال ظاهرتين الأولى تتمثل في اضطراب الجهاز العصبي الصماوي وجهاز المناعة مما يؤدي إلى إنتاج كميات أكبر من الهرمونات مثل الكورتيزول والأدرينالين، أما الظاهرة الثانية فتكمن في تغير السلوك الغذائي وطريقة استهلاك الطاقة التي تشعرهم بالتعويض.⁵⁶

⁵⁴ السلطة الوطنية الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مسح انفاق واستهلاك الاسرة، مستويات المعيشة في الاراضي الفلسطينية الافاق الاستهلاك الفقير، حزيران 2011.

⁵⁵ <http://www.drdhaimat.com/Docs.ArabicViewer/373427ac-3ba7-4988-9674-5494faa21ab1/default.aspx>

دهيمات امراض السكري والضغط وعلاقتها بضغط العمل 2013-4-23.

⁵⁶ <http://www.albiladdaily.com/news.php?action=show&id=109339> ابراهيم عبد الاله، ضغط العمل

يعرضك للعديد من الامراض 19-9-1012.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض وملكية السكن (لرب الأسرة) حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.187) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وملكية السكن (لرب الأسرة) ولصالح المصابين الذين يمتلكون سكنهم.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ونوعية السكن (لرب الأسرة) حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.779) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونوعية السكن (لرب الأسرة). حيث يظهر من النتائج أن النسبة الأكبر للمصابين للأفراد الذين يعيشون في بيوت من الطوب.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض والدخل الشهري (لرب الأسرة) بالدينار الأردني حسب مكان السكن تبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.979) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني عدم وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والدخل الشهري (لرب الأسرة).

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة) حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.059) وقيمة مربع كاي تساوي (0.493) مما يعني عدم وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى امتلاك وسيلة مواصلات (لرب الأسرة).

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ومدى التسجيل في المراكز الصحية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.775) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى التسجيل في المراكز الصحية وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى وجود وعي لا بأس به لدى المواطنين لمتابعة مرضهم لدى الجهات الصحية المختصة حيث يظهر أن الغالبية العظمى من المصابين مسجلون لدى الجهات الصحية.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.446) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى المحافظة على مستوى السكر في الدم السيطرة على مستوى السكر في الدم هو أمر في غاية الأهمية للحفاظ على الصحة العامة وتجنب الإصابة بالمضاعفات طويلة المدى لمرض السكر. هناك بعض الأشخاص يقومون بالسيطرة على مستوى السكر عن طريق النظام الغذائي السليم والتمارين الرياضية فقط دون تناول العلاج الدوائي. هناك مجموعة أخرى قد تحتاج للأنسولين أو الأقرص الأخرى إلى جانب ذلك العلاج. وفي كلتا الحالتين، السيطرة على مستوى السكر هو مفتاح العلاج. لذلك فإن الغالبية العظمى ونتيجة للتوعية المستمرة والتنبيه حول خطورة مضاعفات المرض فإن المصابين يحرصون على الفحص الدوري ومحاولة ضبط مستوى السكر في الدم⁵⁷.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.004) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية.

وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى ضرورة المتابعة ومحاولة المحافظة على مستوى السكر في الدم بصورة طبيعية حتى يتم علاج المرض وعدم استفحاله في الجسم وحدوث مضاعفات كبيرة وهذا ما يقوم به الغالبية من المصابين بمرض السكري ضمن هذه الدراسة وخاصة بعد اكتشافهم للمرض.

إن المستوى المطلوب يكون بين 80 - 120 مليجرام/عشر لتر (mg/dl) قبل الأكل، وأقل من 180 بعد الأكل. أما بالنسبة للأكبر سناً والمصابين بأي من مضاعفات السكر فيجب ألا يرتفع مستوى السكر عن 100 - 140 قبل الأكل، وأقل من 200 بعد الأكل. وذلك لأن انخفاض

⁵⁷ احمد يونس، الآلية الامراضية للسكري مجلة بلسم ع343 2004، ص17

السكر بشكل كبير عند الأشخاص الأكبر في العمر يمكن أن يشكل خطورة أكثر لهم بالمقارنة بالشباب.⁵⁸

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.373) وقيمة مربع كاي تساوي (0.005) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى وجود إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض وتشير الدراسات إلى أن العامل الوراثي يلعب دوراً أساسياً في الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، حيث أن هناك أبحاث عديدة تهدف إلى دراسة كيفية انتقال العيوب الوراثية المسببة للمرض من الآباء أو الأمهات إلى الأبناء.⁵⁹

وكان من أهم الدراسات التي أجريت في مجال أسباب المرض تلك الدراسات التي استهدفت تبيان أثر العوامل الوراثية في الإصابة بالمرض، حيث تمكن بعض الباحثين من اكتشاف الجينات المسببة للمرض، وتجرى دراسات بمعرفة وسيلة التغلب على عيوب هذه الجينات والتي تؤدي إلى حدوث المرض، وقد أكدت الدراسات التي أجريت بمستشفى كنجلر كولج بلندن دور الوراثة كمسبب رئيسي يؤدي إلى الإصابة بالمرض، حيث قام الدكتور دافيد بايك مع فريق من الأطباء والباحثين بإجراء دراسات مستفيضة على 53 زوجاً من التوائم التي تتماثل في الصفات الوراثية سواء الطبيعية أو المرضية، لا التوأمن المتماثلين ينشأ عن انقسام بويضة ملقحة بحيوان منوي واحد، ولقد بيّنت نتائج الدراسات أنه، بمتابعة الحالة المرضية للتوائم، يتبين أنه إذا أصيب أحد التوأمن بمرض السكري، فإن التوائم الآخر يصاب بالمرض وفي نفس الوقت تقريباً، وهذا يؤكد أن جينات مرض السكري موجودة في كلا التوأمن، وإنها الجينات - تنتقل من الأب أو الأم إلى الأبناء أي أن الوراثة تلعب دوراً مهماً في الإصابة بالمرض.⁶⁰

⁵⁸ http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%83%D8%B1_9%85، السكري في

بلازما الدم، 9-9-2012.

⁵⁹ أمين رويحة، داء السكري - أسبابه أعراضه طرق مكافحته، ط1، دار القلم، بيروت، ص9.

⁶⁰ عز الدين الدنشاري وعبد الله البكيري، مرض السكر - دراسات الحاضر وفاق المستقبل، دار المريخ للنشر، الرياض، ص213.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ونمط داء السكري حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.647) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونمط داء السكري يحدث هذا النمط (الذي كان يُسمى سابقاً السكري غير المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الكهولة) بسبب استخدام الجسم لمادة الأنسولين بشكل غير فعال. والجدير بالذكر أنّ 90% من حالات السكري المسجّلة في شتى أرجاء العالم هي حالات من النمط 2، الذي يظهر أساساً جرّاء فرط الوزن وقلة النشاط البدني.⁶¹

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ونوع العلاج حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.584) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونوع العلاج وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى استخدام النوع المناسب لكل مريض، حيث توصف الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم (الأقراص) للمرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر عندما تفشل الحمية الغذائية والرياضية في خفض مستوى السكر في الدم لديهم بشكل جيد. وهذه الأدوية لا تستخدم في علاج المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر لأن آلية عمل هذه الأدوية تعتمد أساساً على إفراز الأنسولين من البنكرياس. وهذا الهرمون كما أسلفنا غير موجود أصلاً عند هؤلاء المرضى.

تعطى الأدوية الخافضة للسكر عن طريق الفم مرة واحدة في اليوم (في الصباح) مع أن بعض الأشخاص قد يحتاج إلى جرعتين أو ثلاث جرعات. ويمكن استخدام أكثر من دواء عن طريق الفم عندما يكون أحد الأدوية غير كاف لوحده لخفض مستوى السكر في الدم بالمستوى المطلوب. وعندما تفشل الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم في التحكم بمستوى السكر في الدم بشكل جيد فإنه يعطى حقن الأنسولين إما لوحدها أو بإعطائها مع الأدوية الأخرى، وكما أسلفنا الحديث عن ان نسبة الأفراد المصابين بمرض السكري من النوع الثاني

⁶¹ /http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar 9-9-2012.

هي الأكبر في هذه الدراسة والتي بلغت 82.20% من الأفراد المصابين لذلك جاءت نسبة الأفراد الذين يتعالجون بواسطة الأقراص الخافضة لمستوى السكر في الدم هي الأكبر.⁶²

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض حسب مكان السكن، يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.573) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض. يظهر من النتائج أن النسبة الأكبر من المصابين هم من غير الممارسين للرياضة قبل الإصابة بالمرض.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة وتعزي الباحثة سبب ذلك إلى أهمية ممارسة الرياضة حيث انه من الضروري أن تصبح ممارسة التمارين الرياضية جزءاً من روتين الحياة اليومية بهدف خفض مستوى السكر في الدم، وتقوية القلب والأوعية الدموية، ومنع أو تأخير الإصابة بالسكري من النوع الثاني ومضاعفاته بالإضافة إلى الحفاظ على وزن صحي والتمتع بحياة ممتلئة بالصحة والعافية بشكل عام. لقد ثبت أن لممارسة التمارين الرياضية ولمدة دقيقة في الأسبوع تأثيراً إيجابياً في السيطرة على مستوى السكر في الدم. وللحصول على مثل هذا التأثير الإيجابي فإنه يجب على الأفراد المصابين بالسكري ممارسة التمارين الرياضية بانتظام ووفق برنامج محدد. كما يتوجب أن يكون نظام التمارين الرياضية مناسباً لاحتياجات المريض، وأن يخضع للمتابعة المنتظمة من قبل الاختصاصيين.⁶³

⁶² محمد بن سعد الحميد، مرض السكر - أسبابه ومضاعفاته وعلاجه ط1، جامعة الملك سعود الرياض، 2007، ص133.

⁶³ <http://www.diabetes.org.kw/ar/page/view/level/3/id/73> مركز سكر الكويت للمعلومات، أنواع التمارين

الرياضية المناسبة للمصابين بالسكري 2013/4/19.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ونوع الرياضة التي يتم ممارستها حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونوع الرياضة التي يتم ممارستها حيث من المهم جدا ان تكون الرياضة مناسبة لحالة المريض وخاصة ا هناك أنواع من الرياضات قد تؤثر سلبا لمن يعانون من وجود مضاعفات لمرض السكري.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض وطريقة التحرك داخل مكان السكن حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.003) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وطريقة التحرك داخل مكان السكن لان المصابين لديهم الوعي الكافي حول أهمية ممارسة رياضة المشي بالنسبة لمرضى السكري ولهذا يحاول معظمهم التحرك داخل مكان السكن مشيا على الأقدام.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ومؤشر كتلة الجسم حسب مكان السكن ، يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.384) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومؤشر كتلة الجسم. وهي تتركز كما يظهر في الجدول في الفئات الرابعة والخامسة والسادسة من مؤشر كتلة الجسم بعدد (226) ونسبة (85.6%) من المصابين.

مؤشر كتلة الجسم (Body mass index) هو المقياس المتعارف عليه عالميا لتمييز الوزن الزائد عن السمنة أو البدانة عن النحافة عن الوزن المثالي وهو يعبر عن العلاقة بين وزن الشخص وطوله. وهو حاصل على اعتراف المعهد القومي الأمريكي للصحة ومنظمة الصحة العالمية كأفضل معيار لقياس السمنة. و يحسب مؤشر كتلة الجسم بتقسيم الوزن بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتري كما يلي: مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوجرام/مربع الطول بالمتري.⁶⁴

و بعد حسابه قارن النتيجة بالجدول التالي:

⁶⁴ http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D8%A4%D8%B4%D8%B1_%D9%83% ، مؤشر كتلة

جدول رقم (43:4) مقارنة بين التنيف و مؤشر كتلة الجسم كغ/م²

التصنيف	مؤشر كتلة الجسم كغ/م ²
نقص حاد جدا	أقل من 15
نقص حاد	من 15 إلى 16
نقص في الوزن	من 16 إلى 18.5
وزن طبيعي	من 18.5 إلى 25
زيادة في الوزن	من 25 إلى 30
سمنة خفيفة (سمنة من الدرجة الأولى)	من 30 إلى 35
سمنة متوسطة (سمنة من الدرجة الثانية)	من 35 إلى 40
سمنة مفرطة (سمنة من الدرجة الثالثة)	أكثر من 40

نلاحظ مما سبق ان الفئة الخامسة وهي فئة الزيادة في الوزن هي التي حدث فيها نسبة إصابات اكثر وهذا ما تؤكدته معظم الدراسات حول دور السمنة في زيادة احتمالية الإصابة بمرض السكري.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ومدى إتباع حمية غذائية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى إتباع حمية غذائية وتعزي الباحثة لأهمية ودور إتباع الحمية الغذائية في علاج هذا المرض والحد من مضاعفاته.

وعند دراسة العلاقة بين الاصابة بالمرض ومدى التدخين حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.001) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى التدخين. وهنا لابد من الإشارة إلى ان هناك علاقة وثيقة بين الإصابة بمرض السكري وبين التدخين

لكن الدراسة كشفت عن أن المصابين من غير المدخنين نسبتهم أكبر من المصابين المدخنين وذلك لأن غالبية المصابين يكفون عن التدخين بعد معرفتهم بإصابتهم بالمرض، لئيتعدوا عن ما ذكر سابقا من أضرار للتدخين على المصابين بمرض السكري.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى المعاناة من ضغط نفسي حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى المعاناة من ضغط نفسي. حيث أن الضغط النفسي يلعب دورا مهم في مرض السكر وذلك يعود إلى ان إفراز الأدرينالين يزيد من ارتفاع تركيز السكر في الدم هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يفقد الشخص الذي يعاني من الضغط النفسي الاهتمام أو العناية الصحية إذ انه لا يهتم بتناول الأدوية بانتظام، أو قياس معدل تركيز السكر، أو لا توجد لديه رغبة بتناول طعام صحي معتدل أو ممارسة الرياضة ، وهذا ما يجعل تركيز السكر العالي باقيا.⁶⁵

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ونوع الضغط النفسي حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونوع الضغط النفسي.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومصدر الضغط النفسي حسب مكان السكن يتبين أن قيمة معامل ارتباط بيرسون وقيمة مربع كاي (0.012) وقيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومصدر الضغط النفسي.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.007) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري وقد اثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الإصابة

⁶⁵ بهجت عباس علي، مرض السكر والتعايش معه اعراضه، علاجه، تجنبه مع دراسة موجزة عن العلاج الجيني والخلايا الاولى، ط1، الشروق، 2002، ص76.

بمرض السكري وبين الإصابة بأمراض أخرى كأمراض القلب وتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري حسب مكان السكن، يتبين أن قيمة معامل ارتباط بيرسون (0.013) وقيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والأمراض الأخرى المصابين بها غير السكري. وترى الباحثة أن النسبة الأكبر لمرض ضغط الدم وهو منتشر بشكل كبير بين المواطنين، وهذا بدوره يؤثر سلباً على إمكانية الإصابة بمرض السكري. فهناك ارتباط كبير بين السكري وارتفاع ضغط الدم، حيث يصل عدد المصابين بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم معا إلى ما يقارب الـ 70% من مرضى السكري. وتشير التقارير إلى أن أكثر من 65% من مرضى السكري يموتون نتيجة أمراض القلب والسكتة الدماغية، التي تعتبر من مضاعفات ارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى أن معدل إصابة مرضى السكري بارتفاع ضغط الدم هو الضعف عند البشر غير المصابين بمرض السكري.⁶⁶

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.287) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ووقت الإصابة بالمرض الآخر غير السكري، فهناك دراسات كثيرة تشير إلى وجود أمراض أخرى إضافة إلى مرض السكري في أجسام المصابين به، ومن خلال هذه الدراسة ظهر أن نسبة الأكبر لوجود هذه الأمراض بعد الإصابة بمرض السكري ومن هذه الأمراض:⁶⁷

*ارتفاع ضغط الدم الشرياني والسكري، حيث يرافق ظهور ارتفاع ضغط الدم عند مرضى السكري علامات تأثر الكلية بهذا المرض، عاكسا عدم مقدرة الكلى على القيام بوظائفها على

⁶⁶ <http://www.arabmedmag.com/general/issue-15-11-2005/general02.htm>، فراس جاسم جيرجس،

الدورية الطبية العربية، 2013/5/8.

⁶⁷ <http://www.aawsat.com/details.asp?section=15&article=622537&issueno=11861>، عبد الحفيظ

بحيي خوجة، داء السكري عامل خطر مسبب امراض القلب والفشل الكلوي، جريدة العرب الدولية، 2011/5/20.

أكمل وجهه. بل إن مرض السكري يزيد من دمار وحدات التقنية بالكلية ويزيد تدهورها زيادة ضغط الدم بشرايين الكلى. لذا كان من أهم عوامل تأخير تدهور وظائف الكلى التحكم في ارتفاع الضغط الشرياني إلى أبعد الحدود بكل الطرق الممكنة وبأقل خسائر على الكلى والجسم.

* الذبحة الصدرية الصامتة: تزداد نسبة حدوث الذبحة الصدرية من دون إصدار إنذار بالألم في منطقة منتصف الصدر عند مرضى السكري. وسبب هذه الظاهرة قد يكون غير واضح تماما، ولكن قد يربطها بعض العلماء باحتمال وجود أعصاب تالفة بسبب مرض السكري لا يمكنها نقل إشارات الألم من القلب إلى الجهاز العصبي.

* تلف أعصاب القلب: لقد أثبتت الدراسات العلمية أن تلف أعصاب القلب، التي تقوم بتنظيم حركته، يحدث عند ثلث مرضى السكري الذين ظهرت عليهم علامات تلف الأعصاب الطرفية في الرجلين واليدين.

* اعتلال عضلة القلب: من المعروف أن عضلة القلب تتأثر بمرض السكري، وهي معرضة للتلف والفشل الوظيفي للأسباب التالية:

- تأثير مباشر لارتفاع نسبة السكر يؤدي إلى تلف الشرايين الدقيقة

- كثرة التعرض للإصابة بارتفاع ضغط الدم - كثرة التعرض للإصابة بتصلب الشرايين القلبية

- احتمال وجود مواد متراكمة بين ألياف عضلة القلب قد تضعف من كفاءتها

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض والمضاعفات التي ترتبت على الإصابة بالسكري حسب مكان السكن، يتبين أن قيمة معامل ارتباط بيرسون وقيمة مربع كاي (0.266) وقيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن والمضاعفات التي ترتبت على الإصابة بالسكري. وتحدث المضاعفات عندما يبقى تركيز السكر في الدم عاليا جدا ولمدة طويلة تتجاوز بضع سنين وبدون علاج أو سيطرة. ولكن إذا سيطر على تركيز الدم بجعله في مستوى طبيعي، فلا خوف من المضاعفات إذ أنها لا تحدث.

ومن اكثر هذه المضاعفات حدوثا أمراض العيون وأمراض الأعصاب (الهزال، الروماتيزم، الدسك) وألم الأقدام، وأمراض الكلى.

وبالرغم من عدم معرفة الحقائق التامة عن كيفية حدوث المضاعفات، إلا ان ثمة عوامل مشتركة بين هذه المضاعفات يمكن تلخيصها كما يلي⁶⁸:

اتحاد الجلوكوز الموجود في الدم بالمواد البروتينية الموجودة في الجسم وتأثير ناتج الاتحاد (الحاصل المتسكر المتقدم) على بعض الأنسجة، هذا الحاصل هو القاسم المشترك للمضاعفات.

هذا الناتج (الحاصل) يصبح أشبه بالغراء (الصمغ) مما يجعل الأوعية الدموية ضيقة متصلبة (غير مطاطة) كما انه بسبب التهابا، مما يؤدي أخيرا إلى تضخم الأنسجة الناعمة للأوعية الدموية، والى تكون مواد صلبة داخل الأوعية، هذا المواد الصلبة الحاصلة تتلف العي والكلية والجهاز العصبي والأعضاء الأخرى الموجودة في الجسم.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.027) وقيمة مربع كاي تساوي (0.389) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى تأثير مضاعفات الإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية حسب معامل بيرسون، وترى الباحثة أن هذه النتيجة تشير أن هناك أثر للإصابة بالمرض على أداء الأعمال اليومية بسبب الهزال وما يسببه المرض من نتائج سلبية على الصحة العامة للمصابين.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري حسب مكان السكن، يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.638) وقيمة مربع كاي تساوي (0.651) مما يعني عدم وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى وفاة أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري. وتعزي

⁶⁸ بهجت عباس علي، مرجع سابق، ص79.

الباحثة سبب ذلك إلى أن هامش الوفاة بسبب مرض السكري كسبب رئيسي قليل بالمقارنة مع غيره من الأمراض المزمنة الأخرى مثل أمراض القلب والشرابيين والتهاب الرئتين وغيرها.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.063) مما يعني عدم وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ونوع الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه. وترى الباحثة أن النتيجة تشير إلى أن الإصابة بمرض السكري لا يتأثر بتناول الخضروات والفواكه أو الخبز واللحوم والدهون ويمكن أن يكون هناك عوامل أخرى لها علاقة بالإصابة بالمرض بصورة أكبر.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض وعدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا حسب مكان السكن يتبين أن قيمة معامل ارتباط بيرسون وقيمة مربع كاي (0.943) وقيمة مربع كاي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وعدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا. وترى الباحثة أن النسبة الأكبر من المصابين تتناول أقل من 6 خبزات يوميا، وقد يرجع ذلك إلى الحميات التي يتبعها المصابون بالمرض لتخفيف حدة المرض.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تناول الخضروات حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى تناول الخضروات.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تناول الفواكه حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.000) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب تناول الفواكه.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تناول الزيوت والدهون حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.038) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن ومدى تناول الزيوت والدهون.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تناول السكريات حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.527) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وتناول السكريات. وترى الباحثة أن النتيجة تشير إلى أن المصابين يبتعدون عن تناول السكريات للتخفيف من حدة الإصابة.

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالمرض ومدى تناول الوجبات الجاهزة حسب مكان السكن يتبين أن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.077) وقيمة مربع كاي تساوي (0.000) مما يعني وجود اختلاف في توزيع المرض حسب مكان السكن وتناول الوجبات الجاهزة.

ومن خلال استخراج قيمة الانحدار المتعدد للعلاقة بين الإصابة بالمرض وخصائص أفراد العينة فقد اتضح أن كل من متغير ملكية السكن (0.026) وممارسة الرياضة بصورة منتظمة (0.031) وطريقة التحرك داخل منطقة السكن (0.020) واتباع حمية غذائية (0.024) ونوع الضغط النفسي (0.017) وتناول الدهون والزيوت (0.055) هي أكثر المتغيرات تأثيراً في مدى الإصابة بالمرض .

الفصل الخامس

طرق ووسائل لمكافحة مرض السكري

5:1 المقدمة

5:2 نظرة إقليمية

5:3 واقع مرض السكري في فلسطين

5:4 العلاج والوقاية على المستوى الفردي

5:5 على المستوى المجتمعي

5:6 على المستوى الوطني

الفصل الخامس

1:5 المقدمة:

يتناول هذا الفصل الحديث عن علاج مرض السكري والوقاية منه، فإلى هذه اللحظة لا يوجد علاج شاف لمرض السكري لذا وجب على المريض التعايش مع المرض طوال العمر، والاحتماء من مضاعفاته. ان المشكلة الأساسية في علاج مرض السكري هي إقناع المريض بخطورة هذا المرض وبخطورة مضاعفاته لان هذا المرض لا يشابه غيره من الأمراض حيث انه لا أعراض مهمة له، أي ان المريض لا يعاني من مغص أو ألم يسارع بها بالذهاب إلى الطبيب للتخلص من هذه الأوجاع فمرض السكري لا أوجاع فيه في بدايته ولا أعراض واضحة. ويعد الهدف الأساسي من علاج مرض السكري صيانة حياة مريض السكري وتخفيف أعراض المرض وتمكين المريض من العيش حياة اجتماعية طبيعية قدر الإمكان و التوصل إلى ضبط استقلابي جيد والمحافظة عليه وتجنب مضاعفات الداء السكري.

يعتمد تطوير برامج الوقاية من الداء السكري على توفر معلومات دقيقة حول عوامل الخطورة البيئية في مجتمع معين. وعليه فانه من الضروري دراسة هذه المجتمعات قبل تطبيق البرامج الوقائية فيها، ولا تشمل هذه الدراسة معرفة عوامل الخطر المتعلقة بالداء السكري غير المعتمد على الأنسولين فحسب، بل يشمل كذلك معلومات أخرى حول وقوعه وانتشاره ومعدلات مرضاته وحالات الوفاة بسببه، كما يشمل أيضا تحديد اتجاهات أفراد المجتمع وسلوكهم وتجاوبهم مع الاستراتيجيات الوقائية.

كما ان تثقيف المريض وحثه على القيام بدور فعال في برنامج مصاد للداء السكري والمحافظة على صحة بدنية وانفعالية طبيعية أمور أساسية إذا ما أريد للإجراءات العلاجية ان تكون فعالة.

يشكّل السكري من النوع 2 حوالي 85 إلى 95 من حالات مرض السكري في جميع البلدان ذات الدخل المرتفع، وربما تصل النسبة إلى أعلى من ذلك في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويعدّ مرض لسكري من النوع 2 الآن مشكلةً صحيّة عالمية شائعةً وخطيرة

حيث تنامت في معظم البلدان مع التغيرات الثقافية والاجتماعية السريعة وزيادة أعداد كبار السن بين السكان وزيادة التحضر والتغيرات الغذائية وانخفاض النشاط البدني وغير ذلك من أنماط السلوك غير الصحية. يعد مرض السكري من الأمراض المزمنة غير المعدية التي تركز عليها منظمة الصحة العالمية في خطتها لمعالجتها والوقاية منها، حيث يعاني أكثر من 300 مليون شخص من مرض السكري، أي 6 من السكان البالغين في العالم وتزداد أعداد المصابين به بسرعة في كل مكان. إضافة إلى ذلك، يُصاب سبعة ملايين شخص بمرض السكري سنوياً. ويشكل مرض السكري خطورة كبيرة بسبب مضاعفاته الخطيرة كما يعد سبب من أسباب الوفاة المبكرة في كثير من الأحيان.⁶⁹

كما يُهددّ ازدياد عدد المصابين بالسكري في البلدان ذات الدخل المنخفض التقدم الصحي والاقتصادي المنشود نحو تحقيق الأهداف الإنمائية. ولكن يمكن في معظم الحالات الوقاية من الإصابة بمرض السكري، كما يمكن معالجته في الحالات التي لا يمكن الوقاية منه.

2:5 نظرة اقليمية :

سنقوم هنا بإلقاء نظرة عامة على المناطق السبعة بحسب تقسيم الاتحاد الدولي لمرض السكري حتى يتسنى لنا فهم العبء المتمثل في مرض السكري وتبعاته بشكل أفضل. حيث تتنوع كل منطقة بشكل كبير، ليس فقط من حيث النواحي الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية ولكن أيضاً من حيث انتشار مرض السكري، والوفيات والرعاية الصحية.

1- إفريقيا:

مع استمرار التحضر وارتفاع معدل الأعمار يتوقع أن يصبح السكري احد أكبر المشاكل الصحية في المنطقة. حيث انه من المتوقع أن يكون 1 على الأقل من كل 20 حالة وفاة في المجموعة العمرية 20 - 79 هو بسبب السكري. في 2009 أطلق الاتحاد الدولي لمرض

⁶⁹ http://www.kaahe.org/ar/index.php?option=com_content&view=article&id=560 موسوعة الملك

عبد الله بن عبد العزيز، إحصائيات عن السكري حدوثه وانتشاره 2013.

السكري في منطقة أفريقيا خطة للعمل على مكافحة مرض السكري. تشير التقديرات الخاصة بالمنطقة الأفريقية أن حوالي 1.4 مليار دولار تم إنفاقها على الرعاية الصحية لمرض السكري في 2010 والذي يمثل 0.4% من إجمالي الإنفاق العالمي. ويعد إنفاق هذه المنطقة على الرعاية الصحية لمرض السكري الأقل إذا ما قورنت بالمناطق الأخرى نصف الدول فقط التي شاركت في المسح الذي أجراه الاتحاد الدولي لمرض السكري هي التي لديها بالفعل برامج وطنية لمرض السكري وتثلث هذا العدد هو من قاموا بتنفيذ البرنامج.⁷⁰

2 - أمريكا الشمالية والكاربيبي:

تستأثر منطقة أمريكا الشمالية والكاربيبي بالنسبة الأعلى لانتشار مرض السكري بين مناطق الاتحاد الدولي لمرض السكري حيث يعاني 10.2% من السكان البالغين من المرض. يعيش معظم سكان تلك المنطقة في الولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك وكندا. حتى أنه لا يتواجد سوى 3% من السكان البالغين في تلك المنطقة في باقي الدول الأصغر البالغ عددها 23 دولة. ومن المتوقع أن يصل حجم الإنفاق في مجال الرعاية الصحية لمرض السكري لأكثر من 57% من إجمالي الإنفاق العالمي. وتستأثر الولايات المتحدة وحدها بغالبية المبالغ التي تصل إلى 214 مليار دولار أمريكي.⁷¹ تثلث دول هذه المنطقة هو من شارك في المسح الذي أجراه الاتحاد الدولي لمرض السكري، ومن التثلث لم تنفذ البرامج الوطنية لمكافحة السكري سوى في عدد أعلى من النصف بقليل.⁷²

3 -أوروبا:

يوجد تنوع كبير في الخريطة السكانية في 54 دولة ومنطقة في المنطقة الأوروبية، مع إجمالي ناتج محلي متباين ما بين (85 2000) دولار أمريكي للفرد في العديد من الدول في شرق أوروبا. وتشير التقديرات إلى إنفاق 106 مليار دولار أمريكي على الأقل على الرعاية الصحية

⁷⁰ <http://archive.diabetesatlas.org/ar/book/export/html/465> 2013/8/26

⁷¹ المرجع السابق

⁷² المرجع السابق

لمرض السكري في المنطقة الأوروبية في 2010، أي ما يعادل 28 % من الإنفاق العالمي. كما ان 60% من هذه الدول شارك في المسح الذي قام به الاتحاد الدولي لمرض السكري وعملت هذه الدول على تنفيذ البرامج الوطنية لمكافحة مرض السكري.⁷³

4- الشرق الأوسط وشمال إفريقيا:

تحتل كل من البحرين ومصر والكويت وعمان والسعودية والإمارات العربية المتحدة اعلى نسبة لانتشار مرض السكري على مستوى العالم. على مدار العقود الثلاثة الماضية حدثت تغيرات كبيرة اقتصادية واجتماعية في غالبية هذه الشعوب. وتشمل تلك التغيرات عملية التمدن السريعة وقلّة نسب الوفيات في الأطفال وتأخر سن الوفاة. والاتجاه بشكل كبير إلى النمط الغربي المنعكس في تغير الأنماط الغذائية وقلّة النشاط البدني وزيادة السمنة وزيادة معدل التدخين. برغم التقديرات العالية لانتشار مرض السكري في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يتوقع أن يصل إجمالي الإنفاق في مجال الرعاية الصحية لمرضى السكري 5.6 مليار دولار أمريكي فقط في المنطقة بالكامل. وهو ما يعادل 1.5 % من إجمالي الإنفاق العالمي، ويشير المسح الذي أجراه الاتحاد الدولي لمرض السكري أن نسبة كبيرة من الدول المشاركة (80%) لديها بالفعل برامج وطنية لمرض السكري. وفي العديد من تلك الدول تم تنفيذ تلك البرامج.⁷⁴

5 - جنوب ووسط أمريكا:

تضم منطقة جنوب ووسط أمريكا 20 دولة ومنطقة، كثير منهم ما زال في مرحلة التنمية الاقتصادية. ومع استمرار حركة التمدن وارتفاع معدل الأعمار سيصبح السكري من الأولويات العامة في المنطقة ويقدر حجم الإنفاق على مرض السكري والمضاعفات التابعة له بحوالي 8.1 مليار دولار أمريكي وهو ما يعادل 2 % من اجمالي الإنفاق العالمي. وتشير نتائج الاستقصاء

⁷³ المرجع السابق

⁷⁴ <http://postjordan.com/article.php?newsid=38129>، السكري : شمال افريقيا والشرق الاوسط في قلب

الخطر 2013/7/12.

الذي أجراه الاتحاد الدولي لمرض السكري أن أكثر من نصف الدول المشاركة لديها بالفعل برامج وطنية لمرض السكري. كما أشارت النتائج إلى أن تلك البرامج قد تم تنفيذها.⁷⁵

6- غرب المحيط الهادي:

تضم أكثر مناطق العالم كثافة 39 دولة ومنطقة متفرقة، وتشير تقديرات 2010 إلى ان إعداد السكان تتراوح من 1.4 مليار نسمة في الصين إلى أقل من 5000 نسمة في نيوي وتوكيلاو. تواجه العديد من الدول نقصاً في وعي الحكومات بخطورة مرض السكري والتهديد الذي يمثله للسكان.

ويبلغ الإنفاق على مجال الرعاية الصحية لمرضى السكري في هذه المنطقة المزدحمة 10% من الإجمالي العالمي. ويتوقع أن يتم إنفاق 38 مليار دولار أمريكي على الأقل على مرض السكري. ويعتقد أن المبالغ التي تنفق على الأشخاص تختلف كثيراً من دولة لأخرى، حيث تتراوح من 3 آلاف دولار أمريكي في استراليا واليابان وحتى أقل من 10 دولار أمريكي في جمهورية كوريا الديمقراطية والميانمار. وقد ظهر أن أكثر من نصف الدول التي شاركت في الاستقصاء الذي أجراه الاتحاد الدولي للسكري لديها بالفعل برامج وطنية لمرض السكري وقد تم تنفيذ معظمها.

7- جنوب شرق آسيا:

هي واحدة من أكثر المناطق كثافة سكانية في العالم. وتضم 7 دول، وهناك تباين كبير بين نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي حيث يبلغ في موريشيوس 12400 دولار أمريكي، وبرغم أن العدد الكبير من الأفراد المصابين بالسكري يقع في منطقة جنوب شرق آسيا، يتوقع أن يكون الإنفاق على الرعاية الصحية لمرض السكري 3.1 مليار دولار أمريكي فقط في هذه المنطقة، وهو ما يقل عن 1% من الإجمالي العالمي. ومن المتوقع أن تستحوذ الهند على النصيب الأكبر من حجم الإنفاق المقدر. وقد استجابت ثلث دول تلك المنطقة فقط للاستقصاء

⁷⁵ <http://www.idf.org/content/%D8%AC%D9%86%D9%88%D8%A8-%D9%88%D9%88%D8%B3%D8%B7->

2013-9-12 <http://www.idf.org/content/%D8%A3%D9%85%D8%B1%D9%8A%D9%83%D8%A7?language=ar>

الذي أجراه الاتحاد الدولي لمرض السكري. ووفقاً للنتائج ما زال أمام المنطقة مهمة تنفيذ البرامج الوطنية لمرض السكري.

وبشكل عام فإن أهم الأمور التي ركزت عليها البرامج الوطنية لمكافحة مرض السكري تتمثل بما يلي:

1- الرعاية الصحية الدورية في العيادات.

2- رفع الوعي المجتمعي.

3- الأدوية والإمدادات الضرورية.

4- الوقاية الأولية من المرض.

5- الوقاية الثانوية من المضاعفات.

6- القضايا السلوكية والنفسية.

7- التكلفة التي يتحملها النظام الصحي و الأفراد.

8- الانتشار وعدد الحالات المرضية.

9- إجراء المسح الدوري.

10- التشخيص المبكر للحالات.

3:5 واقع مرض السكري في فلسطين :

حالات السكري الجديدة المسجلة في عيادات الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة:

في العام 2012، بلغت حالات الإصابة الجديدة بمرض السكري المبلغ عنها في مراكز السكري الحكومية في الضفة الغربية (5.965) بزيادة قدرها (49.7%) عن عدد حالات الجديدة المبلغ عنها في العام 2011. (43.5%) من الحالات ذكور و (56.5%) إناث.

وقد بلغ اعلى معدل لحدوث المرض بين الإناث في الفئة العمرية 55-64 بمعدل (2170.2 لكل 100000) من النساء، في حين بلغ اعلى معدل حدوث لمرض السكري بين الذكور في الفئة العمرية 65-74 وبلغ (1602.6 لكل 100000) من الذكور في هذه الفئة العمرية.

أما عن توزيع حالات السكري (النوع الثاني) حسب نوع العلاج المصروف لهم في عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية ففي العام 2012، تم علاج 20.4% من مراجعي عيادات السكري بواسطة الأنسولين مقابل (20.9%) من المراجعين في العام 2011 و (22.4) في العام 2010.

وبلغت نسبة مراجعي عيادات السكري الذين عولجوا بواسطة الحبوب والأنسولين معا خلال العام 2012 (10.8) من المراجعين، مقارنة مع العام 2011 حيث كانت نسبتهم (9.2%) و(7.5%) في العام 2010 وتم علاج (63.8%) من المراجعين بواسطة الأقراص مقارنة مع (64.0%) في العام 2011 و(64.3%) في العام 2010.

وخضع 0.04% فقط من مراجعي عيادات السكري في العام 2012 للمعالجة من خلال الحمية الغذائية، مقارنة مع (0.6%) في العام 2011 و(0.4%) في العام 2010.

إذا فالوقاية من مرض السكري وعلاجه في حال حدوثه، يتطلب العمل على المستوى الفردي والمجتمعي والوطني. وهنا لا بد من الإشارة إلى الدور الذي يقع على عاتق كل منها:

4:5 العلاج والوقاية على المستوى الفردي:

السيطرة على مستوى السكر في الدم هو أمر في غاية الأهمية للحفاظ على الصحة العامة وتجنب الإصابة بالمضاعفات طويلة المدى لمرض السكري فهناك بعض الأشخاص يقومون بالسيطرة على مستوى السكر عن طريق النظام الغذائي السليم والتمارين الرياضية فقط دون تناول العلاج الدوائي، وهناك مجموعة أخرى قد تحتاج للأنسولين أو الأقراص الأخرى إلى جانب ذلك العلاج وفي كلتا الحالتين السيطرة على مستوى السكر هو مفتاح العلاج.

*مراقبة السكر في الدم:

بعد التأكد من الإصابة بمرض السكر يصبح قياس مستوى السكر أمراً محيراً ومربكاً بالنسبة للمريض. ولكن مع تعلم قياس السكر وإدراك أهمية قياسه بشكل دوري ومحاولة الحفاظ علي المستوى المطلوب يصبح الأمر أكثر سهولة بالنسبة للمريض.

أما بالنسبة للمستوى الأمثل للسكر فيعتمد على سن المريض ونوع السكر الذي أصيب به بالنسبة للشباب الذين لم يصابوا بعد 80-120 مليجرام /عشر لتر قبل الأكل و اقل من 180 مليجرام / عشر لتر بعد الأكل، أما بالنسبة للكبار سنا والمصابين بأي من مضاعفات السكر فيجب ألا يرتفع عن 100-140 قبل الأكل و اقل من 200 بعد الأكل. وذلك لان انخفاض السكر بشكل كبير عند الأشخاص الأكبر في العمر يمكن أن يشكل خطورة أكثر لهم بالمقارنة بالشباب.⁷⁶

بالنسبة لعدد مرات قياس السكر في اليوم، فذلك يعتمد علي نوع السكر الذي أصابك، إذا كنت مصاباً بالنوع الأول من السكر أو تعالج بواسطة الأنسولين، فيجب قياس السكر مرتين إلي 3 مرات في اليوم، ولكن إذا كنت مصاباً بالنوع الثاني أي أنك لا تتناول الأنسولين فيمكن قياسه مرة واحدة في اليوم أو مرتين في الأسبوع.⁷⁷

ويمكن السيطرة على مستوى السكر في الدم من خلال السيطرة على الأمور التالية :

1 - الطعام:

تنظيم الغذاء شيء أساسي للسيطرة على مستوى السكر وحتى تنظم الغذاء يجب أن يراعى كمية الطعام ونوعية الطعام، ويصل مستوى السكر في الدم إلى اعلى درجاته بعد ساعة إلي ساعتين من تناول الطعام⁷⁸. وتشير دراسات عديدة إلى أن الإفراط في تناول سكر القصب الذي يستخدم

⁷⁶ 1-ضحى محمود بابلي،حفائق عن داء السكري، ط1، الرياض مكتبة العبيكات ،2002، ص36.

⁷⁷ المرجع السابق ضحى محمود بابلي ص 36.

⁷⁸ ايمن الحسيني مرض السكر ط1، القاهرة مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير 1990،ص56.

في تحلّيت الشاي والقهوة من العوامل التي تجعل الفرد أكثر استعداداً للإصابة بمرض السكر حيث يعتبر مصدراً سريعاً للجلوكوز في الدم ولذلك فإن تناول السكريات يزيد نسبة الجلوكوز في الدم ويترتب عليه إرهاق الخلايا التي تنتج وتفرز الأنسولين. ومن ناحية أخرى فإن الإفراط في تناول السكر يؤدي إلى حدوث السمنة التي تعتبر من أهم عوامل الإصابة بمرض السكر من النوع الثاني، على العكس من ذلك فإن الإكثار من تناول الأغذية الغنية بالألياف مثل الفواكه والخضار والخبز الأسمر يساعد في الوقاية من مرض السكر من النوع الثاني.⁷⁹

2- التمارين والنشاط الجسمي:

تعتبر ممارسة الرياضة من أهم العوامل التي تساعد في علاج مرض السكري، وفي تقليل احتمال الإصابة بمضاعفاته، فالعضلات الطبيعية تستمد وقودها المحرك لها من السكر والحموض الدهنية، حيث ينجم عن احتراقها توليد الطاقة اللازمة لتحريك العضلة، ويستمد السكر اللازم لإنتاج هذه الطاقة من ثلاثة مصادر وهي الدم والكبد والعضلات، وحينما يقوم الإنسان بنشاط بدني لفترة قصيرة فإن خلايا العضلات تستمد وقودها من سكر الجسم وجليكوجين العضلة، وبعد 15 دقيقة من هذا النشاط تستفيد الخلايا من مصدر آخر وهو الكبد، حيث يتحول الجلوكوجين الموجود فيه إلى جلوكوز وبعد نصف ساعة من ممارسة النشاط البدني، يستمد الجسم المزيد من الطاقة من احتراق الحموض الدهنية، وخلال بذل النشاط البدني يبدأ الكبد والعضلات في تحويل بعض السكر الموجود في الدم إلى جليكوجين تحت تأثير الأنسولين ويخترن الجليكوجين في الكبد والعضلات، حيث يتحول إلى جلوكوز في حالة انخفاض سكر الدم عن حد معين، لذلك فإن أي رياضة لا بد أن تترافق مع نظام غذائي سليم أي أن الرياضة تفيد المريض إذا كان مستوى السكر منضبطاً، أما إذا كان مستوى السكر في الدم غير منضبط فإن ممارسة الرياضة تسبب حدوث متاعب كبيرة لأن تنشيط العضلة تنشيطاً زائداً في حالة نقص الأنسولين يؤدي إلى مزيد من ارتفاع سكر الدم وحيث أن الجسم لا يستطيع

⁷⁹ عز الدين الدنشاري عبد الله البكري، مرض السكر - دراسات الحاضر وفاق المستقبل - ط1، الرياض دار المريخ للنشر 1994، ص34.

تحويل السكر إلى طاقة في حالة نقص الأنسولين فان خلايا الجسم في هذه الحالة تتجه إلى مصدر آخر لإنتاج الطاقة وهو الحموض الدهنية حيث تتحول هذه الحموض إلى مواد كيتونية ضارة، أما في حالة ممارسة الرياضة مع نظام غذائي منضبط فان ممارسة الرياضة تعود بالنفع على المريض لان تنشيط العضلات يؤدي إلى زيادة فعالية الأنسولين في حرق السكر، وقد اتضح من بعض الدراسات التي أجريت في السويد في بداية الستينات ان ممارسة الرياضة تزيد من فعالية الأنسولين مما يساعد على تقليل جرعات الأنسولين اللازمة للعلاج، كما ان ممارسة الرياضة تقلل من الإصابة بمضاعفات المرض على القلب والأوعية الدموية ، لذلك يجب ان تكون ممارسة التمارين الرياضية مبنية على أسس علمية وتحت إشراف طبي دقيق.⁸⁰

وتعتبر رياضة المشي الجري وركوب الدراجات من أهم الرياضات التي تعمل علي خفض مستوى السكر. ولكن النشاطات الجسمانية الأخرى مثل الأعمال المنزلية المختلفة تساعد أيضاً علي خفض مستوى السكر.⁸¹

3-العلاج الدوائي:

ويكون العلاج الدوائي إما عن طريق الفم أو بالحقن، فمنذ أن اخترع الأنسولين كعلاج لمرضى السكر والأمل يداعب المرضى والأطباء لإيجاد دواء يؤخذ بواسطة الفم بدلا من الحقن اليومية، وقد جرب فعلا الأنسولين ولكن مع الأسف حينما يؤخذ الأنسولين عن طريق الفم يفقد فعاليته ولذا ظل الأنسولين إلى الآن لا يؤخذ إلا بواسطة الحقن فقط واتجهت البحوث نحو مواد أخرى لها خاصية نقص السكر في الدم، ومنذ عام 1965 ظهرت مواد جديد أمكن بواسطتها نقص السكر في الدم وعلاج بعض المرضى بواسطة الفم ولكن ليس لكل المرضى وهي على نوعين:

1- السلفانيولوريا. 2- البيجوانيد. ولكل استعماله الخاص.⁸²

⁸⁰ المرجع السابق عز الدين الدنشاري عبد الله البكري مرض السكر دراسات الحاضر وافاق المستقبل ص82-84.

⁸¹ بزار علي جوكل، معالجة السكري بالتمارين الرياضية، ط1 دار الدجلة، 2007، ص97

⁸² محمد رفعت السكر وعلاجه دار المعرفه للطباعة والنشر ط1 بيروت 1977 ص36

ويرجح ان مركبات السلفانيلوريا تعمل على زيادة الأنسولين في الدم بتنشيط البنكرياس لإفرازه ولذلك فهي لا تفيد إذا كان البنكرياس غير موجود أو ضعيف كما يحدث في مرضى السكر في علاج في علاج هذه الحالات إذ أنها لا تفيد ويقتصر إعطاؤه على الكبار في السن خصوصا السمان وهؤلاء معروف ان لديهم أنسولين في أجسامهم وهذه المركبات تساعد على تقليل السكر في الدم.

أما المركبات الثانية وهي البيجوانيد فهي لا تعمل إلا في حالة وجود الأنسولين في الجسم إما من الخارج أو الداخل، إي ما يؤخذ عن طريق الحقن أو ما يفرزه الإنسان من البنكرياس، ولذا فإنه يستعمل مع المرضى الكبار في السن أو مع الصغار مع إعطائهم حقن أنسولين من الخارج وبذلك نضمن انه يعمل بسلام. وطريقة عمله انه يساعد على نقص السكر في الدم نتيجة لدخوله في الخلية واستعماله فيها وقد أيضا انه يقلل امتصاص المواد النشوية من الأمعاء مما يساعد على إنقاص الوزن.⁸³

5 - الوزن المثالي:

زيادة وزن الجسم بشكل كبير هي من أخطر العوامل التي تساعد علي الإصابة بمرض السكر (النوع الثاني) وذلك لأن الدهون في الجسم تجعل الخلايا أكثر مقاومة للأنسولين. ولكن مع فقدان الوزن الزائد تصبح خلايا الجسم أكثر تفاعلاً مع الأنسولين، بالنسبة لبعض الأشخاص المصابين بالنوع الثاني من مرض السكر فإن إنقاص الوزن هو أهم الأشياء التي يحتاجها المريض للتحكم في مستوى السكر بل ومن الأفضل ان يكون وزن المريض بالسكري اقل من الوزن المثالي له بنسبة 10%.⁸⁴

6 - زرع الأعضاء:

ركز بعض الباحثين في العالم في الأعوام الأخيرة على فكرة زرع الأعضاء عند بعض الأشخاص المصابين بالنوع الأول من مرض السكر ومنها زرع البنكرياس وقد تمت أول عملية زرع للبنكرياس في عام 1960 وذلك بهدف استغناء المريض تماما عن حقن الأنسولين مثله

⁸³ المرجع السابق محمد رفعت، ص40.

⁸⁴ ايمن الحسيني مرض السكر ط1 القاهرة مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير ص58.

في ذلك مثل الشخص غير المصاب بالمرض حيث يؤدي البنكرياس المزروع نفس وظيفة البنكرياس الطبيعي، ما زالت تجرى الأبحاث لإحراز تقدم ملحوظ في مجال زرع البنكرياس بتقليل المضاعفات الناجمة عن الزرع، كذلك تعتبر جزر لانجرهانز من أهم مكونات البنكرياس والتي تحمل خلايا بيتا المسؤولة عن إنتاج الأنسولين فلقد اتجهت اهتمامات الباحثين إلى زراعة هذه الجزر بدلا من زراعة البنكرياس بأكمله لسهولة زرعها.⁸⁵

7 - العناية الشخصية بالمريض:

وذلك من خلال الأمور التي ذكرناها سابقا والمتمثلة بالتالي:⁸⁶

* يجب على المريض الالتزام بمستوى السكر في الدم، بإتباع نظام غذائي جيد وممارسة التمارين الرياضية بشكل دوري والحفاظ علي وزن الجسم الصحي وتناول العلاج الدوائي بشكل دوري.

* إجراء فحص سنوي شامل بالإضافة إلى القياس الدوري لمستوى السكر وهي فرصة لاكتشاف أية مضاعفات تحدث في الجسم مبكرا وإمكانية السيطرة عليها.

* فحص العين سنوياً: منذ بداية ظهور أعراض السكر، تحدث أضرار عديدة بالعين. يجب أن تخبر طبيب العين أنك مريض سكر، وذلك لفحص أية أعراض عن إمكانية ظهور مياه بيضاء أو زرقاء أو أية أضرار قد تحدث في شبكية العين .

* زيارة طبيب الأسنان دورياً: يجب زيارة طبيب الأسنان بشكل دوري، وذلك لأن أمراض اللثة وإصابات الفم عموماً تنتشر بشكل سريع بين مرضى السكر .

* العناية بالقدم: قد يؤدي السكر إلي تدمير أعصاب القدم والتي تؤدي إلي عدم الشعور بالألم وأيضاً يحدث ببطء شديد في التئام الجروح عند مريض السكر وذلك نتيجة الضعف الذي يحدث

⁸⁵ فؤاد فاضل، مرض السكري -أسبابه وسائل علاجه وطرق تغذيته، عمان دار اسامة للنشر والتوزيع، 2005، ص84

⁸⁶ محمد بن سعد الحميد، مرض السكري اسبابه ومضاعفاته وعلاجه، الرياض جامعة الملك سعود، 2007

في قوة تدفق الدم. ومن ثمَّ يجب المحافظة علي القدم بشكل كبير وفحصها باستمرار وتجنب إصابتها، ويجب غسل القدم يوميا بماء دافئ وتنشيفها جيدا واستخدام الكريمات المرطبة وتدليكها. ويجب ارتداء الجوارب الناعمة علي القدم، والأحذية المريحة للمريض المصنوعة من الجلد الخفيف للسماح بدخول الهواء للقدم⁸⁷.

* الإقلاع عن التدخين: التدخين بالنسبة لمريض السكر هو من أكثر العوامل التي تؤدي إلي الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية. ويرفع التدخين أيضاً من فرص الإصابة بأمراض الكلى وتدمير الأعصاب..

*تجنب شرب الكحوليات: تقوم الكحوليات بمنع إفراز الجلوكوز من الكبد وتؤدي إلي انخفاض معدل السكر بشكل كبير مما قد يؤدي إلي حدوث غيبوبة سكر.

*مراقبة ضغط الدم: يعتبر المصابين بالسكر، هم أكثر الناس عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم إن وجود ارتفاع في ضغط الدم مع السكر يسبب العديد من الأمراض مثل أمراض الأوعية الدموية، أزمات القلب، السكتة الدماغية، لذلك يجب اتباع نظام غذائي صحي وممارسة التمارين الرياضية باستمرار لتجنب أية إصابات أو أمراض أخرى.

*السيطرة علي الضغوط العصبية: الضغوط العصبية قد تجعل الشخص يأكل الأشياء غير الصحية له وعدم ممارسة التمارين بانتظام أو عدم المحافظة علي العلاج الدوائي، لذلك يجب السيطرة علي الضغوط العصبية، وإيجاد الحلول المناسبة لأي مشكلة، والتفكير بشكل هادئ في المشاكل اليومية التي تواجهه.

8-تعليم المريض:

إن الاهتمام بتوعية مريض السكر بأساسيات العلاج وعنايته بصحته هو حجر الأساس في العلاج حيث انه لا يستطيع الاعتماد الكامل على الطبيب المباشر وليس بمقدوره التردد على

⁸⁷ محمد ظافر وفائي داء السكري وقاية وعلاج ط1 بيروت دار العلم للملايين، 1982 ص110.

عيادة الطبيب كل يوم كذلك فان وقت الطبيب لا يسمح بإعطاء كل مريض الإرشادات الطبية الكافية والتي تتعلق بتنفيذ البرنامج العلاجي.⁸⁸

وتجدر الإشارة إلى ان تعليم أساسيات مرض السكر ليس مقصورا على المريض فحسب، بل انه قد يمتد ليشمل قاعدة أوسع تضم الأفراد المحيطين بالمريض لمساعدته في تنفيذ البرنامج العلاجي فلذلك فانه يفضل إشراك اكبر عدد من أفراد أسرة المريض في البرنامج التعليمي من خلال حضور دورات تعليمية مكثفة. وهناك العديد من مصادر التعلم بالنسبة لمريض السكر مثل الكتيبات والنشرات الدورية والمجلات التي تعمل على توعيته بوسائل العلاج المختلفة.⁸⁹

5:5 على المستوى المجتمعي:

لن يسبب الداء السكري إلا قليلا من القيود الفعلية في أسلوب المعيشة وفي الأنشطة العملية والترفيهية وفي العلاقات الاجتماعية، إذا ما توافر الاهتمام من جانب المريض والفهم من جانب المجتمع. وما زالت هناك قائمة تكون صارخة أحيانا - للتمييز غير الضروري وغير المسوغ ضد مرضى السكري الذي من شأنه ان يحد من اندماجهم التام في المجتمع رغم التقدم الملحوظ نحو تحقيق هذا الهدف. وقد يتم التمييز بأسلوب مستتر بصعب ملاحظته وكشفه، فهو قد يحدث في العمل ويؤثر في فرص الترقى وقد يقع في المدرسة أو في نطاق الأسرة أو الهيئة الاجتماعية. ولا يمكن إزالة العوائق غير المنطقية إلا بالتصدي لها بقوة وبتبديد المفاهيم الخاطئة عن داء السكري، ويمكن الوصول إلى هذه الغاية عن طريق نشر التعليمات التوضيحية البسيطة حول تلك الحالة ويؤدي التمييز إلى حرمان المجتمع من العديد من المواهب والخدمات التي يمكن ان يقدمها المرضى السكريون فضلا عن الإحباط والتعاسة اللذين يصيبان المريض المعني.⁹⁰

⁸⁸ عز الدين الدنشاري، عبد اله البكري مرض السكر - دراسات الحاضر وافاق المستقبل _، ط1، الرياض دار المريخ للنشر، 1994، ص73-74.

⁸⁹ المرجع السابق ص75.

⁹⁰ الداء السكري، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1985، ص98.

ويتطلب التكيف مع الحياة السكرية تقديم التوجيهات المطمئنة والشرح المتكرر دائما. ويتكيف بعض السكريين بنجاح اكبر من البعض الآخر ولكن يتوقف الكثير على تفهم العائلة والأصدقاء وأرباب العمل وغيرهم، وعلى تقديم هؤلاء الدعم اللازم للمرضى. ويجب توجيه اهتمام خاص نحو مجالات المشاكل الشخصية مثل المهن، والعلاقات الاجتماعية والعاطفية، وضبط النظام الغذائي والحث القوي على إيقاف التدخين والاعتدال في تناول الكحول والقيام بنشاط بدني منتظم ويجب تشجيع المريض السكري المعتمد على الأنسولين ذكر كان أم أنثى على أخبار زملائه ورفقائه في العمل عن حالته بحيث يمكنهم ملاحظة حاجته للمساعدة عند إصابته بنقص السكر. ومن المهم ان يضع المريض سوارا أو يحمل بطاقة تدل على انه مريض سكري.

ان وجود اتحادات وجمعيات للمرضى السكريين أمر ثابت الأهمية في حماية رفاهيتهم وتبديد الأفكار الشعبية الخاطئة عن المصابين بتلك الحالة، وهي تمثل أيضا مصدرا يقدم المعلومات القيمة للمرضى الذين يبحثون عن الإرشاد بشأن موضوعات معينة مثل القوت والتامين والسفر وجوانب التقدم في المعالجة. ويفوق كل ذلك أهمية أنها تستطيع مقاومة أعمال التمييز غير المنطقي في الأوضاع التي قد يقف الفرد حيالها عاجزا عن اتخاذ أي إجراء.

5:6 على المستوى الوطني:

هناك مجموعة من الاستراتيجيات التي ينبغي إتباعها من أجل المساهمة في مكافحة مستوى مرض السكري على المستوى الوطني:⁹¹

1- وضع التصدي لمشكلة داء السكري على قمة أولويات القضايا الصحية، مما يتطلب دعم سياسي فاعل وموارد بشرية ومادية كضرورة أساسية في وضع وتطبيق السياسات والخطط والبرامج اللازمة لذلك.

⁹¹ <http://www.pitt.edu/~super4/37011-38001/37291.ppt>، التوجيهات الاستراتيجية الحديثة لمؤسسة

حمد الطبية دول مجلس التعاون الخليجي الاستراتيجية الوطنية لمكافحة مرض السكري 1-8-2013.

2- الالتزام باتخاذ الإجراءات المناسبة التي تساعد على التقليل من عبء المرض بتحقيق الأهداف العالمية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض غير المعدية وفي مقدمتها الداء السكري والعمل على خفض معدل الوفيات.

3- إعداد وتطبيق الاستراتيجيات الوطنية الهادفة إلى خفض عوامل الاختطار القابلة للتعديل مثال ذلك تناول الغذاء غير الصحي قلة النشاط البدني وتعاطي التبغ ومن خلال تطبيق مفاهيم تعزيز الصحة والرعاية المجتمعية.

4- العمل على دعم البحوث الوبائية للسكري واقتصادياته وعوامل الخطورة المرتبطة به وعبء المرض.

5- تكامل معالجة ورعاية مرضى داء السكر فمن فعاليات الرعاية الأولية ومن خلال تطبيق الاستراتيجيات الوطنية.

6- رفع الوعي حول عوامل الأخطار القابلة للتعديل والتي تعد السبب الجذري للأمراض المزمنة الشائعة وفي مقدمتها داء السكري.

7- العمل على إنشاء مجلس وطني اعلى لمكافحة داء السكري يضم مسؤولين ذوي صلاحية في اتخاذ القرار من كافة المعنيين.

8- التأكيد على أن مكافحة داء السكري هي مهمة وطنية مشتركة تقع مسؤوليتها على كافة المؤسسات الحكومية والمجتمعية.

9- استخدام وثيقة منظمة الصحة العالمية "الوقاية من الأمراض المزمنة استثمار حيوي" كإطار عام لتطبيق الاستراتيجيات الوطنية للمكافحة والوقاية من داء السكري.

10- تفعيل الإستراتيجية العالمية للنظام الغذائي والنشاط البدني والصحة والعمل على وضعها موضع التنفيذ.

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

6:1 النتائج

6:2 التوصيات

1:6 النتائج :

وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الصورة التوزيعية لمرضى السكري في مدينة طولكرم وريفها ومخيمها، ودراسة خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء لديهم والعلاقة بين توزيع مرض السكري في منطقة الدراسة وبين خصائصهم الاقتصادية والاجتماعية والصحية ونمط الغذاء لديهم وفي نهاية المطاف توصلت هذه الدراسة إلى العديد من النتائج والتوصيات التي تخدم المتخصصين في هذا المجال وتفيد المسؤولين في اتخاذ العديد من القرارات المفيدة حيال مثل هذه الأمراض.

بينت هذه الدراسة التي تم تطبيقها على مرضى السكري في مدينة طولكرم وريفها ومخيمها مجموعة من النتائج من أهمها ما يلي :

بالنسبة للتوزيع الجغرافي للمرضى، اتضح أن المدينة احتلت المرتبة الأولى من حيث نسبة الإصابة بالمرض حيث بلغت نسبة المصابين في المدينة 59.1%، وجاءت الريف في المرتبة الثانية بنسبة 25%، بينما كانت اقل نسبة للمصابين في المخيم حيث بلغت نسبتهم 15.9%.

بالنسبة للخصائص الاجتماعية يمثل المصابون الذكور المرتبة الأولى من حيث الإصابة بالمرض بنسبة 59.1% من إجمالي المصابين في العينة. تركز معظم أماكن سكنهم في المدينة. في حين تمثل الفئة العمرية (46-60) سنة المرتبة الأولى من حيث الإصابة بالمرض بنسبة 45.5% من المصابين في العينة وقد تركز اغلبهم في المدينة. أما بالنظر إلى الحالة الاجتماعية فقد جاء المتزوجون في المرتبة الأولى بنسبة 78.8% من إجمالي المصابين في العينة وقد تركز اغلبهم في المدينة. كما أوضحت النتائج ان ما نسبتهم 19.7% هم من الأسر التي تتكون من 4 أفراد وكان تركزهم عاليا بالنسبة لمواقع سكنهم في المدينة.

وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي فقد جاء المصابون ضمن الفئة جامعي في المرتبة الأولى بنسبة 32.6% من إجمالي المصابين في العينة وكان تركزهم بشكل كبير حسب مواقع سكنهم في المدينة.

وفيما يخص الخصائص الاقتصادية فالنسبة للحالة العملية توصلت الدراسة ان ما نسبتهم 55.3% عاملون معظم مترکز في المدينة. أما عن طبيعة المهنة فقد احتلت فئة العاملين في الخدمات المرتبة الأولى وترکز اغلبهم في المدينة. وفيما يتعلق بملكية السكن جاء المصابون الذي يمتلكون السكن في المرتبة الأولى بنسبة 49.2% من إجمالي المصابين في العينة وكان تركّزهم بشكل كبير في المدينة.

وقد اتضح ان نسبة المرضى يسكنون منازل طوب 34.8% وقد تركّزت مواقع سكنهم في المدينة. أما بالنسبة لمتغير الدخل الشهري المصابون الذي دخلهم الشهري بالدينار الأردني ضمن الفئتين 251-500 وأكثر من 1000 دينار في المرتبة الأولى بنسبة 14% لكل منهما من إجمالي المصابين في العينة، وترکز مواقع سكنهم في المدينة. وبالنسبة لوسيلة المواصلات فقد تبين ان نسبة المصابين هم ممن يمتلكون وسيلة مواصلات 32.6% وكان اعلى تركّز لهم في المدينة.

أما بالنسبة للخصائص الصحية فقد تبين ان 92.4% مسجلون في المراكز الصحية تركّزت مواقع سكنهم في المدينة، في حين جاء المصابون المحافظون على مستوى السكر في الدم في المرتبة الأولى بنسبة 65.2% من إجمالي المصابين في العينة، وجاء المصابون الذين يوجد لهم إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض في المرتبة الأولى بنسبة 55.7% من إجمالي المصابين في العينة. وكانت نسبة المصابون الذين يتناولون الأقراص في المرتبة الأولى بنسبة 66.7% من إجمالي المصابين في العينة. وكان تركّز مكان تواجدهم في المدينة بصورة كبيرة .

فيما يتعلق بممارسة الرياضة فان المصابون غير الممارسين للرياضة قبل الإصابة بالمرض بلغت نسبتهم 75.4% من إجمالي المصابين في العينة و جاء المصابون غير الممارسين للرياضة بصورة منتظمة في المرتبة الأولى بنسبة 51.9% من إجمالي المصابين في العينة، قد كان المصابون الذين يمارسون رياضة المشي في المرتبة الأولى بنسبة 64.4% من إجمالي المصابين في العينة، وقد بلغت نسبة المصابين الذين يتحركون داخل منطقة سكنهم مشياً على

الإقدام 67% من إجمالي المصابين وقد كان تركيز أماكن سكنهم في المدينة يليها الريف وقلها في المدينة.

وفيما يخص مؤشر كتلة الجسم جاء المصابون الذين يتراوح مؤشر كتلة الجسم لديهم (25-30) في المرتبة الأولى بنسبة 40.5% من إجمالي المصابين في العينة. كما تبين ان المصابون الذين يتبعون حمية غذائية في المرتبة الأولى بنسبة 56.8% من إجمالي المصابين في العينة. وفيما يتعلق بالتدخين تبين ان ما نسبتهم 66.7% من إجمالي المصابين في العينة هم من غير المدخنين. وقد أظهرت الدراسة ان الذين يعانون من ضغط نفسي نسبتهم 50.8% من إجمالي المصابين في العينة

فيما كانت نسبة الذين يعانون من ضغط نفسي مؤقت 31.4% من إجمالي المصابين في العينة، اغلبهم من سكان المدينة وأما مصدر الضغط النفسي فكان الأسباب الاقتصادية في المرتبة الأولى بنسبة 16.6% من إجمالي المصابين في العينة اغلبهم من سكان المدينة.

وحول الإصابة بالأمراض الأخرى أوضحت النتائج ان ما نسبتهم 98.5% من إجمالي المصابين في العينة مصابون بأمراض أخرى، وجاء مرض ضغط الدم في المرتبة الأولى بنسبة 78% من إجمالي المصابين في العينة، تلاها مرض القلب. كذلك فان المصابون الذين أصيبوا بأمراض بعد الإصابة بمرض السكري وصلت نسبتهم 89.4% من إجمالي المصابين في العينة وجاءت أمراض العيون في المرتبة الأولى بنسبة 27.3% من إجمالي المصابين في العينة اغلبهم من سكان المدينة.

وتشير النتائج إلى ان ما نسبتهم 52.3% من إجمالي المصابين كانوا قد أثرت مضاعفات المرض على أداء أعمالهم اليومية وان ما نسبتهم 12.5% من إجمالي المصابين هم ممن كان لديهم حالات وفاة بصورة مفاجئة بين أفراد أسرهم بسبب مرض السكري، ويتركز تواجدهم في المدينة.

وأخيراً وفيما يتعلق بنمط الغذاء الذي يتم الاعتماد عليه حيث جاء المصابون الذين أجابوا الخضروات والفواكه (أغذية تحتوي على الألياف) في المرتبة الأولى بنسبة 58.3% من إجمالي المصابين في العينة، وقد أشارت النتائج إلى ان 56% من إجمالي المصابين هم ممن يتناول 1-3 خبزة يوميا وان نحو 60% من إجمالي المصابين يتناولون الفواكه بكثرة، وان ما يصل إلى 70% يتناولون الخضروات بكثرة. في حين ان المصابون الذين أجابوا أنهم يعتمدون في غذائهم بصورة قليلة على الزيوت والدهون وصلوا إلى نحو 49.6% من إجمالي المصابين أما المصابون الذين يبتعدون عن تناول السكريات فقد وصلت نسبهم 45.1% من إجمالي المصابين، وجاء المصابون الذين لا يعتمدون في غذائهم بشكل كبير على الوجبات السريعة نحو 56.1% من إجمالي المصابين في العينة وتتركز مواقع سكنهم في المدينة.

يتضح من خلال هذه الدراسة أن هناك اختلاف في وجود علاقة بين موقع سكن المرضى وبين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية ونمط الغذاء لمرضى السكري في مدينة طولكرم وضواحيها ومخيمها وكذلك في مستوى العلاقة بين المتغيرات.

ففي حين أظهرت بعض المتغيرات عدم وجود دلالة إحصائية بينها، مما يعني عدم وجود اختلاف في الخصائص للمرضى باختلاف مواقع السكن، وبالتالي لا يوجد أي مستوى من العلاقة، ومن هذه المتغيرات (النوع الاجتماعي، الدخل الشهري، امتلاك وسيلة المواصلات و وفاة احد أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري نمط الغذاء).

أما بقية المتغيرات فمن خلال قيمة مربع كاي اتضح وجود دلالة إحصائية ويظهر ذلك في كل من المتغيرات (مكان السكن، الحالة الاجتماعية، فئات العمر، عدد أفراد الأسرة، مستوى التعليم، الحالة العملية، المهنة، ملكية السكن، نوعية السكن، مدى التسجيل في المراكز الصحية المحافظة على مستوى السكر في الدم، فحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية، إصابة احد أفراد الأسرة بالمرض، نمط السكري، نوع العلاج، مدى ممارسة الرياضة قبل الإصابة بالمرض، مدى ممارسة الرياضة بصورة منتظمة، نوع الرياضة التي يتم ممارستها، مؤشر كتلة الجسم مدى اتباع حمية غذائية التدخين المعانة من ضغط نفسي نوع الضغط النفسي

مصدر الضغط النفسي، مدى الإصابة بأمراض أخرى غير السكري، المضاعفات التي تترتب على الإصابة بالسكري تأثير المضاعفات على أداء الأعمال اليومية، عدد الخبزات التي يتم تناولها يوميا، مدى تناول الخضروات، مدى تناول الفواكه، مدى تناول الزيوت والدهون مدى تناول السكريات مدى تناول الوجبات السريعة).

2:6 التوصيات:

من خلا ما ظهر من نتائج في هذه الدراسة تم التوصل إلى العديد من التوصيات وذلك للاستفادة منها في عملية التخطيط المستقبلية لحل مثل هذه المشاكل المرضية وتلافي انتشارها ومحاولة تخفيف آثارها على المصابين ومن هذه التوصيات:

1-حث الباحثين المتخصصين في الجغرافيا الطبية على إجراء العديد من الدراسات في مجال الجغرافيا الطبية من حيث انتشار وتوزيع الأمراض.

2- الاهتمام بمراكز الرعاية الأولية التي تعنتي بمرضى السكري.

3- تفعيل دور وسائل الإعلام بشتى أنواعها والقيام بالتوعية الصحية الشاملة لهذا المرض ومسبباته وأهمية الفحص الطبي الدوري.

4- الاهتمام بقاعدة بيانات متكاملة داخل مراكز الرعاية الصحية لكل مريض وتسجيل كل ما يتعلق بالأبعاد المكانية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لكي تكون مصدر للباحثين لإجراء دراسة تفصيلية عن هذا المرض.

5- القيام بدراسات مشابهة لهذا المرض في مدن أخرى في الضفة الغربية لمعرفة انتشاره وكيفية معالجته.

6- اعتماد سياسة وطنية تهدف إلى تطبيق برامج وإجراءات وقائية للحد من انتشار داء السكري.

7 - إشراك المؤسسات غير الصحية ومنظمات المجتمع المدني في مكافحة مرض السكري.

8 - إنشاء مراكز تعليمية للتوعية المستمرة بمخاطر داء السكري وتدريب العاملين بقطاع الصحة.

9 - ضرورة الاهتمام بإتباع أنظمة غذائية مناسبة مع ممارسة الأنشطة الرياضية وذلك من خلال توفير ساحات عامة ومراكز للممارسة النشاط الرياضي.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو الغيث، عبد المحسن صالح. التوزيع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور بمدينة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى، مكة المكرمة 2006.
- احمد يونس. الآلية الأمراضية للسكري. مجلة بلسم ع343 2004.
- استيتة، سليم احمد. التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS). رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2009.
- أمين رويحة. داء السكري _أسبابه أعراضه طرق مكافحته. ط1 دار القلم، بيروت.
- بابلي، ضحى محمود. حقائق عن داء السكري. ط1 مكتبة العبيكات، الرياض، 2002.
- بزار علي جوكل. معالجة السكري بالتمارين الرياضية. ط1 دار الدجلة، 2007.
- البناء، فاتن محمد. الأبعاد الجغرافية لمرض الايدز في قارة إفريقيا. مجلة البحوث، العدد 11، مج15.
- بهجت عباس علي. مرض السكر - والتعايش معه أعراضه، علاجه، تجنبه مع دراسة موجزة عن العلاج الجيني والخلايا الأولية. ط1 الشروق، 2002.
- البيوك فاطمة احمد. جغرافية الأمراض البشرية في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير منشورة جامعة الملك عبد العزيز، الرياض 1982.
- التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، فلسطين، 2010.
- جرجس، نبيل. نافذة على الداء السكري الأمن والحياة. العدد 299، الرياض 1428هـ.

- الجهاز المعلومات الصحي الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي فلسطين، 2010.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. كتاب محافظة طولكرم الإحصائي السنوي. 2010.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية : التقرير السنوي 2008.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. مشروع النشر والتحليل لاستخدام بيانات التعداد: سلسلة الدراسات التحليلية المعمقة (08) التركيب الأسري في الأراضي الفلسطينية. رام الله فلسطين.
- الحديدي سيد الباشي نزار. وبائية وانتشار السكري. منشورات دار القلم العربي حلب 1994.
- حرب، صلاح. مرض السكر بين الوهم والحقيقة. ط1 دار الكتب، القاهرة 1999.
- حسن، هدى جعفر. مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات للشخصية. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 34، العدد1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
- حسين، علي. قصة مدينة طولكرم. سلسلة المدن الفلسطينية رقم 14، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، دائرة الثقافة بمنظمة التحرير الفلسطينية، 1991.
- الحسيني، أيمن. مرض السكر. ط1، القاهرة مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير 1990.
- الحميد، محمد بن سعد. مرض السكر _أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. ط1 جامعة الملك سعود الرياض، 2007.
- دحبور، احمد، غضيب، همام. داء السكري. المجلة الثقافية، العدد29، عمان الجامعة الأردنية.

- الرويحة، أمين. داء السكري أسبابه أعراضه طرق مكافحته. ط1، دار القلم بيروت 1973.
- الزهراني حسن. الأقدام السكرية: الوقاية والعلاج. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، 2006.
- السلطة الوطنية الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. مسح إنفاق واستهلاك الأسرة، مستويات المعيشة في الأراضي الفلسطينية الإنفاق الاستهلاك الفقر. حزيران 2011.
- الشارخ، محمد الهديب محرر، الجندي المسلم. ماذا تعرف عن داء السكري. العدد 85 وزارة الدفاع والطيران، الرياض.
- صبرة رنا أمين. الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس. دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية، نابلس 2003م.
- الصبي، عبدالله محمد. أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة. 24-5-2012.
- ضحى محمود بابللي. حقائق عن داء السكري. ط1، الرياض مكتبة العبيكات 2002.
- طريح شرف عبد العزيز. البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية. ط1، الإسكندرية دار الجامعات المصرية 1995.
- عز الدين الدنشاري عبد اله البكري. مرض السكر _دراسات الحاضر وآفاق المستقبل -. ط1 الرياض دار المريخ للنشر، 1994.
- عوض، محمد ناجي. توزيع وتخطيط الخدمات التجارية في مدينة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2003م.
- غازي حمادة. مهنتك والداء السكري. مجلة الاقتصادي، العدد 99 الدمام، الغرفة التجارية، 1998.

- فؤاد فاضل. مرض السكري -أسبابه وسائل علاجه وطرق تغذيته. عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع 2005.
- قسطنتن خمار. جغرافية فلسطين المصورة. المكتب التجاري، بيروت، 1960.
- الكراد حسن، الدباغ، محمد. اثر نمط الحياة الحديثة على عدل انتشار الأمراض المزمنة (الداء السكري، ارتفاع شحوم الدم، البدانة). العدد 2، مج 25 مجلة جامعة البعث 2003.
- الكيلاني يوسف. السكري والصحة. ط1، منشورات شركة النور بيروت.
- محمد رفعت. السكر وعلاجه. دار المعرفة للطباعة والنشر ط1 بيروت 1977.
- محمد ظافر وفائي. داء السكري وقاية وعلاج. ط1 بيروت دار العلم للملايين 1982.
- المرامحي محمد علي. التوزيع الجغرافي والخصائص الاقتصادية والاجتماعية لمرضى السكر بمدينة جدة دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى مكة المكرمة 1996.
- منصور حسن فكري. الوصفات الطبيعية والأعشاب الطبية للعلاج بدون دواء. ط1، دار الصفا والمروة للنشر والتوزيع القاهرة 2004.
- منظمة الصحة العالمية. الداء السكري. جنيف 1985.
- الميداني، محمد. الداء السكري. المجلة الطبية العدد44 الرياض.
- نجار، فتحية. الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة - دراسة في الجغرافيا الطبية - . رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين، 2008.
- يونس، احمد. الآلية الامراضية للسكري. مجلة بلسم. العدد 343 جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، 2004.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- El- Barbari , Noha Kamal, Factors affecting the occurrence of type II DM in Nablus City,
- Faculty of Graduate studies, Al-Najah University,2003

ثالثا: الانترنت:

<http://64.57.218.25/~paldf/forum/showthread.php?p=7533623.2011/10/10>

http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%83%D8%B1_9%85 .2012-9-9 السكر في بلازما الدم،

<http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B7%D9%88%D9%84%D9%83%D8%B1%D9%85.2013-11-6>

http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D8%A4%D8%B4%D8%B1_%D9%83%2013/3/11 مؤشر كتلة الجسم

<http://archive.diabetesatlas.org/ar/book/export/html/465.2013/8/26>

<http://postjordan.com/article.php?newsid=38129>

السكري : شمال افريقيا والشرق الاوسط في قلب الخطر 2013/7/12.

<http://www.aawsat.com/details.asp?section=15&article=622537&issueno=11861>

عبد الحفيظ يحيى خوجة، داء السكري عامل خطر مسبب امراض القلب والفشل الكلوي، جريدة العرب الدولية، 2011/5/20.

<http://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2013-02-16-1.1823656>

علي الظاهري السكري صاعقة ناجمة عن نمط الحياة 16- 1- 2013.

<http://www.albiladdaily.com/news.php?action=show&id=109339>

ابراهيم عبد الاله، ضغط العمل يعرضك للعديد من الامراض 19- 9- 2012.

<http://www.arabmedmag.com/general/issue-15-11-2005/general02.htm> فراس
جاسم جيرجس، الدورية الطبية العربية، 2013/5/8

<http://www.diabetes.org.kw/ar/page/view/level/3/id/73>

مركز سكر الكويت للمعلومات، أنواع التمارين الرياضية المناسبة للمصابين
بالسكري 2013/4/19.

<http://www.drdhaimat.com/Docs.ArabicViewer/373427ac-3ba7-4988-9674-5494faa21ab1/default.aspx>

دهيمات امراض السكري والضغط وعلاقتها بضغط العمل 23- 4- 2013.

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=45&topic_id=750

<http://www.idf.org/content/%D8%AC%D9%86%D9%88%D8%A8-D9%88%D9%88%D8%B3%D8%B7->

<http://www.idf.org/content/%D8%A3%D9%85%D8%B1%D9%8A%D9%83%D8%A7?language=ar>

2013-9-12

http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20Curriculum_IV-4%20The%20older%20adult_Arab.pdf

الاتحاد الدولي لمرض السكري، المنهج الدولي لتعليم الاخصائيين الصحيين المعنيين بمرض السكري، ص 95 2013/4/4

http://www.kaahe.org/ar/index.php?option=com_content&view=article&id=560

موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز، احصائيات عن السكري حدوثه وانتشاره 2013.

<http://www.pitt.edu/~super4/37011-38001/37291.ppt>

التوجيهات الإستراتيجية الحديثة لمؤسسة حمد الطبية دول مجلس التعاون الخليجي الإستراتيجية الوطنية لمكافحة مرض السكري 1- 8- 2013.

<http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5119.2011/10/12>

<http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5119.2011/10/12>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/ 24-5-2012>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/ 24-5-2012>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar.2012- 9-9>

الملاحق

الاستبانة

رقم السؤال	1	2	3	4	5	6	7	8
الفقرة	صلة القرابة مع رب الأسرة: 1-رب الأسرة ، زوجة 2- ابن ،ابنة 3 - أب ، أم 5- أخ ، أخت 6- عم ،عمة 7- زوجة ابن، زوج ابنة 8- حفيد ، حفيدة 9- قريب ، قريبة 10- آخرون	مكان السكن: 1- شويكة 2- ذنابة 3- ارتاح 4- حي الصوانة 5- ضاحية السلام 6- الحي الشرقي 7- الحي الغربي 8- الحي الجنوبي 9- السهل الشمالي 10-عزبة شوفه 11- شارع فرعون 12- مخيم طولكرم	العمر : 1- أقل من 15 2- 16- 30 سنة 3- 31- 45 سنة 4- 46- 60 سنة 5- أكثر من 60 سنة.	الجنس: 1- ذكر 2- أنثى	الحالة الاجتماعية : 1- أعزب 2- متزوج 3- مطلق 4- أرمل	المستوى التعليمي: 1- أمي 2-ابتدائي 3-إعدادي 4-ثانوي 5-معهد 6-جامعة 7- دراسات عليا	الحالة العملية: 1- يعمل 2- لا يعمل	المهنة: 1- تجارة 2- خدمات 3- بناء 4- زراعة 5- صناعة 6- نقل

رقم السؤال	9	10	11	12	13	14	15	16
الفقرة	الدخل الشهري (بالدينار): 1- (100 فأقل) 2- (101-250) 3- (251- 500) 4- (501- 750) 5- (751 -1000) 6- (أكثر من 1000)	كيف تصنف طبيعة العمل الفيزيائي الذي تقوم به : 1-يعتمد على جهد ذهني. 2- يعتمد على جهد جسمي.	ملكية السكن: 1- ملك 2-إيجار 3- غير ذلك	نوعية السكن: 1- طوب 2- حجر 3- اسمنت	هل تمتلك وسيلة مواصلات؟ 1- نعم 2- لا	هل أنت مصاب بمرض السكري: 1- نعم 2- لا	هل أنت مسجل في احد المراكز الصحية كمريض بداء السكري؟ 1- نعم 2- لا	اذا كنت مصابا بالمرض هل تحافظ على المستوى الطبيعي للسكر في الدم - (126) ملغم /ديسيلتر- طوال الوقت؟ 1- نعم 2- لا

رقم السؤال	17	18	19	20	21	22	23
الفقرة	هل تقوم بفحص مستوى السكر في الدم بصورة دورية؟ 1- نعم 2- لا	هل هناك إصابة لأحد أفراد الأسرة بالمرض؟ 1- نعم 2- لا إذا كانت الإجابة نعم حدد	نمط داء السكري: 1- الأول 2- الثاني	نوع العلاج : 1- حقن 2- أقراص 3- أخرى حدد:.....	قبل الإصابة بالمرض هل كنت تمارس الرياضة؟ 1- نعم 2- لا	هل تمارس الرياضة حالياً بصورة منتظمة؟ 1- نعم 2- لا	ما هو نوع الرياضة التي تمارسها؟ 1- المشي 2- الهرولة 3- ركوب الدراجة 4- السباحة

رقم السؤال	24	25	26	27	28	29	30	31
الفقرة	أين تقضي أغلب وقتك؟ 1- ممارسة الرياضة 2- في العمل 3- أمام التلفزيون 4- أخرى.	كيف تتحرك داخل مكان سكنك؟ 1- بالسيارة 2- مشياً على الأقدام	كم هو طولك؟	الوزن الحالي	كم كان وزنك قبل الإصابة بالمرض ؟	هل تتبع الحمية الغذائية؟ 1- نعم 2- لا	هل أنت مدخن؟ 1- نعم 2- لا	هل تعاني من ضغط نفسي؟ 1- نعم 2- لا

38	37	36	35	34	33	32	رقم السؤال
هل سبق وان توفي أحد من أفراد الأسرة بصورة مفاجئة بسبب مرض السكري: 1-نعم 2-لا	هل هذه المضاعفات تؤثر على أداء أعمالك اليومية؟ 1- نعم 2- لا	ما هي المضاعفات التي تترتبت على الإصابة بمرض السكري؟	متى تمت الإصابة بالمرض الآخر؟ 1- قبل الإصابة بمرض السكري 2- بعد الإصابة بمرض السكري	هل أنت مصاب بأمراض أخرى غير مرض السكري؟ 1- نعم 2- لا إذا كانت الإجابة نعم ما هو المرض؟	ما هو مصدر الضغط النفسي الذي تعاني منه؟ 1- أسباب أسرية 2- أسباب اقتصادية 3- طبيعة العمل 4- الأمن الوظيفي 5- أسباب أخرى	هل تعاني من ضغط نفسي؟ 1- دائم 2- مؤقت	الفقرة

رقم السؤال	39	40	41	42	43	44	45
الفقرة	كم عدد الخبزات التي تتناولها يوميا : 1- (3-1) 2- (6-4) 3- (9-7) 4- (13-10)	أيهما تعتمد عليه في غذائك بصورة اكبر: 1- الخضروات والفواكه 2- الخبز واللحوم والدهون	هل تتناول الخضروات يوميا : 1- نعم 2- لا	هل تتناول الفواكه يوميا : 1- نعم 2- لا	هل تتناول الزيوت والدهون يوميا : 1- نعم 2- لا	هل تتناول السكريات يوميا : 1- نعم 2- لا	هل تتناول الوجبات الجاهزة خارج المنزل : 1- كثيرا 2- قليلا 3- نادرا

**An-Najah National University
Faculty of Graduate Studies**

**Study of the spatial variations of Diabetic Mellitus
prevalence in Tulkarem city and its Refugee camp and
suburbs: Study in Medical Geography**

**Prepared by
Sawsan Mohammed Abdel Fattah “Mohammed Hassan**

**Supervised by
Dr. Ahmed Ra'fat Ghodieh**

*This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Geography, Faculty of Graduate Studies, An-
Najah National University, Nablus, Palestine.*

2013

Study of the spatial variations of Diabetic Disease prevalence in Tulkarem city and its Refugee camps and suburbs

Prepared by

Sawsan Mohammed Abdel Fattah “Mohammed Hassan

Supervised by

Dr. Ahmed Ra'fat Ghodieh

Abstract

This study aims to identify the spatial distribution of diabetic patients in the city of Tulkarem, its surroundings, and its refugee camp. Moreover, the study aims to find out their social, economic, health and style food. Data was collected using a self-designed- questionnaire, which includes social and economic questions. Random sample was chosen from families in the city of Tulkarem, Tulkarem camp as well as the Tulkarem city suburbs.

The results showed that the geographic distribution of patients was mixed between city and countryside and the camp where the majority of samples concentrated in the. With regard to social characteristics the highest rate of injury was found in male in the age group 46-60 years old. This group was found to be mostly academics.

The largest proportion of infection among individuals working and in the service sector were found among those who own housing and dwelling of brick and possess their own transportation with a monthly income within categories of >251 JD per month. For the health aspect, the largest proportion of infection among individuals were found in study samples enrolled in health centers and who are trying to maintain the level of blood sugar within the normal level as well as among those who have had an

injury to a family member, as well as the largest proportion of infection among those taking tablets as a treatment for the disease and exercise and moving inside the residence on foot, and the index body have 25-30, mostly nonsmokers were suffering from stress temporary and is often the source of the stress caused by economic reasons and suffer from the presence of complications of the disease and the impact on the performance of their daily business. As for the food side the largest proportion of the disease was among those who ate fruits and vegetables and sugars frequently do not depend for their food heavily on oils and fats, meat and junk food.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.