

المستوى المعيشي وانعكاساته على الحالة الصحية لمرضى داء السكري

مساني فاطمة أستاذة مؤقته، قسم علم الاجتماع، جامعة بوزريعة.

الملخص:

تتلحق هذه الدراسة من مشكلة طالما عانت وما زالت تعاني منها دول العالم عامة ودول العالم الثالث خاصة بما فيها الجزائر، ألا و هي مشكلة انتشار داء السكري الذي يعتبر من الأمراض المزمنة، التي أصبحت تمثل مشكلة عويصة في مجال الصحة العمومية، وذلك استنادا للواقع المعاش الذي تمر به البلاد، وفي هذا الصدد فإن المشكل لا يكمن في ارتفاع عدد المصابين به فقط، وإنما في كيفية التكيف معه وتسييره بطريقة صحيحة. وعليه تحاول الدراسة الحالية الكشف عن مدى تأثير المستوى المعيشي على الحالة الصحية للمريض بداء السكري، وذلك بتطبيقها استمارة المقابلة على 150 مريضا بداء السكري بالقطاع الصحي بالدويرة قسم علاج مرض السكري، حيث أثبتت نتائج الدراسة أن المرضى ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض أكثر تباطؤ في اللجوء للخدمة الصحية، فهم يمارسون سلوكيات غير صحية في حالة التعرض للمشاكل الصحية، وأيضا لا ينفذون تعليمات الطبيب وإرشاداته كإتباع الحمية الغذائية مثلا، ونتيجة لذلك فإن نسبة كبيرة من المرضى يعانون من أمراض أخرى مزمنة أغلبها مضاعفات لداء السكري.

الكلمات المفتاحية: داء السكري، العلاج، الوقاية، مضاعفات داء السكري، المستوى المعيشي، الفقر.

1 . مقدمة:

إن التغير الاجتماعي، الاقتصادي والثقافي الذي طرأ على جميع مجتمعات العالم بما فيه المجتمع الجزائري الذي طرأ على عاداته الغذائية تغير، كظهور أساليب جديدة للحياة وأغذية متنوعة تغلب عليها المواد الدهنية والسكرية، وجود عادات غذائية سيئة عند الأفراد مع قلة الحركة لديهم أدى إلى بروز مشكلات صحية منها انتشار أمراض لم تكن تعرفها البشرية في المجتمعات التقليدية، مثل أمراض القلب، السرطان، السيدا وداء السكري، حيث أصبح هذا الأخير يمثل تحدي كبير في مجال الصحة العمومية. فحسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة (OMS) أنه يوجد ما بين 120 و 140 مليون مصاب بالداء السكري في العالم، وأن هذا العدد سيتضاعف إلى سنة 2025 (المنظمة العالمية للصحة (OMS, 1999)، فالمشكل لا يكمن في انتشار الداء بحد ذاته فقط، وإنما في كيفية مسايرة المرض والمحافظة على الصحة الطبيعية. وفي هذا المجال، فإن داء السكري من الأمراض الوراثية، المزمنة والخطيرة التي لها عواقب وخيمة على مستوى الفرد المصاب، حيث أن هذا المرض "يعتبر حالة مرضية يفقد فيها الجسم قدرته على توظيف بعض الغذاء كما يجب، وذلك بسبب عدم تناسب هرمون الأنسولين مع كمية هذا الغذاء" (الياسن الأسمر، 1994). فهو إذن: "اضطراب في التمثيل الغذائي للمواد

الكربوهيدرات (السكريات والنشويات) والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم و ينتج عن ذلك فقدان خلايا الجسم لبعض كل من قدرتها على استساغة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والامتصاص فتزداد كمية السكر في الدم ويظهر في البول مع مواد سامة أخرى أحيانا" (حامد محمد المرسانى، 1965).

وقد يرجع السبب الرئيسي للإصابة بهذا الداء أساسا إلى الوراثة والسمنة. وبالرغم من أن المرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الناس أينما كانوا، إلا أنه ليس بنفس الدرجة أو الوتيرة، حيث أن الاستعداد للإصابة به يسري في عائلات دون غيرها، مما يبرهن على وجود عامل وراثي للإصابة لا حيلة للمريض فيه ولا قدرة للطبيب عليه، ولكن الإصابة به لا تتبع نظاما محددًا بل تتأثر إلى حد كبير بالعوامل والظروف المحيطة بالإنسان. وقد يجد المريض بالداء السكري نفسه أمام تحدي كبير لمواجهة هذا المرض، فهو جزء من محيطه الاجتماعي. وعليه فإن المريض بداء السكري تواجهه عدة صعوبات وعراقيل في حياته اليومية الجديدة، خاصة في الجزائر التي تعرف انخفاضًا في المستوى المعيشي؛ ظهور آفة الفقر، نفشي البطالة، الأمية وظهور عوامل اجتماعية واقتصادية تؤثر على الحياة الأسرية، وكل هذه العوامل تنعكس سلبًا على علاج المرض ومضاعفاته، بحيث أصبح يعرف لدى المهتمين بعلم الاجتماع الطبي أن هناك علاقة وثيقة بين الظروف الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية وبين صحة الإنسان وتطور المرض، فكثير من الأفراد يرون الأمراض من منظور مجتمعهم وثقافتهم الخاصة، ويعالجون مثلًا داء السكري من خلال ما ورثوه عبر الأجيال.

بالإضافة إلى ذلك فإن علاج داء السكري والوقاية من مضاعفاته يتوقف إلى حد كبير على مستوى الوضع الطبقي الذي يحتله الفرد في المجتمع، مستواه التعليمي ومحيطه الأسري. فهذا الداء يقف كعائق أمام حياة الفرد نظرا للتغيرات التي تطرأ على نمط حياته، ابتداء من الأكل إلى العمل والحياة العائلية خاصة إذا تعلق الأمر بداء السكري الخاضع للأنسولين الذي يتطلب حقنا يومية من هذا الهرمون مما يجعل الفرد في تبعية له، بحيث يتميز هذا المرض عن باقي الأمراض المزمنة بطبيعة علاجه التي تجعل المريض رهن مواعيده الثابتة ومتطلباته الشاقة، وعلى هذا الأساس فإن الطب لم يعرف مرضا يتعلق مصيره ومصير المصاب به بتصرفات المريض نفسه، بقدر ما هي الحال عليه في الداء السكري. ذلك لأن الحماية الغذائية هي الدعامة الأولى والأساسية في معالجة هذا المرض، وهي من مسؤوليات الطبيب أن يضع ويحدد قواعدها ويشرح متطلباتها، ولكن من شأن المصاب وحده أن ينفذها بأمانة، دقة واستمرار مدى الحياة.

استنادا على ما ذكر سابقا، فإن شريحة المرضى من مجتمعنا تستدعي الاهتمام والتكفل، ليس

فقط من الناحية الطبية، وإنما كذلك من الناحية النفسية والاجتماعية التي نجدها جد مضطربة ولا تعرف استقرارا، وهذا لعدة أسباب منها ما هو متعلق بالمرض من جهة، ومنها ما هو مرتبط بالعلاج وتكاليفه الباهظة التي تتوقف إلى حد كبير على ظروف الفرد الاجتماعية والاقتصادية من جهة ثانية، فالحياة الجديدة لهؤلاء المرضى تتطلب الحيلة، الحذر واليقظة لتفادي مضاعفات داء السكري وشبح الموت، وذلك عن طريق الوقاية وتتبع تعليمات الطبيب المعالج. لكن الواقع وللأسف الشديد، يوضح غياب الوعي الصحي لدى المرضى، حيث أن المستشفيات والمستوصفات الصحية الجزائرية تكتظ بمرضى الداء السكري الذين يعانون من اضطرابات في الحالة الصحية ومن مضاعفات المرض، وعليه فإن التحكم في العلاج والوقاية من مضاعفات هذا الداء العضال في بلادنا يبقى مستحيلا لأن مسأيرته تتطلب تكاليف مالية باهظة وثقافة صحية، فداء السكري يجبر الفرد على الدخول ضمن طابع معيشي جديد ومحيط يفرض عليه نوع من الخضوع، الضغط الجسدي والنفسي، إلى جانب التهديدات الدائمة لحياته، والمريض يجد نفسه أمام تحدي كبير لمواجهة المرض بسبب المشاكل الاجتماعية والمادية. انطلاقا مما قيل آنفا، فإن التساؤل المطروح في هذا المجال هو: ما مدى تأثير الظروف المادية على محافظة المريض على صحته الطبيعية؟ وهل يمكن لمريض داء السكري تنفيذ تعليمات طبيبه المعالج في ضوء المشاكل المعيشية التي تعرفها الجزائر؟ وعليه نحاول الإجابة عن هذين التساؤلين من خلال هذه الدراسة، والتي تم استجواب فيها المرضى المصابين بداء السكري.

2. الفرضيات:

من خلال التساؤلين السابقين يمكن صياغة الفرضية التالية:

المستوى المعيشي المنخفض للمريض يعرقل من عملية العلاج والوقاية من مضاعفات الداء السكري.

ويمكن لهذه الفرضية أن تتجزأ إلى قسمين كما يلي:

- توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض واللجوء للخدمة الصحية.
- انخفاض الدخل الشهري الأسري للمريض يؤدي إلى عدم إتباعه الحمية الغذائية.

3. الدراسة الاستطلاعية:

إن البحث الاستطلاعي الذي تم في شهر فيفري 2001 كان أول خطوة للاقتراب من الموضوع، حيث قامت الباحثة بزيارة استطلاعية للقطاع الصحي بالدويرة. فبعد الموافقة على إجراء البحث الميداني، تمت مقابلات مع الأطباء والمختصة في التريية الصحية. وأيضا تطبيق استمارة الدراسة على بعض المرضى المصابين بالداء السكري. ونظرا للأمية المنتشرة، انخفاض المستوى التعليمي للبعض وسوء الحالة الصحية للبعض الآخر منهم، تطلب الأمر توجيه الأسئلة مباشرة بلغة بسيطة ومفهومة

وتدوين الإجابات. وبالتالي تحولت الاستمارة إلى استمارة المقابلة. وعلى إثر ذلك تم تعديل بعض العبارات والكلمات التي كانت غامضة.

ومن خلال المعلومات الموجودة في الاستمارة وجد أن أفراد فئة الدخل المنخفض و المتوسط أكثر إصابة بهذا المرض و معاناة من مضاعفاته. فحالتهم الصحية متدهورة بسبب الظروف المعيشية.

4. مجالات البحث:

لقد تضمنت الدراسة ثلاثة مجالات، وسوف نتطرق إلى كل مجال كما يلي:

1.4. المجال البشري: تمثل المجال البشري لهذه الدراسة في المرضى المصابين بداء السكري الذين أكدت إصابتهم بالمرض أثناء إجراء التحاليل الطبية، وأيضا يعالجون في القطاع الصحي بالدويرة، قسم مرض السكر. ونظرا لصعوبة استجواب جميع المصابين بداء السكري في الجزائر لجأت الباحثة إلى طريقة المعاينة، التي تعتبر بمثابة العمود الفقري للدراسة الميدانية، وذلك عن طريق تحديد مجتمع البحث الذي هو "مجموعة من العناصر التي تحمل خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر والتي يجري عليها البحث" (موريس أنجي (Maurice Angers, 1997)).

إن اختيار نوع من أنواع العينات يتم وفق شروط منهجية يفرضها البحث وذلك تماشيا مع الإمكانيات المادية، الزمنية، طبيعة الموضوع وصعوبة تحديد مجتمع البحث، وعليه اعتمدت الباحثة في انتقاء أفراد العينة انطلاقا من العينة القصدية بناء على التشخيص الطبي.

و على هذا الأساس تكونت عينة الدراسة من المرضى المصابين بداء السكري والذين قدر عددهم ب 150 مريضا. وعليه سوف نستعرض أهم خصائص أفراد العينة كما يلي:

- توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

عند إلقاء نظرة على بيانات الجدول رقم (01)، يتضح لنا جليا بأن الإناث أكثر إصابة بداء

السكري مقارنة بالذكور، بنسبة 68 % للجنس الأنثوي ونسبة 32 % للجنس الذكري.

الجدول (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس		
النسبة %	التكرار	الجنس
32	48	ذكور
68	102	إناث
100	150	المجموع

- توزيع أفراد العينة حسب السن:

تكشف لنا الأرقام الموضحة في الجدول رقم (02) أن فئات السن المتوسطة والطاعنة في السن، ما بين (45-60 سنة) و

(60-75 سنة) هي أكثر تعرضا لمرض السكر مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، حيث قدرت

نسبة الفئة العمرية (45-60 سنة)

بنسبة 46,67 % وفئة السن (60-75 سنة) مثلت نسبة 32,33 % ، وقدر متوسط العمر بـ 52,1 سنة، وهذه النتيجة في غاية الأهمية لأن الإصابة بداء السكري في هذه المرحلة تؤثر بطريقة مباشرة على التنمية وتكلف الدولة أموالا طائلة للتكفل بهذه الشريحة.

- توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

يتضح جليا من الجدول رقم (03) بأن المتزوجين أكثر إصابة بداء السكري بنسبة 71,33 % من أفراد مجتمع البحث، ويرجع ذلك إلى أدوارهم الاجتماعية وكثرة تعرضهم للضغوطات ومتاعب الحياة مع وجود الاستعداد الوراثي للمرض.

- توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

يتضح من خلال معطيات الجدول رقم (04) أن المنطقة السكنية للمبحوثين تنحصر في المناطق الحضرية، بنسبة 50 % من المبحوثين مقابل 38 % يقطنون في الريف و 12 % يقيمون في القرية.

- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

إن أفراد العينة ينحصر مستواهم التعليمي حسب الجدول رقم (05) بالدرجة الأولى في المستوى التعليمي الأمي، فنسبة كبيرة من المرضى أميين (58,67 %)، وهذا ينعكس سلبا على صحة هذه الفئة، لأن انخفاض المستوى التعليمي يؤثر في الوعي الصحي.

الجدول (02): يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن		
النسبة %	التكرار	الفئات العمرية بالسنوات
0.67	01	أقل من 15 سنة
8.67	13	(15-30)
16	24	(30-45)
46.66	70	(45-60)
32.33	35	(60-75)
4.67	07	(75-90)
100	150	المجموع

الجدول (03): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.		
النسبة %	التكرار	الحالة العائلية
12.67	19	أعزب
71.33	107	متزوج
1.33	02	مطلق
14.67	22	أرمل
100	150	المجموع

الجدول (04): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.		
النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
50	75	مدينة
12	18	قرية
38	57	ريف
100	150	المجموع

جدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي		
النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
58.67	88	أمي
24	36	ابتدائي
9.33	14	متوسط
7.33	11	ثانوي
0.67	01	جامعي
100	150	المجموع

- توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية:

الجدول (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.		
النسبة %	التكرار	الحالة الفردية
9.33	14	مشغغل دائم
3.33	05	مشغغل جزئيا
8.67	13	بطال
12.67	19	متقاعد
04	06	ذو معاش
02	03	طالب أو تلميذ
60	90	ماكنات في البيت
100	150	المجموع

من خلال قراءة الأرقام المبينة في الجدول رقم (06)، نجد أن الإصابة بداء السكري تتفاوت من حالة إلى حالة أخرى، لكن فئة الماكينات في البيت تحتل الصدارة، بنسبة تقدر بـ 60% من المبحوثين، حيث أن هذه الفئة تتعرض أكثر للضغوطات العائلية.

2-4- المجال الجغرافي "المكاني": لقد أجرت الباحثة دراستها الميدانية في القطاع الصحي بالدويرة قسم مرض السكر، وانتقت عينة من المرضى السكريين الوافدين إلى القطاع، وهذا الميدان فرضته طبيعة الموضوع باعتبار المرضى هم محور اهتمام الباحثة.

إن بلدية الدويرة تقع غرب ولاية الجزائر، وهي تابعة لمقاطعة درارية، يحدها من الشمال كل من بلدية الرحمانية وبلدية بابا حسن، ومن الجنوب بلدية تسالة المرجة، وشرقا الخرايسية، وغربا المعاملة.

وفي المجال الصحي بلدية الدويرة تبقى "تتميز عن باقي البلديات الأخرى بوجود مستشفى عريق يتمثل في المستشفى الجامعي للدويرة ورغم إرتباطه إداريا بالمديرية العامة لمستشفى البلدية فهو يبقى يغطي الحاجيات الصحية لمواطني البلدية والبلديات المجاورة، كما تتوفر الدويرة على عيادة متعددة الخدمات ومركز لحماية الأمومة والطفولة" (نورة عجال وبلحوى وهيبة، 1998) ومراكز صحية أخرى. وفي هذا الصدد، لقد فتح قسم علاج مرض السكر أبوابه للمرضى في عام 1984 تحت رقم يضم 70 مريضا مصابا بهذا المرض بمختلف أنواعه. كما يشرف هذا القسم على المراقبة والفحوصات الطبية وهو لم يخص فقط لمرضى داء السكري بل يشرف على أمراض أخرى مثل أمراض الغدد الصماء، ضغط الدم ومشاكل القلب، بحيث غير مخصص لمكوث المرضى.

3-4- المجال الزمني: بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية التي دامت عدة أيام ابتداء من تاريخ 19 فيفري إلى 25 فيفري 2001، بدأ التحقيق النهائي، حيث حدد مجاله الزمني بالمدة المحصورة ما بين 28 فيفري 2001 إلى 06 جوان 2001، وهي الفترة التي تم فيها جمع البيانات من الميدان حول المرضى المصابين بداء السكري، وخلال هذه الفترة الزمنية تم استجواب 150 مريضا بداء السكري.

5- الإجراءات المنهجية للدراسة:

لقد تمثلت الإجراءات المنهجية للدراسة في كل من المنهج وتقنيات جمع البيانات وتحليلها وسوف نستعرض كل عنصر على حدة:

5-1- **منهج الدراسة** : إن البحث العلمي يتطلب منهجا صحيحا يتخذه الباحث نبراسا يهتدي به إلى هدفه المنشود في جميع ميادين المعرفة، خاصة في العلوم الاجتماعية التي تقتضي المهارة والحذر للوصول إلى الحقيقة ومعرفة أسباب الظواهر. وعليه تطلب إنجاز هذه الدراسة استخدام المنهج الكمي والوصفي بوسائلهما المختلفة منها استمارة المقابلة، حيث أن المنهج الكمي تم توظيفه في هذه الدراسة كمنهج أساسي انطلاقا من المنهج الإحصائي الذي هو "مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا من أجل إظهار الاستدلالات العلمية التي قد تبدوا في الغالب غير واضحة" (عبد القادر حليمي، 1994).

5-2- تقنيات جمع البيانات و تحليلها:

5-2-1- **تقنيات جمع البيانات** : تعتبر تقنيات جمع البيانات من أهم الخطوات المنهجية للبحث، و يرجع ذلك إلى أن قيمة البحث ودقة نتائجه ترتبطان بمدى قدرة الباحث على الحصول على البيانات اللازمة للدراسة التي لها صلة مباشرة مع الأهداف العامة للبحث، حيث أن تقنية البحث هي "الوسيلة التي يلجأ إليها الباحث للحصول على المعلومات والبيانات التي يتطلبها موضوع دراسته" (محمد عاطف غيث، محمد علي محمد، 1976))، وعليه اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على تقنية استمارة المقابلة والتي تتماشى مع طبيعة موضوع البحث وكذلك طبيعة المنهج. فعند قيام الباحثة بالدراسة الاستطلاعية والتعرف على مجتمع بحثها وجدت أن نسبة كبيرة من المصابين بداء السكري أميين، ورغم أن البعض الآخر من المرضى مستواهم التعليمي ابتدائي ومتوسط، إلا أنهم لا يحسنون الكتابة والقراءة، بالإضافة على هذا العامل فإن حالتهم الصحية جد متدهورة، واستنادا إلى ذلك، حولت الاستمارة إلى استمارة المقابلة، والتي طبقت على أفراد العينة، بتوجيه الأسئلة مباشرة إليهم بالأسلوب، الترتيب نفسه وباللهجة البسيطة التي يفهمها جميع الأشخاص.

إن استمارة المقابلة شملت خمسة محاور أساسية ذات أسئلة مغلقة ومفتوحة، يغلب عليها طابع الأسئلة المغلقة، حيث يتضمن المحور الأول بيانات شخصية حول المريض مثل الجنس، السن، الحالة العائلية، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، والحالة الفردية، أما المحور الثاني، فهو يستعرض بيانات خاصة بالمستوى المعيشي للمريض المتمثلة في الوضعية الاقتصادية. في حين نجد المحور الثالث يشمل البيانات الخاصة بالبيئة الأسرية للمريض، وبالنسبة للمحور الرابع، فقد احتوى على بيانات حول الثقافة الصحية للمريض. والمحور الخامس خصص للعناية الصحية.

5-2-2- **تقنيات تحليل البيانات**: بعدما تم جمع البيانات اللازمة من الميدان، انتقلت الباحثة إلى خطوة أساسية في البحث، ألا وهي خطوة تحديد الإجراءات المناسبة لتحليل المعطيات، وذلك

بتحديد كيفية تصنيف البيانات، تنظيمها والتأكد من وجود نوع من العلاقة بين المتغيرات. وعلى هذا الأساس اختيرت الإجراءات المناسبة والتقنيات الملائمة لتحليل البيانات، والتي تمثلت في المقاييس الإحصائية مثل النسب المئوية، مقاييس النزعة المركزية ومعاملات الارتباط.

6- نتائج الدراسة الميدانية:

إن العراقل التي تقف كعائق أمام تحقيق الرعاية المثالية لمرضى داء السكر في الجزائر، حسب عينة بحثنا تشمل في المقام الأول المستوى المعيشي، وعليه فإن المستوى المعيشي في هذه الدراسة انصب على الوضع المادي للمريض من خلال الدخل الأسري. باعتباره المحرك الأساسي لحياة الفرد لأنه ينعكس بالسلب أو بالإيجاب على مقدار السلع الاستهلاكية وعلى مدى إتاحة نفقات العلاج، وحسب الأهداف المسطرة لهذه الدراسة، سنقدم عرضا موجزا لأبرز النتائج المتوصل إليها، و هي على النحو التالي:

6-1- الدخل الشهري الأسري وتأثيره على اللجوء للخدمة الصحية:

نريد من خلال هذا العنصر اكتشاف العلاقات السببية التي تربط بين الدخل الشهري الأسري مع الحالة الصحية للمريض بالداء السكري، عملية العلاج والوقاية من تعقيدات المرض ومدى الاستفادة من الخدمات الصحية، وذلك من خلال نتائج الدراسة الميدانية الموضحة في الجداول الإحصائية التالية:

الجدول (07) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بطرق التصرف إزاء التعرض لمرض آخر.						
المجموع		طلب المساعدة غير الطبية		طلب المساعدة الطبية		طرق التصرف إزاء التعرض لمرض آخر
%	ك	%	ك	%	ك	
100	47	96,65	31	04,34	16	الدخل الشهري الأسري (0- 5000)
100	64	44,48	31	56,51	33	(5000- 10.000)
100	27	44,44	12	56,55	15	(10.000-15.000)
100	09	22,22	02	78,77	07	(15.000- 20.000)
100	03	33,33	01	67,66	02	(20.000 دج و أكثر)
100	150	33,51	77	67,48	73	المجموع

يتضح من البيانات الواردة في الجدول رقم (07)، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة يلجئون إلى طلب المساعدة غير الطبية مثل استعمال أدوية دون استشارة طبية، وصفات تقليدية، أعشاب طبية أو يترك المريض في المنزل، وذلك بنسبة تقدر بـ 51,33 % من المجموع الكلي. ويربط العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع تبين أن فئة الدخل (0-5000 دج) عززت الاتجاه العام، حيث قدرت نسبة المرضى الذين يلجئون إلى طلب المساعدة غير الطبية من فئة هذا الدخل بـ 65,96 %، مقابل نسبة 34,04 % يتجهون إلى طلب المساعدة الطبية من نفس فئة الدخل. أما المبحوثين الذين يتراوح

دخلهم الشهري ما بين (5000-10.000 دج) يستعملون طرق غير طبية أثناء التعرض للأمراض مثل استعمال أعشاب طبية، وذلك بنسبة 48,44% مقارنة بنسبة 51,56% من المبحوثين من نفس فئة الدخل يتقدمون إلى طلب المساعدة الطبية، كزيارة الطبيب. في حين نجد أن أفراد فئة الدخل الشهري الأسري الذي يتراوح ما بين (10.000-15.000 دج) مثلوا نسبة 44,44% يتصرفون بطرق غير طبية أثناء المرض، مقابل نسبة 55,56% عكس ذلك من نفس فئة الدخل. ونفس الملاحظة تتجسد بالنسبة لأفراد فئة الدخل (15.000-20.000 دج)، حيث نجد نسبة 22,22% يطلبون المساعدة غير الطبية، مقابل 77,78% يلجئون إلى المساعدة الطبية. أما بالنسبة لفئة الدخل المرتفع (20.000 دج وأكثر)، فإن المواظبة تكون عند المبحوثين الذين يتجهون مباشرة إلى الطبيب، وذلك بنسبة 66,67%، عكس الأفراد من نفس فئة الدخل الذين يستعملون طرق غير طبية أثناء التعرض للمرض، وذلك بنسبة 33,33% .

وما يمكن ملاحظته مما سبق هو أنه كلما ارتفع الدخل الشهري الأسري، كلما اتجه المرضى إلى طلب المساعدة الطبية والعكس صحيح، كلما انخفض الدخل الشهري الأسري كلما زاد توجه المرضى نحو المساعدة غير الطبية، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى مقدار دخلهم الذي يكاد ينعدم في بعض الحالات، نظرا لعدم قدرة الفقراء ومنخفضي الدخل على استشارة الطبيب، لأن تكاليف العلاج والدواء باهظة، وبالتالي فإنهم حتما يكتفون باستعمال الوصفات التقليدية لإزالة الألم أو تجاهل الأعراض المرضية والبقاء على تلك الحالة حتى يشتد المرض ويأخذ نصيبه من الإنسان أو زوال الأوجاع تدريجيا.

نستنتج مما سبق أن انخفاض الدخل الشهري الأسري يؤثر سلبا على صحة الفرد وتلبية احتياجاتهم الصحية، ويجعل المرضى يتصرفون انطلاقا من خبراتهم الشخصية التي تؤدي إلى التقليل من فعالية الرعاية الصحية وزيادة احتمال الإصابة بالأمراض الناتجة عن إهمال داء السكري. فانخفاض مستوى المعيشة العام وتوزيع الثروة غير العادل بين أفراد المجتمع يوحى بالفروقات الموجودة في مستويات الدخل وظهور ملامح الطبقات الاجتماعية. وكل هذه العوامل تؤثر على الصحة في المجتمع الجزائري عامة، وعلى صحة مريض داء السكري خاصة، حيث أن الفقر هو العدو اللدود للصحة. وعليه فإن عمليات الفرز ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي، تدفع الشخص المريض إلى اللجوء للخدمة الصحية في إحدى المؤسسات العلاجية أو عكس ذلك لا تدفعه إلى زيارة الطبيب، لذا فإن السياق الاجتماعي والاقتصادي يتضمن عناصر تؤثر على إدراك الفرد مدى حاجته للمساعدة الطبية،

قراره بالبحث عنها، الاستجابة لها وتنميط المرض والسلوك المرتبط به، حيث أن الأوضاع الطبقيّة لها دور فعال في مواجهة المرض ومدى الاستفادة من

الجدول (08) : يوضح توزيع أفراد العينة الذين يلجئون إلى طلب المساعدة غير الطبية حسب أسباب التوجه لهذه المساعدة.		
النسبة %	التكرار	أسباب طلب المساعدة غير الطبية
13,70	54	سبب اقتصادي
78,20	16	سبب يتعلق بالمرض (مرض ليس بخطير)
9,09	07	سبب ذاتي (كره الأطباء)
100	77	المجموع

الخدمات الصحية، علاوة على دور البيئة الأسرية في اتخاذ القرار الطبي بالتماس الخدمة عند الحاجة إليها. وكل ذلك نتج عنه عدم وجود فرص متكاملة للرعاية الصحية بين جميع فئات المجتمع.

وتكملة للجدول رقم (07)، فإن معظم أفراد عينتنا يرجعون سبب طلب المساعد غير الطبية إلى الأسباب الاقتصادية التي أحرزت على النسبة العظمى، ويتضح لنا هذا من خلال الجدول القادم، الذي يبين توزيع أفراد العينة الذين يلجئون إلى طلب المساعدة غير الطبية حسب الأسباب.

يوضح لنا هذا الجدول أن أكبر نسبة تتجه نحو السبب الاقتصادي ب 70,13 %، ثم تليها سبب يتعلق بالمرض، كأن المرض غير خطير، وحتما أنه سيزول، حيث قدرت هذه النسبة ب 20,78 % . وأخير نجد نسبة 9,09 % في صنف سبب ذاتي.

نستنتج مما ورد سابقا، أن الأوضاع المالية هي العائق الأكبر للعناية بالصحة وعلاج المرض في بواره الأولى، لأن الوضعية الاقتصادية التي يعيشها المرضى جد متدهورة ومستواهم المعيشي جد مضطرب، لذا لا يُخصّصون ميزانية للصحة في حالة الطوارئ، وكما نعلم أن إهمال المرضى لعلاج داء السكري، تنتج عنه حتما مضاعفات أكثر خطورة، فيستحيل الشفاء منها، وأيضا فإن التأخر في استشارة الطبيب بمجرد ظهور أعراض المرض له حتما علاقة مع الوضعية الاقتصادية للمريض، لأن هذا يعرقل عملية العلاج و يزيد المشكلة الصحية تعقيدا بظهور أمراض أخرى. ويتضح هذا من خلال الجدول الآتي الذي يبين تأثير الدخل الشهري الأسري على المدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض و زيارة الطبيب .

من البيانات الواردة في الجدول رقم (09) الذي يبين علاقة الدخل الشهري الأسري بالمدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض وزيارة الطبيب، أن الاتجاه العام يمثل نسبة 52 % بالنسبة لصنف المدة الطويلة. وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في الدخل الشهري الأسري على المتغير التابع، فإن المواظبة على الاتجاه العام متمثلة بأعلى نسبة عند فئة الدخل (5.000-10.000دج) ب 56,25 %، مقابل نسبة 10,94 % من نفس فئة الدخل من المرضى الذين تجاوزت مدة زيارتهم للطبيب و ظهور

أعراض المرض بالمدة القصيرة ونسبة 34,38% من نفس فئة الدخل السابقة في صنف مدة متوسطة. أما بالنسبة لفئة الدخل (0-5.000دج) نفس الملاحظة تتكرر، بحيث نجد نسبة 55,32% في صنف مدة طويلة، مقارنة بالممدد الأخرى، حيث نجد نسبة 14,89% في صنف أقل مدة لفئة الدخل (0-5.000دج) ونسبة 29,79% في صنف المدة المتوسطة من نفس فئة الدخل. وتنخفض النسبة تدريجياً للمدة الطويلة كلما زاد الدخل الشهري الأسري، إذ أننا نجد من فئة الدخل (10.000-15.000دج) نسبة 48,15% في صنف مدة طويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، مقابل المدة القصيرة التي قدرت ب 29,63% من مجموع فئة الدخل (10.000-15.000دج)، أما المدة المتوسطة في نفس فئة الدخل مثلت نسبة 22,22%. وبالنسبة لأفراد فئة الدخل (15.000-20.000دج) هم الأسرع لزيارة الطبيب، إذ نلاحظ أن أطول مدة لزيارة الطبيب مثلت نسبة 22,22%، عكس ما هي الحال عليه بالنسبة لأفراد هذه الفئة من الدخل الذين تمثلت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارتهم للطبيب بالمدة القصيرة، حيث سجلت نسبة 55,56%، أما المدة المتوسطة من نفس فئة الدخل نجدها 22,22% من أفراد فئة الدخل (15.000-20.000دج). وإذا اتجهنا إلى أعلى دخل شهري أسري، فنجد أن النسبة متساوية تماماً في كل المدد الزمنية، إذ نجد 33,33% في صنف مدة طويلة مقابل نسبة 33,33% في صنف مدة قصيرة و33,33% في صنف مدة متوسطة.

الجدول (09): يبين توزيع المبعوثين حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالمدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض وزيارة الطبيب

المجموع	مدة طويلة ثلاثة أيام فأكثر	مدة متوسطة من يومين إلى ثلاثة أيام	مدة قصيرة من ساعات إلى يوم	المجموع	مدة طويلة ثلاثة أيام فأكثر	مدة متوسطة من يومين إلى ثلاثة أيام	مدة قصيرة من ساعات إلى يوم	الدخل الشهري الأسري
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	47	32,55	26	79,29	14	89,14	07	(0-5000.00)
100	64	25,56	36	38,34	22	94,10	07	(10.000-5000)
100	27	15,48	13	22,22	06	63,29	08	(15.000-10.000)
100	09	22,22	02	22,22	02	56,55	05	(20.000-15.000)
100	03	33,33	01	33,33	01	33,33	01	(20.000دج وأكثر)
100	150	52	78	30	45	18	27	المجموع

ما يمكن استخلاصه مما سبق، هو أن الدخل الشهري الأسري المنخفض يؤثر سلباً على المدة المحصورة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب. وكما هو معروف فإن تدني المستوى الاقتصادي لأي عائلة، لا يسمح لها بتلبية جميع متطلباتها، خاصة المساهمة في تكاليف العلاج، يعني ذلك أن المرض يكلف حتماً المرضى وعائلاتهم أموالاً باهظة، لذا نجدهم يتصرفون بطرق غير صحية لإزالة الألم والتخلص من المرض.

إن العامل الاقتصادي هو الذي يدفع المريض لممارسة هذا السلوك في التأخر لزيارة الطبيب، نظرا لفقره وخوفه من تكاليف العلاج أو التأثير في ميزانية الأسرة، وهذا ما لمسناه أثناء قيامنا بالبحث الميداني، فمعظم المرضى يؤكدون على أن الحالة الاقتصادية هي السبب في التأخر في العلاج.

ويعتبر التدرج الاجتماعي من أهم العوامل التي تؤثر في الصحة والمرض، بحيث أن الأفراد المنتمين إلى فئة اجتماعية دنيا أقل استجابة للأعراض المرضية، لأنهم يرون أن الأعراض تحتاج إلى الذهاب للطبيب، وهذا ربما يكلفهم أموالا أو على الأقل إلى أخذ إجازة مرضية إذا كانوا يمارسون عملا، ربما هم في حاجة ماسة إلى هذا العمل، نتيجة للمسؤولية التي يتحملونها، فالشخص الفقير يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم من عمله، كما أن هذا النوع من المرضى غالبا ما يؤمن بالقدرية في المرض، وهذا يجعلهم أقل اتجاهها إلى استخدام الطب الحديث، حينما يمرضون، وبالطبع هذا التصرف سيرقل من عملية العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري، مقارنة بالأشخاص المنتمين إلى أعلى المستويات المعيشية، حيث أنهم بمجرد الشعور بالأعراض المرضية يسارعون إلى البحث عن المساعدة الطبية، لتخفيف الألم، وهذا يرجع بالطبع إلى اعتبارات اقتصادية، فالشخص في هذه الحالة لا يهمله إذا كان يترك عمله لكي يرى الطبيب ولا يهمله المال والتكاليف العلاجية، لذا فإن الدخل المرتفع يمكن صاحبه من التماس الخدمة الصحية بسرعة لتفادي شر التعقيدات والأخطار المرضية.

وعليه يمكن القول أن التأخر في اللجوء إلى الاستشارة الطبية، يرجع أساسا إلى عامل الفقر وإلى عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية، وهذا كله ينبثق عن النظام الاقتصادي والاجتماعي الذي أطاح بآليات التكافل التقليدية. إضافة على ذلك فإن توصيل الخدمات الطبية الجيدة يرتبط أيضا بالتمايزات الاجتماعية. وبوجه عام نادرا ما تستطيع الجماعات الفقيرة استشارة الأخصائيين، لأن تكاليف الخدمات الصحية مرتفعة، حيث أن الرعاية الطبية التي تتلقاها تلك الفئات محدودة وأن مستواهم المادي منخفض، ويكون استغلال الخدمات الصحية بنسب أقل، بصفة محتشمة، وهذا ينجر عنه معاناتهم من المشاكل الصحية و يتعرضون للكثير من الأمراض المزمنة. فالفقير عادة لا يستجيب للمرض ولطلب العلاج. وهذا يتضح من خلال تصريح بعض المرضى، كتصريح هذا المريض "أنا كي نمرض ما نروحش للطبيب دائما غير لاكان المرض شد فيا بزاف، خاطر ما عنديش الدراهم باش نجوز ونشري الدواء". وعليه فإن سعالا بسيطا قد يكون مؤشرا على مرض خطير قد يتغاضى عنه المريض ولا يسعى لطلب العناية الصحية إذا كانت حالته المادية متدهورة، ولكنه قد يضطر إلى الذهاب للطبيب بعد أن تسوء حالته الصحية.

وباستخدامنا لمعامل التوافق تبين أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري والمدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض وزيارة الطبيب، وهي علاقة طردية متوسطة، حيث قدر معامل التوافق بـ 0.57.

إن السلوك غير الصحي الذي يسلكه المريض لإسعاف حالته المرضية وإهمال الصحة وعدم الإسراع في استشارة الطبيب يؤثر سلباً على الصحة، وهذا ما تكشفه لنا هذه الدراسة من خلال الجدول الآتي الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بمدى تعرض المريض لأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري.

الجدول (10): يبين توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالتعرض لأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري						
المجموع		لا		نعم		التعرض لأمراض أخرى الدخل الشهري الأسري
%	ك	%	ك	%	ك	
100	47	14,89	07	85,11	40	(0 - 5.000)
100	64	23,44	15	76,56	49	(5.000 - 10.000)
100	27	44,44	12	55,56	15	(10.000 - 15.000)
100	09	22,22	02	77,78	07	(15.000 - 20.000)
100	03	66,67	02	33,33	01	(20.000 دج وأكثر)
100	150	25,33	38	74,67	112	المجموع

أشارت بيانات الجدول رقم (10) الذي يوضح علاقة الدخل الشهري الأسري بمدى تعرض المريض لأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري، أن الاتجاه العام يميل نحو صنف نعم التعرض لأمراض أخرى، و ذلك بنسبة 74,67 % .

وبإدخالنا للمتغير المستقل، اتضح لنا أن فئة الدخل الشهري الأسري (0-5000 دج) عززت صنف نعم، وذلك بنسبة تقدر بـ 85,11 % ، مقابل نسبة 14,89 % من أفراد نفس فئة الدخل الذين لم يتعرضوا لأمراض أخرى. في الحين نفسه نلاحظ أن مرضى فئة الدخل الشهري الأسري التي تتراوح ما بين (15.000-20.000 دج) مثلوا نسبة 77,78 % من أفراد العينة، أصيبوا بأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري، مقابل نسبة 22,22 % من نفس فئة الدخل لم يتعرضوا لأمراض أخرى. لنجد مرضى فئة الدخل الشهري الأسري (5.000 - 10.000 دج) قدرت نسبتهم 76,56 % من المبحوثين أصيبوا بأمراض أخرى، مقارنة بالمرضى من نفس فئة الدخل الذين لم يتعرضوا لأمراض أخرى، حيث سجلت نسبتهم 23,44 % . لتتخفف النسبة تدريجياً، بين أفراد فئة الدخل (10.000 - 15.000 دج)، حيث نجد نسبة 55,56 % من المبحوثين تعرضوا لأمراض أخرى، مقابل بنسبة 44,44 % من مرضى نفس فئة الدخل الذين لم يتعرضوا لأمراض أخرى. وفي الأخير قدرت نسبة

المرضى ذو الدخل الشهري الأسري (20.000 دج وأكثر) 33,33 % في صنف التعرض لأمراض أخرى، مقابل 66,67 % في صنف عدم التعرض لأمراض أخرى.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري ومدى تعرض المريض لأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري، حيث أن انخفاض الدخل الشهري الأسري يؤدي حتما لتعرض أكثر للأمراض الأخرى والمرتبطة بإهمال علاج داء السكري. ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن الدخل المتدني للأسرة ينعكس سلبا على توفيرها العلاج الملائم لمريضها، لأن هذه الشريحة من الفقراء في المجتمع تسعى فقط إلى تلبية أدنى حاجياتها الضرورية من مأكّل، ملابس وتعليم، وبالتالي لا تخصص ميزانية لتغطية نفقاتها الصحية. وعلى هذا الأساس "يضطر معظم الناس، لاسيما الفقراء في أفقر بلدان العالم، إلى تسديد تكاليف الرعاية الصحية على نفقاتهم الخاصة عندما يمرضون ويصبحون في حاجة ماسة إليها" (منظمة الصحة العالمية، (2000))، وعليه فإن ضعف الإمكانيات المادية لا شك بأنها إحدى المشاكل الرئيسية التي يواجهها المرضى في المعركة ضد المرض. فالفقر يؤدي حتما إلى انخفاض مستوى التغذية والمستوى الصحي، حيث يظل يعيش أفراد هذه الفئة في ثقافة الفقر وعدم تمكنهم من الخدمات الصحية اللازمة وارتفاع معدل إصابتهم بأمراض أخرى، نتيجة الوضع المادي المنخفض، فالدخل "الذي تحصل عليه الأسرة الفقيرة والذي يقل عما تحصل عليه الأسرة في المتوسط في مجتمع معين في زمن معين، يتصف هذا الدخل بأنه لا يفي بالحاجيات الأساسية المتاحة من أجل الحياة كالغذاء والدواء والعلاج، والمفروض أن يعجز هذا الدخل على الوفاء بهذه الضروريات، مع استخدام الأسرة أسلوبا رشيدا في الإنفاق" (محمد الجوهري، (1998))، ويمكن القول أن للأسباب الاقتصادية مكانة بارزة في التخفيف من حدة الأمراض المزمنة كداء السكري ومضاعفاته، بحيث تقر المنظمة العالمية للصحة في إستراتيجيتها بأن الصحة هي " إحدى الحقوق الأساسية لكل إنسان وهي هدف وغاية اجتماعية (...)"، وهي من المتطلبات الأولية للإنسان وكذلك نوعية الحياة، فيجب أن تكون سهلة المنال للجميع، حيث ترتبط الصحة بالشروط السوسيو-اقتصادية" (المنظمة العالمية للصحة (OMS, 1996))، ولهذا فإننا نرى أن العلاقة بين الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها المريض وبين دوره كمريض قوية. فإذا نظرنا إلى شريحة من السكان ذوو مستوى اجتماعي متميز ومستوى اقتصادي معين مرتفع، فإننا نجد أن هذه الفئة حتما تحافظ على نوعية التغذية وعلى الصحة، فالمرضى في هذه الحالة يهتم بمراحل العلاج بطريقة سليمة، حيث يكون قادرا على التحكم في اهتماماته بشرط أن تكون ملائمة لاحتياجاته المرضية. وهذا ما لاحظناه في دراستنا، فهؤلاء الأفراد ذوو الدخل المرتفع غالبا ما يحافظون على الصحة، وبالتالي يقل تعرضهم للأمراض أخرى بعد إصابتهم بداء السكري، عكس المرضى الذين ينتمون إلى طبقة اجتماعية دنيا ومتوسطة في

المجتمع، وذو وضع اجتماعي واقتصادي متدني، فهم لا يواجهون فقط مخاطر المرض، ولكنهم يواجهون أيضا نقص في العناية الصحية. وهذا يؤدي للتعرض أكثر لمضاعفات داء السكري، وعلى هذا النحو يمكن القول بأن انخفاض مقاومة الجسم وارتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية، ينتج عنه حتما الضعف أو الوهن الناجم عن إصابة الفرد بمرض معين تجعله سريع التأثير بالأمراض الأخرى مما يزيد مشكلة الصحة تعقيدا.

إذا تطرقنا إلى العلاج نجد أن أغلبية المرضى الذين ينتمون إلى فئات اجتماعية دنيا ليست لديهم القدرة على التعبير عن ذاتهم وعمما بداخلهم ولا يستطيعون أن يكونوا موضوعيين في الحكم على حالتهم. وهذا ما يعرقل عملية العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري. ومن هنا نجد أن علاقة الطبيب بالمريض تتأثر إلى حد كبير باختلاف الانتماء الاجتماعي الذي ينتمي إليه المريض، فالمستوى المعيشي يكون له تأثير على رد فعل المريض اتجاه العناية الصحية وحتى الأعراض المرضية والاستجابة لها، لأن الفقراء يقل تركيزهم على حالتهم الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى لا يستفيدون أكثر من الخدمات الطبية لعدم مقدرتهم على نفقاتها، كما هي الحال في الجزائر.

إن الأسر الفقيرة تنفق جزءا ضئيلا من دخلها على النواحي الصحية والعلاجية، وخشية من التكاليف فإن بعض المرضى عند الإحساس بالألم فإنهم يمارسون ممارسات علاجية تقليدية، حتى وإن كانت مضرّة بالصحة، وهذا التصرف يرتبط حتما بظروفهم الاقتصادية غير المستقرة، بحيث المقابلة الميدانية للمرضى كشفت لنا حقائق مهمة تظهر من خلال تعابيرهم حول ارتفاع الأسعار وزيادة نفقات علاج المرض وأيضا مخاوفهم المرضية.

لقد أصبح من البديهيات المعترف بها وجود علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما انخفض المستوى الاقتصادي لمجتمع ما قل دخل الفرد يصاحبه حتما انخفاض في المستوى الصحي وانتشار الأمراض، ولعل كلا منهما سبب ومسبب، فإنه حلقة مفرغة كل واحد منهما يؤدي إلى الآخر. وعليه فإن "الارتفاع بالمستوى الاقتصادي للأفراد خير كفيل للارتقاء بالمجتمع صحيا، أي أن المستوى الاقتصادي يلعب دورا رئيسيا في الأوضاع الصحية" (الوحيشي أحمد ييري وعبد السلام بشير الدويبي، 1989).

إن المجتمع الجزائري يضم فئات ذات دخول عالية وأخرى تعيش في أسفل السلم الاجتماعي، وأنه ما زال في بلادنا ملايين من الأفراد لم يصلوا إلى الحد الأدنى من الدخل الوطني للفرد، وبالتالي فإن بلادنا أمام موقف عصيب تواجهه من ناحية الدخل، حيث نجد أن هذا الأخير له آثار مباشرة تطبع نفسها على مستوى الإنفاق العام، ومن ثم على الإنفاق الخاص على الخدمات الصحية.

ومن البديهي أن التدهور الاقتصادي الذي تشهده الآن الجزائر يؤدي إلى التأثير على الملايين من البشر الذين يعانون من الفقر، ومن مشكلات البيئة التي تساعد على انتشار الأمراض. وهذا ما يثبت لنا صحة الحقيقة التي تؤكد أن الجزائر أمام عائق كبير في تنفيذها لإستراتيجية الصحة للجميع بحلول عام 2000، والتي تبنتها المنظمة العالمية للصحة من أجل تحقيق الصحة لجميع شعوب العالم، حيث أن العائق يتمثل في ضعف الهياكل الصحية الأساسية للدولة. وعليه فالجزائر تعاني من التركة الثقيلة التي ورثتها من الاستعمار خاصة ما يتعلق بالخدمات الصحية التي مازالت محدودة، تحتاج إلى سنين من الجهد المتواصل لبناء ذلك، فهذه التركة تؤثر تأثيرا مزدوجا، وبالتالي فإن بناء صناعة قوية وزراعة متطورة سيرفع الدخل إلى المستوى الذي يسمح بإنفاق المبالغ اللازمة على الخدمات الصحية، وعلى رفع المستوى المعيشي للأفراد عموما.

ومن ناحية أخرى يمكن القول أن الظروف القاسية التي عايننا منها في الماضي أدت إلى تدهور المستوى الصحي وتفشي الأمراض، مما يتطلب بذل الجهود لحل المشاكل الصحية، وفي الحاضر، الجزائر تجد نفسها في وضع معقد إزاء مشكلة الصحة، فهي تحتاج إلى إمكانيات مضاعفة لمواجهة الحالة الصحية السيئة التي ترجع أساسا إلى التخلف الاقتصادي والضعف في الموارد المالية.

فالخدمات الصحية فضلا على أنها تهدف إلى الحفاظ على الصحة، رفع مستواها، منع المرض و توفير إمكانيات التشخيص، العلاج والتأهيل للمريض، فهي تعتبر كلها أهدافا في حد ذاتها وعوامل هامة من عوامل الرفاهية والسعادة للأفراد والجماعات، فالتحسن في المستوى الصحي يقلل المصاريف التي تخصصها الدولة في الإنفاق على علاج المرضى وفي دفع الإعانات والتعويضات لهم مما يوفر مالا إضافيا للاستثمار والتنمية.

وعليه يتضح مما تقدم أننا إزاء مشكلة بالغة التعقيد، إذ أنه مهما طورت دولة من الدول التي تقع في رقعة التبعية والتخلف في جهازها الصحي وارتقت به إلى درجة عالية من الكفاءة لن يغير هذا من جوهر الأمر شيئا، ولكن يقيها بلا شك من النتائج المدمرة للأمراض التي تعتبر من الآثار الحتمية لبيئة الفقر وقصور الأداء الصحي الناتج عن سوء الأداء الاقتصادي. وعليه فإن تدني دخل الفرد ونصيبه من الرعاية الصحية إلى هذا الحد المدهش كافيان بحد ذاتهما لتفسير الوضع الصحي الحرج في الجزائر. وعلى هذا الأساس فإن المنظمة العالمية للصحة تؤكد أنه " لقد أصبحت حياة العديد من الناس مرهونة بالنظم الصحية التي تضطلع بمسؤولية أساسية ودائمة تجاه الناس من كل الفئات العمرية " (منظمة الصحة العالمية، (2000)).

وباستخدامنا لاختبار كا²، نستنتج أن الفرق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية هي فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية، وبالتالي توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري ومدى التعرض

لأمراض أخرى بعد الإصابة بداء السكري، حيث وجدنا أن قيمة χ^2 المحسوبة 10,794 وكا2 الجدولية 9,488 عند مستوى المعنوية 0,05 ودرجة الحرية 4، واستنادا على كل ما سبق، فإن المريض يلقي صعوبات أثناء معالجته لهذا الداء، خاصة أن داء السكري يتطلب شراء الدواء باستمرار. وعليه فإن الجدول الآتي يبرز لنا مدى تأثير وجود مداخل إضافية على شراء الدواء دائما.

جدول رقم (11) : توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود مداخل إضافية وعلاقته بشراء الدواء.						
المجموع		لا		نعم		شراء الدواء دائما
%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	23.08	03	76,92	10	مداخل إضافية ما عدا الدخل
100	137	34.31	47	65,69	90	نعم
100	150	33.33	50	66,67	100	لا
						المجموع

يكشف لنا هذا الجدول، أن الأغلبية العظمى من المرضى تشتري الدواء، وذلك بنسبة تقدر بـ 66,67% من المبحوثين . ويادخالنا للمتغير المستقل وهو وجود مداخل إضافية تبين لنا أن الأفراد الذين لديهم مداخل إضافية هم الأكثر شراء للدواء، بنسبة تقدر بـ 76,92%، مقابل نسبة 23,08% في صنف عدم شراء الدواء. أما بالنسبة للمبحوثين الذين ليست لديهم مداخل أخرى، فنجد نسبة 65,69% من المرضى الذين يشترون الدواء، مقابل نسبة 34,31% من المرضى الذين لا يشترون الدواء. انطلاقا من التحليل الإحصائي نستنتج أن معظم أفراد عينتنا يشترون الدواء، وأن الأغلبية لها مداخل إضافية أخرى. أما الشريحة الثانية التي لا تملك دخولا إضافية، وتشتري الدواء فإنها تؤكد على أن الدواء مهم، يجب شراؤه مهما يكن، حتى ولو تطلب الأمر قرض مبلغ مالي لشراؤه. ويتجلى هذا من خلال تصريح المرضى "نسلف الدراهم باش نشري الدوا نخاف نطيح". ومريضة أخرى تؤكد " مرات نسلف دراهم ومرات يعطوه لي في المستشفى". أما الفئة الأخرى التي لا تشتري الدواء، فإنها ترجع ذلك إلى الأسباب الاقتصادية، حيث يظهر ذلك من خلال تصريحات المرضى، كتصريح هذا المريض الذي يرجع سبب عدم شراء الدواء إلى "المعيشة الغالية، كي يكونوا عندي الدراهم نشريه ومرات حتى ندير المال"، ومريض ثاني يقول "حسب ظروف المعيشية مرات 03 و10 أيام بلا دوا، ما عنديش الدراهم باش نشري الدواء، ندير الريجيم برك، وكي يدخل المصروف نشري الدواء". والملاحظة الأكثر أهمية أن المرضى يكذبون على الطبيب، حسب هذا التصريح "ما نكذبش عليك يا ختي، كيما يكونوش عندي الدراهم ما نشريش الدواء وكي يساقسيني الطبيب نقولو راني نشرب الدواء"، فهذه الحالة المزمنة للمرضى ترجع بالدرجة الأولى إلى الوضعية الاقتصادية للبلاد، انخفاض القدرة الشرائية وانتشار البطالة بكثرة التي أصبحت متفشية في أوساط أفراد المجتمع الجزائري. وهذه العوامل كلها أدت إلى انخفاض الدخل الشهري للأسرة الجزائرية، الذي يتأثر حتما بعدد أفرادها

مع قلة المنتجين فيها و كثرة المستهلكين بها. وكل هذا يؤدي بالضرورة إلى التأثير سلبا على الحالة الصحية للمريض بداء السكري، ويعرقل خطة العلاج والوقاية من الأمراض الفتاكة، حيث أن التذبذب في حالة الوضع الاقتصادي للمجتمع له آثار سلبية على الحالة الجسمية والنفسية للكثير من الناس، وأن المشكلات الاقتصادية تعتبر من أهم مصادر الضغط النفسي.

6-2- الدخل الشهري الأسري وعلاقته بإتباع الحمية الغذائية:

واستنادا على الحقائق المستخلصة من الميدان، فإن للدخل تأثير على توفير التغذية الجيدة لأفراد الأسرة. كما أن محافظة المريض على مواعيد الطعام، كميته ونوعه يتأثر إلى حد كبير بمستوى الدخل الشهري الأسري. ويكمن إبراز هذا الرأي من خلال الجدول القادم.

الجدول (12): يبين توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالمحافظة على مواعيد الطعام، كميته و نوعه باستمرار.						
المجموع		لا		نعم		المحافظة على مواعيد الطعام، كميته و نوعه الدخل الشهري الأسري
%	ك	%	ك	%	ك	
100	47	23,87	41	77,12	06	(0- 5.000)
100	64	81,57	37	19,42	27	(5.000- 10.000)
100	27	15,48	13	85,51	14	(10.000-15.000)
100	09	56,55	05	44,44	04	(15.000-20.000)
100	03	76,66	02	33,33	01	(20.000-دج وأكثر)
100	150	76,64	97	33,35	53	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول، أن الاتجاه العام يتجه نحو المرضى الذين لا يحافظون على مواعيد الطعام، كميته ونوعه بنسبة تقدر بـ 64,67 % من المبحوثين، وبعد إدخالنا للمتغير المستقل، وهو الدخل الشهري الأسري، اتضح لنا جليا أنه يوجد تأثير على المحافظة على مواعيد الطعام، كميته ونوعه، إذ يكشف لنا الجدول أن فئة المرضى ذوي الدخل الشهري (0- 5.000 دج) والتي لا تحافظ على مواعيد الطعام، كميته ونوعه قدرت نسبتها بـ 87,23 % ، مقابل نسبة 12,77 % من نفس فئة الدخل التي تحافظ على مواعيد الغذاء، كميته ونوعه. ونفس الملاحظة نسجلها عند فئة المرضى ذوو الدخل الشهري (5.000-10.000 دج)، حيث قدرت نسبة المبحوثين الذين لا يحافظون على مواعيد الطعام، كميته ونوعه من فئة هذا الدخل بـ 57,81 %، مقابل نسبة 42,19 % من نفس فئة الدخل السابقة التي تحترم وقت الطعام، كميته ونوعه. في حين نجد المبحوثين ذو الدخل الشهري الأسري (10.000-15.000 دج) الذين لا يحافظون على المواعيد الغذائية ونوعها وكمياتها بنسبة 48,15 % مقابل نسبة 51,85 % من أفراد نفس فئة الدخل الشهري الذين يتقيدون بمواعيد الطعام، كميته ونوعه. أما بالنسبة لفئة الدخل (15.000-20.000 دج)، فنجد نسبة 55,56 % من المبحوثين لا يحافظون على مواعيد الطعام، كميته ونوعه، مقابل نسبة 44,44 % من المرضى من نفس

فئة الدخل السابقة، والذين يحافظون على مواعيد، كمية ونوع الغذاء. وفي نفس الاتجاه فإن فئة الدخل (20.000 دج و أكثر)، والتي مرضاها لا يحترمون مواعيد الغذاء، كميته ونوعه نجد نسبة تقدر بـ 66,67 %، مقابل نسبة 33,33 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل السابقة الذكر، والذين يتبعون مواعيد الأكل، كميته ونوعه.

وفي خضم هذه المعلومات يمكن تفسير ذلك، على أساس الظروف المعيشية المتمثلة في الدخل المتدني، والذي لا يسمح لهذه الفئات بالحفاظ على مواعيد الطعام، كميته ونوعه، فهذه الفئة من المرضى غالبا ما تلجأ إلى استهلاك المواد الرخيصة الثمن لا تتوفر فيها المقاييس الغذائية، وبالتالي فإن هذه الشريحة من المصابين تتناول أي غذاء أو أكل وجد في البيت، وحتما فإن هذه الوجبات تفتقر إلى البروتينات و الفيتامينات والسعرات الحرارية. بينما نجد عكس ذلك عند المرضى المحظوظين جدا من الناحية الاقتصادية الذين يميلون إلى استنساخ نظامهم الغذائي من نظام سكان البلدان الغنية. وتتجلى حقيقة عدم تنفيذ المرضى للنظام الغذائي من تصريحاتهم، كتصريح هذا المريض "أنا واش لقيت في الدار ناكل، ناكل كيما ياكلوا أولادي". لهذا فإن غلاء المواد الغذائية وكثرة أفراد الأسرة مع تديني عدد الأشخاص المنتجين في العائلة يزيد من تعقيد الأمور، ويؤثر حتما على الحالة الصحية لمريض داء السكري.

وعليه فإن انخفاض المستوى المعيشي للمريض يرتبط في الواقع بالأوضاع الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها الجزائر. بالإضافة على هذه المشكلة فإن إنتاج المواد الغذائية بالقدر الكافي لعدد السكان المتزايد يشكل أزمة تهدد الجزائر، وذلك بظهور مشكلات غذائية جديدة وانعدام التوازن بين النمو الاقتصادي والنمو الديمغرافي، حيث يصرح مريض بقوله: "أنا ما نقدرش ندير الريجيم الخاص بالسكر خاطر ظروف المعيشة صعبة، وهذا المرض يتطلب باش ياكل العبد اللحم، البيض والماكلة الغالية، وحنا عندنا بزاف لعيال 16 نعبد، مانقدروش نجيبوا الماكلة ناكلوها ولخرين يشوفو فينا، ما نقدرش ندير الريجيم". وفي هذا الصدد، فإن مستوى الدخل الفردي يقترن مع مستوى التغذية، الذي يؤثر سلبا على صحة الإنسان، إذ أن الفرد لا يستطيع الحصول على غذاء جيد ومتكامل، الأمر الذي يجعله ضعيفا غير قادرا جسميا على مواجهة المرض. وقد يتأثر مستوى التغذية إلى حد كبير بمشكلة الانفجار السكاني، الذي يخيم بكل ثقله على مستقبل بلادنا، إذا قلنا أن أغلب التغذية المسموح بها تتمثل خاصة في الخضر والفواكه، التي قيمتها قابلة للزيادة في أي وقت كان، حيث أن مرض السكر يحتاج إلى العلاج مدى الحياة. ويتوقف هذا على إتباع حمية غذائية خاصة بمرض السكر المعروف بتنظيم الغذاء. بالإضافة على هذا لا بد من احترام وقت الأكل وكمياته، ولكن

للأسف الشديد في بلادنا الغذاء يتوقف على الدخل، وهذا ما لمسناه من تصريحات المرضى "المعيشة غالية بزاف ما نقدرش ندير ريجيم، لي نصيبها في الدار نأكلها".

باعتبار أن الغذاء هو أول شيء يصرف عليه الإنسان في حياته، فإنه يلاحظ من الواقع المعاش أن مستوى التغذية في بلادنا ما زال أقل بكثير مما يجب، حيث أن الفقر "يجعل الناس يأخذون كميات ضئيلة من الغذاء وبنوعية سيئة تنعكس على حجم ونوعية اليد العاملة وبالتالي تساهم في ازدياد الفقر" (زياد الحافظ، 1976). فالاستهلاك للمواد الغذائية يختلف حسب الطبقات الاجتماعية، لأنه "غالبا ما يقاس ارتفاع مستوى المعيشة بمؤشرات شاملة تخفي الفوارق الهامة بين الدخل والتفاوت في مجال الغذاء وسط السكان، فالطبقات الميسورة هي أول من يستفيد بعامة من تغذية جيدة ينبغي أن يستفيد منها فيما بعده الشرائح الاجتماعية الأخرى" (أبير ساسون، 1990). ويمكن القول بأن الدخل المنخفض لا يلي الرغبات الضرورية للمريض، وأيضا يقلل من عزمته في تنفيذ توصيات الطبيب وتعليماته.

فبالرغم من المحاولات الاقتصادية لرفع مستوى المعيشة للسكان، إلا أن حل مشكلة الغذاء في الجزائر تبقى الشغل الشاغل للمواطنين ويشكل مشكلا عويصا، والحل في ذلك يكمن في تحسين دخل الجماعات الأشد فقرا والأسوأ تغذية، فيجب تحسين استهلاكها. ومن الأمور التي يستعصى فهمها ذلك التفاوت في المستويات المعيشية، الذي يعزل الفقراء عن الأغنياء، حيث تباينت بشدة مكانة الفقر والغنى، خاصة في الآونة الأخيرة التي أصبح فيها الفقراء يعيشون تحت ظروف شديدة الوطأة من جراء افتقارهم للمعدات الإنتاجية وضعف مقاومتهم للمرض، وما يواكب ذلك من نمو سريع في عدد السكان، وأكثر من ذلك فقد أصبح الفقر في زماننا المعاصر ظاهرة بيئية متفارقة، إذ أنه لا أحد يستطيع أن يدعي بأنه قد تم القضاء على كافة مظاهر الفقر.

إن المؤشرات الاقتصادية، ارتفاع الأسعار، زيادة معدلات البطالة وتسريح عدد كبير من العمال، نتج عن هذه العوامل انخفاض الدخل الفردي وتدني القدرة الشرائية للمواطن، التي تؤثر على المرضى المصابين بداء السكري الذين يتلقون صعوبات في اقتناء الغذاء اللازم الموصوف لهم، وهذا كله يعرقل من عملية العلاج والوقاية من مضاعفات المرض. وعلى إثر ذلك فإن تصريحات المرضى تؤكد تلك الحقيقة "يا ختي أنا راني معاه 15 سنة مريض بالسكر، فالسكر يتطلب ريجيم و أنا ما نديرش ريجيم، ندير شبه ريجيم الذي تطلبه الطيبية منا، خاطر المعيشة غالية وما نقدرش نشروا اللحم وغير هكذا من الماكلة". وانطلاقا من الحقائق السابقة، فإنه يلخص أحد خبراء الصحة الموقف بقوله "إن طعاما مناسباً من مختلف المكونات الغذائية أمر لازم لتنظيم أنشطة الجسم الطبيعية، وأن سوء التغذية

سبب رئيسي للقصور المناعي، حيث لا يؤثر فقط على السكان ذوي المواد الغذائية المحدودة بل أيضا على الأشخاص الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة المزدهمة، وعلى هؤلاء الذين يعانون من الأمراض المزمنة" (فيليب عطية، (1992)). وعليه فإنه من المعروف، أن التغذية الجيدة تأتي في مقدمة هذه الشروط، لما تحمله من أهمية كبيرة ليس من أجل استقرار الإنسان و بقائه فقط، وإنما من أجل وقايتها من الأمراض التي يتعرض لها نتيجة فقدان المواد الضرورية للعضوية، وما ينجم عن ذلك من ضعف في نشاطه العصبي والجسمي.

ويمكن القول أن مستوى المعيشة للأسرة يرتبط بصورة جوهرية بما يستهلكه أفرادها من السلع أو يعمل على توفيرها، فإذا زاد ما يستهلكه الأفراد من السلع، ارتفع مستوى معيشة الأسرة، وإذا انخفض هذا المقدار تدهور المستوى المعيشي، وقلت الرفاهية المادية التي تؤثر تأثيرا سلبيا على العلاج والوقاية من الأمراض الفتاكة، حيث ظل من المعروف لدى الكثير من الناس أن الدخل له تأثير على تلبية الحاجيات الغذائية للأسرة الجزائرية عامة والمريض بداء السكري خاصة.

إن استعمال الحماية الغذائية بصفة دائمة ترتبط أساسا بالدخل الشهري لرب الأسرة، حيث أن الأسر التي لها دخلا شهريا مرتفعا، فإنها حتما تنفق أكبر قدرا من المال في التغذية، وتوفر لمريضها الغذاء الموصوف له، لكي يعيش حياة عادية كلها نشاط. فالغالبية العظمى من مجتمع بحثنا يشاطرون القول القائل بأنه في بلادنا الجزائر لا يمكن إتباع نظاما غذائيا باستمرار، لأن المأكولات الموصوفة لمريض السكر غالية الثمن، تتطلب تكاليف باهظة لتوفيرها خاصة المواد الموسمية، حيث يصرح مريض" نقول لك في بلادنا المريض بالسكر ما يقدرش يدير الرجييم، الماكلة غالية، الخضرة واللحم وكل شيء ناكلوه أحنا غالي". لأن غذاء مرضى داء السكري يجب أن يكون كافيا ومتساويا من يوم إلى يوم، وكذلك يجب أن يحتوي على جميع المواد الغذائية الأساسية كالبروتين، الدهون والنشويات، ولكن بنسبة متزنة، حيث يحدد عدد الحريات التي يحتاجها المريض حسب عمره، مهنته، بنيته، وزنه، جنسه وطور نموه، ومن الضروري أن يتبع المصاب هذا البيان الغذائي مدى الحياة، ويجب أن يكون ذلك واضحا للمريض، ويمكن تبديل الغذاء أو تعديله إذا اقتضى الأمر باستشارة الطبيب، كما أنه لا يجب أن يحل تدبير الغذاء محل العلاج كليا، وكذلك لا يمكن للعلاج الدوائي أن يحل محل تدبير الغذاء، وفي الواقع يحتاج أكثر المصابين إلى تناول الدواء وإتباع الحماية الغذائية (يوسف صائغ، (1970)).

وفي نفس سياق الحديث، فإن العامل الاقتصادي في الجزائر يقلل من رغبة المريض في تنفيذ الإرشادات الطبية من ناحية الحماية والحصول على الغذاء الموصوف له، لأن المواد البروتينية والخضر أغلى ثمنًا من المواد الأخرى، التي يجب أن يتجنبها المريض، فهي غير موجودة تقريبا في تغذيتهم، حيث

أن "آثار الأزمة الاقتصادية ولدت انخفاضاً في القدرة الشرائية التي زادت من نسبة المحرومين" (وزارة الصحة والسكان، (1998)). فمقاومة الجسم للأمراض تعتمد أساساً على الحالة الصحية، وبالتالي الجسم السليم يخرج منتصراً على المرض. وعلى العموم فإن الفقر والجهل من أهم المشاكل التي تحول دون تحقيق سعادة المريض وشفائه، بينما أن التعاون الوثيق بين المصاب والطبيب يساعد مساعدة فعالة على الوقاية من مضاعفات المرض، وربما حقق أمل المريض في تحسن صحته ومنع مضاعفات المرض، لكن الشيء الغريب الذي لمسناه هو أن المريض لا يحاول مساعدة الطبيب، ويرجع ذلك إلى وضعه المادي الذي يجد من تحقيق هذا التعاون. وجليد بالذكر أن إعداد الطعام والسلوك الغذائي في الأسرة هي مسائل تحددها المعايير الثقافية وحتى الاقتصادية، ففي أنحاء الكثير من الوطن لا يزالون الناس يستهلكون الوجبات الفقيرة من البروتين، السعرات الحرارية والفيتامينات، بينما نلاحظ أن الأغنياء أكثر استهلاكاً للوجبات الغنية بالبروتين والسعرات الحرارية، ويمكن القول أن الفئات الميسورة اقتصادياً اقتصاد الكفاف. وليس هناك ما يدعو للدهشة بأن التخلف في أي مجتمع من المجتمعات يؤدي إلى فقره، وبالتالي يؤثر سلباً على المستوى الصحي للمجتمع. وعليه فإن الجزائر لم تتخلص من تلك البؤر الصديديّة المسماة ببيئات الفقر، حيث يتكدس السكان بصورة لا إنسانية ويفتقرون إلى احتياجات ضرورية من الغذاء، الملابس والسكن الصحي. فارتفاع عدد الفقراء في الجزائر يدق ناقوس الخطر، وعلى ذلك فلا بد على الحكومة الجزائرية أن تتخذ الإجراءات الصارمة للتخفيف من حدة الفقر، لأن هذا الأخير ينعكس سلباً على تفشي الأمراض وتدهور المستوى الصحي للفرد الجزائري عامة ومرضى داء السكري خاصة.

وختم القول، هو أن علاج داء السكري قد يستمر لزمان طويل، وعليه من واجب الطبيب أن يساعد المريض ويهتم بظروفه السوسيو-اقتصادية وبالبيئة التي يعيش فيها هذا الأخير، حيث أن أي شخص يلجأ إليه طالباً لمعونه، ما على الطبيب إلى أن يساعده على التغلب على ما ألمّ به من مرض، إذا كان يريد الطبيب حقاً أن يمارس مسؤولياته باعتباره طبيباً، آخذاً بعين الاعتبار الظروف الاجتماعية للمصاب عند تشخيص المرض ورسم برنامج العلاج حسب متطلبات المريض، لأن هذه الظروف لها تأثير عميق على المسار المرضي. لذا يجب أن تحظى الجماعات المحرومة بقسط أكبر من الرعاية الصحية وتحسين وضعها الغذائي الذي يعتبر ضرورة حيوية وملحة لتجنب المخاطر الصحية.

7- الخاتمة:

تعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في الجزائر معضلة كبيرة لعملية التطور الاجتماعي والاقتصادي، لذلك فإن الصحة هي هدف من أهداف التنمية، وهي إحدى الحقوق الأساسية لجميع الشعوب، باعتبارها وسيلة مهمة لتحقيق المساعي المرجوة في رفاهية الشعب والمجتمع.

فمن خلال هذه الدراسة اتضح لنا جليا تأثير الفقر على صحة مريض داء السكري، حيث أن معظم المشاكل الصحية انحصرت في فئات اجتماعية واقتصادية معينة، وهي الفئات ذات المستويات المعيشية المنخفضة، الدنيا والمتوسطة التي ينعكس مستواها المعيشي سلبا على مستوى التغذية وعلى مدى الاستفادة من الخدمات الصحية، إضافة إلى ذلك فإن المشاكل الصحية تتغلغل في أوساط السكان الذين يفتقرون للوعي الصحي.

إن المرضى من ذوي المستوى المعيشي المنخفض هم الأكثر لجوءا إلى المساعدة غير الطبية في حالة التعرض لأي مشكل صحي، حيث يرجعون هذا السلوك غير الصحي إلى الظروف المادية المتدهورة التي تقف عائق أمام تحقيق الصحة المثالية، فارتفاع تكاليف العلاج والدواء يجعل المريض يسلك سلوكا غير صحي ضانا بذلك أنه سيسقى بأقل تكلفة وفي أسرع وقت ممكن، متناسي عواقب هذا السلوك الذي ينعكس سلبا على مستواه الصحي، ونتيجة لإهمال المريض لصحته، فإن الموقف يزيد سوءا. فمرضى الدخل الشهري الأسري المنخفض أكثر تباطؤا في استشارة الطبيب، لأن هذه الأخيرة ستكون المريض وعائلته أموالا وتكاليف باهظة في العلاج والدواء. ونظرا لهذا وتحاشيا للمشاكل المادية. فالمرضى يهمل صحته ولا يستجيب للمرض والعلاج. وحتى أنه لا يحافظ على مواعيد الطعام، كميته ونوعه، بحيث أن الفئات المحرومة ماديا هي الأكثر حرمانا من ناحية الغذاء، أي أنه لا يقوم بإتباع الإرشادات الغذائية التي تقدم له من طرف الطبيب، وكما هو معروف، فإن من طبيعة علاج مرض السكر هو إتباع حمية غذائية معينة، ولكن للأسف الشديد في بلادنا هذا لا يتحقق دائما، لأن المواد الموصوفة للمريض من طرف الطبيب هي مواد غالية الثمن، منها الخضر التي غالبا ما تكون موسمية.

8- المراجع:

8-1- قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- الياسن الأسمر (1994)، لكل داء غذاء أو التداوي بالأكل، جروس برس، طرابلس، لبنان، ط. 1
- 2- ألبير ساسون، ترجمة: الأندلسي مصطفى، الناوي مصطفى (1990)، أي تغذية للإنسان غدا؟ نشر الفنك، اليونيسكو.
- 3- الوحيشي أحمد ييري وعبد السلام بشير الدويبي (1998)، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع و الإعلان، طرابلس، ط. 1
- 4- زياد الحافظ (1976)، أزمة الغذاء في الوطن العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت، ط. 1.

- 5- حامد محمد المرساني (1965)، قصة البول السكري، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام، مكة المكرمة، ط. 1.
- 6- عبد القادر حليمي (1994)، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 7- فيليب عطية (1992)، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، المجلس الوطني للثقافة والفنون و الآداب، الكويت.
- 8- محمد عاطف غيث ومحمد علي محمد (1976)، محاضرات في طرق البحث الاجتماعي، مكتبة كريدية إخوان، بيروت.
- 9- محمد الجوهري (1998)، دراسات أنثروبولوجية معاصرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 10- منظمة الصحة العالمية (2000)، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص 1.
- 11- نورة عجال وبلحوى وهيبه (1998)، بطاقة فنية لبلدية الدويرة، مجلة درارية اليوم، العدد 1، المطبعة الشعبية للجيش، الجزائر، ص 4.
- 12- يوسف صانغ (1970)، أمراض الغدد الصم والإستقلاب، مطبعة جامعة دمشق، ط 2.
- 13- وزارة الصحة والسكان (1998)، السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني، وزارة الصحة والسكان، الجزائر، ص 56.
- 2-8- قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

14- Maurice Angers, (1997) Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, casbah université, Alger.

15-OMS, (1996) Rapport sur la santé dans le monde 1996, combattre la maladie promouvoir le développement, OMS, Genève, P82.

16-OMS, (1999) le coût du diabète, journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999, Aide mémoire, OMS, Genève, N° 236, P 1.

Résumé: l'influence du niveau de vie sur l'état de santé du diabétique.

Cette étude débute à partir d'un problème, qui a été depuis toujours le souci de plusieurs pays du monde, et surtout les pays du tiers monde, d'où l'Algérie fait parti. Ce problème est le diabète, c'est maladie chronique, et c'est un problème de santé public, et ceci en se basons sur la réalité vécu du pays. Le problème ce n'est pas seulement dans l'augmentation du nombre des diabétiques mais dans la méthode vivre avec. Dans ce processus, le chercheur esseye- a travers cette étude- de dépister le degré de l'influence du niveau de vie sur l'état de santé du diabétique. Et ce ci à travers l'application d'un- questionnaire interview- sur un échantillon de 150 malades au secteur sanitaire de Douéra, service diabétologie. Et l'étude à prouver que les malades qui on un faible revenu mensuel, ne s'intéressent pas au prise en charge médicale. Et ne suivent pas les instructions du médecin spécialiste comme le régime alimentaire. Et en conséquence la plus part des diabétiques ont des complications.

Mots clés : Diabète, traitement, prévention, les complications du diabète, niveaux de vie, La pauvreté.