



دراسة ديموغرافية لمرضى السكري بالبلاد التونسية

-ولاية بن عروس مثالا-

Demographic Study of Diabetes Patients in Tunisia A Case Study of Ben Arous Governorate

طارق بالحاج لطيف*

عضو وحدة البحث التوارث، الانتقالات والحراك بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس

البريد الإلكتروني: tarek.ltaief@yahoo.fr

تاريخ النشر

2023/12/01

تاريخ القبول

2023/09/14

تاريخ الإيداع

2023/06/04

الملخص: أصبحت الأمراض المزمنة تشكل تحديا جديا للبلدان النامية لارتفاع عدد المصابين بها، في ظل عدم توفر علاجات لها وارتفاع أسعار الأدوية المثبتة للمرض. ونجد مرض السكري في طليعة هذه الأمراض من حيث عدد المصابين والذي هو في تزايد خاصة وأنّ عددا هاما من المصابين غير المكتشفين لإصابتهم. وتأتي هذه الدراسة المتواضعة لتحديد الأسباب الكامنة وراء هذا المرض في المجتمع التونسي وتأثيره على الجوانب الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للسكان. تتخلل هذه الدراسة جانب نظري وآخر ميداني إحصائي لعينة تتكون من 100 مصاب بولاية بن عروس بالبلاد التونسية.

الكلمات المفتاحية: المستوى المعيشي، المرض، الأمراض المزمنة، مرض السكري

Abstract : Chronic diseases have become a significant challenge for developing countries due to the increasing number of people affected by them, the lack of available treatments, and the high cost of medications. Diabetes is at the forefront of these diseases in terms of the number of affected individuals, and its prevalence is particularly increasing, especially among undiagnosed cases. This modest study aims at identifying the underlying causes of this disease in the Tunisian society and its impact on the demographic, social, and economic aspects of the population. The study includes both a theoretical aspect and a statistical field analysis based on a sample of 100 patients from the Ben Arous governorate in Tunisia.

Keywords: standard of living, disease, chronic diseases, diabetes.

* المؤلف المرسل

مقدمة:

تتسم الصحة بأهمية بالغة في مجال التنمية، باعتبارها مؤشراً رئيسياً يقع اعتماده في قياس معدلاتها (منظمة الصحة العالمية، 2015). وهو ما أحدث تطوراً هاماً في مفهوم الصحة، جعلها من أوكذ المسائل المطروحة بمختلف البلدان خاصة النامية منها. فلتحقيق تنمية مستدامة وشاملة، يتطلب الأمر عناية فائقة بالوضع الصحي للسكان. فالإنسان يعدّ المحور والهدف الرئيسيين للتنمية. إذ يعكس مفهوم "الإنسان والتنمية" الرؤية الشاملة لتحقيق تقدم مستدام وشامل للمجتمعات، يتبلور من خلال السعي لضمان تحسين جودة حياة الأفراد من مختلف الجوانب الاجتماعية، وفي مقدّمها الرعاية الصحية. ولن يتحقق ذلك، إلاّ بالعمل على تذليل كلّ الصعوبات التي تواجه هذا القطاع، ومكافحة الأمراض، والوقاية منها واحتواء انتشارها.

فقد شهدت البلاد التونسية تقدماً ملحوظاً في قطاع الرعاية الصحية منذ ستينيات القرن الماضي، حيث تم القضاء على العديد من الأوبئة الاجتماعية مثل الكوليرا والحمى الصفراء والجذري. فقد ساهمت حملات التلقيح الآلي عند الولادة، من مقاومة عديد الأمراض عالية الخطورة، وبالتالي تراجعت نسبة وفيات الرضع. وشيئاً فشيئاً، ارتفع مستوى أمل الحياة عند الولادة لدى الجنسين. ولكن مع هذا التراجع في خطورة تلك النوعية من الأمراض المعدية، تفتّحت نوعية جديدة من الأمراض، عرفت بالزممنة. مهّدت إليها العديد من العوامل، لعلّ أهمّها تغيير نمط الحياة لدى مختلف الشرائح العمرية، واكتساب عادات وسلوكيات غذائية غير صحية. ومن بين هاته الأمراض الزممنة، نجد مرض القلب والشرابين ومرض السرطان ومرض ضغط الدم ومرض السكري، محل دراستنا المتواضعة هذه. لما يمثله من أهم التحديات التي تواجهها البلاد التونسية نتيجة التزايد المتسارع في عدد المصابين، وما ينجر عنه من تأثيرات سلبية على الخصائص الديموغرافية والاقتصادية، باعتباره سببا رئيسيا للوفيات في العالم. فقد بلغ عدد وفيات

مرضى السكري 3.7 مليون سنة 2012 (منظمة الصحة العالمية، 2016). فقد حظي هذا النوع من المرض باهتمام العديد من الباحثين في الدول المتقدمة لتشخيص أسبابه ورصد انعكاساته على النمو الديموغرافية والظروف الحياتية والاقتصادية للسكان. تناولت هذه الدراسة الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لمرضى السكري بولاية بن عروس بالتحليل والاستقراء، لتحديد آثاره الجانبية على المستويين الاجتماعي والاقتصادي. من خلال دراسة معدلاته وتبعاته على الفرد والمجموعة على حد سواء، وارتباطها بالتبدلات السوسيو-سلوكية لمجتمع انتقالي.

1. الإشكالية:

نظرا للمتغيرات الاجتماعية والتحول الاقتصادية، التي شهدتها البلاد التونسية، ونتيجة الى ارتفاع نسب التحضر، ظهرت عادات وتقاليد غذائية وسلوكية جديدة، تفتت بمقتضاها نوعية جديدة من الأمراض تسمى بأمراض العصر، كأمراض القلب والشرايين ومرض السرطان ومرض السكري محلّ دراستنا. وللوقوف على حقيقة هذا المرض ومسبباته وتحديد مدى خطورته على الفرد والمجموعة، وما يحدثه من متغيرات على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، وفي محاولة لفهم المتغيرات المؤثرة في انتشاره، وتقاديا لعوامل الخطورة الناجمة عن الإصابة به، اعتمدنا في هذه الدراسة على الجانب التحليلي للإجابة عن إشكاليته المتمثلة في السؤال التالي: ماهي تبعات مرض السكري على العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية؟

2. الفرضيات:

للإجابة على سؤال الإشكالية، خيرنا أن تكون فرضيتي هذه الدراسة على النحو التالي:

1.2 الفرضية الأولى: تتأثر سن الإصابة بداء السكري بالنوع الاجتماعي.

2.2 الفرضيات الثانية: يؤثر المستوى المعيشي على مستوى النفقات الإضافية لمرضى السكري.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات وجب تحديد بعض المفاهيم المتعلقة بدراستنا هذه.

3. أهداف الدراسة وأهميتها:

تتلخّص أهداف هذه الدراسة الديمو-سوسيلوجية المتعلقة بمرض السكري في بعض النقاط التالية:

- فهم مرض السكري وتحديد العوامل التي تساهم في الإصابة به.
- زيادة الوعي والتنقيف الصحي فيما يتعلّق بمرض السكري.
- الدعوة إلى تحسين الرعاية الصحية بتصميم سياسات صحية أكثر شمولية وفعالية تراعي المريض في علاقته بمحيطه الاجتماعي.
- الدعوة إلى مزيد الإحاطة بمريض السكري اجتماعيا واقتصاديا، بما يدرأ عنه تبعات المرض التي تؤدي في أغلب الأحيان إلى الوفاة المبكرة.
- الدعوة إلى مزيد البحث، لفهم الأمراض المزمنة، وتناولها من الجوانب غير الطبية. وتكمن أهمية هذه الدراسة، في أنّ الأمراض لم تعد حكرا في تناولها على المجال الطبي فحسب. إذ يمكن تناولها من العديد من الجوانب الأخرى، خاصة الاجتماعية منها. وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة التي تبحث في التفاعلات والتأثيرات بين السكان ومرض السكري، ولتعميق فهمنا للعوامل الاجتماعية التي تلعب دورا في تفادي المريض لمضاعفات مرض السكري، وتحسين جودة الحياة لديه. بما يعزّز دور الأطباء في عملية التدّاوي والوقاية من التبعات المرضية.

4. منهجية الدراسة:

وللتأكد من صحة الفرضيتين، قمنا بدراسة ميدانية اعتمدت بالأساس على المنهج الكمي "الذي يعطي تقريرا رقميا يوضّح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع ظواهر مختلفة" (سنة، 2023، صفحة 187). ناهيك وأننا استخدمنا برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، في تحليل البيانات الإحصائية.

1.4 مجتمع الدراسة:

تهتمّ هذه الدراسة بالأساس بالوضع الاجتماعية والاقتصادية لمرضى السكري، القاطنين بولاية بن عروس من البلاد التونسية، في علاقتهم بمحيطهم الخارجي. والذي يفترض أن يتجاوز عددهم 9386 مصاب، المسجل سنة 2016.

2.4 عينة الدراسة:

وقع استجواب عينة تتكون من 100 مريض بالسكري من ولاية بن عروس، وقع توزيعهم بطريقة حصصية وفقا لمتغير مدينة الإقامة بهذه الولاية، ومتغيري الجنس والسن، حسب توزيع المعطيات الرسمية للسكان ككل، نظرا لغياب المعطيات الرسمية حول الخصائص الديموغرافية للمرضى. والذي سنتناولها بالدرس، في الجزء التطبيقي لهذه الدراسة.

5. المفاهيم:

إنّ تحديد مفاهيم وتعريف المصطلحات العلمية المستخدمة في هذا البحث، من شأنه أن يزيح الغموض، وأن يرمز إلى المعنى المقصود من هذه المصطلحات، والتي تتناسب مع محتوى هذه الدراسة. التي تتمحور حول الصحة والمرض بشكل عام، وبمرض السكري بشكل خاص، وانعكاساته على الجانب الديموغرافي. وفيما يلي، أهم التعاريف للمصطلحات العلمية التي تتماشى وأطوار هذه الدراسة:

1.5 المستوى المعيشي:

يقصد بالمستوى المعيشي في العلوم الاجتماعية كل ما يتمتع به الفرد من الضروريات الحياتية من مأكّل وملبس وتعلم، ويتحدد ذلك من خلال مستوى الدخل الفردي والطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها. إذ "يتوقف مستوى المعيشة على أنواع السلع الاستهلاكية وكمياتها وظروف العمل وأوقات الفراغ" (مذكور، 1975، صفحة 543). فالمستوى المعيشي يتحدد من خلال المداخل الشهرية للمريض وعائلته ف"العامل

الاقتصادي يتحدّد للأسرة بمستوى الدخل المادي الحاصل ويقاس ذلك من خلال الرواتب الشهرية أو الدخول السنوية التي يتقاضاها أفراد الأسرة" (وظفة، 1993، صفحة 86) والتي بمقتضاه تتمكن الأسرة من توفير احتياجاتها اليومية والحفاظ على تماسكها وتجنب النقائص بتوفير متطلباتها ومواجهة كل المخاطر من أمراض وصعوبات يتعرض لها اي فرد من العائلة.

شهدت البلاد التونسية تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة للدخل الفردي، حيث ارتفع الأجر الأدنى المضمون بنظام 40 ساعة عمل اسبوعيا خلال الفترة الممتدة بين سنة 1990 و سنة 2017(المعهد الوطني للإحصاء، 2018). ويوضح الجدول التالي نسب تراجع الفقر والفقر المدقع بالبلاد التونسية:

الجدول رقم 01: توزيع نسب الفقر والفقر المدقع حسب الأقاليم بين 2000-2015

نسبة الفقر المدقع				نسبة الفقر				الجهة
2015	2010	2005	2000	2015	2010	2005	2000	
0.3	1.2	1.8	1.6	5.3	11.1	12.3	13.7	تونس الكبرى
1.6	3.3	4.9	6.8	11.6	15.2	21.8	23.9	الشمال الشرقي
6.4	12.5	8.5	8.4	28.4	36.2	29.6	32.9	الشمال الغربي
1.9	2.3	2.7	3.9	11.5	11.6	12.5	14.3	الوسط الشرقي
8.4	17.4	25.0	18.8	30.8	42.3	49.7	44.1	الوسط الغربي
3.0	6.2	6.9	13.6	18.6	20.7	24.5	38.3	الجنوب الشرقي
2.6	7.7	10.8	10.5	17.6	25.9	32.3	32.9	الجنوب الغربي

المصدر: المعهد الوطني للإحصاء سنة 2018

فحسب معطيات الجدول، فإنّ ظاهرة الفقر والفقر المدقع عرفت تراجعا ملحوظا بكل الجهات. ولعلّ أبرزها الولايات التي تقع بإقليم تونس الكبرى، مثل ولاية بن عروس محل دراستنا الميدانية والتي لا تتجاوز فيها نسبة الفقر المدقع 0.3% سنة 2015. وتبقى

أعلى النسب المسجلة للعائلات ذات القفر المدقع تلك التي تتحدر من الشمال والوسط الغربيين والجنوب التونسي.

2.5 المرض:

على الرغم من تعدد التعريفات وتنوعها فيما يخص المرض، إلا أنها تتلخص في كونه عبارة عن اختلال في التوازن الطبيعي للجسم، يستلزم علاجه تفاديا للعجز والموت. فالمرض يمثل "اختلال التوازن الفيزيولوجي والبيولوجي لأعضاء البدن ينتج عنه اضطراب وظيفي وهو مقدمة للموت" (المازقي، 2008 صفحة 11). مما دفع بالإنسان ككائن يحمل هاجس الخلود والبقاء للبحث عن تفسيرات لظاهرة المرض والعلاج، كل حسب تصوراته الاجتماعية، للوقوف على أسبابه والحد من انتشاره وتجنب تأثيراته. فالمرض يقوم بتعطيل الجسيمات التي تتحكم بالاتزان البدني مما يؤثر على الدور الطبيعي للفرد بدرجات متفاوتة حسب درجة خطورته وتقدم الإصابة به. إذ يرى "دوركهايم" (Durkheim) أن المرض يلزم كل إنسان بنسب متفاوتة، فلا يوجد إنسان خال تماما من الأمراض، وأن الإنسان الخالي من الأمراض غير موجود (نجلاء، 2006 صفحة 30). مما يعطينا انطباعا أن الصحة والمرض شيان متلازمان في الإنسان لا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض. فهما متلازمان ومتداخلان، مما يفسر تعايش الفرد مع المرض قبل اكتشافه له، وأحيانا في فترات متأخرة.

3.5 الأمراض المزمنة:

تزامنا مع القضاء على الأمراض الوبائية المعدية في تونس رافقها تغيرا في نمط العيش، "فقد انخفضت مستويات الأمراض المعدية والأمراض المتعلقة بالولادة التي كانت سائدة في ستينيات القرن الماضي تزامن معها ارتفاع معدلات الأمراض المزمنة" (Ben Hmida, 2005, p181) (ترجمة الباحث). وهي أمراض غير معدية لا تنتقل بالعدوى من شخص إلى آخر، وقد عرفت هذه الأمراض انتشارا حديثا نتيجة للتغير الاجتماعي

والتطور الصناعي والعلمي، الذي كان سببا في القضاء على الأمراض الوبائية، والذي تزامن معه ظهور نوع جديد من الأمراض عرفت بالثقيلة أو المزمنة، مثال السكري وضغط الدم والقلب والشرابين وأمراض الشيخوخة.

هذه الأمراض أصبحت تشكل أكبر سببا للوفيات في العالم المتقدم والنامي على حد سواء، فهي تؤدي بحياة 38 مليون نسمة سنويا، 74% منها في البلدان متوسطة الدخل (قوارح، سنة 2017). إذ تشكل خطرا على حياة الإنسانية وعبئا يتقل كاهل الأفراد والمجتمعات، لكونها الأمراض الأكثر انتشارا وكونها تمثل النسبة الأعلى للوفيات من مجموع الوفيات في العالم بـ63% سنة 2008 (منظمة الصحة العالمية، 2017). وهي بالأساس أمراض غير معدية لأنها ليست نتاج بكتيري أو فيروسي، بما يميزها عن الأمراض الأخرى.

4.5 مرض السكري:

مرض السكري من الامراض المزمنة كما سبق وأشرت، وقع اكتشافه لأول مرة بمصر القديمة سنة 1550 قبل الميلاد من قبل الفراعنة ومن علاماته كثرة التبول والتبول اللإرادي وغير الطبيعي. فقد فسّره اليونانيون القدامى على أنه حالة خطيرة وغير مألوفة لديهم لارتفاع نسبة الوفاة لدى المصابين به في وقت وجيز، نتيجة العطش والهزال العضلي الكبير الذي يخلفه. فقد وصفه الطبيب اليوناني أبوقراط بأنه "مرض العطش" (Jouzier, 2007,p161). وتوالت الأبحاث والدراسات حول هذا المرض إلى أن اكتشف الطبيب العربي ابن سينا (980-1039) الإفرازات البنوية اللون التي تخلفها الكلى في البول، نتيجة لارتفاع نسبة السكر في الدم. وكان الاكتشاف الأكثر أهمية في هذا المجال في القرن التاسع عشر عن طريق الطبيب الألماني Oscar Minkowski (1858-1931) الذي تمثّل في أنّ خلايا في عمل البنكرياس يسبب مرض السكري. أدّى في النهاية إلى إزاحة الغموض حول أسباب هذا المرض وإثبات أن الكلى ليست المتسببة فيه.

وبتقدم العلوم الطبية تمكن الباحث الفرنسي Paul Langerhans (1847-1888) من اكتشاف نوعين من داء السكري داء السكري الخفيف وداء السكري الدهني (Jouzier, 2007,p167). وفي عام 1921، نجح فريق من الباحثين الكنديين من جامعة تورنتو يترأسه الباحث الكندي Frederic Banting (1891-1947) من استخراج عينة من الأنسولين، التي سيتم استخدامها في التداوي، والذي حوّل له هذا الاكتشاف من الحصول على جائزة نوبل للطب سنة 1923. ولا تزال الأبحاث متواصلة إلى اليوم دون اكتشاف دواء ناجع وفعال، وتبقى المتابعة الصحية وإتباع تعليمات الطبيب السبيل الوحيد للتخفيف من خطورة ومضاعفات هذا المرض. مايجبر المريض على الالتزام بهذه التعليمات والتوصيات الطبية، التي تفرض عليه سلوكيات جديدة، توقيا من الخطر الذي يهدد حياته في صورة عدم الامتثال والتكيف مع مرضهاذي يرافقه طول حياته.

وبالتطور العلمي الطبي، شيئاً فشيئاً وقع اكتشاف عقاقيرتؤخذ عن طريق الوريد تساعد المريض فيتنشيت مرضه. ومن ثمة وفي سنة 1945 وعبر اكتشاف ألماني، وقع إنتاج أقراص تتناول عن طريق الفم وتعوض الحقن ولها نفس النتائج الاستشفائية (الهرساني، 1965، صفحة 188).

ويتكون هذا المرض من 3 أنواع مختلفة كما يلي:

1.4.5 داء السكري من النمط الأول:

يصيب هذا النوع من السكري بالخصوص حديثي الولادة، أو الأطفال في سن مبكرة. ويحتاج المصابون بهذا النمط من داء السكري، إلى الأنسولين يومياً بغية ضبط مستويات الجلوكوز في دمائهم. ومن دون الأنسولين، لن يتمكن المصابون بداء السكري من النمط الأول البقاء على قيد الحياة (أطلس، 2017، صفحة 17). فإن انتظام مراقبة معدل الجلوكوز في الدم وإتباع نظام غذائي وصحي من شأنه أن يضمن للمريض سلامته. وقد بلغ عدد المصابين بهذا النوع من المرض 1.106.500 مليون مصاب من الأطفال

والمراهقين لمن هم دون سن 20 سنة، بزيادة 136.600 ألف حالة يقع اكتشافها سنويا عقب عملية التشخيص (أطلس، 2017، صفحة 41) في حين أن هذا النوع منتشر بصفة ضئيلة بالبلاد التونسية بمعدل 2041 مصاب أي ما يمثل 0.18% من عدد المصابين في العالم.

وتتمثل أعراض مرض السكري من النمط الأول فيما يلي:

- العطش غير العادي مع جفاف الفم
- التبول المستمر
- نقص النشاط والإرهاق
- الشعور المستمر بالجوع
- فقدان المفاجئ للوزن
- التبول اللاإرادي
- فقدان البصر

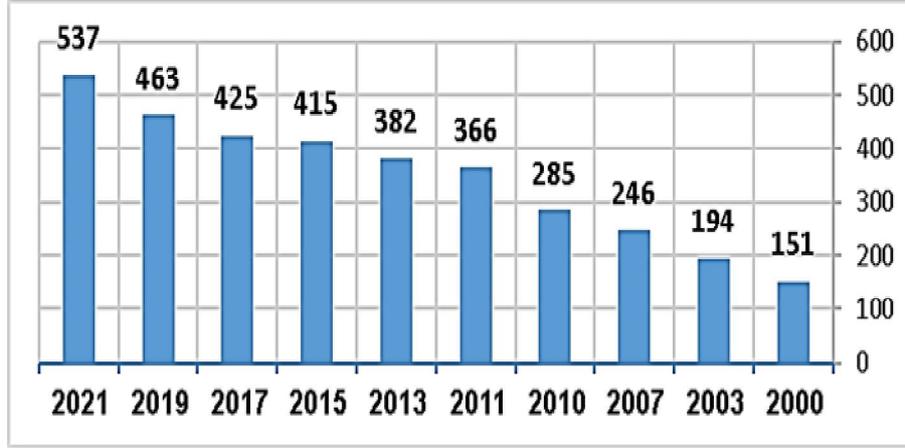
وتعود أسباب مرض السكري من النمط الأول إلى اختلال في المناعة الذاتية التي تهاجم خلايا بيتا المنتجة للأنسولين، ما يجعل الجسم غير قادر على إنتاج كميات كافية منه.

2.4.5 داء السكري من النمط الثاني:

هذا النمط من مرض السكري، كان يُسمى سابقاً السكري غير المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الكهولة، بسبب استخدام الجسم لمادة الأنسولين بشكل غير فعال، وعدم استجابة الجسم في إنتاج كميات كافية منه للحد من ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم. وهذا النمط هو الأكثر شيوعاً لدى الفئة العمرية 20-79 سنة (OMS, 2016,p11). فقد شهد العالم تطورا ملحوظا في عدد المصابين بهذا النوع من داء السكري كما يبينه الرسم البياني التالي:

الشكل رقم 01:

تطور عدد المصابين بداء السكري في العالم للفئة العمرية 20-79 بين سنتي 2000-2021



المصدر: أطلس، الإتحاد الدولي لداء السكري، سنة 2021

كما هو ملاحظ بالجدول، فقد شهد العالم تطورا ملحوظا في عدد المصابين بمرض السكري من النمط الثاني لتبلغ نسبة الزيادة 255,629% ما بين سنتي 2000 و 2021، التي عرفت فيها البلاد التونسية ارتفاعا في عدد المصابين كذلك، ليبلغ سنة 2017 عدد المصابين 762.2 ألف مصاب. ومن المتوقع أن عدد المصابين بهذا الداء سيبلغ 628.6 مليون مصاب في العالم بحلول سنة 2045 (Atlas, 2021, p67). وأغلبية المصابين بهذا الداء، يقطنون في المناطق الحضرية كما يبيّنه الرسم البياني التالي:

الشكل رقم 02: توزيع مرضى السكري في العالم لسنة 2021 حسب الوسط الجغرافي



المصدر: أطلس، الإتحاد الدولي لداء السكري، سنة 2021

يسجل الوسط الحضري ارتفاعا ملحوظا في عدد المصابين بمرض السكري مقارنة بالوسط الريفي، الذي لم يتجاوز عدد المصابين به 177 مليون مصاب، بما يعادل 33% من مجموع المرضى بالوسطين. فإنّ العوامل التي مهدت لانتشار هذا المرض بنسب مرتفعة في المناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية، أساسها تغيير نمط الحياة من التقليدي إلى الحديث، ونجاعة التشخيص المبكر المتوفّر بالمناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية. وتتوزّع نسبة المصابين من السكان بمرض السكري حسب الأقاليم وفقا لمعطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 02: توزيع مرضى السكري بالبلاد التونسية حسب الأقاليم

الأقاليم	معدّل انتشار مرض السكري %
تونس الكبرى	5.6
الشمال الشرقي	5.1
الشمال الغربي	2.6
الوسط الشرقي	6.7
الوسط الغربي	1.8
الجنوب الشرقي	5.8
الجنوب الغربي	2.3

المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية، سنة 2001

يمثّل أعلى معدّل للمصابين بالسكري سنة 2001 بالوسط الشرقي بنسبة 6.7%، غير بعيدة عن بقية المناطق الشرقية الاخرى التي تتراوح معدّلات الإصابة بها بين 5.1% و 5.8%. في حين تشهد المناطق الغربية للبلاد التونسية، انخفاضا ملحوظا لمعدّلات المرض بها لانتساع المناطق الريفية بها والتي تشهد في الغالب أقل عددا من المصابين بمرض السكري من النوع الثاني، الذي تنتوع أعراضه. فبالإضافة إلى أعراض النمط الأول فإن النمط الثاني من مرض السكري يتميز بأعراض ثانوية أخرى كالاتي:

- وخز أو خدر في اليدين والقدمين

- التهابات فطرية متكررة في الجلد

- الشفاء البطيء من الجروح

ويصيب النمط الثاني من مرض السكري الفرد، نتيجة ارتفاع مستويات السمنة والخمول البدني وسوء نوعية الغذاء. بالإضافة إلى عوامل وراثية تجعل من الإنسان مهياً وقابل للمرض بداء السكري، فقد توصلت الدراسات إلى أن عامل الوراثة يؤثر بنسبة 30% على نقل المرض من جيل إلى آخر فقد توصلت الأدلة الحديثة أيضاً إلى وجود علاقة بين الاستهلاك المرتفع للمشروبات المحلاة بالسكر وخطر الإصابة بمرض السكري من النمط الثاني. وهو ما يمثل 90% من مرضى السكري (هرساني، 1965، صفحة 45). فاتباع نظام غذائي صحي من شأنه أن يقى المريض من مضاعفات هذا النوع وانعكاساته على الصحة.

3.4.5 مرض السكر الحلمي:

إن مرض السكري الحلمي هو أحد أنواع مرض السكري الذي يصيب النساء في الحمل، عادة خلال الثلثين الثاني والثالث منه. كما أنه يمكن أن يحدث في أي وقت خلال فترة الحمل، ولكن في معظم هذه الحالات تكون الإصابة بالمرض قد حصلت قبل الحمل من دون أن يتم تشخيصها. في العادة يكون السكر الحلمي بمثابة اضطراب عابر أثناء الحمل سرعان ما يزول عند الولادة. ومع ذلك، فإن النساء الحوامل اللواتي يعانين من فرط سكر الدم، يكن في خطر أكبر للإصابة بالسكر الحلمي. كما يعاني نحو نصف النساء الذين لديهم تاريخ في فرط السكر في الدم من الإصابة بمرض السكري النمط الثاني في غضون خمس إلى عشر سنوات بعد الولادة. كما رجحت بعض الدراسات الطبية، أن الأبناء الذين يولدون من أمهات عانين من فرط سكر الدم، هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالبدانة وبمرض السكري من النمط الثاني.

هذا ويمكن للنساء المصابات بفرط سكر الدم أثناء الحمل التحكم بمستويات السكر في الدم من خلال اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة التمارين الخفيفة، ومراقبة مستوى الجلوكوز في الدم. وقد بلغت نسبة الإصابة لدى المواليد الأحياء بمرض السكري 16.2% من مجموع الولادات في العالم سنة 2017 لأمهات تعرّضن للإصابة بالسكر الحلمي.

4.4.5 داء السكري غير المشخص في العالم:

تشير التقديرات إلى أنّ 212 مليون من عدد المصابين بمرض السكري غير المشخص في العالم، تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة، وجلّهم. أي ما يعادل نصف المصابين بهذا المرض في البالغ عددهم 424.9 مليون نسمة سنة 2017.

6. مرض السكري بولاية بن عروس:

تحتضن ولاية بن عروس محل دراستنا التطبيقية، 9386 مصاب بداء السكري سنة 2016، في زيادة بـ 29.77% عن السنة التي سبقتها. موزعين على مختلف معتمديات هذه الولاية حسب العدد والنسبة كما يبيّنه الجدول التالي:

الجدول رقم 03: توزيع مرضى السكري بمختلف المدن بولاية بن عروس

السنوات	معتمديات ولاية بن عروس													
	المحمدية		مرناق		حمام الأنف		الزهراء		رادس		بن عروس		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
2015	1182	16,3	314	4,3	1464	20,2	935	12,9	1358	18,8	1980	27,4	7233	100
2016	1749	18,63	513	5,47	2049	21,83	1169	12,45	1947	20,74	1959	20,87	9386	100

المصدر: إدارة الصحة الوقائية بين عروس، سنة 2018

حسب معطيات الجدول، فإنّ عدد المصابين بمرض السكري في ولاية بن عروس تطور ما بين سنة 2015 وسنة 2016 كما سبق وأشرنا. وهذا التطور في عدد المصابين شمل مختلف معتمديات هذه الولاية، باستثناء معتمدية بن عروس التي عرفت تراجعاً في

عدد المصابين بنسبة 1.06%. لكونها منطقة آهلة بكبار السن، وتعرف بعدد وفيات مرتفع، مقارنة ببقية معتمديات ولاية بن عروس.

أما بخصوص أعلى نسبة من المصابين، فقد عرفت معتمدية حمام الأنف بـ 21.83% من إجمالي عدد المرضى بالسكري في هذه الولاية. والذي تعود أسبابه إلى أنّ هذه الجهة، تحتضن أعلى نسبة من السكّان للشريحة العمرية 50 سنة فما فوق، مقارنة بنظيراتها.

7. الإنفاق الحكومي على مرض السكري بولاية بن عروس:

تعتبر أدوية الأمراض المزمنة عموما مكلفة وباهظة، خاصة وأنّ عدد المصابين بها في ارتفاع. الشيء الذي يتطلب ميزانية إضافية للدولة، التي تقدّم هذه النوعية من الادوية مجانًا. وفيما يلي توزيع تكلفة أدوية الأمراض المزمنة ومن بينها أدوية مرض السكري:

الجدول رقم 04: تكلفة أدوية الأمراض المزمنة بولاية بن عروس

السنوات	أدوية السكري وضغط الدم	الأمراض المزمنة الحادة	أمراض مزمنة أخرى	مجموع كلفة الأدوية
2016	1530861566	853440892	591325464	2975626921
	51%	29%	20%	100%
2015	1006829750	754746524	622062042	2383638316
	42%	32%	26%	100%

المصدر: إدارة الصحة الوقائية ببن عروس، سنة 2018

إنّ تكلفة أدوية الأمراض المزمنة تجاوزت المليون دينار تونسي بولاية بن عروس بداية من سنة 2015. حيث بلغت هذه التكلفة 2975626921 مليم تونسي سنة 2016، أي بزيادة بلغت نسبتها 24.84% عن سنة 2015. وكما هو مبين بالجدول فإنّ النصيب الأكبر من الإنفاق على الأمراض السكري موجه لمرضى السكري وضغط الدم بنسبة 51% سنة 2016.

8. نتائج العمل الميداني:

سنتناول في هذا الإطار نتائج العمل الميداني المتعلق بمرض السكري لدى عينة من المصابين بولاية بن عروس التي تقع بإقليم تونس الكبرى، وضاحية من ضواحي العاصمة تونس.

1.8 التوزيع الجغرافي للعينة:

كما سبق وأشرت فإنّ العينة المستجوبة، بلغت 100 مريض بالسكري، وقع توزيعهم على مختلف مناطق ومعتديات ولاية بن عروس بما يتماشى وحجم السكان بكل معتمدية كما يلي:

الجدول رقم 05: التوزيع الجغرافي للعينة

المجموع		بن عروس		رادس		الزهراء		حمام الأنف		مرناق		المحمدية		مجتمع الدراسة
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
9386	100	1959	20,87	1947	20,74	1169	12,45	2049	21,83	513	5,47	1749	18,63	
100		21		21		12		22		5		19		العينة %

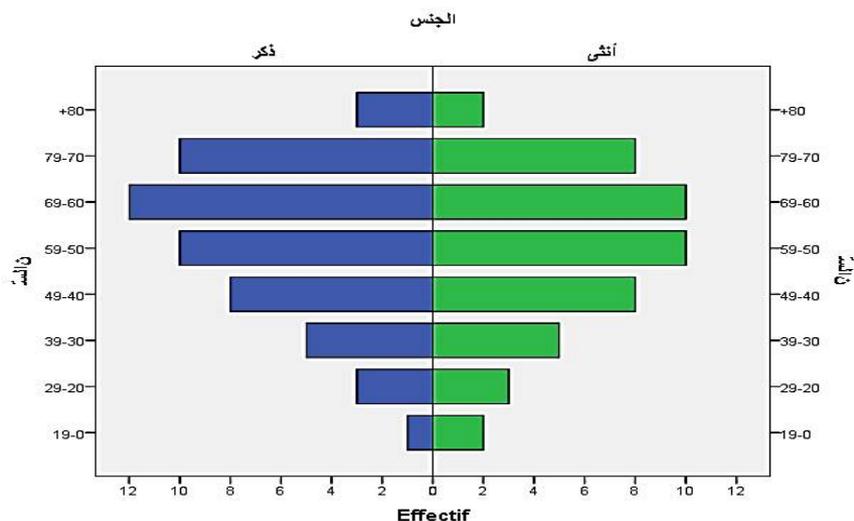
المصدر: نتائج العمل الميداني

فمن خلال هذه المعطيات، فإن أعلى نسبة من أفراد العينة من المصابين بداء السكري تقطن بجهة حمام الأنف، بنسبة 22% من مجموع أفراد العينة. في حين أنّ معتمدية مرناق تعرف نسبة ضئيلة من المصابين بهذا الداء، لا لكونها تحتوي النسبة الأقل من السكان، بل لكونها وسط ريفي بامتياز.

2.8 الهرم السكاني للعينة:

تتوزع العينة حسب السن والجنس كما في الهرم السكاني الذي يلي:

الشكل رقم 03: الهرم السكاني لأفراد العينة



المصدر: نتائج العمل الميداني

فكما هو ملاحظ فإن التركيب العمري للعينة، يتميز بضيق القاعدة الهرمية للمرضى المصابون بداء السكري من النمط الأول دون سن 19 سنة. ومن ثمة تتسع شيئاً فشيئاً، لتتراجع في سن 70 سنة فما فوق. ومن الملاحظ أنّ ثمة تجانسا حسب النوع الاجتماعي في عدد المصابين. كما تمثل نسبة الشيوخ المصابين بداء السكري لمن سنهم 60 سنة فما فوق الأعلى من بين الفئات المصابة بـ 45%. مقابل 36% لفئة الكهول لمن ينتمون للفئة العمرية 40-59 سنة. وتبقى نسبة الشباب المصابين بهذا المرض لمن دون سن 39 سنة ضئيلة نسبياً مقارنة مع الشرائح العمرية السابقة، بنسبة 19%. ومن خلال هذه المعطيات الأولية، يتضح وأنّ متغيّر السن له تأثير على الإصابة بداء السكري من النمط الثاني. وعليه سنعمل على قياس متوسط العمر لدى الجنسين المصابين بداء السكري لإفراد العينة المستجوبة حسب المعادلة والجدول المواليين:

$$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^P (n_i * x_i)$$

الجدول رقم 06: توزيع العينة حسب الجنس والفئة العمري

الفئة العمرية	متوسط الفئة العمرية x	ذكور n1	إناث n2	المجموع n
19-0	9.5	1	2	3
29-20	24.5	3	3	6
39-30	34.5	5	5	10
49-40	44.5	8	8	16
59-50	54.5	10	10	20
69-60	64.5	12	10	22
79-70	74.5	10	8	18
+80	84.5	3	2	5
المجموع N	-	52	48	100

المصدر: نتائج العمل الميداني

من خلال هذه المعادلة، تبين وأنّ متوسط العمر لدى المصابين في هذه العينة، بلغ 55.05 سنة. حيث بلغ هذا المعدل عند الذكور 56.84 سنة، وعند الإناث 53.66 سنة. ما يدفعنا لتحديد متوسط سن الإصابة لدى الجنسين، كما يبينه العنوان التالي.

3.8 توزيع المرضى حسب سن الإصابة بداء السكري:

يمكننا توزيع المرضى حسب سنّ إصابتهم بداء السكري، أي تلك السن التي اكتشفوا خلالها إصابتهم بهذا المرض، كما في الجدول التالي:

الجدول رقم 07: توزيع المرضى حسب وقت الإصابة بمرض السكري

المجموع	وقت الإصابة										الفئة العمرية	أثناء الاستبيان
	+60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-0		
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	19-0	
6	-	-	-	-	-	-	-	3	2	1	29-20	
10	-	-	-	-	-	5	3	0	2	0	39-30	
16	-	-	-	10	3	1	1	1	0	0	49-40	
20	-	7	4	3	4	1	0	0	1	0	59-50	
22	2	5	6	4	3	1	1	0	0	0	69-60	
18	2	3	4	4	3	1	1	0	0	0	79-70	
5	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	+80	
100	4	15	15	23	14	9	6	5	5	4	المجموع	

المصدر: نتائج العمل الميداني

فمن خلال معطيات الجدول فإنّ أغلبية أفراد العينة بنسبة 71%، أصيبوا أو اكتشفوا إصابتهم بهذا الداء، في سن تجاوزت الأربعين سنة. خاصّة المرحلة العمرية 45-49 التي عرفت النسبة الأعلى بـ 30.99%. وتظل الإصابة بداء السكري من النمط الثاني في مرحلة مبكرة قبل سن الأربعين مرتفعة نسبياً. تتراوح أعمار أغليبتهم ما بين 35 و 39 سنة. هذا وأكّد أفراد العينة بنسبة 100% من أنّ اكتشاف إصابتهم بهذا الداء، لم يكن في إطار فحص دوري وإنّما نتيجة لمشاكل صحية تعرّضوا لها. إذ يتضح من خلال هذه الإجابة، غياب التصورات الحديثة للمرض، بالرغم من التطوّر السلوكي للعلاج لدى الفرد التونسي، وارتباطه بالطب الحديث. وباختبار ك2 لتحديد العلاقة بين متغيري الجنس وسن الإصابة بمرض السكري توصلنا الى ما يلي:

الجدول رقم 08: اختبار ك2 بين متغيري الجنس ووقت الإصابة

اختبار مستوى الدلالة ك ² Tests du khi-deux ²			
مستوى دلالة الإختبار	درجة الحرية	قيمة الإختبار	
0,836	9	4,981 ^a	كي2 (بيرسون)
0,812	9	5,250	نسبة الاحتمالية
0,917	1	0,11	الرابطه الخطية
		100	عدد الملاحظات الصحيحة
a. عدد 12 خلايا بقيمة (60.0%) لديها عدد نظري أقل من 5. الحد الأدنى لعدد النظري هو 1.92			

المصدر: نتائج العمل الميداني

فحسب معطيات الجدول وبما أنّ نتيجة اختبار ك2 تجاوزت 5%، فإنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس ووقت الإصابة بداء السكري **فاعامل النوع الاجتماعي لا يؤثر على وقت الإصابة بداء السكري وأنّ هذا المرض يصيب كلا**

الجنسين على حد سواء دون تمييز في الإصابة، بما يدحض الفرضية الأولى لهذه الدراسة.

ولمعرفة متوسط سن الإصابة بمرض السكري لدى أفراد العينة قمت بقياسه وفقا لمعطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 09: توزيع المرضى حسب الجنس ومتوسط الفئة العمرية

الفئة العمرية	متوسط الفئة العمرية	ذكور	إناث	المجموع
19-0	9.5	2	2	4
24-20	22	3	2	5
29-25	27	2	3	5
34-30	32	5	1	6
39-35	37	3	6	9
44-40	42	7	7	14
49-45	47	11	11	22
54-50	52	7	8	15
59-55	57	10	6	16
+60	62	2	2	4
المجموع	-	52	48	100

المصدر: نتائج العمل الميداني

بلغ متوسط سن الإصابة بمرض السكري لدى الجنسين 43.7 سنة. وبلغ هذا المعدل لدى فئة الذكور 43.83 سنة، يتقارب في ذلك على حد كبير مع متوسط سن الإصابة لدى الإناث الذي بلغ 43.56 سنة.

4.8 أسباب المرض حسب أفراد العينة:

سنتناول في هذا السياق الأسباب التي من المرجح أنها أدت إلى الإصابة بداء السكري من النمط الثاني والبالغ عددهم 97 مصابا فقط. ويبقى سبب الإصابة بداء السكري من النمط الأول مجهولا ويقتصر في تعريف سببه الطبي على اختلال في المناعة الذاتية. وتأتي تصريحات المرضى المصابين بالنمط الثاني حول أسباب المرض وفقا لمعطيات ملفهم الطبي كما يلي:

الجدول رقم 10: توزيع أفراد العينة حسب الجنس وأسباب مرض السكري

الأسباب الجنس	السمنة		وراثي		سوء نوعية الغذاء		قلة الحركة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
ذكور	5	9.8	14	27.45	25	49.02	7	13.73	51	52.58
إناث	17	36.96	12	26.09	5	10.87	12	26.08	46	47.42
المجموع	22	22.68	26	26.80	30	30.93	19	19.59	97	100

المصدر: نتائج العمل الميداني

يمثل سوء نوعية الغذاء السبب الرئيسي وراء إصابة أغلبية أفراد العينة بداء السكري من النمط الثاني بنسبة 30.93% نظرا لتغير نمط العيش لدى جل شرائح المجتمع التونسي، واقتصارهم على وجبات سريعة مشبعة بالدهون وتحتوي على نسبة عالية من السكريات التي تفوق حاجيات الجسم الإنساني، بما ينجر عنه انخفاض نسبة الأنسولين في الدم.

ويعتبر سوء التغذية سببا رئيسيًا لدى جنس الذكور بنسبة 49.02% في الإصابة بمرض السكري، في حين أنّ أغلبية الإناث بنسبة 36.96% تعود أسباب إصابتها بهذا المرض إلى عامل السمنة الناتج أغلبيته عن قلة النشاط البدني خاصة وأنّ معظمهنّ متقاعدات وربات بيوت بنسبة 64.58%. في حين أنّ الجانب الوراثي بدوره، يعدّ سببا مهمًا في الإصابة بمرض السكري، فـ26.80% من أفراد العينة أكدوا أنّ أحد الأصول مصاب بداء السكري، جعلهم مهينين وعرضة للإصابة به.

5.8 تبعات مرض السكري:

لمعرفة ما إذا أثرت الإصابة بمرض السكري على الوضعية العائلية من عدمه صرّح أفراد العينة بما يلي:

الجدول رقم 11: علاقة الإصابة بالسكري بالحالة العائلية

المجموع	الإجابة				الجنس
	لا		نعم		
عدد	%	عدد	%	عدد	%
52	84.62	44	15.38	8	ذكور
48	62,5	30	37.5	18	إناث
100	74	74	26	26	المجموع

المصدر: نتائج العمل الميداني

فحسب هذه البيانات فإنّ جل أفراد العينة بنسبة 74% لم يؤثر مرض السكري على وضعيتهم العائلية. في حين أنّ 26% منهم صرّحوا بعكس ذلك، حسب معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 12: تأثير مرض السكري على الوضعية العائلية

المجموع	الإجابة				الجنس
	تأخر في سن الزواج		طلاق		
عدد	%	عدد	%	عدد	%
8	30.76	4	50	4	ذكور
18	69.24	9	50	9	إناث
26	100	13	50	13	المجموع

المصدر: نتائج العمل الميداني

وفقا لمعطيات الجدول، فإنّ 50% من كلا الجنسين، أثار مرض السكري على وضعيتهم الاجتماعية بتسيّبه في طلاقهم وانفصالهم عن الشريك. في حين أنّ 50% المتبقية منهم، تسبّب لهم المرض في تأخر سن الزواج. ولمزيد التعمّق في هاته الظاهرتين: الطلاق وتأخر سن الزواج لدى مريض السكري، أفضت النتائج الى ما يلي:

1.5.8 أسباب تأخر سن الزواج:

وفيما يلي ملخص الأسباب التي كانت وراء تأخر سن الزواج لمن سنهم 30 سنة فما فوق من العينة المرضى بالسكري:

الجدول رقم 13: توزيع المرضى حسب الجنس وأسباب تأخر سن الزواج

المجموع	الجنس				أسباب تأخر سن الزواج
	إناث		ذكور		
%	العدد	%	العدد	%	العدد
46.15	6	100	6	0	0
53.85	7	42.86	3	57.14	4
100	13	69.23	9	30.77	4

المصدر: نتائج العمل الميداني

ومن خلال هذه المعطيات فإن مرض السكري تسبب في تأخر سن الزواج لـ 69.23% من الإناث، نتيجة عدم قدرتهن على الحمل والإنجاب، وخوفاً على سلامتهن الجسدية. في حين أن جل الذكور أرجعوا السبب الوحيد في تأخر سن الزواج لديهم، في اعتنائهم بصحتهم التي تتطلب مصاريف علاج باهظة خاصة وأنهم في مقتبل العمر، لتجنب مضاعفاته.

هذا وتعد نسبة الطلاق مرتفعة ضمن أفراد العينة من مرضى السكري بنسبة 13% نتيجة للإصابة بداء السكري ويعرض الجدول التالي الأسباب الثانوية الكامنة وراءه:

2.5.8 الأسباب المتعلقة بالطلاق:

أكد أفراد العينة من المطلقين والمطلقات أن أسباب الطلاق كانت نتيجة لمخلفات مرض السكري وتوزع كما يلي:

الجدول رقم 14: توزيع العينة حسب الجنس وأسباب الطلاق

المجموع	الجنس				الأسباب
	إناث		ذكور		
%	العدد	%	العدد	%	العدد
53.86	7	100	7	0	0
46.15	6	33.33	2	66.67	4
100	13	69.24	9	30.76	4

المصدر: نتائج العمل الميداني

حسب معطيات الجدول فإن السبب الرئيسي للطلاق لدى المصابات بداء السكري بنسبة 77.78%، يعود بالأساس إلى منعهن طبيياً من الحمل والإنجاب، باعتباره مخاطرة

قد تؤدي بحياتهنّ في أيّ مرحلة من مراحل الحمل، علاوة على أنّ ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم يزيد من خطر فقدان الجنين، والتشوهات الخلقية، وولادة جنين ميت، والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، تسمم الحمل، ومضاعفات الولادة واعتلال الأمهات والوفيات المرتبطة بالحمل" (أطلس ص95). أمّا بالنسبة للذكور الذين تسبّب لهم المرض بالطلاق بنسبة 66.67%، أرجعوا السبب الرئيسي في ذلك إلى عدم قدرة الشريك الاجتماعي في التكيف مع مرضهم، وتقديم الرعاية الضرورية. "فالإعاقة التي يسببها المرض المزمّن لا تهم المريض فحسب وإنما تهم الأسرة ككل" (Graham, 2008, p139)، لهذا فإنّ المريض أكثر تشبهاً بأسرة تقدم له الرعاية والتجاوب والتفاعل في ظل الضغوطات النفسية التي يخلفها مرض السكري.

6.8 العلاقة بين مريض السكري ومحيطه العائلي:

لا تزال العائلة التونسية تحافظ على مفهوم التكافل والتضامن الاجتماعيين بين أفرادها، الذين يجمع بينهم رابط الدم. وقد أكد ذلك أغلبية العينة، مشيرين إلى صور مختلفة من هذا التكافل كما يبيّنه الجدول التالي:

الجدول رقم 15: توزيع المرضى حسب الجنس ونوعية التضامن الأسري

الجنس	الاعتناء بالغذاء		تذكير بموعد الأدوية		توفير الراحة النفسية		مساعدات مادية	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
ذكور	46	92	32	64	48	96	29	58
إناث	37	82.22	26	57.78	38	84.44	24	53.33
المجموع	83	87.36	58	61.05	86	90.53	53	55.78

المصدر: نتائج العمل الميداني

أقرّ 95% من العينة أنّ التكافل العائلي مضمون لديهم، وحسب معطيات الجدول فإنّ أغلبية أفراد هذه الفئة من العينة بنسبة 90.53%، يتمثل التكافل لديهم في الراحة النفسية التي توفرها العائلة لهم. وما ينجرّ عنها من استقرارينعكس إيجابا على محيطهم الاجتماعي ككل. كما أنّ الاعتناء بالوجبات الغذائية لمرضى السكري يتمل شكلا من أشكال التضامن العائلي، بما أنّه يضمن له أكالات صحية تقلل من نسبة السكريات في

الدم، والذي يعتبر من أهم مراحل التداوي. ولا يتوقف أشكال التضامن والتكافل الأسري عند هذين النقطتين بل تتعداهما إلى عنصرين أساسيين وهما المساعدات المادية التي تقدمها الأسرة متمثلتين في اقتناء الأدوية ومستلزمات الرعاية منجهاً، والتذكير بموعد تناولها من جهة أخرى. والتي من شأنها أن تجنب المريض مضاعفات خطيرة. وهو ما يؤكد على اهتمام العائلة والتزامها بواجباتها اتجاه الفرد والتكفل به مادياً ومعنوياً (Beitone, 2000,p173).

أما الفئة الضئيلة التي تعتبر وان العائلة أخذت بواجبها التضامني والتي تمثل 5% من أفراد العينة. قدمت صوراً مختلفاً تيرهن عن موقفهم كما لي:

الجدول رقم 16: توزيع المرضى حسب الجنس وأسباب غياب التضامن الأسري

الجنس	اللامبالاة		عدم توفير الراحة النفسية		عدم الاعتناء بالواجب الغذائي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
ذكور	0	0	1	50	1	50
إناث	1	33.33	2	66.67	0	0
المجموع	1	20	3	60	1	20

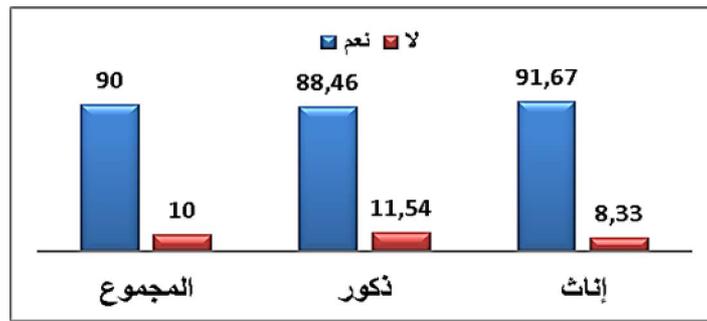
المصدر: نتائج العمل الميداني

حسب معطيات الجدول فإنّ أغلبية أفراد عينة المرضى غير المكفولين عائلياً بنسبة 60%، لا توفر لهم العائلة الراحة النفسية كشكل من أشكال تضامن الأسرة مع المريض خاصة لدى فئة الإناث، بالرغم من الخصائص العصرية الجديدة التي فرضت عليها التواصل مع محيطها الخارجي للدراسة أو العمل، والتي تتطلب متابعة عائلية. في حين تمثّلت بقية صور وأشكال عدم التكافل العائلي في اللامبالاة وعدم الاعتناء بالواجب الغذائي، ما يجرنا إلى الجزم بأنّ هذه النوعية من الأسر "تجردت من طابعها الأخلاقي لإخلالها ببعض الواجبات اتجاه فرد من أفرادها (Beitone, 2000, p173). خاصة وأنّ مريض السكري بحاجة إلى نفقات إضافية كما سنبينه في العنوان التالي.

7.8 الإنفاق على مرض السكري:

يتطلب مرض السكري كبقية الأمراض المزمنة، نفقات إضافية، تتمثل في الدواء وبعض أنواع الأطعمة للحفاظ على نسبة السكري الطبيعية في الدم. ما يؤثر على نفقاتهم ومعيشهم اليومي المعتاد، والذي يثبتته تصريح العينة حسب الرسم البياني الموالي:

الشكل رقم 04: توزيع المرضى حسب الجنس وانعكاسات المرض على نفقات الأسرة



المصدر: نتائج العمل الميداني

فكما يشير إليه الرسم البياني فإن أغلبية أفراد العينة بنسبة 90% في تقارب كبير بين الذكور والإناث، أثر مرض السكري على مستوى النفقات الأسرية لديهم. ما يؤثر على المستوى المعيشي للعائلة. فـ"المستوى المعيشي يتوقف على أنواع السلع الاستهلاكية وكمياتها" (مذكور، 1975، صفحة 543).

ولا تقتصر نفقات مريض السكري على الدواء والعيادات الطبية وإنما على اقتناء نوعية معينة من الأطعمة التي تساهم في توازن معدل السكري في الدم لديه. وفيما يلي معدل النفقات الإضافية لأفراد العينة بموجب المرض حسب المستوى المعيشي:

الجدول رقم 17: توزيع المرضى حسب المستوى المعيشي ومعدل نفقاتهم على مرض السكري

المجموع	نفقات الأسرة الشهرية على مرض السكري (بالدينار)								الجنس
	>200]200-150]]150-100]]100-0]		
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
7	0	0	0	0	28.57	2	71.43	5	شريحة الفقراء
88	3.41	3	9.09	8	72.73	64	14.77	13	الشريحة المتوسطة

طارق بالحاج لطيف

5	20	1	40	2	40	2	0	0	شريحة الأغنياء
100	4		10		68		18		المجموع

المصدر: نتائج العمل الميداني

كما يبينه الجدول فإنّ أغلبية أفراد العينة بنسبة 68% تراوحت نفقاتهم الإضافية على مرض السكري ما بين 100 و150 دينار شهرياً أغلبيتهم من الطبقة المتوسطة بنسبة 94.12% والتي تمثل 72.73% من أفراد العينة التي تنتمي إلى هذه الطبقة المتوسطة. هذا ولم يتجاوز الإنفاق الشهري لدى الطبقة الفقيرة على مرض السكري مبلغ 150د شهرياً للمريض الواحد. في حين أنّ أغلبيتهم بنسبة 71.43%، تتراوح نفقاتهم الإضافية الشهرية على مرض السكري أقل من 100د. ولم يتجاوز عتبة 200د كنفقات إضافية على مرض السكري إلاّ 4% من العينة ككل، 25% ينتمون إلى الطبقة الميسورة في حين أنّ البقية من الطبقة متوسطة الحال.

وباختبار ك2 التالي لمعرفة العلاقة التي تربط بين النفقات الشهرية على مرض السكري والمستوى المعيشي:

الجدول رقم 18: اختبار ك2 بين متغير المستوى المعيشي ومعدل الإنفاق على مرض السكري

اختبار مستوى الدلالة كي2 Tests du khi-deux			
مستوى دلالة الاختبار	درجة الحرية	قيمة الاختبار	
0.001	6	23.806 ^a	كي2 (بيرسون)
0.006	6	17.938	نسبة الاحتمالية
0.000	1	15.238	الرابطة الخطية
		100	عدد الملاحظات الصحيحة
a. عدد خلايا بقيمة (0.75) لديها عدد نظري أقل من 5. الحد الأدنى لعدد النظري هو 0.20			

المصدر: نتائج العمل الميداني

حسب اختبار ك2 الذي يساوي 0,001 أي أقل من 5%، فإنّ هنالك علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل الإنفاق الأسري الشهري على مرض السكري والمستوى المعيشي. فالإنفاق يتأثر بالمستوى المعيشي والطبقي، كلّ على قدر إمكانياته المادية.

فالمستوى المعيشي المنخفض ينتج عنه حتما نفقات منخفضة ومحدودة، بما يؤكد صحة الفرضية الثانية لهذه الدراسة.

هذا ويبلغ متوسط الإنفاق الشهري لأفراد العينة على مرض السكري 120.5 د أي بمعدل 1446 سنويا، والذي يمثل 4 أضعاف معطى المعهد الوطني للإحصاء المخصص لمعدل الإنفاق السنوي للمواطن التونسي على الرعاية الصحية، والمقدر بـ 363 (المعهد الوطني للإحصاء، 2016). ما يفسر مدى تأثير هذا المرض على الإنفاق الأسري وكذلك تأثيره على موارد الدولة التونسية حيث بلغت جملة الإنفاق على مرض السكري وضغط الدم بولاية بن عروس المليار دينار ونصف (المعهد الوطني للإحصاء، 2016).

خاتمة:

تناولت العديد من الدراسات حول مرض السكري، النماذج المختلفة للمرض، وكيفية تأثيره على الجسم بصفة عامة. غير أن دراستنا هذه، أثبتت أن مخاطر الإصابة بمرض السكري لا تتوقف عند الجانب العضوي للمريض بل تخطته إلى ما هو أعمق من ذلك، في علاقة المريض بمحيطه الاجتماعي والاقتصادي. خاصة في ظل التزايد العددي للمصابين بهذا النوع من الأمراض المزمنة، التي وجب التطرق والإلمام بكل آثارها الجانبية، للحيلولة دونها ودون الإصابة بمضاعفات المرض. فقد أفضت النتائج التي توصلت إليها دراستنا هذه، أن النوع الاجتماعي لا يؤثر في سن الإصابة بمرض السكري، وأن سن الإصابة بهذا المرض من النمط الثاني تزيد احتمالياتها، بداية من سن الأربعين فما فوق لكلا الجنسين. نتيجة لنمط جديد من السلوك الغذائي، الذي يقوم على وجبات سريعة غير متوازنة، ومشبعة بالدهون والسكريات، يتماشى والبيئة الحضرية. كما أثبتت هذه الدراسة أن لمرض السكري تبعات اجتماعية عديدة، ولعل أهمها تأخر سن الزواج لدى بعض المصابين بهذا المرض. وصولا إلى الطلاق لدى البعض منهم، نتيجة لغياب الرعاية من طرف الشريك، أو عدم القدرة على الإنجاب لدى الإناث خاصة.

وبالرغم من أنّ فئة ضئيلة اشتكت غياب التضامن والتكافل العائلي، فإنّ الأسرة التونسية والعربية عموماً لازالت تحافظ على طابعها التقليدي التآزر. يتبلور ذلك من خلال تقديمها الرعاية التي يتطلبها مريض السكري والمساهمة الفاعلة في نفقاته الإضافية. إنّ دراستنا هذه تناولت بالتحليل والمناقشة مرض السكري، بما يؤكّد أنّ تناول دراسة المرض، لم يعد حكراً على العلوم الطبية فحسب، وأنّ جلّ العلوم يمكن لباحثيها تناول الأمراض المزمنة وفقاً لاختصاصاتهم العلمية. ونظراً للتبعات الاجتماعية الوخيمة لمرض السكري، نقترح مزيد التحريّ بخصوص الأسباب والتبعات الناجمة عن هذا المرض. وإعداد دراسات مستقبلية تبحث في تحديد الآليات التي من شأنها أن تقلص من تلك التبعات الوخيمة لا لمرض السكري فحسب، بل لتشمل بقية الأمراض المزمنة الأخرى.

قائمة المراجع باللغة العربية:

- أطلس. (2017). مرض السكري. الاتحاد الدولي لمرضى السكري. الطبعة الثامنة
- سنة ناجي، وحلوة سالم. (2023). رؤية مقترحة لتحسين التعليم المكيف بالجزائر دراسة ميدانية ببعض ولايات الوسط. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية. المجلد 07 (02).
- عاطف خليل نجلاء. (2006). في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض. مكتبة الأنجلو المصرية. مصر
- المازقي صالح. (2008)، مدخل إلى علم اجتماع الصحة. مركز النشر الجامعي. تونس.
- مذكور إبراهيم. (1975). معجم العلوم الاجتماعية. الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية.
- المعهد الوطني للإحصاء. (2018). <http://www.ins.tn/ar/themes/salaires>. تونس
- منظمة الصحة العالمية. (2015). تقرير الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030.
- منظمة الصحة العالمية. (2016). التقرير العالمي لمرض السكري.
- منظمة الصحة العالمية. (2017). الموقع الإلكتروني http://www.who.int/topics/chronic_diseases/ar
- منظمة الصحة العالمية. (2018). الموقع الإلكتروني <http://www.who.int/suggestions/faq/ar>
- هرساني حامد. (1956). قصة البوال السكري. مؤسسة مكة للطباعة والإعلام. مكة المكرمة
- وظفة علي. (1993). علم الاجتماع التربوي. منشورات جامعة دمشق. سوريا

يمينة قوارح يمينة. محمد صالح محمد. (2017). الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والتحديات. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قسدي مرباح. ورقة الجزائر. العدد 28.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Atlas. (2021). *Diabetes*. IDF Diabetes Atlas. 10th Edition Committee
- Beitone Alain. (2000). *Sciences Sociales*. Dalloz édition. 2eme édition. Paris
- Ben Hamida (A). Fakhfakh (R). Miladi (W). Zouari (B). & Nacef (T). (2005). *La transition sanitaire en Tunisie aucours des 50 dernières années*. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 11, Nos 1/2
- Graham Scrambler. (2008). *Sociology as Applied to medicin*. Elsevier Health Sciences. Sixth Edition.
- Jouzier (E). (2007). *Diabète et philatélie : historique*. (Mémoire). Université Victor-Segalen, Bordeaux. Accès : <http://www.socpharmbordeaux.asso.fr/pdf/pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Organisation mondiale de la Santé .