

## دور الخصائص الديموغرافية والاجتماعية في انتشار مرض الدرن بمحلية القلابات الكبرى\_ دراسة في الجغرافية الطبية

أحمد عبدالرحيم حسن محمد \*

مستخلص :

هدفت الدراسة للتعرف على دور الخصائص الديموغرافية والاجتماعية في انتشار مرض الدرن بمحلية القلابات الكبرى أستخدم الباحث المنهج الاحصائي التحليلي، والاستبانة كأداة لجمع البيانات، وبعد التحقق من صدق الاستبانة وزعت على عينة عشوائية موزعة على قرى ومستشفيات منطقة الدراسة. وقدمت تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: أن هنالك علاقة وارتباط بين تدنى المستوى التعليمي الذي يعتبر من أهم العوامل الاجتماعية وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة. وكذلك الوصمة الاجتماعية لمرض الدرن مرتفعة في المجتمع وتحول دون العلاج مما يتسبب في انتشار المرض. توصى الدراسة بإدخال الرسائل الإرشادية حول مكافحة الدرن في مناهج التعليم بالمراحل الأولية بمنطقة الدراسة، ومحاربة الأمية وجعل التعليم الاساسي إجباريا لكل من هم في سن التعليم لأنه يساعد على تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

### Abstract

This study aimed at knowing the role of demographic and social characteristics in the out –spread of tuberculosis in the locality of greater gallabat. The researcher used statistical analytical approach, and questionnaire as a tool to collect data ,after check its validity ,it distributed for random sample in hospitals and villages of the study. The data analyzed by using (SPSS) social packages for statistical sciences . the most important findings of this study are: there is correlation between education level deteriorating that consider one of the most important social factors and tuberculosis spread. The study recommend messages concerning this disease must be included in school curriculum in the study field and removal illiteracy and make basic education compulsory for whom at education age since, it helps to achieve social and economic development

الكلمات المفتاحية :

(الدرن ، محلية القلابات الكبرى ، الخصائص الديموغرافية ، الجغرافيا الطبية )

محاضر، قسم الجغرافيا، كلية التربية، جامعة القصارف alahawyah@yahoo.com

### المقدمة:

تعتبر الجغرافيا الطبية من الموضوعات الحديثة نسبياً في مجال الدراسات الجغرافية، وخاصة الموضوعات المتعلقة بالخدمات الصحية، وترجع البدايات الأولى للجغرافية الطبية إلى عهد أبقراط الذي كتب فصلاً مستقلاً تحت عنوان الماء والهواء وعلاقتها بالصحة، منذ ذلك العهد وحتى اليوم لا تزال الدراسات تتناول العلاقة بين البيئة الطبيعية وعناصرها والحالة الصحية للإنسان. وأول من حاول وضع تعريف للجغرافية الطبية هو (Skvortsov-1875) فقد كتب عن الجغرافيا الطبية بأنها: تهتم بدراسة المناطق المتنوعة من الأرض، وذلك من وجهة نظر التأثير الكلي أو الجزئي لهذه البيئة علي الحالة الصحية للسكان. وفي عام (1949م) كون الاتحاد الدولي للجغرافيين لجنة لدراسة محتوى ومضمون الجغرافيا الطبية، وتم تقديم أول تقرير لهذه اللجنة في سنة 1952م، وتضمن تعريفاً للجغرافية الطبية بأنها: تهتم بدراسة العوامل الجغرافية وتأثيرها علي الصحة والمرض. وقدم (MAY 1950م) بحثاً بعنوان **Medical Geography Its Methods and Objectives** وعرف الجغرافيا الطبية بأنها: تهتم بدراسة العلاقات بين العوامل الباثولوجية **Pathogens** والعوامل الجغرافية **Geogens**. وقدم (HUNTER 1963م) تعريفاً للجغرافية الطبية بأنها: تطبيق للمفاهيم والأساليب الجغرافية لدراسة الصحة والمشكلات المرتبطة بها. (1) [1] ظل الاهتمام بدراسة الأمراض وايكولوجيتها مجالاً للجغرافية الطبية حتى عام 1972م، حيث عقد المؤتمر الرابع لمجلس الجغرافيين العالمي في مدينة GUELPH بكندا في أغسطس 1972م، ومن نتائجه أن تبني مفهوماً جديداً للجغرافية الطبية وهو (جغرافية الرعاية الطبية) والتي تركز علي دراسة الخدمات الصحية كموضوع أساسي من موضوعات الجغرافية الطبية إلى جانب دراسة الأمراض وايكولوجيتها، وتم إصدار نشرة دورية خاصة بالجغرافية الطبية ونشر هذا المفهوم الجديد لها. (1) وقدمت (Melinda 1986م) دراسة عنونها (التحليلات الجغرافية للمرض والرعاية الصحية) وأشارت إلى أن الجغرافيا الطبية من الفروع البينية بين علم الجغرافيا والعلوم الأخرى وكذلك بين فروع علم الجغرافيا نفسه، وتناولت المداخل التي تستخدم لدراسة موضوعات الجغرافية الطبية، والمفاهيم والنظريات الجغرافية وإمكانية الاستفادة منها في الصحة والمرض والخدمات الصحية.

<sup>1</sup> اللبان، خلف حسن محمد. 1997م. الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، دار المعرفة الجامعية

يعتبر مرض الدرن أو السل أكثر الأمراض المعدية التي تؤدي إلى العجز المزمّن والوفاة في أغلب بلاد العالم ويؤدي إلى نتائج اجتماعية واقتصادية وخيمة لأنه يصيب الإنسان في سن العمل والإنتاج (الفئة العمرية 15-49 سنة).<sup>(2)</sup>

ويعد مرض الدرن مرضاً خطيراً في معظم المجتمعات، وقد كان يفتك بملايين من البشر كل عام في مختلف أرجاء العالم، وقد نجحت الدول المتقدمة في كبح جماح هذا المرض عن طريق التطعيم المبكر ضد هذا المرض وتحسين مستوى الحياة المعيشي لسكانها. ولكن لازال هذا المرض يشكل عبئاً كبيراً وسبباً من أسباب الوفاة في معظم الدول النامية، ومن لم يمت من المرض فانه يصاب بوهن شديد يؤثر علي إنتاجيته، وقد وجد أن أهم مسببات هذا المرض هي الظروف الاقتصادية والاجتماعية ونوعية التغذية وعدم التطعيم المبكر.<sup>(3)</sup>

وتعتبر ولاية القضايف واحدة من أكثر ولايات السودان تأثراً بمرض الدرن بصورة متوطنة ويلاحظ تركيز هذا المرض في محليات القضايف والرهد والقلابات بصورة كبيرة.

#### أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الاتي :

1. التعرف علي أهم الخصائص المؤثرة في انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة .
2. توضيح العلاقة بين الخصائص الاجتماعية وانتشار المرض بالمنطقة .
3. الإسهام النظري في وضع بعض الحلول التي قد تساهم في مكافحة المرض أو التقليل من معدلات الإصابة .

#### مشكلة الدراسة:

يمثل مرض الدرن مشكلة عالمية في الوقت الحاضر بعد أن مضى علي اكتشافه حوالي قرن وربع، وذلك نتيجة لسهولة انتشار البكتيريا المسببة للمرض وإمكانية إصابتها للأفراد كلما وجدت لذلك سبيلاً. كما أنه يصيب الأفراد في عمر الإنتاج، حوالي ثمانون بالمائة من مرضي الدرن في العالم أعمارهم في الفئة العمرية (15-49 سنة) و بذلك يمثل أحد الأمراض التي تؤثر سلباً علي هذه الفئة.<sup>(4)</sup> ويعتبر مرض الدرن من أكثر الأمراض تفشياً في منطقة الدراسة، حيث تشير التقارير إلى أنها تحتل المرتبة الثانية من بين محليات الولاية في نسبة الإصابة بالمرض ولفترات طويلة، وأن مؤشر انتشار المرض يزيد فيها بصورة كبيرة.<sup>(5)</sup> مما ينتج عنه كثير من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وعلي ضوء ذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

\* ماهي أسباب انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة؟

\* إلى أي مدى تؤثر العوامل الاجتماعية في انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة؟

\* هل للخصائص الديموغرافية دور في انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة؟

**أهمية الدراسة:**

تتمثل أهمية الدراسة في الآتي:

1. تعتبر الدراسة إسهام في دراسات الجغرافية الطبية بالسودان.
2. توفير بيانات ومعلومات حقيقية عن مرض الدرن بمنطقة الدراسة تساعد الجهات المسؤولة في وضع إستراتيجية لمكافحة المرض.
3. مساعدة صانعي القرار والجهات المختصة في وضع بعض الحلول للحد من انتشار المرض بمنطقة الدراسة.

**فروض الدراسة:**

1. العوامل الاجتماعية بمنطقة الدراسة أسهمت بصورة كبيرة في انتشار مرض الدرن.
2. هنالك علاقة بين الخصائص الديموغرافية وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة.

**منهجية الدراسة:****1 المنهج الإحصائي التحليلي:**

يقوم هذا المنهج بتجميع المادة العلمية تجميعاً كميّاً وهو بذلك يعكس نتائج البحث العلمي في صورة رياضية بالأرقام والرسوم البيانية، بمعنى أنه يحول اللغة الكيفية إلى كمية، ويستخدم المنهج الإحصائي لتحليل وبيان الأحداث المتكررة، ويقوم علي الملاحظة الكمية للبيانات والتغيرات الكمية التي تحدث في المخرجات التي ترتبط بالأحداث موضوع الدراسة.<sup>(6)</sup> وقد استخدمه الباحث في تحليل الإستبانة للوقوف على نواحي كثيرة شملتها الإستبانة مستخدماً في ذلك برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وأنواع من العلاقات منها النسب المئوية والجداول التقاطعية (Cross Tables) التي تستخدم مربع كاي، والارتباط لتحليل أسباب الإصابة بالمرض وانتشاره وربطها بالعوامل البشرية بمنطقة الدراسة.

**الإطار المكاني والزمني للدراسة:**

يتمثل الإطار المكاني للدراسة في محلية القلابات الكبرى التي تشمل محليتي القلابات الشرقية والغربية وهي بولاية القضايف التي تقع بين دائرتي العرض (15.40<sup>-</sup>) و (12.40<sup>-</sup>) شمال خط الاستواء وخطي طول (33.30<sup>-</sup>) و (36.30<sup>-</sup>) شرق خط غرينتش. أما الإطار الزمني فيشمل الفترة من 1997م إلى 2007م.

مصادر جمع المعلومات:- يعتمد الباحث علي نوعين من المصادر وهما:-

**1 المصادر الثانوية:**

تتمثل هذه المصادر في الكتب والمراجع التي تتعلق بموضوع ومنطقة الدراسة، والدوريات والإصدارات الرسمية والنشرات التي تصدرها المؤسسات والمنظمات ذات الصلة بالموضوع.

### المصادر الأولية:

#### الاستبيان:

نسبة لما تتمتع به الوسيلة من فعالية في جمع المعلومات فقد استخدمها الباحث كوسيلة أساسية في الدراسة وقد صممت الاستمارة من مجموعة أسئلة شملت محاور مختلفة لقياس الخصائص العامة لمجتمع الدراسة والتي تمثلت في المعلومات الأولية عن أرباب الأسر والخصائص الديموغرافية للأسر والخصائص الاجتماعية وخصائص المسكن، وزعت على أرباب الأسر والمصابين ببعض المستشفيات في أربع وحدات إدارية اختيرت عشوائياً عن طريق العينة العشوائية المنتظمة. وتم اختيار العينة عن طريق العينة العشوائية البسيطة تمثلت في قرى (أم بلبيل، باندغيو، العبيك، الرميله، كنينه البير، مهله، السرف الأحمر، السريفه صابوني، تقلى) ومستشفيات (دوكة الريفي، باسندة الريفي، كساب الريفي) وبلغ حجم العينة 250 أسره حوالي 3% من مجموع أفراد الأسر لتمثل مجتمع الدراسة مع مراعاة موقع تلك القرى.

### جدول (1)

#### توزيع العينة على القرى والمستشفيات المختارة.

الموقع	حجم العينة	عدد الأسر	المنطقة
N:13.48-E35.33	20	673	أم بلبيل
N:12.49-E35.13	19	633	باندغيو
N:12.46-E35.19	16	549	العبيك
N:12.57-E35.51	20	684	الرميله
N:13.04-E36.00	25	856	كيننه البير
N:13.20-E35.55	20	670	مهله غرب
N:13.22-E35.54	11	377	السرف الأحمر
N:13.36-E35.43	8	264	السريفه
N:13.39-E35.32	16	555	صابوني
N:13.39-E35.31	20	681	تقلى
N:13.31-E35.45	30	-	مستشفى دوكة
N:13.48-E35.50	19	-	مستشفى باسندة
N:13.39-E35.32	26	-	مستشفى كساب

\*المصدر: العمل الميداني 2009م.

### تعريف مرض الدرن :

يعتبر مرض الدرن من الأمراض البيئية التي لها طابعها الخاص، وهو من أشد الأمراض خطراً على حياة الإنسان، إذ انه يفتك سنويا بعدة ملايين من البشر في مختلف أرجاء العالم، وخصوصاً الدول الفقيرة في آسيا وأفريقيا فما زال منتشرًا على نطاق واسع وليس ارتفاع عدد الوفيات هو أخطر ما يسببه هذا المرض من خسائر إذ ان الأخطر منه هو ما يسببه من وهن يلزم المريض طول حياته.<sup>(7)</sup>

وهو مرض إنتاني مزمن ينجم عن متفطرات مركب التدرن *Mycobacteria of the tuberculosis complex* ، وبشكل رئيسي عن المتفطره الدرنيه *Mycobactrium* ، ويحدث المرض بواسطة ميكروب بكتيري هو باسيلى الدرن، ويوجد منه نوعان أحدهما بشرى متوطن في الإنسان والثاني حيوانى متوطن في الأبقار ويطلق عليه أسم البوفين *Bovine* .<sup>(8)</sup>

### أنواع الدرن :

الدرن مرض معدٍ يكون في كثير من الأحيان مزمنًا، وتحدث الإصابة بالمرض في أماكن مختلفة من الجسم ولكن السل الرئوي هو الأكثر انتشارًا، وتنتج الإصابة في هذا الشكل نتيجة دخول العامل المسبب بالاستنشاق عن طريق الجهاز التنفسي، أما انتشار الأشكال الأخرى التي يطلق عليها مجتمعه السل خارج الرئة فهو اقل، ومن أهم هذه الأشكال السل المعوى الذى ينتج عادة عن تناول الأغذية المحتوية للعامل المسبب للمرض حيا، وكذلك قد يحدث السل المعوى بين المصابين بالسل الرئوى إثر ابتلاعهم للعاب بدلا من إخراجهم.

وتشمل الأشكال الأخرى السل السحائى ،والسل المفصلى والعظمى وسل العيون والعقد اللمفيه والكلى وسل الجلد، وفي هذه الأشكال يكون الانتشار عن طريق اللمف أو الدم تاليا لإصابة ما تكون أوليه رئوية .<sup>(9)</sup>

### مصادر العدوى وطريقة الانتشار:

من أهم مصادر العدوى الرذاذ المتناثر من أفواه وأنوف المصابين بسل الرئتين فعندما يسعل هؤلاء أو يعطسون أو يتكلمون أو ييصقون تنطلق عصيات السل من داخل رئاتهم إلى الهواء حيث يمكنها أن تظل معلقة لعدة ساعات ولذلك يكون احتمال العدوى مرتفعا عندما يتعرض الشخص عن قرب ولمدة طويلة في مكان مغلق لمريض بسل رئوي يكون البلغم لديه ايجابياً لعصيات السل ، أما إذا كان البلغم سلبياً للعصيات فاحتمال العدوى ضئيل ويكاد يكون منعدماً لمريض السل خارج الرئة. ومن طرق انتشار المرض استعمال أدوات ومهمات المريض الملوثة ، بالإضافة إلى الألبان ومنتجاتها غير المعقمة خصوصاً من الأبقار.<sup>(10)</sup>

### عوامل انتشار مرض الدرن :

بعد أن أقرت منظمة الصحة العالمية إن الدرن هو احد الأزمات الصحية الأكثر إهمالا و الخارجة عن السيطرة في أماكن عديدة من العالم ، أعلنت المنظمة في ابريل 1993م أن وباء الدرن يمثل طارئة عالمية ، وتعود زيادة معدلات الإصابة به إلى أربعة عناصر رئيسة .

### 1- الأولوية المنخفضة في السياسات الصحية :

خلال الأربعين عامًا الماضية ، فشلت برامج مكافحة الدرن من قبل السياسات الصحية في البلدان ذات الدخل المنخفض و المتوسط ، كما أدت البرامج التي لم يتم تمويلها بصورة صحيحة إلى زيادة تجميع مصادر العدوى المزمنة، وفي أغلب الأوقات لم ينجح نظام الاثنى عشر شهراً من المعالجة الكيميائية المعيارية عند وصفه ليؤخذ بالكامل من قبل المرضى الخارجين وحدهم ولاسيما في المناطق التي كان تطور خدمات الرعاية الصحية الأولية فيها ضئيلاً، وبذلك فان نصف إجمالي عدد المرضى تقريبا يظل ايجابي اللطاحه مما يؤدي إلى زيادة معدلات انتشار المستفرغين المزمنين للعصيات السلبية.<sup>(11)</sup>

### 2- العناصر الديموغرافية :

قامت بدور رئيسي في عوده ظهور مرض الدرن علي المستوى العالمي ،ففي خلال الثلاثة عقود الماضية ،انخفضت معدلات وفيات الأطفال بصوره أكبر من معدلات انخفاض الولادات، مما أنتج زيادة كبيره في أعداد المجموعات السكانية من المراهقين والشباب ،وان عدداً كبيراً من هؤلاء قد أصيب بعدوي العصيات السلبية في طفولته ،فان زيادة عدد الحالات بين هذه المجموعات قد حدثت علي الرغم من إستقرار معدلات الإصابة .<sup>(11)</sup>

### 3- وباء فيروس العوز المناعي المكتسب :

يساهم فيروس العوز المناعي المكتسب مساهمه كبيره في تدهور الوضع المتعلق بمرض الدرن في عدد متزايد من البلدان النامية لاسيما في قارتي أفريقيا واسيا ،وان عدوي فيروس العوز المناعي المكتسب بإضعافها للاستجابة المناعية للجسم،هي ابرز عوامل الاختطار التي أدت إلى تطور مرض الدرن خلال السنوات المئه الماضية ،ففي غياب هذه العدوي ينخفض نسبيًا خطر استنشاق الدرن في الأفراد المصابين بالعدوي (تصل النسبة إلى 10% خلال حياه الإنسان). أما بالنسبة للمصابين بعدوي فيروس العوز المناعي المكتسب مع الإصابة بعدوي الدرن فيتراوح خطر الاستنشاق ما بين 5 إلى 10 % سنوياً . بالإضافة إلى ان الإصابة بعدوي فيروس العوز المناعي المكتسب ترفع من خطر التحول السريع من مجرد عدوي مبدئية إلى الإصابة بالمرض ، وبهذا فهي تزيد من معدلات الدرن ولاسيما بين الشباب والكهول ،كما تسبب زيادة حاده في نسبه إماتة الحالات بسبب الإصابة بالدرن في غياب التدبير العلاجي الفعال للحالات .<sup>(11)</sup>

### 4- الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية :

ربما تكون الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية قد ساهمت أيضاً في انتشار مرض الدرن، فقد تضاعف في الأعوام العشرة الأخيرة عدد البلدان الأقل نمواً وانخفض إجمالي الناتج القومي في بعض البلدان المتوسطة الدخل مما يعني انخفاضاً في توافر الموارد المخصصة لمكافحة الدرن. كما أن الحركة السكانية أصبحت أكثر شيوعاً من أي وقت مضى وهي تأخذ صوراً عديدة كالهجرة من أجل العمل، والهجرة العامة، والنزاعات المسلحة، وحركات اللاجئين، مما أدى إلى ارتفاع معدلات انتقال الدرن. وفي نفس الوقت فإن تطور وسائل النقل الحديثة قد رفع بصوره كبيرة من فرص المخالطة المحتملة مع الحالات المصابة بالدرن.<sup>(9)</sup>

### النتائج والمناقشة:

تأتي أهمية دراسة النواحي الديموغرافية لدورها الفاعل في التأثير على الصحة والمرض وتتضمن الأسس الديموغرافية التركيبي النوعي والعمرى والنواحي الاجتماعية وحجم الأسرة، وتأثيرها على انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة .

### 1 - التركيبي النوعي لعينة الدراسة :

تعتبر دراسة التركيبي النوعي من الموضوعات الهامة في الدراسات المتعلقة بالأمراض، والجغرافيا الطبية بشكل عام.

## جدول (2)

### التركيبي النوعي لأسر المبحوثين

النسبة %	النوع
42.6	ذكر
57.4	أنثى
100	المجموع

\* المصدر: العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول (2) يتبين أن الذكور يمثلون حوالي 42.6% من أفراد أسر عينة الدراسة، بينما بلغت نسبة الاناث 57.4%، وبلغ عدد أفراد الأسر المبحوثة 1881 نسمة، وقد تم حساب المتوسط لحجم الأسرة ب 7.5 فرد للأسرة.

وأوضح من خلال الدراسة أن هناك علاقة بين النوع والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة .



يوضح مستوى المعنوية المحسوبة وجود علاقة بين الإصابة بمرض الدرن والنوع، وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05 مما يشير إلى أن هنالك علاقة وارتباط بين النوع والإصابة بالدرن بمنطقة الدراسة ويفسر ذلك خروج الذكور وانتقالهم من مكان إلى آخر واختلاطهم بالمجتمعات المختلفة وسفرهم إلى المناطق الحدودية في كثير من الأحيان طلباً للعمل مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة.

## 2- التركيب العمري :

تأتى أهمية دراسة التركيب العمري في مجال الجغرافيا الطبية من خلال التعرف على التوزيع النسبي للسكان في الفئات العمرية المختلفة ، حيث لكل مجموعة عمرية مشكلاتها الصحية ومتطلباتها من الخدمات الصحية من حيث الكم والكيف . يتسم الهرم السكاني محلية القلايات بالقاعدة العريضة، وهذه القاعدة تحتوى على فئة صغار السن أو مرحلة الطفولة، وتبلغ نسبتها 49.4% من جملة مجتمع الدراسة، وتعد هذه السمة من سمات الهرم السكاني بدول العالم الثالث، تليها الفئة العمرية من 16-60 سنة وهذا يشير إلى أن مجتمع المحلية مجتمع شاب، وتقل فئة كبار السن التي تضم الفئة فوق 60 سنة ولهذه السن أمراضها واحتياجاتها من الرعاية.

### جدول (3)

#### التركيب العمري لأسر المبحوثين

الفئة العمرية	%
15-1 سنة	49.4
45-16 سنة	35.3
60-46 سنة	10.4
61 فأكثر	4.9
المجموع	100

\*المصدر العمل الميداني 2009م.

من الجدول (3) يلاحظ أن التركيبة العمرية للمجتمع المبحوث يغلب عليها الأطفال في الفئة العمرية من ( 1-15 سنة) ويشكلون حوالى 49.4% وهؤلاء يمثلون عبء اقتصادى كبير على الأسر، وتأتى الفئة العمرية (16-45 سنة) في المرتبة الثانية بنسبة 35.3% وهؤلاء يمثلون القوى الإنتاجية التي تعتمد عليها الأسر في الدخل، وتبلغ نسبة كبار السن حوالى 15.3% من جملة العينة وتعتبر هذه الفئة عرضة لكثير من الأمراض.

وتبين من خلال الدراسة أن حوالى 92.6% من المصابين بالدرن في الفئة العمرية ( 16. 45 سنة) وينعكس ذلك على الأوضاع الاقتصادية باعتبار ان هذه الفئة هي التي يقع عليها عبء الإنتاج

والعمل، وحوالي 7.4% في الفئة العمرية (1-15 سنة) وتعود معظم الإصابات في هذه الفئة لانتقال العدوى من الأمهات.

مستوى المعنوية المحسوبة يوضح أنه توجد علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية عالية، وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. أصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05، وعليه فان هناك علاقة بين العمر والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة.

### 3/ حجم الأسرة:

يعتبر نظام العائلة هو النظام الأسري السائد في منطقة الدراسة، والأسر في منطقة الدراسة أسر ممتدة يعيش فيها الآباء والأمهات والأبناء وأزواجهم وأبناءهم في منزل واحد، وهناك بعض الأسر الصغيرة وهي في غالبيتها أسر انفصلت من الأسر الكبيرة وكونت كيانات خاصة بما نتيجة لتغير الأوضاع الاقتصادية والمعيشية بمنطقة الدراسة.

### جدول رقم (4)

#### عدد أفراد الأسرة لعينه الدراسة

النسبة %	عدد الأفراد
26	1-6 أفراد
63.2	7-12 فرد
10.8	13 فأكثر
100%	المجموع

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول رقم (4) يتضح كبر حجم الأسرة بمنطقة الدراسة حيث بلغت نسبة الأسر التي تتكون من (1-6) أفراد 26% وارتفعت النسبة إلى 63.2% لدى الأسر التي تتكون من (7-12) فرد، ونسبة 10.8% للأسر التي تتكون من 13 فرد فأكثر وهي الأسر التي تتميز بتعدد الزوجات، وقد توصلت الدراسة إلى ان متوسط حجم الأسرة العام 7.5 أفراد مما ينعكس على الأوضاع الاقتصادية وبالتالي الأوضاع الصحية بمنطقة الدراسة.

مستوى المعنوية المحسوبة يوضح وجود علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية عالية، وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05، وعليه فان هناك علاقة قوية بين حجم الأسرة والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة. ويفسر ذلك العلاقة الوثيقة بين مرض الدرن ودرجة التزامم التي توضح العلاقة بين عدد أفراد الأسرة وعدد الغرف السكنية.

الخصائص الاجتماعية والمرض بمنطقة الدراسة:

من العوامل التي لها علاقة بالحالة الصحية للسكان الأبعاد الاجتماعية التي لها انعكاس على الحالة الصحية ، والتي ترتبط بها معدلات انتشار الأمراض المختلفة، ومن بين العوامل الاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرضى المستوى الحضارى للسكان والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وحجم الأسرة.

### 1- الإصابة بالمرض ومكان السكن:

ينقسم مجتمع محلية القلابات على حسب نمط المعيشة إلى حضر وريف وبدو، ان سكان الريف يمثلون 94.5% من الحجم الكلي للسكان، وهذا يؤكد بأن مجتمع محلية القلابات هو مجتمع ريفي زراعي، أما سكان الحضر يمثلون 5.2% ويتواجدون في المراكز الإدارية مثل دوكه وكساب، أما البدو فيمثلون 0.3% وهي نسبة ضئيلة وذلك لعدم وجود مراعى بهذه المنطقة. وتبين من خلال العمل الميداني أن الريف هو أكثر المناطق لانتشار مرض الدرن وإنسان الريف أكثر عرضه للإصابة بالمرض نتيجة للبيئة المحيطة به والتي تمثل بيئة مثلى لانتقال وانتشار المرض.

### جدول رقم (5)

#### أماكن السكن للمصابين

النسبة %	مكان السكن
13.11	مدينة
86.89	قرية
100	المجموع

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

تتضح من خلال الجدول رقم (5) أهمية مكان السكن ودورها في انتشار مرض الدرن بمحلية القلابات حيث سجلت المناطق الريفية والقرى أعلى نسبة للإصابة بالمرض بلغت 86.89%، بينما قلت النسبة في المدن وبلغت 13.11% من جملة المصابين.

من خلال نتيجة التحليل نجد ان هنالك علاقة قوية بين الإصابة بالدرن ومكان السكن حيث إن قيمة مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. اقل من مستوى المعنوية القياسي .05 وهذا يؤكد تأثير درجة الحضرية على إنتشار مرض الدرن ومكان السكن ، ويشير معامل الارتباط إلى وجود علاقة بين السكن الريفي وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة المرض وزيادة انتشاره في منطقة الدراسة مستقبلا ما لم تتحسن الأحوال بالنسبة لسكان المناطق الريفية من خلال تنظيم القرى وتوسيع دائرة التوعية ورفع قدرات السكان الريفيين .

### 2- الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي:

يؤثر المستوى التعليمي للسكان في أي مجتمع على الحالة الصحية العامة التي يتمتع بها هذا المجتمع ، ويظهر أثر المستوى التعليمي للسكان من خلال السلوك الصحي والبحث عن طرق وأساليب العلاج عند الإصابة بالمرض أو الوقاية من الإصابة بالمرض . تعاني محلية القلابات من عدم كفاية المؤسسات التعليمية من حيث الكم والنوع والتوزيع، وقد تفاقمت هذه المسألة في السنوات الأخيرة خاصة بعد التقسيمات الإدارية الجديدة، مما أدى إلى إنشاء العديد من المؤسسات التعليمية بصورة متسارعه وغير مدروسه، وقد أدى التوسع السريع في المؤسسات التعليمية بهذه المنطقة إلى نقص المعلمين من حيث الكم والكفاءة، إلى جانب نقص البنيات الأساسية، مما زاد الضغط على سكان القرى وآباء التلاميذ خاصة في ظل الأوضاع الاقتصادية المتدنية مما انعكس سلبا على العملية التعليمية بالمنطقة.

### جدول رقم (6)

#### العلاقة بين المستوى التعليمي والإصابة بالدرن

النسبة المئوية	المستوى التعليمي
53.3	أمى
32.8	خلوه
9.8	أساس
3.3	ثانوى
0.8	جامعى
<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\*المصدر: العمل الميداني 2009م.

يتضح من خلال الجدول رقم ( 6 ) ان للتعليم دور فاعل في الإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة ، وذلك من خلال ارتفاع الإصابات وسط الأميين حيث بلغ عدد المصابين منهم 65 فرد بنسبة 53.3% من المصابين ، والذين تلقوا تعليم بالخلوى حيث بلغ عددهم 40 فرد بنسبة 32.8% من جملة المصابين، ويلاحظ انخفاض الإصابات بين فئات المتعلمين حيث بلغت حوالى 9.8% لمستوى الأساس و3.3% للثانوى و0.8% للمستوى الجامعى .

ويمكن ملاحظة مدى العلاقة بين المستوى التعليمي والإصابة بمرض الدرن من خلال اختبار

مربع كاي.

#### Chi square tests.

مستوى الدلالة المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا <sup>2</sup>
.000	4	152.689
Pearson Chi square		

من الواضح ان هنالك علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية عالية ، ويؤكد ذلك ان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. اصغر من 0.05 وعلية يمكن القول بان هنالك علاقة قوية جداً بين تدني المستوى التعليمي وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة .

ويتضح أيضاً من خلال التحليل ان هنالك ارتباط قوى بين المستوى التعليمي والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة حيث بلغت نسبة الارتباط حوالي 77.2% وهي مؤشر لوجود علاقة قوية بين تدني المستوى التعليمي وزيادة انتشار المرض بالمنطقة ، وعليه يمكن ان تستمر معدلات انتشار المرض والإصابة به في الارتفاع ما لم تتحسن الأوضاع الحالية للتعليم بمنطقة الدراسة .

**3- الحالة الاجتماعية للمجتمع المبحوث :**

تعتبر معرفة الحالة الاجتماعية مهمة لتوضيح النواحي الأسرية للمجتمع المبحوث ، ومن ثم النواحي الديموغرافية وكل ذلك له علاقة وثيقة بالنواحي الصحية والمرضى .

### جدول (7)

الحالة الاجتماعية وعدد مرات الزواج لأفراد العينة المبحوثة

النسبة %	عدد مرات الزواج	النسبة %	الحالة
59.8	مرة	80.8	متزوج
22.8	مرتين	12.8	عازب
17.4	ثلاثة	2.8	أرمل
-	أربعة	3.6	مطلق
<b>100</b>		<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

يشير الجدول رقم (7) إلى ارتفاع نسبة المتزوجين بين أفراد عينة الدراسة ويشكلون 80.8% يليهم غير المتزوجين بنسبة 12.8% والمطلقين بنسبة 3.6% والأرامل بنسبة 2.8% ، وان 17.4% من الذين تزوجوا مرتبطين بثلاثة زوجات و 22.8% مرتبطين بزوجتين والذين يرتبطون بزوجة واحدة يمثلون 59.8% وهي الفئة الغالبة لدى مجتمع الدراسة ، ويعتبر تعدد الزوجات مؤشر واضح لسن الزواج المبكر ، ورغبة الآباء في تأمين حياتهم الاجتماعية التي غالباً ما يفقدون فيها الأبناء بسبب المرض ، ورغبة في زيادة أفراد الأسرة خاصة الأبناء باعتبارهم واجهه اجتماعية أو تأمين اقتصادي حيث يشكل جميع أفراد الأسرة قوى عاملة ومنتجة خصوصاً في موسم الزراعة.

### 4- حالات الوفاة لدى الأسر :

تلعب الأحوال الاجتماعية دوراً في الإصابة بالأمراض ، والتي لها علاقة بالوفيات وأسبابها ومن خلال الدراسة اتضح ارتفاع حالات الوفاة لدى اسر عينة الدراسة ومعظمها نتيجة للإصابة بالأمراض .

## جدول رقم (8)

## حالات الوفاة لدى الأسر خلال العشرة أعوام السابقة

النسبة %	حالة الوفاة
67.2	نعم
32.8	لا
<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول رقم (8) يلاحظ ارتفاع نسبة الوفيات لدى الأسر خلال العشرة أعوام السابقة حيث بلغت نسبة الذين لديهم حالة وفاة حوالى 67.2% وهي مؤشر واضح لانتشار الأمراض بمنطقة الدراسة.

## جدول رقم (9)

## أسباب الوفاة لدى اسر المبحوثين

النسبة %	السبب
22.6	طبيعي
1.8	حادث
75.6	مرض
<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

يشير الجدول (9) إلى ارتفاع نسبة الوفاة نتيجة للمرض حيث بلغت 75.6%، تليها الوفاة الطبيعية بنسبة 22.6% ثم الوفاة نتيجة لحادث بنسبة 1.8% ويعتبر ذلك مؤشر لانتشار وتوطن الأمراض بمنطقة الدراسة .

وتبين من خلال الدراسة ان جميع المصابين بمرض الدرن كانت لديهم حالات وفاة في الأسرة خلال العشرة أعوام السابقة نتيجة للإصابة بالأمراض المختلفة .

يوضح مستوى المعنوية المحسوبة وجود علاقة وارتباط بين مرض الدرن وحالات الوفاة، وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05 وهذا مؤشر لوجود علاقة بين أسباب الوفاة ومرض الدرن بمنطقة الدراسة. ويشير معامل ارتباط بيرسون إلى وجود علاقة إرتباطية بلغت 68.2% بين أسباب الوفاة ومرض الدرن بمنطقة الدراسة .

## 5- خصائص المسكن و المرض :

تتأثر الحالة السكنية بمكونات البيئة الأيكولوجية وتعتبر من الموضوعات الهامة عند دراسة الحالة الصحية وانتشار الأمراض، وعلاقة المسكن بالصحة وثيقة ومباشره وقد أوضحت العديد من الدراسات العلاقة بين البيئة السكنية والصحة، فقد وجد أن المساكن التي تفتقر إلى الخدمات الأساسية والتي تتمثل في مياه نظيفة وصرف صحي جيد، ومواد بناء جيدة، مصدرًا للعديد من الأمراض. وإن نسبة وفيات الأمراض السارية في مناطق السكن السيئ أضعاف السكن الجيد.

وشروط السكن الصحي لا تنطبق مع مواصفات السكن بمنطقة الدراسة، فطبيعة السكن في المنطقة عبارة عن منازل ريفية بسيطة يغلب عليها في مادة البناء القش والحطب، وتفتقر لأسس البناء الصحي السليم والصرف الصحي، ومعظم المنازل لا توجد بها مرافق صحية وحتى التي توجد بها لا تتصف بالمواصفات الصحية، وتتصف غالبية المساكن بسوء التهوية الذي له علاقة وثيقة بمرض الدرن والأمراض الصدرية عموماً مما يجعل المخاطر الصحية أكثر في هذه البيئة السكنية.

نوع السكن والمرض :

### جدول (10)

#### نوع السكن والمرض بمنطقة الدراسة

النسبة %	نوع السكن
12	مخطط
88	غير مخطط
100	المجموع

\*المصدر: العمل الميداني 2009م

من الجدول السابق نلاحظ ان الغالبية العظمى لعينة الدراسة ويمثلون 88% يعيشون في مساكن غير مخططة وبالتالي فهم عرضة لانتشار الأمراض والأوبئة نتيجة للبيئة السكنية المتدهورة وعدم ملائمة المساكن لاتجاهات الرياح ومساقط الإشعاع الشمسي مما يؤثر على البيئة الداخلية للسكن، أما الذين يعيشون في المساكن المخططة بلغت نسبتهم 12% وبالرغم ذلك فانه من الملاحظ عدم التزام السكان بالبيئة السكنية حسب مواصفات جهات الاختصاص والمخططين.

يشير مستوى المعنوية المحسوبة إلى وجود علاقة بين نوع السكن من حيث التخطيط وانتشار مرض الدرن بم منطقة الدراسة وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسى 0.05 ويوضح معامل ارتباط بيرسون وجود علاقة إرتباطية بين نوع السكن وانتشار المرض، ويمكن إرجاع الإصابة بالمرض وانتشاره في المساكن المخططة إلى نواحي أخرى مثل النواحي الديموغرافية والبيئة السكنية الداخلية للأسرة والتي تعمل مجتمعه على زيادة الإصابات وهذا يفسر إرتفاع الإصابات وانتشار المرض في مناطق السكن العشوائى.

**عدد الغرف والمرضى:-**

من خلال العمل الميداني تبين أن هنالك علاقة واضحة بين عدد الغرف والمرضى بمنطقة الدراسة ، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الجدول التالي:

**جدول رقم (11)****عدد الغرف لأسر عينة الدراسة**

النسبة %	عدد
16.4	غرفة واحدة
42.4	غرفتان
25.6	ثلاثة غرف
15.6	أكثر من ثلاثة
<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\* المصدر العمل الميداني 2009م

من خلال الجدول رقم ( 11 ) يتضح ان 42.4% من مجموع الأسر لها غرفتان، و 16.4% يمتلكون غرفه واحده وحوالي 25.6% يمتلكون ثلاثة غرف، وان الذين يمتلكون أكثر من ثلاثة غرف تقل نسبتهم حيث بلغت 15.6% ويلاحظ ان عدد الغرف يختلف من أسرة إلى أخرى تبعاً لعدة أسباب من بينها الوضع الاقتصادي والديموغرافي والاجتماعي للأسرة .  
ومن خلال العمل الميداني تبين ان الإصابة بمرض الدرن تركزت في الأسر التي تمتلك غرفه واحدة بنسبة 33.6% والتي تمتلك غرفتين بنسبة 66.4% بينما انعدمت الإصابة بين أفراد الأسر التي تمتلك ثلاثة غرف وأكثر، ويعتبر ذلك مؤشر لوجود علاقة بين عدد الغرف وانتشار المرض لدى الأسر بمنطقة الدراسة .

يشير مستوى المعنوية المحسوبة إلى وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عالية بين عدد الغرف لأسر عينة الدراسة وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05 ، وباستخدام معامل الارتباط تبين ان هنالك علاقة ارتباطيه قوية بلغت حوالي 79.5% بين عدد الغرف وانتشار مرض الدرن، ويعتبر ذلك مؤشر لزيادة إنتشار المرض مستقبلاً ما لم تتحسن الأوضاع السكنية للأسر بمنطقة الدراسة.

**عدد النوافذ والمرضى :**

من الملاحظ ان هناك علاقة وثيقة بين الظروف السكنية المتدهورة والإصابة بمرض الدرن وخاصة سوء التهوية له علاقة وثيقة بهذا المرض والأمراض الصدرية الأخرى .  
وتبين من خلال الدراسة الميدانية عدم الاهتمام بوجود النوافذ في غرف السكن لمعظم الأسر وبالتالي سوء التهوية للمنازل مما يساعد على انتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة.



## جدول (12)

## عدد النوافذ في كل غرفة لعينة الدراسة

النسبة %	عدد النوافذ
64	بدون نوافذ
5.6	نافذة واحدة
27.2	نافذتين
3.2	ثلاثة وأكثر
100	المجموع

\*المصدر العمل الميداني 2009م.

من الجدول أعلاه نلاحظ عدم اهتمام أفراد العينة بالتهوية الجيدة للسكن وبلغت نسبة الذين لا توجد لديهم نوافذ حوالي 64% من المبحوثين وحوالي 5.6% لديهم نافذة واحدة ويعتبر ذلك مؤشر لانتشار المرض في ظل هذه الأوضاع السكنية، وتبلغ نسبة الذين لديهم نافذتين حوالي 27.2% بينما يلاحظ تدني نسبة من لديهم ثلاثة نوافذ إلى 3.2%، مما يؤكد على عدم الاهتمام بالبيئة السكنية الصحية بمنطقة الدراسة .

وتبين من خلال الدراسة الميدانية ان غالبية المصابين بمرض الدرن من الذين لا تتوفر لديهم نوافذ بمساكنهم ، بينما انعدمت الإصابة تماماً بين الذين تتوفر لديهم نوافذ ويعود ذلك لعامل التهوية الجيدة ودوره في انتشار المرض.

يوضح مستوى المعنوية المحسوبة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين عدد النوافذ في كل غرفة وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة ، وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05، وباستخدام معامل الارتباط تدين ان هنالك علاقة إرتباطية ايجابية بلغت 72% بين عدد النوافذ في كل غرفة وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة ويعتبر ذلك عامل يساعد على انتشار المرض مستقبلاً ما لم تتغير نظرة المجتمع نحو أهمية النوافذ ودورها في التهوية وتحسين الأوضاع الصحية للمساكن .

## عدد الأفراد في كل غرفة والمرضى :

يشير عدد الأفراد في كل غرفة عند النوم إلى درجة التزاحم التي توضح العلاقة بين السكان وعدد الغرف السكنية وتعد احد المؤشرات على مدى صحة البيئة السكنية ، ومن خلال الدراسة الميدانية تبين ان هنالك علاقة واضحة بين عدد الأفراد في كل غرفه عند النوم وانتشار مرض الدرن، وهذا ما يبينه الجدول التالي :-

## جدول (13)

## عدد الأفراد في كل غرفة عند النوم لعينة الدراسة

عدد الأفراد	النسبة %
واحد	4
اثنين	14.4
ثلاثة - خمسة	63.2
خمسة فأكثر	18.4
المجموع	100

\* المصدر العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول رقم ( 13 ) يتضح ارتفاع درجة التزاحم بمنطقة الدراسة حيث بلغت نسبة الفئة من (3-5) أفراد بالغرفة الواحدة حوالي 63.2% من جملة العينة، ومن خمسة فأكثر 18.4% واثنين حوالي 14.4% وكانت اقل نسبة هي فرد لكل غرفة حيث بلغت 4% من جملة العينة ويعتبر ذلك مؤشر واضح لإمكانية تفشي وانتشار الأمراض المعدية نتيجة الاختلاط والتزاحم بين أفراد الأسرة الواحدة بمنطقة الدراسة ، وهذا ما أوضحته الدراسة في دور درجة التزاحم وانتشار مرض الدرن بالمنطقة. وتبين من خلال الدراسة الميدانية ان أكبر نسبة للمصابين في الفئة من ( 3-5) أفراد للغرفة حيث بلغت نسبة الإصابة لديهم حوالي 62% من جملة المصابين ،تليهم فئة اثنين بنسبة 29.5% بينما تقل الإصابة في فئة الفرد الواحد ووصلت إلى 8.5% من جملة المصابين وربما يمثل هؤلاء مصابين قد تم عزلهم للسيطرة على انتشار المرض أو نتيجة للعزلة الاجتماعية بسبب المرض، ويفسر ذلك الارتباط الوثيق بين درجة التزاحم وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة.

يبين مستوى المعنوية المحسوبة ان هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عالية بين عدد الأفراد في كل غرفة عند النوم وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000. اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05، وباستخدام معامل الارتباط تبين ان هنالك علاقة قوية بلغت 60.5% بين عدد الأفراد في كل غرفة عند النوم وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة ومن ملاحظات الباحث ان درجة التزاحم تزداد في بعض الأماكن العامة كأندية المشاهدة الجماعية المنتشرة بكثافة عالية بمنطقة الدراسة والتي لاتراعى بها الأسس الصحية مما يجع لها أنسب الأماكن لتفشي وانتقال العدوى بمنطقة الدراسة .

## الوقود المستخدم داخل المنزل :

هنالك كثير من الأمراض المرتبطة بنوعية الوقود المستخدم في المنازل خاصة فيما يتعلق بالأمراض الصدرية كمرض الدرن والحساسيات، كما يعد نوع الوقود مؤشر للوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وقد أتضح من خلال الدراسة الميدانية ان هناك علاقة بين نوع الوقود وانتشار المرض بمنطقة الدراسة.

## جدول رقم (14)

## نوع الوقود المستخدم بمنطقة الدراسة

النسبة %	نوع الوقود
87.2	حطب
8	فحم
4.8	غاز
100	المجموع

\*المصدر العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول رقم ( 14 ) يلاحظ اعتماد الغالبية العظمى من اسر عينة الدراسة على استخدام الحطب بنسبه بلغت 87.2% ويعتبر هذا مؤشر لتفشي الكثير من الأمراض الصدرية نتيجة لتساعد الدخان والغازات المختلفة من احتراق الحطب في أماكن سيئة التهوية ويتضح ذلك من خلال إجابات المبحوثين عن وجود مطبخ بالمنزل حيث بلغت نسبة الذين يمتلكون مطبخ حوالى 52.8% والذين لا يملكون 47.2%، ويفسر ذلك ان المطبخ الموجود لا تنطبق عليه المواصفات الصحية فهو عباره عن غرفه من المواد المحلية أو ما يسمى محليا(بالتكل)، أما الذين لا يملكون هذا النوع فهم أكثر عرضه للأمراض حيث أجاب حوالى 68.6% منهم بأنهم يطبخون داخل غرفة النوم (السكن) مما يزيد من خطورة الإصابة بالأمراض، وحوالي 31.4% يطبخون في العراء مما يجعل غذاؤهم عرضه للجراثيم وبالتالي الإصابة بالأمراض المختلفة، وتتضح العلاقة بين وجود المطبخ بالمنزل ، ونوعية الوقود المستخدم وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة بالتالي:

يوضح مستوى المعنوية المحسوبة وجود علاقة إرتباطية بين عدم وجود مطبخ بالمنزل لأسر عينة الدراسة وإنتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.5 وباستخدام معامل الارتباط اتضح ان هناك علاقة إرتباطية قوية بلغت حوالى 92% بين عدم وجود مطبخ بالمنزل وانتشار المرض بمنطقة الدراسة. يوضح مستوى المعنوية المحسوبة وجود علاقة وارتباط بين نوع الوقود المستخدم بالمنزل وانتشار المرض وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000 اصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05 وهذا يعنى وجود علاقة بين نوعية الوقود وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة

## تربية الحيوان بالمنزل والمرض:

تكمن خطورة تربية الحيوان داخل المنزل إذا لم يخصص له المكان المناسب النظيف، وإذا كان هذا الحيوان مصاب بالأمراض، فهنالك الكثير من الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان كالدرن، والتي تنتقل عن طريق الحليب أو لحوم الحيوان إلى الإنسان السليم ، وتتوفر بمنطقة الدراسة أعداد كبيره من الثروة

الحيوانية وتمتلك معظم الأسر أنواع مختلفة منها، سواء كان رؤوس أبقار أو حيوانات صغيرة كالماعز والضأن للاستفادة من ألبانها ولحومها. والجدول التالي يوضح عدد الأسر التي تربي حيوانات وأنواعها بمنطقة الدراسة.

### جدول (15)

#### امتلاك الأسر للحيوانات وأنواعها

النسبة %	النوع	النسبة %	الحيوانات بالمنزل
35.4	أبقار	52	توجد
15.4	ضان	48	لا توجد
49.2	ماعز	-	-
<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>المجموع</b>

\* المصدر: العمل الميداني 2009م.

من خلال الجدول أعلاه يتضح ان أكثر من نصف عينة الدراسة توجد لديهم حيوانات بالمنزل ويمثلون 52%، وتمثل الحيوانات المملوكة للأسر في الأبقار بنسبه 35.4% والضان 15.4% والماعز بأعلى نسبة حوالى 49.2%، ومن الملاحظ ان امتلاك الحيوانات في منطقة الدراسة يتمثل في أعداد قليلة وللاكتفاء الذاتي من منتجاتها فقط بالرغم من ملائمة البيئة لتربيتها، ويفسر ذلك اعتماد غالبية السكان على الزراعة المطرية باعتبارها النشاط الاقتصادي الأول في منطقة الدراسة. وقد إتضح من خلال الدراسة ان هنالك علاقة بين وجود الحيوانات بالمنزل والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة.

يشير مستوى المعنوية المحسوبة إلى وجود علاقة وارتباط بين وجود الحيوانات بالمنزل والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة وذلك لان مستوى المعنوية المحسوبة 0.000، أصغر من مستوى المعنوية القياسي 0.05، وباستخدام معامل الارتباط إتضح ان هناك ارتباط قوى جدا بلغ 94% بين وجود الحيوانات بالمنزل والإصابة بمرض الدرن بمنطقة الدراسة، ويفسر ذلك الدور الرئيسي للحيوانات (الأبقار) في انتقال عدوى الدرن للإنسان.

#### الخاتمة:

خلصت الدراسة الى ان هنالك علاقة بين مجموعة من الخصائص الاجتماعية وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة، منها مثلا العلاقة بين المستوى التعليمي وانتشار المرض بالمنطقة ويوضح ذلك ان الاميين يمثلون حوالى 32.8% من المبحوثين بالاضافة الى 40.8% تلقوا تعليمهم بالخلاوى فقط، مع ملاحظه تدنى مستويات التعليم العالي حيث بلغت نسبته 1.2% من عينة الدراسة، وأكدت الدراسة أن حوالى 67.2% من المصابين بالمرض من فئة الاميين كما أوضحت نتائج التحليل وجود علاقة

وارتباط بين المستوى التعليمي و الاصابه بمرض الدرن، ومما يؤكد ذلك أن مستوى المعنوية المحسوبة بلغ 0.000. وهو أقل من مستوى المعنوية القياسي 0.05 مما يشير الى وجود علاقة واضحة بين تدني المستوى التعليمي الذي يعتبر من أهم العوامل الاجتماعية وانتشار مرض الدرن بمنطقة الدراسة. وان الوصمة الاجتماعية لمرض الدرن مرتفعه في المجتمع وتحول دون العلاج مما يتسبب في انتشار المرض. بالإضافة للجهد بمسببات الدرن وطبيعة المرض وإمكانية الشفاء منه والخوف الزائد من المرض مما يؤدي إلى الانتشار والإصابة به وبالتالي زيادة انتشاره وسط مجتمع منطقة الدراسة. وملاحظة انخفاض درجة الحضارية التي تمخض عنها سلوك غير صحي للسكان سواء من ناحية الوقاية أو العلاج مما يجعل المنطقة واحدة من أكثر أجزاء الولاية عرضه لانتشار وتوطن الكثير من الأمراض المتعلقة بالجوانب الثقافية والحضارية للسكان.

### التوصيات:

- إدخال الرسائل الإرشادية حول مكافحة الدرن في مناهج التدريس بالمراحل الأولية بمنطقة الدراسة.
- تفعيل دور الاتصال الشخصي بين العاملين الصحيين وبين مرضى الدرن وأسرههم بهدف تحسين التزام المرضى بتلقى العلاج ورفع معدلات الشفاء.
- تفعيل دور مؤسسات التعليم العالي في نشر الوعي ومكافحة الأمراض بالمنطقة عن طريق القوافل الصحية والثقافية، والتركيز على ربط كليتي الطب، وتنمية المجتمع بجامعة القصارف بالقضايا الصحية والاجتماعية بالمنطقة ودراستها ووضع الحلول العملية والعلمية لها.
- محاربة الأمية وجعل التعليم الاساسي إجباريا لكل من هم في سن التعليم الاساسي لأنه يساعد على تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

### المصادر والمراجع:

1. اللبان، خلف حسن محمد. 1997م. الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، دار المعرفة الجامعية
2. عمر، نادية. 1993م. العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسته في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية.
3. الوليعي، عبدالله بن ناصر. 1999 م. التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية، جامعة الإمام محمد بن سعود.
4. WWW.sehha.com
5. وزارة الصحة الاتحادية، تقرير البرنامج القومي لمكافحة الدرن (1997-2007م)
6. عثمان، عبدالرحمن أحمد. 1995م، مناهج البحث العلمي وطرق كتابة الرسالة الجامعية، دار جامعة أفريقيا العالمية للنشر، الخرطوم.
7. شرف عبدالعزيز طريح . 2003م البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية، مركز الإسكندرية للكتاب.

8. جانيه، إحسان محمود. 1994 م، أمراض الجهاز التنفسي، الطبعة الثانية، مكتبة الأسد، دمشق.
9. منظمة الصحة العالمية، الكتاب الطبي الجامعي 2006 م.
10. WWW.aljaariss.com
11. منظمة الصحة العالمية ، دليل مكافحة الدرن 2006 م.

