



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الإجتماعية  
قسم: علم الاجتماع والديمغرافيا  
التخصص: ديمغرافيا



# العوامل السوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية لدى الشباب الجزائري

دراسة ميدانية لعينة من الشباب الجزائري في سن 16 – 29 سنة

أطروحة لنيل درجة دكتوراه العلوم

إشراف الدكتورة:

زهية جاب الله

إعداد الطالبة:

خيرة حسني

أعضاء لجنة المناقشة:

- 1- أ.د عيساني نور الدين..... رئيسا
- 2- د. جاب الله زهية..... مقرا
- 3- د. بوعزيز كريمة..... عضوا
- 4- أ.د. ميسانيفاطيمة..... عضوا
- 5- د. قرين رشيدة..... عضوا

السنة الجامعية: 2019/2018



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم: علم الاجتماع والديمغرافيا



التخصص: ديمغرافيا

# العوامل السوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية لدى الشباب الجزائري

دراسة ميدانية لعينة من الشباب الجزائري في سن 16 – 29 سنة

أطروحة لنيل درجة دكتوراه العلوم

إشراف الدكتورة:

زهية جاب الله

إعداد الطالبة:

خيرة حسني

السنة الجامعية: 2018/2019

## كلمة شكر

إنه لمن دواعي الاعتراف بالجميل، والاحترام أن أفف هذا الموقف الجليل أمام :

- الأستاذة المشرفة الدكتورة جاب الله زهية التي شرفتنا بقبولها الإشراف على هذا العمل وساعدتنا كثيرا بمعلوماتها القيمة، وإرشاداتها البناءة وتشجيعاتها المتواصلة لنا، فهي أول من يستحق الشكر والثناء بعد الله سبحانه وتعالى، فلك مني أستاذتي الكريمة أسمى عبارات التقدير والشكر الجزيل.

- شكري الخاص إلى أمي الغالية التي ضحت كثيرا من أجل إنهاء هذا البحث، وقاسمتني كل لحظات المرة والحلوة صاحبت التشجيع المعنوي والمادي الدائم شكرا ماما.

- شكر آخر لكل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث، جميع أفراد عائلتي أبي الغالي، زوجي العزيز وإخوتي الأحباء، أصدقائي شكرا جميعا.

## الإهداء

أحمد الله تعالى الذي أعانني على إتمام هذا البحث

وأهدي هذا الجهد إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما ومدهما بالصحة  
والعافية، الذين بذلا الغالي والنفيس، من أجل إتمام مشواري العلمي ومن أجل تحقيق  
حلمنا المشترك بإنجاز هذا العمل، حفظهما الله لي.

وإلى إخوتي الأعزاء: الصديق، فاطيمة، أمينة، ومحمد. وكل عائلة حسني

وإلى زوجي العزيز كادي وأبنائي الأعزاء وسيم ونزيم وفرح

وإلى عائلتي الثانية بهة.

وإلى كل من كان لهم فضل تلقيني العلم النافع إلى كافة معلمي وأساتذتي الكرام

إلى هؤلاء جميعا أهدي هذا العمل المتواضع

## فهرس المحتويات

أ..... مقدمة: .....

### الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

10 ..... تمهيد

11 ..... أولا: تحديد موضوع الدراسة

11 ..... 1 - الإشكالية:

15 ..... 2 - الفرضيات:

16 ..... 3 - تحديد المفاهيم والمصطلحات:

19 ..... 4 - أسباب اختيار الموضوع والهدف منه:

22 ..... ثانيا: الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

22 ..... 1 - منهج الدراسة:

23 ..... 2 - الأدوات المستخدمة في الدراسة:

23 ..... 3 - مجالات الدراسة:

27 ..... 4 - الدراسات السابقة:

39 ..... خلاصة الفصل:

### الفصل الثاني: الوضع الاجتماعي للشباب في الجزائر

42 ..... تمهيد:

43 ..... 1 - مفهوم الشباب:

52 ..... 2 - حجم الشباب في الجزائر:

53 ..... 3 - الحالة الزوجية للشباب في الجزائر:

56 ..... 4 - الخصوبة عند الشباب الجزائري:

- 57 ..... 5 - هجرة الشباب في الجزائر: .....  
59 ..... 6 - وضعية التعليم لدى الشباب في الجزائر: .....  
70 ..... خلاصة الفصل: .....

### الفصل الثالث: الوضع الاقتصادي وللشباب في الجزائر.

- 73 ..... أولا: الظروف الاقتصادية للأسرة الجزائرية. ....  
73 ..... 1 - الدخل والموارد المالية للأسرة في الجزائر: .....  
77 ..... 2 - وضعية السكن في الجزائر: .....  
79 ..... 3- تشغيل الشباب في الجزائر. ....  
90 ..... ثانيا: تطور البطالة في الجزائر. ....  
90 ..... 1 - بطالة الشباب في الجزائر. ....  
96 ..... 2 - البحث عن العمل في الجزائر. ....  
100 ..... خلاصة الفصل: .....

### الفصل الرابع: الثقافة الصحية والتربية الصحية

- 103 ..... تمهيد: .....
- 104 ..... أولا: الثقافة الصحية. ....
- 104 ..... 1 - الثقافة الصحية. ....
- 114 ..... 2 - الوعي الصحي والتثقيف الصحي. ....
- 126 ..... 4 - استخدام ملابس واقية أو أقنعة خاصة في الصناعة: .....
- 127 ..... 5 - استعمال الأغذية الخاصة: .....
- 129 ..... ثانيا - التربية الصحية والصحة المدرسية في الجزائر: .....
- 129 ..... 1 - التربية الصحية: .....
- 133 ..... 2 - الصحة المدرسية في المدارس الجزائرية: .....

141 ..... خلاصة الفصل:

### الفصل الخامس: الوضع الصحي للشباب في الجزائر.

144 ..... تمهيد

145 ..... 1- الفحوصات الطبية قبل الزواج:

149 ..... 2- الأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر.

152 ..... 3- الممارسات غير الصحية لدى الشباب في الجزائر:

### الفصل السادس: البيانات الشخصية للمبحوثين وثقافتهم الصحية

168 ..... أولا: مميزات وخصائص عينة الدراسة.

168 ..... 1 - النوع:

169 ..... 2 - السن:

171 ..... 3- المستوى التعليمي للمبحوث:

173 ..... 4- الحالة المهنية:

175 ..... 5 - الحالة الزوجية (الوضعية الاجتماعية):

177 ..... 6 - الولايات التي شملت أفراد عينة دراستنا:

182 ..... 8 - وجود أطفال:

183 ..... 9 - انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية:

185 ..... 10 - ممارسة الرياضة بانتظام:

187 ..... ثانيا: التعريف بالمتغير التابع (الثقافة الصحية):

187 ..... 1 - الوعي الصحي للمبحوث:

187 ..... 1 - 1 - معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا:

189 ..... 1- 2 - نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث:

190 ..... 1 - 3 - بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة:

1-4 - المصادر التي يعتمدون عليها المبحوثين في بحثهم عن معلومات حول

الصحة:	192
1-5 - سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية:	194
2- الممارسات الصحية للمبحوثين:	196
1-2 - إجراء المبحوث للفحص الطبي:	196
2-2 - عدد مرات الاستحمام أسبوعياً:	197
2-3 - إدمان المبحوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي):	199
2-4 - كمية الماء التي يشربها المبحوث يومياً:	201
2-5 - تعاطي المبحوثين لأي نوع من المخدر:	202
2-6 - نوع المخدر الذي سبق وأن تعاطاه المبحوث:	204
2-7 - استمرار المبحوث في التعاطي:	206
خلاصة الفصل:	208

#### الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

تمهيد:	211
أولاً - تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين على وعيهم الصحي:	214
1 - تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على وعيهم الصحي:	214
2 - تأثير الظروف الاقتصادية للمبحوثين على وعيهم الصحي:	227
ثانياً - تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:	235
1 - تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:	235
2 - تأثير الظروف الاقتصادية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:	255
استنتاج الفرضية الأولى:	262
فصل الثامن: تأثير الظروف الثقافية للمبحوث على ثقافته الصحية.	264

## الفصل الثامن: تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية

- تمهيد ..... 265
- أولاً: تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على وعيهم الصحي: ..... 267
- 1 - تأثير المستوى التعليمي للمبحوثين على وعيهم الصحي: ..... 267
- 2 - تأثير انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية على وعيهم الصحي: ..... 275
- 3 - تأثير ممارسة المبحوثين للرياضة بانتظام على وعيهم الصحي: ..... 280
- ثانياً: تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية: ..... 286
- 1 - تأثير المستوى التعليمي للمبحوثين على ممارساتهم الصحية: ..... 286
- 2 - تأثير انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية على ممارساتهم الصحية: ..... 291
- 3 - تأثير ممارسة المبحوثين للرياضة بانتظام على ممارساتهم الصحية: ..... 296
- استنتاج الفرضية الثانية: ..... 305

## الفصل التاسع: تأثير الظروف السوسيو ثقافية للأسرة على ثقافة المبحوث الصحية

- تمهيد ..... 309
- أولاً - تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية: ..... 311
- 1- تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي: ..... 311
- 1-1 - تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي: ..... 312
- 2 - تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية: ..... 319
- ثانياً: تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية: ..... 329
- 1- تأثير الظروف الثقافية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي: ..... 329
- 1-1 - تأثير المستوى التعليمي للأب على وعي المبحوثين الصحي: ..... 330
- 1-2 - تأثير المستوى التعليمي للأم على وعي المبحوثين الصحي: ..... 334
- 2 - تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية: ..... 341

345	2 - 2 - تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارسات المبحوثين الصحية: .....
352	استنتاج الفرضية الثالثة: .....
	<b>الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوث الصحية.</b>
356	تمهيد .....
358	أولاً: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية
358	1 - تأثير نوع المسكن على ممارسات المبحوثين الصحية .....
362	2 - تأثير الحالة المهنية للأب على ممارسات المبحوثين الصحية .....
364	3 - تأثير الحالة المهنية للأم على ممارسات المبحوثين الصحية .....
368	4 - تأثير الدخل الشهري للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية .....
370	استنتاج الفرضية الرابعة .....
374	الاستنتاج العام للدراسة .....
384	خاتمة .....

قائمة المراجع

الملاحق

## فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
<b>الجانب النظري</b>		
53	يبين توزيع الشباب حسب السن والجنس خلال (2016/07/01) في الجزائر.	01
55	يبين تطور متوسط السن عند أول زواج حسب الجنس.	02
56	يبين الحالة الاجتماعية للسكان المتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة (سنة 2012) (%).	03
57	يبين تطور معدل الخصوبة لدى فئة الشباب من 15 إلى 29 سنة في الجزائر.	04
57	يبين تطور متوسط السن عند الولادة عبر السنوات في الجزائر.	05
58	يبين المستوى التعليمي للشباب الذين يرغبون في الهجرة (%).	06
60	يبين توزيع التعليم للسكان البالغين من 15 - 29 سنة حسب الجنس في الجزائر سنة 2012 (%).	07
62	يبين توزيع التلاميذ المسجلين في الطور الثانوي عبر مختلف السنوات في الجزائر	08
63	يبين تطور المؤسسات التعليمية من سنة 1962 إلى سنة 2017.	09
66	يبين توزيع الطلبة المسجلين في التعليم العالي حسب مختلف السنوات الدراسية 08/2007 إلى 17/2016 في الجزائر بالآلاف.	10
67	يبين المدة المتوسطة للدراسة بالجامعة (جميع الشعب) بين 2004-2013 في الجزائر (بالسنوات).	11
67	يبين تطور هيئة التدريس الخاص بالتعليم العالي في الجزائر ما بين 12/2011 و 17./2016	12
68	يبين تطور شهادات التخرج في الجزائر بين 2011/2010 و 2013/2012.	13

الرقم	العنوان	الصفحة
14	يبين تطور الأجر الوطني الأدنى المضمون في الجزائر عبر مختلف السنوات (أ.و.أ.م).	74
15	يبين متوسط صافي الأجر الشهري حسب الفرع والفئة التأهيلية في 2011 في الجزائر - القطاع العمومي الوطني - ب.د.ج.	75
16	يبين الإنفاق الكلي والمتوسط للأسرة الجزائرية حول "الصحة والنظافة الشخصية" سنة 2011.	76
17	يبين تطور نسبة النشاط حسب فئات الأعمار والجنس خلال سنوات 2004 و 2014 في الجزائر ب.م.	80
18	يبين نسبة الشغل للشباب حسب فئات الأعمار والجنس سنة 2009 و 2013 و 2014 في الجزائر ب.م.	81
19	يبين توزيع القوى ومعدل النشاط الاقتصادي حسب الفئات العمرية والجنس سنة 2015 في الجزائر.	82
20	يبين معدل النشاط الاقتصادي ومعدل العمالة حسب نوع الجنس والمستوى التعليمي والدرجة (ب.م.).	83
21	يبين أجهزة وبرامج الشغل.	89
22	يبين تطور نسبة البطالة حسب الجنس وفئة الأعمار خلال فترة الممتدة بين 2004 و 2014 في الجزائر ب.م.	92
23	يبين نسبة البطالة وفقا للأعمار ومكان الإقامة خلال الفترة الممتدة بين 2004-2014 في الجزائر %	93
24	يبين نسبة البطالة حسب الجنس، المستوى التعليمي والشهادة المتحصل عليها خلال سنوات 2012، 2013، 2014 في الجزائر ب.م.	95
25	يبين توزيع العاطلين عن العمل وفق لمدة البحث عن العمل والشهادة والجنس بالألف في الجزائر سنة 2010	97

الصفحة	العنوان	الرقم
99	يبين توزيع الشباب المتراوح أعمارهم بين 15-29 سنة الذين يعانون من البطالة حسب طلبهم للشغل في الماضي أم لا في الجزائر عبر مختلف السنوات به. %.	26
138	يبين نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 12-24 سنة والذين شاركوا في الألعاب الرياضية حسب الجنس والفئة العمرية في الجزائر سنة 2012.	27
139	يبين تطور الرياضة في الجمعيات في الوسط المدرسي حسب الجنس في الجزائر.	28
140	يبين تطور ممارسة الرياضة من خلال جمعيات في البيئة الجامعية.	29
150	يبين حالات الإيدز في الجزائر حسب الفئة العمرية (2010 - 2014)	30
151	يبين تطور حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين عامي 2010 و 2014	31
162	يبين التكفل بالمدمنين حسب الوضع العائلي والفردى والجنس والفئات العمرية في الجزائر (حصيلة 2014).	32
<b>الجانب الميداني</b>		
169	يبين توزيع المبحوثين حسب النوع.	01
170	يبين توزيع المبحوثين حسب فئات السن.	02
172	يبين توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي.	03
174	يبين توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية أثناء إجراء البحث.	04
176	يبين توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية.	05
178	يبين توزيع المبحوثين حسب الولاية التي يقيمون بها	06
180	يبين توزيع المبحوثين حسب مكان إقامتهم.	07
182	يبين توزيع المبحوثين حسب وجود عندهم أطفال.	08
184	يبين توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في إحدى المؤسسات الشبابية.	09
186	يبين توزيع المبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام.	10

الصفحة	العنوان	الرقم
188	يبين توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.	11
189	يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المرض المنقول جنسياً الذي يعرفونه.	12
191	يبين توزيع المبحوثين حسب بحثهم عن المعلومات الخاصة بالصحة.	13
193	يبين توزيع المبحوثين حسب المصادر التي يعتمدون عليها في بحثهم عن معلومات حول الصحة.	14
195	يبين توزيع المبحوثين حسب الأسباب التي تدفعهم للبحث عن المعلومات حول الصحة.	15
196	يبين توزيع المبحوثين حسب إجراءاتهم للفحص الطبي بشكل دوري.	16
198	يبين توزيع المبحوثين حسب عدد مرات استحمامهم في الأسبوع.	17
200	يبين توزيع المبحوثين حسب إدمانه على تناول المنبهات (القهوة الشاي).	18
201	يبين توزيع المبحوثين حسب كمية الماء التي يشربونها يومياً.	19
202	يبين توزيع المبحوثين حسب تعاطيهم للمخدر.	20
204	يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر الذي سبق لهم وأن تعاطوه.	21
206	يبين توزيع المبحوثين حول استمرارهم في تعاطي المخدرات	22
214	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.	23
216	يبين العلاقة بين نوع المبحوث والمصادر التي يلجأ لها للبحث عن المعلومات حول الصحة	24
219	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وسبب بحثه عن المعلومات حول الصحة.	25
222	يبين العلاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً	26
224	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وبحثه على المعلومات حول الصحة.	27
225	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وحالته الزوجية وسبب بحثه عن المعلومات حول الصحة.	28

الصفحة	العنوان	الرقم
228	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.	30
230	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ونوع المرض المنقول جنسياً الذي يعرفه.	31
232	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.	32
234	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.	33
237	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري	34
239	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وكمية الماء التي يشربها يوميا	35
241	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي)	36
243	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وتعاطيه للمخدر	37
246	يبين العلاقة بين نوع المبحوث وسنه وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري	38
248	يبين العلاقة بين سن المبحوث وكمية الماء التي يشربها في اليوم	39
249	يبين العلاقة بين سن المبحوث وتعاطيه للمخدر	40
251	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وإجراءه للفحص الطبي	41
253	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وتعاطيه للمخدرات	42
257	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري.	43
258	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي).	44
259	يبين العلاقة بين سن المبحوث وحالته المهنية وتعاطيه للمخدر.	45
268	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.	46

الصفحة	العنوان	الرقم
269	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.	47
271	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.	48
273	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.	49
276	يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية ومستواه التعليمي ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.	50
278	يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.	51
281	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.	52
283	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وبحثه عن المعلومات حول الصحة.	53
284	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوعه وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.	54
257	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ونوعه وكمية الماء التي يشربها يوميا.	55
289	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وتعاطيه للمخدر.	56
292	يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وإجراءاته للفحص الطبي بشكل دوري.	57
294	يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وكمية الماء التي يشربها يوميا.	58

الصفحة	العنوان	الرقم
297	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.	59
299	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وعدد المرات التي يستحم فيها في الأسبوع.	60
301	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وكمية الماء التي يشربها يوميا.	61
303	يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوعه وتعاطيه للمخدر.	62
313	يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وسبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة.	63
317	يبين العلاقة بين لوازم المسكن وسبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة.	64
320	يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.	65
322	يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.	66
323	يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وتعاطي المبحوث للمخدر.	67
325	يبين العلاقة بين لوازم المسكن ونوع المبحوث وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.	68
327	يبين العلاقة بين لوازم المسكن ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.	69
330	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ومعرفة أحد الأمراض المنقولة جنسيا	70
332	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة.	71

الصفحة	العنوان	الرقم
335	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومعرفة المبحوث أحد الأمراض المنقولة جنسياً.	72
337	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وبحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة.	73
338	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة.	74
341	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.	75
344	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.	76
346	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.	77
348	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.	78
350	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.	79
385	يبين العلاقة بين نوع المسكن وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.	80
360	يبين العلاقة بين نوع المسكن وتعاطي المبحوث للمخدر.	81
362	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.	82
365	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.	83
366	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم وتعاطي المبحوث للمخدر.	84
368	يبين العلاقة بين الدخل الشهري للأسرة وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.	85

## فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الشكل
169	يبين توزيع مبحوثين حسب نوع	01
171	يبين توزيع مبحوثين حسب فئات سن	02
173	يبين أكثر توزيع مبحوثين حسب مستواهم تعليمي	03
174	يبين توزيع مبحوثين حسب حتهم مهنية أثناء إجراء بحث.	04
177	يبين توزيع مبحوثين حسب حالة زوجية.	05
178	يبين أكثر توزيع مبحوثين حسب ولايتي يقيمون بها	06
181	يبين توزيع مبحوثين حسب مكان إقامة.	07
183	يبين توزيع مبحوثين حسب وجود عندهم أطف.	08
185	يبين توزيع مبحوثين حسب انخراطهم في إحدى مؤسسات شبابية.	09
186	يبين توزيع مبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام.	10
188	يبين توزيع مبحوثين حسب معرفتهم لأحد أمراض منقولة جنسيا	11
190	يبين توزيع مبحوثين حسب نوع مرض منقول جنسيا ذي يعرفونه.	12
192	يبين توزيع مبحوثين حسب بحثهم عن معلومات صحية.	13
194	يبين توزيع مبحوثين حسب مصادر التي يعتمدون عليها لبحثهم عن معلومات صحية	14
195	يبين توزيع مبحوثين حسب سبب ذي يدفعهم للبحث عن معلومات صحية.	15
197	يبين توزيع مبحوثين حسب إجراءاتهم للفحص طبي بشكل دوري.	16
199	يبين توزيع مبحوثين حسب عدد مرات استحمامهم في أسبوع.	17
200	يبين توزيع مبحوثين حسب إدمانهم على تناول منبهات قهوة شاي.	18

202	يبين توزيع مبحثين حسب كمية ماء التي يشربونها يوميا	19
203	يبين توزيع مبحثين حسب تعاطيهم للمخدر .	20
205	يبين توزيع مبحثين حسب نوع مخدر ذي سبق لهم وأن تعاطوه	21
207	يبين توزيع مبحثين حسب استمرارهم في تعاطي مخدر	22
216	أعمدة بيانية تبين علاقة بين نوع مبحث وبحثه عن معلومات حول صحة.	23
219	يبين علاقة بين نوع مبحث ومصادر التي يلجأ لها للبحث عن معلومات حول صحة.	24
221	يبين علاقة بين نوع مبحث وسبب بحثه عن معلومات حول صحة	25
223	يبين علاقة بين سن مبحث ومعرفته لأحد أمراض منقولة جنسيا .	26
233	أعمدة بيانية تبين علاقة بين الحالة المهنية مهنية للمبحث وبحثه عن معلومات حول صحة.	27
240	يبين علاقة بين نوع مبحث وكمية ماء التي يشربها يوميا .	28
243	تبين علاقة بين نوع مبحث وإدمانه على تناول منبهات قهوة وشاي .	29
245	أعمدة بيانية تبين علاقة بين نوع مبحث وتعاطيه للمخدر .	30
253	أعمدة بيانية تبين علاقة بين الحالة الزوجية للمبحث وإجراءه للفحص طبي	31
255	رسم بياني يبين علاقة بين الحالة الزوجية للمبحث وتعاطيه للمخدر .	32
271	تبين علاقة بين مستوى تعليمي للمبحث ونوع مرض منقول جنسيا ذي يعرفه .	33
275	أعمدة بيانية تبين علاقة بين مستوى تعليمي للمبحث وسبب بحثه عن معلومات صحية .	34
280	يبين توزيع مبحثين حسب انخراطهم في مؤسسة شبابية وبحثهم عن معلومات صحية .	35

291	أعمدة بيانية تبين علاقة بين مستوى تعليمي للمبحوث وتعاطيه للمخدر.	36
294	أعمدة بيانية تبين علاقة بين انخراط مبحوث في مؤسسة شبابية وإجرائه للفحص طبي بشكل دوري.	37
296	تبين مبحثين منخرطين في مؤسسة شبابية وكمية ماء التي يشربونها يوميا.	38
299	يبين علاقة بين ممارسة مبحوث للرياضة بشكل منتظم وإجرائه للفحص طبي بشكل دوري.	39
301	أعمدة بيانية تبين علاقة بين ممارسة مبحوث للرياضة بشكل منتظم وعدد مرات التي يستحم فيها في أسبوع.	40
315	أعمدة بيانية تبين علاقة بين وضعية معيشية للأسرة وسبب بحث مبحوث على معلومات حول صحة.	41
343	أعمدة بيانية تبين علاقة بين مستوى تعليمي للأب وإجراء مبحوث للفحص طبي بشكل دوري.	42

مقدمة:

الصحة حق لكل إنسان، حق لكل البشر بغض النظر عن ظروفهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، لذا يمثل تأمين الصحة وحفظها وتنميتها أحد الأركان الأساسية في الخطط المتبناة من أجل الحفاظ على الحياة وازدهارها والاستفادة الأمثل من فرصة العمر، من هنا يتسم هذا الموضوع بأهمية متميزة حول كيفية الحفاظ على الصحة عن طريق الثقافة الصحية.

فالثقافة الصحية هي وسيلة تساعد الناس على العيش بحياة صحية، وتساهم في الوقاية من التعرض للأمراض بجميع أنواعها، فعندما يحافظ الأفراد على صحتهم، ينعكس ذلك على المجتمع كاملاً، ويقلل من انتشار الأمراض، وبالتالي يزداد الوعي نحو طبيعة الإصابة بمرض ما، وأسباب حدوثه، والأعراض التي تظهر على المصاب، والطرق المناسبة والصحيحة لعلاجها.

وتعد الثقافة الصحية عملية مستمرة، مبنية على مجموعة من المعارف الأساسية، والتي تهدف إلى تغيير سلوك الأفراد، وجعلهم أكثر اهتماماً بصحتهم، عن طريق إتباع أسلوب معين في توجيه المعلومات الصحية إلى كافة الأشخاص، مهما كانت أعمارهم، لذلك تعد الثقافة الصحية جزءاً مهماً وأساسياً من أجزاء العلاج المستخدم في الحد من التأثيرات السلبية الناتجة عن الإصابة بالأمراض.

كما يعتبر مفهوم الثقافة الصحية واحداً من أهم المفاهيم الشاملة والمحيطية بكل ما يتعلق بالصحة، سواء صحة الفرد أو الأسرة أو الشباب، وهي تعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة السكان،<sup>1</sup> والثقافة الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى

<sup>1</sup> بهاء الدين سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار المعرفة العربية، القاهرة، 2007، ص 22.

الفرد والأسرة، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساهمة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.<sup>1</sup>

بالإضافة إلى أننا نوجد علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع أصبح من البديهيات المعترف بها، فكلما تحسنت الحالة الاقتصادية، وارتفع الدخل الفردي، ارتفع المستوى الصحي وقلت الأمراض والعكس وكلاهما سبب ومسبب في آن واحد، فالارتفاع بالمستوى الاقتصادي خير كفيل للارتفاع بالمجتمع صحياً، ولهذا تسعى معظم دول العالم أن تطبق مقولة "الوقاية خير من العلاج" وذلك لأنه يوفر لها مبالغ مرتفعة تستطيع استعمالها في تنمية البلاد خير من استخدامها في العلاج، ولا يمكن أن تنتشر الثقافة الصحية في أي مجتمع دون أن يكون هناك ممارسات صحية ووعي صحي من طرف الأسرة.

فالأسرة هي النواة الأولى للمجتمع وهي مهد الطفل وتقوم بوظائف غاية في الأهمية يأتي من بينها الرعاية الصحية والاهتمام بصحة أفرادها، فإذا كانت الأسرة مدركة لدورها في تحصين الأطفال ضد الأمراض السارية والمعدية وحريصة على القيام بهذا الدور كان حال أفراد المجتمع من الناحية الصحية جيداً وقلت بالتالي معدلات انتشار الأمراض، خاصة عند فئة الشباب لأن هؤلاء الشباب كانوا أطفالاً ومعظم ممارساتهم ووعيهم الصحي يستمدونه من أسرهم أو قد تؤثر عليهم كل الظروف المحيطة بأسرهم في عملية اكتسابهم لثقافة صحية.

كما يعد الشباب من أهم الشرائح التي تحتل مكانة مهمة في المجتمع وهم جزء لا يتجزأ من نسيجه الاجتماعي والثقافي الأمر الذي يجعلهم يحتلون مكانة متميزة في بنية المجتمع، نظراً لكونهم أكثر الفئات العمرية حيوية وقدرة على العطاء والتجديد، كما تعتبر

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2009، ص 14.

الجزائر من الدول التي تتمتع بمجتمع فتي،<sup>1</sup> ولأهمية الشباب وأهمية الثقافة الصحية في المجتمع الجزائري حاولنا أن نربط بينهما، ونتعرف على الظروف المحيطة بالشباب والتي تجعله مثقف في مجال الصحة أو غير مثقف من خلال الكشف عن ممارسات هؤلاء الشباب الصحية وثقافتهم الصحية، وهذا ما يجعل موضوع دراستنا ذو أهمية بالغة.

ومنه سنحاول في هذا البحث الكشف عن مدى تأثير كل من الظروف السوسيو اقتصادية والثقافية المحيطة بالشباب وبأسرته في اكتسابه لثقافة صحية سليمة وتظهر في ممارساته الصحية ووعيه الصحي.

وقد شملت هذه الدراسة على مقدمة وعشرة فصول وخاتمة جاءت كالتالي.

فالفصل الأول تضمن الإطار المنهجي للدراسة وشمل تحديد موضوع الدراسة من خلال الإشكالية والفرضيات وتحديد المفاهيم بالإضافة إلى أسباب اختيار الموضوع والهدف منه ثم تطرقنا إلى الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة من خلال إبراز المنهج والأدوات ومجالات الدراسة والدراسات السابقة وأخيرا خلاصة الفصل.

أما الفصل الثاني فكان موجه إلى الوضع الاجتماعي للشباب في الجزائر تعرضن من خلاله إلى مفهوم الشباب من عدة اتجاهات كما احتوى هذا الفصل أيضا على التوزيع الديموغرافي للشباب في الجزائر ووضعيات التعليم لدى الشباب في الجزائر وخلاصة الفصل.

بما يخص الفصل الثالث فكان موجه إلى الوضع الاقتصادي للشباب في الجزائر وتضمن عنصرين، العنصر الأول أبرزنا من خلاله الظروف الاقتصادية للأسرة الجزائرية وتضمن الدخل الأسري في الجزائر والدخل والموارد المالية للأسرة في الجزائر ووضعيات

<sup>1</sup>الديوان الوطني للإحصائيات: حسب الهرم السكاني الخاص بسنة 2017.

السكن في الجزائر، ثم تشغيل الشباب في الجزائر وتضمن حجم تشغيل الشباب حسب السن والجنس، وحجم تشغيل الشباب حسب المستوى التعليمي والقطاعات وسياسات تشغيل الشباب في الجزائر.

كما تضمن أيضا هذا الفصل تطور البطالة في الجزائر وبطالة الشباب في الجزائر خصائص البطالة في الجزائر وحجم الشباب البطالين حسب مختلف المؤشرات وأيضا حجم الشباب الذين يبحثون عن عمل حسب السن والجنس، حجم الشباب الذين لم يسبق لهم البحث عن عمل ثم خلاصة الفصل.

أما الفصل الرابع للدراسة فكان موجه للثقافة والتربية الصحية وتضمن كل ما يتعلق بالصحة من مفهوم ومستويات ومكونات، وأيضا ما يتعلق بالثقافة الصحية والوعي والتثقيف الصحي، كما تضمن هذا الفصل أيضا على التربية الصحية والصحة المدرسية في الجزائر والذي تطرقنا من خلالها إلى عدة عناصر في صلب الموضوع، ثم خلاصة الفصل.

أما الفصل الخامس فكان موجه إلى الوضع الصحي للشباب في الجزائر وتضمن الصحة الإيجابية عند الأسرة والشباب من خلال إبراز الفحوصات الطبية قبل الزواج وأسباب إجرائها وفائدتها وأنواعها، كما قمنا أيضا بإبراز الأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر وانتشار الإيدز في الجزائر ومدى وعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، وأيضا الممارسات غير الصحية لدى الشباب في الجزائر وتضمن عادات الأكل واستهلاك التبغ واستهلاك الكحول وتعاطي المخدرات والمنشطات ثم خلاصة الفصل، وبهذا ينتهي الجانب المنهجي والنظري للدراسة.

ثم انتقلنا إلى الجانب الميداني للدراسة وكانت البداية مع الفصل السادس للدراسة والذي خصصناه للبيانات الشخصية للمبحوثين وثقافتهم الصحية، وتضمن مميزات

وخصائص عينة الدراسة والتعريف بالمتغير التابع (الثقافة الصحية) الوعي الصحي للشباب والممارسات الصحية للشباب بالإضافة إلى خلاصة الفصل.

أما الفصل السابع تضمن تحليل الفرضية الأولى الخاصة بالظروف السوسيو اقتصادية للشباب وتأثيرها على اكتساب ثقافة صحية، وناقشنا من خلاله تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على وعيهم الصحي، وأيضا تأثير الظروف الاقتصادية للمبحوثين على وعيهم الصحي.

كما تم تحليل تأثير كل من الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية، والذي تضمن الظروف الاجتماعية للشباب وتأثيرها على ممارساتهم الصحية، كما تطرقنا إلى الظروف الاقتصادية للشباب وتأثيرها على ممارساتهم الصحية. ثم تطرقنا إلى الفصل الثامن للدراسة وتضمن تحليل الفرضية الثانية الخاصة بالظروف الثقافية للشباب وتأثيرها على ثقافته الصحية، وتضمن هذا الفصل أيضا جزئيين، جزء خاص بتأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على وعيهم الصحي، والجزء الثاني تضمن تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية، بالإضافة إلى أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذا الفصل والخاصة بالفرضية الثانية للدراسة.

أما الفصل التاسع تضمن تحليل الفرضية الثالثة الخاصة بالظروف السوسيو ثقافية للأسرة وتأثيرها على ثقافة الشاب الصحية، وتطرقنا من خلاله لإبراز الظروف الاجتماعية للأسرة وتأثيرها على ثقافة الشاب الصحية وتضمن عنصرين، عنصر خاص بتأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على وعيهم الصحي، أما العنصر الثاني فتضمن تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية.

وأيضا حاولنا أن نبرز من خلال هذا الفصل الظروف الثقافية للأسرة وتأثيرها على ثقافة الشاب الصحية، وهو الآخر تضمن عنصرين، عنصر خاص بتأثير الظروف

الثقافية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي، أما العنصر الثاني فشمل تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية، ونهايتنا لهذا الفصل وضعنا الاستنتاج الخاص بالفرضية الثالثة للدراسة.

أما الفصل العاشر والأخير للدراسة تضمن الظروف الاقتصادية للأسرة وتأثيرها على ثقافة الشاب الصحية وحاولنا من خلال هذا الفصل أن نبرز تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي، كما تضمن العنصر الثاني لهذا الفصل تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية، كما تطرقنا إلى إبراز أهم النتائج المتوصل إليها من خلال مناقشة الفرضية الرابعة والأخيرة للدراسة، ثم الاستنتاج العام للدراسة وختم الدراسة بخاتمة عامة كانت حوصلة نهائية لأهم ما أسفر عنه البحث.

**الباب الأول:**

**الجانب المنهجي والنظري**

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي للدراسة

## تمهيد:

إن موضوع دراستنا موضوع جد واسع لارتباطه بالثقافة الصحية لدى الشباب والعوامل المؤدية إلى التثقيف الصحي لهؤلاء الشباب، فتحديد موضوع دراستنا يتطلب نوعا من الدقة لإبراز ملامح بحثنا وما نرغب الوصول إليه من خلال توضيح إشكالية الدراسة والتساؤلات المحيطة بالبحث بالإضافة إلى الإجابات المسبقة لهذه التساؤلات والمتمثلة في الفرضيات، كما تطرقنا أيضا من خلال هذا الفصل إلى توضيح وتحديد أهم المفاهيم التي تخدم الدراسة، وأبرزنا أيضا أسباب اختيارنا لموضوع البحث والهدف منه وأهميته.

كما قمنا أيضا من خلال هذا الفصل بتحديد الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، والتي تضمنت المنهج الذي اتبعناه في دراستنا الأدوات المستخدمة، وقمنا أيضا بتحديد مجالات الدراسة البشري والجغرافي والزمني، بالإضافة إلى الدراسات السابقة التي اهتمت بالشباب والثقافة الصحية.

## أولاً: تحديد موضوع الدراسة

## 1- الإشكالية:

يعتبر مفهوم الثقافة الصحية واحداً من أهم المفاهيم الشاملة والمحيطية بكل ما يتعلق بالصحة، سواء صحة الفرد أو الأسرة أو المجتمع، وتعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة السكان<sup>1</sup>، والثقافة الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساهمة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.<sup>2</sup>

والثقافة الصحية أيضاً تتمحور في مفهوم آخر والمتمثل في التنشيط الصحي والذي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم، أو إمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، وبالتالي لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضاعفاته، والمعروف أن العادة هي سلوك مكتسب بالتعليم، والإنسان يكتسب عادات ويرثها، والصحة هي محصلة عوامل أهمها العادات الصحية، إضافة إلى العوامل الوراثية والبيئية التي يعيش فيها الإنسان، لذلك فالتنشيط الصحي هو عملية توجيه الشباب لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به.

وتعتبر فترة الشباب من المراحل والفترات المهمة في حياة الإنسان حيث كل التصرفات والممارسات التي يقوم بها الفرد خلال هذه المرحلة تنعكس عليه بالضرورة في المراحل المتقدمة من حياته، ونظراً لأهمية هذه الفئة في مجتمعاتنا وباعتبار كونها تمثل مستقبل الدول وعمادها الأساسي، بالنسبة للجزائر فتعتبر ذات شعب فتي إذ أن

<sup>1</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 22.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

الأشخاص الذين يقل سنهم عن 30 سنة يمثلون سنة 2014 نسبة 58% من مجموع السكان أي ما يقارب 22 مليون بالأرقام المطلقة<sup>1</sup>، ولهذا فقد تنامت السياسات المعنية بكافة الفئات الفتية والهادفة إلى الحد من الوفيات للفئات الأصغر والأطفال وتوفير التعليم للجميع وإقرار العديد من البرامج والخدمات الهادفة إلى تحسين الأوضاع الاجتماعية والصحية والتعليمية للفئات الفتية، وتشريكهم في تحديد اتجاهاتهم والبرامج الموجهة لهم وفي تنفيذها.<sup>2</sup>

ولكي يكون الشاب مثقفا صحيا تتداخل عدة عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية خاصة بالشباب والأسرة تؤثر في ذلك، فالثقافة دائما مرتبطة بالمستوى التعليمي سواء للشباب أو أفراد أسرته، بحيث يكون الشاب المتعلم أكثر قدرة على استيعاب المعلومات في مختلف المجالات سواء بمتابعة التلفاز أو الراديو أو قراءة الجرائد أو استخدام شبكة الانترنت وغيرها من وسائل الإعلام التي قد تكسبه نوع من التثقيف والوعي في جميع المجالات بما فيها الجانب الصحي بما أننا في صدد دراسة الثقافة الصحية عند الشباب، أيضا الأشخاص الذين يحيطون به لهم دور في اكتسابه لمهارات وسلوكيات إيجابية وصحية، والمستوى التعليمي العالي للأسرة بالتحديد للوالدين عامل إيجابي ومؤثر على ثقافة الشاب الصحية، لأن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل شاب المستقبل، فمعظم الممارسات والسلوكيات الصحية التي يتبناها الشاب تكون من خلال الأسرة التي ينتمي إليها، فتصبح عملية التثقيف الصحي عملية تنقل من جيل إلى آخر.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، الجزائر، 2015، ص31.

<sup>2</sup> جامعة الدول العربية وحدة البحوث والدراسات السكانية: معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية، دراسة كيفية حالة تونس، سلسلة تقارير حول السكان والتنمية، مارس 2002، ص 5.

بالإضافة إلى سن الشاب وهو الآخر عامل مهم جدا، فمرحلة الشباب طويل من 16 سنة إلى غاية 29 سنة<sup>1</sup> مدة معتبرة، فقد يتبنى الشاب سلوكيات غير صحية في بداية شبابه باعتبار أن هذه المرحلة مرحلة حساسة جدا، وقد يتخلص منها عبر مرور الوقت ويستطيع أن يتعلم ويكتسب سلوكيات صحية، بحيث قد يرتبط ويشكل أسرة ويصبح هو المسئول عن أطفال وعن تربيتهم تربية صحية وهذا ما قد يدفع به إلى تطوير مهاراته ليحسن إنشاء أطفال أصحاء جسميا ونفسيا واجتماعيا وبالتالي يعتبر السن عامل مهم جدا في تحديد ثقافة الشاب الصحية، بالإضافة إلى حالته الزوجية وإنجابه للأطفال.

كما تعتبر الظروف الاقتصادية للشباب والأسرة عامل مهم ومؤثر في ثقافة الشاب الصحية، فالشاب الذي لديه إمكانيات مادية جيدة تساعده على الاهتمام بصحته ويتولد لديه ثقافة صحية كإجراء فحص طبي بشكل دوري للاطمئنان على صحته والانضمام إلى نوادي خاصة لممارسة الرياضة، كما يستطيع توفير الغذاء المناسب والمتنوع الذي ينمي جسمه، ونفس الشيء بخصوص الأسرة فالأسرة ذات الظروف المادية الجيدة ليست كالأسرة الفقيرة، الظروف المعيشية للأسرة عامل هام يؤثر على سلوكهم الصحي، فالأسرة ذات الظروف الاقتصادية والمادية الجيدة تستطيع أن توفر لأطفالها المسكن الصحي والغذاء الصحي واللباس الصحي وتستطيع أيضا الاعتناء بصحتهم الشخصية بصفة يومية وهذا ما قد يكسب هؤلاء الأطفال عادات صحية تصبح ثقافة صحية في المستقبل.

كما لا نستطيع أن نغفل عن جنس الشاب فالثقافة الصحية تختلف لدى الإناث منها لدى الشباب الذكور، فالإناث لا يملنا إلى بعض الممارسات غير الصحية مثل

<sup>1</sup> سن 16 - 29 سنة يمثل سن الشباب في الجزائر حسب الديوان الوطني لإحصاءات، ولهذا تم اعتمادنا على هذه الفئة من خلال دراستنا لفئة الشباب في الجزائر.

التدخين وتعاطي المسكرات والمخدرات عكس الذكور، وأيضا الفتاة هي أم المستقبل وعليها أن تكون مثقفة صحيا لكي تتمكن من الاعتناء بأسرتها وبقاؤها في المنزل أكثر من الذكر يمكنها من متابعة البرامج الخاصة بالصحة عبر مختلف وسائل الإعلام، والاهتمام بصحتها الشخصية عن طريق الاستحمام وتصفيف شعرها، وتناول الغذاء الصحي في المنزل واحترام أوقات الطعام والنوم والراحة، وكل هذه الممارسات ترسخ في أذهانهم قواعد النظافة وطبيعة الغذاء الصحي وغيرها من السلوكيات التي تزيد من ثقافتهم الصحية.

ومن خلال هذا العرض يمكن صياغة السؤال التالي:

"ما هي العوامل والظروف التي تؤدي بالشباب الجزائري إلى اكتساب ثقافة صحية سليمة؟"

وللإجابة على هذا التساؤل العام نحاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

الأسئلة :

- 1 - هل الظروف السوسيو اقتصادية للشباب تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية؟
- 2 - هل الظروف الثقافية للشباب تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية؟
- 3 - هل الظروف السوسيو ثقافية للأسرة تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية؟
- 4 - وهل الظروف الاقتصادية للأسرة تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية؟

2 - الفرضيات:

وإجابتنا منا على التساؤل العام والأسئلة الفرعية للدراسة، قمنا بوضع فرضية عامة وفرضيات أخرى جزئية كإجابات مسبقة للدراسة .

-الفرضية العامة:

"الظروف السوسيو اقتصادية للشباب والأسرة تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية"

-الفرضيات الجزئية:

1 - الظروف السوسيو اقتصادية للشباب بما فيها نوعهم وسنهم وحالتهم المدنية وحالتهم المهنية تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية .

2 - الظروف الثقافية للشباب بما فيها مستواهم التعليمي وانخراطهم في مؤسسة شبابية وممارستهم للرياضة تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية .

3 - الظروف السوسيو ثقافية للأسرة كالمستوى التعليمي للوالدين والوضعية المعيشية للأسرة وامتلاكها للأمور الضرورية في المنزل تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية .

4 - الظروف الاقتصادية للأسرة كنوع المسكن والحالة المهنية للوالدين ودخل الأسرة الشهري تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية.

### 3 - تحديد المفاهيم والمصطلحات:

#### 1 - تعريف الثقافة:

يعرف مصطلح الثقافة بالكل المركب الذي يتكون من المعرفة والمعتقدات والفن، والأخلاق والقانون، والعادات وغيرها من القدرات والأعراف التي يكتسبها الإنسان بصفته عضواً في المجتمع.<sup>1</sup>

تعريف محمد عابد الجابري والذي يقول فيه: (الثقافة ما يجعل الإنسان مثقفاً بالمعنى الحديث، بمعنى أن "المتقف" في مجال التداول العربي هو من مهنته استهلاك "المواد" الفكرية والمساهمة في إنتاجها ونشرها).<sup>2</sup>

#### - التعريف الإجرائي للثقافة:

وكتعريف إجرائي للثقافة تبيننا تعريف فرانز بواس نموذجاً للتعريفات الوصفية، إذ أن الثقافة تتضمن كل مظاهر العادات الاجتماعية في المجتمع المحلي، واستجابات الأفراد نتيجة لعادات الجماعة التي يعيشون فيها<sup>3</sup>، بما أننا في صدد دراسة خاصة بالثقافة الصحية.

#### 2 - تعريف الصحة:

عرفة منظمة الصحة العالمية الصحة تعريفاً أخذ به كل العاملين في مجال الصحة العامة، وخلاصة هذا التعريف أن الصحة هي: "حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز".<sup>4</sup>

<sup>1</sup> عدنان أبو مصلح: معجم علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، دار المشرق الثقافي، عمان، ط 1، 2006، ص 158.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 158.

<sup>3</sup> ابن منظور: لسان العرب، دار صادر للطبع والنشر، لبنان، المجلد 3، ص 97.

<sup>4</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 17.

### - التعريف الإجرائي الحصاة:

الصحة كتعريف إجرائي تبينناه من خلال دراستنا الحالية على أساس وجود مستوى عالي من الصحة لدى أفراد عينة بحثنا بما أننا طبقنا بحثنا على فئة شابة من المجتمع يبلغ عمرهم 16 - 29 سنة.

### 3 - تعريف الثقافة الصحية:

تعرف الثقافة الصحية على أنها: " عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.<sup>1</sup>

### - التعريف الإجرائي للثقافة الصحية:

الثقافة الصحية هي إلمام الفرد بمعلومات أساسية عن الصحة الجسمية، والنفسية والعقلية، والاجتماعية والبيئية واهتمامه الكافي بهذه المعلومات، وإرشاد الآخرين لها لتحقيق الأهداف الإنسانية للسلوكيات الصحية، وهي تمثل المتغير التابع لدراستنا ولهذا جاء تعريفنا الإجرائي للثقافة الصحية كالتالي: والذي تضمن بعدين بعد خاص بالممارسات الصحية للشباب وتضمن مدى إقبال الشاب على إجراء الفحوصات الطبية بصفة دورية وأسباب إجراء هذه الفحوصات، ومدى اهتمامه بصحته الشخصية كعدد مرات استحمامه أسبوعياً، ومدى شربه للماء يومياً وإسرافه في تناول المنبهات، وتعاطيه لأنواع المخدرات والمسكرات واستمراره في ذلك، والبعد الثاني وعي الشباب الصحي وتضمن مدى معرفته بالأمراض المنقولة جنسياً، وبحثه عن المعلومات الصحية ونوع مصادر هذه المعلومات بالإضافة إلى السبب الذي يدفعه إلى البحث عن المعلومات الصحية.

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

#### 4 - تعريف التثقيف الصحي:

يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التثقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب مع مستوى تفكيره، بحيث يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة له، وجعله متعاوناً مع ما يجري حوله من أمور صحية.<sup>1</sup>

#### - التعريف الإجرائي للتثقيف الصحي:

التعريف الإجرائي للتثقيف الصحي من خلال دراستنا هو مدى سعي المبحوثين للبحث عن المعلومات الصحية ليتمكنوا من التثقيف في مجال الصحة.

#### 5 - تعريف الوعي الصحي:

الوعي الصحي مفهوم يقصد به إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال الممارسات الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاقتران لتحويل تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير.<sup>2</sup>

#### - التعريف الإجرائي للوعي الصحي:

الوعي الصحي هو تمكن الشخص من الإلمام بالمعلومات الصحية وكتعريف إجرائي من خلال دراستنا هو إدراك الشاب للأمراض المنقولة جنسيا وكيف تنقل هذه الأمراض بالإضافة إلى أنه يبحث عن المعلومات الصحية وسبب بحثه للوقاية من المرض.

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 15.

## 6 - تعريف الشباب الاصطلاحي:

جاء في الموسوعة الحرة ويكيبيديا أن الشباب مصطلح يطلق على مرحلة عمرية هي ذروة القوة والحيوية والنشاط بين جميع مراحل العمر لدى البشر، وتختلف تلك المراحل العمرية لدى بقية الكائنات الأخرى، يطلق على الذكر: شاب والجمع: شباب، والأنثى: شابة، والجمع: شابات، وجمعها للجنسين: شباب.<sup>1</sup>

كما يعرفه الصوفي بأنه: مرحلة القوة والعطاء في حياة الإنسان، وتتحصر بين العام الخامس عشر والعام الثلاثين من عمر الإنسان.<sup>2</sup>

## - التعريف الإجرائي للشباب:

نحن بصدد دراستنا للعوامل السوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية للشباب الجزائري، تمحور تعريفنا الإجرائي للشباب بـ: الأفراد الذكور والإناث الذين يحدد سنهم ما بين 16 - 29 سنة وذلك حسب تصنيف سن الشباب في الجزائر.<sup>3</sup>

## 7 - تعريف الظروف الاقتصادية:

يحدد هذا المفهوم عموماً على أنه كمية الممتلكات والخدمات التي يحصل عليها فرد أو جماعة بمدخلهم.<sup>4</sup>

## - التعريف الإجرائي للظروف الاقتصادية:

وفي بحثنا نستعمل الظروف الاقتصادية كمفهومين منفصلين الأول موجه للشباب وقصدنا به الحالة المهنية للشباب، أما المفهوم الثاني فكان موجه للأسرة وقصدنا به نوع مسكن الأسرة والحالة المهنية للوالدين ودخل الأسرة الشهري العائد من عمل الرجل والمرأة.

## 4 - أسباب اختيار الموضوع والهدف منه:

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 114.

<sup>2</sup> نفس المرجع: ص 114.

<sup>3</sup> الديوان الوطني للإحصاء: الجزائر.

<sup>4</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 11.

لكل باحث أسباب تدفعه إلى اختيار موضوع معين قصد دراسة وكشف الحقائق حوله، ومن الأسباب التي جعلتنا نتخذ من العوامل السوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية لدى الشاب الجزائري موضوعا لدراستنا:

#### أ - الأسباب الذاتية:

- المواصلة دائما في البحث حول موضوع الصحة ولكن في أعمال ومجالات أخرى.
- الاهتمام الخاص بالثقافة الصحية لأنها من الأمور الهامة في المجتمع.
- رغبتنا في تسليط الضوء على الثقافة الصحية وتوجيهها إلى فئة معينة من المجتمع والمتمثلة في فئة الشباب.
- بالإضافة إلى الرغبة في معرفة العوامل الأساسية التي تكسب الشاب الجزائري ثقافة صحية سليمة.
- التعرف على الفئة الشابة المثقفة صحيا في الجزائر والظروف المحيطة بها.

#### 2 - الأسباب الموضوعية:

- ندرة الأبحاث حول الثقافة الصحية في مجتمعنا الجزائري بالرغم لتعرض البسيط لدراسة الثقافة الصحية في بعض الرسائل لكن بحثنا يتطرق إلى الثقافة الصحية لدى الشاب الجزائري.
- نعتبر موضوع بحثنا ذو طبيعة صعبة وجذابة في أن واحد، إضافة إلى أنه يتناول موضوعا حساسا في مجتمعنا الجزائري لذلك سعينا إلى تسليط الضوء عليه لإثراء المكتبة الجامعية والبحث العلمي.

## 3 - أهداف البحث:

إن غرض البحث العلمي هو تحقيق الأهداف، حيث لكل موضوع اجتماعي قابل للبحث والدراسة أهمية كبيرة في تحليل وتفسير وقائع معاشة في أي مجتمع، وموضوعنا يندرج ضمن هذا السياق ومن خلال رغبتنا في إعادة إبراز أهمية هذه المواضيع، والتي تلعب دورا فعالا في اجتناب العديد من الممارسات غير الصحية لدى الشباب والمخاطر الناتجة عن عدم اكتساب ثقافة صحية خاصة فئة الشباب التي تعتبر أهم فئة في المجتمع لأنهم حاضر الوطن ومستقبله.

وعلى هذا الأساس تتلخص أهداف بحثنا فيما يلي:

- الكشف عن العوامل السوسولوجية والثقافية والظروف الاقتصادية للشباب والأسرة التي تدفع بالشباب الجزائري إلى اكتساب ثقافة صحية أو تمنعه من ذلك.

ثانيا: الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

### 1 - منهج الدراسة:

كل دراسة علمية في أي مجال تستدعي مناهج متكاملة للوصول إلى نتائج سليمة فالمنهج حسب عبد الباقي زيدان هو " الطريق الذي يستعمله الباحث للوصول إلى النتائج"<sup>1</sup>، ومن أجل ذلك فرضت علينا طبيعة الموضوع والمتمثل في العوامل سوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية للشباب الجزائري اعتماد "المنهج الكمي" حيث قمنا بجمع معطيات كيفية لوصف وتفسير كيفية تأثير العوامل سوسيو اقتصادية في اكتساب الشاب لثقافة صحية وتحويلها إلى معطيات إحصائية بتكميمها.

المنهج الكمي هو مجموعة من الإجراءات المستعملة لقياس الظواهر<sup>2</sup>، كما يراه موريس أنجرس "أنه مجموعة من التقنيات المنهجية الإحصائية مثل: الاستمارة التي تتطلب في تحليلها استعمال الجداول الإحصائية وبعض المقاييس الإحصائية، كالنسب المئوية المتوسط الحسابي... إلخ، والتي لها دور كبير في تحليل العلاقات بين المتغيرات المختلفة والتي تفيد في الأخير الوصول إلى نتائج علمية، وهذا ما قمنا به في دراستنا الميدانية.

<sup>1</sup> عبد الباقي زيدان: قواعد البحث الاجتماعي، دار المعارف، مصر، ط 2، 1974، ص 173.

<sup>2</sup> إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، ط 2، 1986، ص 25.

## 2 - الأدوات المستخدمة في الدراسة:

### أ - الاستمارة:

والتي يعرفها موريس أنجرس على أنها وسيلة للدخول في اتصال مع المخبرين بواسطة طرح الأسئلة عليهم واحدا واحدا وبنفس الطريقة، بهدف استخلاص اتجاهات وسلوكيات كبيرة من الأفراد، انطلاقا من الأجوبة المتحصل عليها.<sup>1</sup>

ونظرا لطبيعة موضوع بحثنا قمنا بالاعتماد على الاستمارة كأداة أساسية لجمع المعطيات من الميدان عن طريق التوزيع والمقابلة، والتي تتكون من 39 سؤالا من أجل التحقق من صحة فرضيات بحثنا، وهذه الأسئلة موزعة على ستة محاور هي:

- المحور الأول: خاص بالبيانات الشخصية للمبحوث ووضعيته السوسيو ثقافية.
- المحور الثاني: خاص بالبيانات الخاصة بالوضع الاقتصادية للمبحوث.
- المحور الثالث: خاص بالبيانات الخاصة بالوضع السوسيو ثقافية للأسرة.
- المحور الرابع: خاص بالبيانات الخاصة بالوضع الثقافية للأسرة.
- المحور الخامس: خاص بالبيانات الخاصة بثقافة المبحوث الصحية حول الوعي الصحي.
- المحور السادس: خاص بالبيانات الخاصة بثقافة المبحوث الصحية حول الممارسات الصحية.

## 3 - مجالات الدراسة:

### - المجال الجغرافي للدراسة:

كان اختيارنا لمجال الجغرافي للدراسة في بعض ولايات الوطن لتمثل جميع أفراد المجتمع، فاخترنا ولاية من الشمال وتمثلت في الجزائر العاصمة، وولاية من الجنوب

<sup>1</sup> موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية (تدريبات علمية)، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبية للنشر، الجزائر، 2006، ص 204.

وتمثلت في ولاية بشار، وولاية عنابة التي مثلت منطقة الشرق الجزائري، بالإضافة إلى ولايتي (تيارت وتيسمسيلت) اللتين مثلتا منطقة الغرب الجزائري، وتم اختيار هذه الولايات لقربها النوعي من مكان إقامتنا وعملنا وتواجد فيها أفراد من الأقارب ليساعدوننا ويوجهوننا أكثر بحكم إقامتهم بهذه الولايات، وهذا لتوفير الوقت والجهد.

فتوجهنا في كل ولاية إلى الحدائق العامة والمقاهي والأسواق المفتوحة والمغلقة (مثل المول والمراكز التجارية) وذلك لرصد الشباب ذكور وإناث.

### - المجال البشري للدراسة:

وقد كان اختيارنا لأفراد العينة عشوائي باعتماد على العينة العرضية والتي تمت حسب الأصول العلمية، حيث اخترنا مفردات العينة وتحت شروط مضبوطة ومنظمة، وبالتالي تعميمها على بقية أفراد المجتمع لأننا في صدد دراسة ميدانية لعينة من الشباب في الجزائر، وهذا ما دفعنا لاختيار ولايات تمثل جميع التراب الوطني من الشمال والجنوب والشرق والغرب، إذ تم اختيار الشباب الذين صادفناهم في الأماكن العامة التي يجتمع فيها الشباب عبر كل ولاية ونوزع عليهم الاستثمارات بشرط أن يكون سنهم ما بين 16 - 29 سنة وكذلك على بعض الأقارب والأصدقاء والمعارف في هذا المجال المدروس، وقد قدر حجم العينة بـ: 400 شاب مقسمين مناصفة بين الذكور والإناث أي تحتوي عينة بحثنا على 200 شاب ذكر و200 شابة أنثى، فقمنا باستجواب 100 شاب في كل ولاية إلا ولاية تيارت وتيسمسيلت تم استجواب 50 شاب في كل منهما، لأنهما يمثلان منطقة الغرب الداخلي للجزائر.

وكانت عينة بحثنا تشمل جميع فئات الشباب من 16 إلى 29 سنة، مع اختلاف في مستواهم التعليمي ومكان الإقامة والظروف الاقتصادية وهذا يوضح لنا الاختلاف في ثقافتهم الصحية وسنبن أكثر هذه العناصر في الجانب التطبيقي للدراسة.

## - المجال الزمني للدراسة:

لقد استغرق البحث النظري للدراسة حوالي خمس سنوات منذ التسجيل الأول في 2013/03/31 إلى غاية التسجيل الأخير 1018/ 2017، التسجيل الأول والثاني والثالث كان بمثابة جمع المادة العلمية والقراءات حول موضوع بحثنا، أما في التسجيل الرابع والخامس فشرعنا في العمل الفعلي وإنجاز البحث النظري لدراستنا، إلا أننا قمنا بتعديله في التسجيل الأخير بتوجيهات من المشرف الجديد على بحثنا ابتداءً (من 2018/01/15 إلى غاية 2018/03/03).

أما بخصوص المرحلة الاستطلاعية فدامت حوالي 15 يوم من 2017/09/06 إلى غاية 2017/09/21، كانت البداية مع الدخول الاجتماعي الأخير الذي عرفته الجزائر ونحن تعمداً النزول في هذه الفترة وذلك لعودة أفراد المجتمع إلى حياتهم المعتادة (الدخول المدرسي بما فيه الدخول الجامعي، وعودة الموظفين إلى عملهم، والمسافرين إلى وطنهم... إلخ)، من خلال استطلاع الميدان تم تعديل الاستمارة والشروع في ملئها بداية من شهر أكتوبر.

كما استغرق التحقيق الميداني حوالي ثلاثة أشهر إلا أننا عرفنا انقطاع من فترة إلى أخرى لظروف شخصية، تمكنا من ملأ 400 استمارة عبر خمس ولايات، كانت أول ولاية قمنا برصدها ولاية تيسمسيلت ثم ولاية تيارت استغرقنا مدة 10 أيام في كل ولاية لملأ 50 استمارة 25 شاب و25 شابة في كل منهما، وكان نزولنا إلى الميدان بصفة يومية مدة ساعتين في كل يوم، إلا أننا واجهنا بعض الصعوبات في ملئ الاستمارات في هذه المنطقة كما استعملنا تقنية المقابلة مع العديد من المبحوثين، بعدها توجهنا إلى الجزائر العاصمة في شهر نوفمبر وقمنا بملأ 100 استمارة 50 ذكور و50 إناث، كنا ننزل إلى الميدان كل أسبوع مدة يوم لنملأ حوالي 30 استمارة في المتوسط عن طريق توزيعها، بعدها كانت الوجة إلى ولاية عنابة في بداية شهر

ديسمبر واختيارنا لهذه الولاية كان بمحض الصدفة فقط، وذلك لوجود ظرف عائلي في هذه الولاية فاعتدنا الفرصة ووزعنا 100 استمارة في مدة ثلاثة أيام فقط عن طريق توزيعها في معدل 30 استمارة تقريبا في اليوم، مع مساعدة عدة أفراد من العائلة والأصدقاء بطبيعة الحال، بعدها توجهنا إلى الجنوب الجزائري وبضبط في ولاية بشار كان ذلك في العطلة الشتوية نهاية شهر ديسمبر اخترنا هذه الولاية أولا للراحة والاستجمام ولكي نكمل الجانب الجغرافي للدراسة، تم ملأ 100 استمارة مدة خمسة أيام اعتمدنا على تقنية المقابلة وقمنا بتوزيع الاستمارات في معدل 20 استمارة يوميا معظم المبحوثين كانوا سائحين غير مقيمين في الولاية وعمال مقيمين في الولاية لكن أصلهم الجغرافي يعود إلى منطقة القبائل بجاية وتيزي وزوا وبومرداس لكنهم يعملون هناك ومقيمين تقريبا طول السنة ما عدى فترة الصيف يتوجهون إلى مكان إقامتهم الأصلي، وانتهينا تماما من الميدان في نهاية شهر ديسمبر 2017، وبالتالي تمثل المجال الزمني للدراسة الميدانية في حدود ثلاث أشهر (من 2017/10/02 إلى غاية 2017/12/28).

أما مرحلة تحليل النتائج فتمت في السداسي الثاني من السنة الجامعية 2017-2018 (من 2018/03/04 إلى 2018/04/02)، بعد أن قمنا بتبويب الاستمارات وتقريغها عن طريق نظام SPSS، واستخراج العلاقات بين المتغيرات وإنشاء الجداول الإحصائية في شهر فيفري، شرعنا في التحليل في شهر مارس. وتم إيداعها في شهر جوان 2018.

#### 4 - الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابق دعامة أساسية وأرضية صلبة للباحث كي يبدأ دراسته، فباطلاع على الدراسات السابقة يستطيع الباحث التوصل إلى العلاقات الأساسية التي يمكنه الانطلاق منها، وتعزيز أفكاره وعدم تكرار أفكار الذين سبقوه.

ولقد قمنا باختيار ثلاث دراسات تقارب دراستنا الحالية في عدة نقاط سنذكرها في نهاية هذا العنصر وتمثلت الدراسات السابقة لموضع دراستنا في التالي:

أ - دراسة حول معارف ومواقف الفتاة اتجاه الصحة الإنجابية، قامت بها الباحثة سي الطيب فا/الزهرة.

ب - دراسة حول معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية، قامت بها جامعة الدول العربية، وحدة البحوث والدراسات السكانية.

ج - دراسة حول دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، قام بها شعباني مالك.

وفيما يلي سنعرض هذه الدراسات من خلال إبراز الأهداف ومجالات الدراسة والمنهج والتقنيات المستخدمة فيها وأخيرا النتائج التي توصلت لها كل دراسة.

أ - سي الطيب فا/الزهرة: معارف ومواقف الفتاة اتجاه الصحة الإنجابية، دراسة ميدانية على عينة من الشابات القاطنات بالجزائر العاصمة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة بوزريعة، الجزائر، 2010 - 2011.

- أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى المساهمة في تشخيص معارف ومواقف الفتاة الجزائرية بأبعاد الصحة الإنجابية المتعلقة بمظاهر البلوغ، المسائل الجنسية، تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسيا بما فيها السيدا، والتعرف على الأبعاد الثقافية والاجتماعية لمعارف ومواقف الفتاة المرتبطة بمجال الصحة الإنجابية.

كما هدفت أيضا هذه الدراسة إلى المساهمة في توفير البيانات اللازمة حول صحة الفتاة والشباب عموما واحتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية بما يفيد المخططين ومتخذي القرار في وضع السياسات الصحية الموجهة لتلبية متطلبات هذه الفئة.

- مجالات الدراسة:

المجال الجغرافي للدراسة:

تمت الدراسة في الجزائر العاصمة وكان جميع أفراد العينة فتيات يقطن في العاصمة.

- المجال البشري للدراسة:

تم تنفيذ هذه الدراسة على فئة الشابات البالغات 15 - 29 سنة والقاطنات في ولاية الجزائر بصفة دائمة بالاعتماد على طريقة المعاينة غير الاحتمالية، والمكونة من 500 مبحوثة موزعة كالتالي:

- 158 مبحوثة تنتمي لفئة العمرية 15 - 19 سنة.

- 166 مبحوثة تنتمي للفئة العمرية 20 - 24 سنة.

- 176 مبحوثة تمثل الفئة العمرية 25 - 29 سنة.

وقد تم التركيز من خلال هذه الدراسة على العناصر الأساسية للصحة الإنجابية والمتمثلة في الصحة الجنسية والإنجاب وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسيا بما فيها مرض السيدا.

- المجال الزمني للدراسة:

تم جمع المعطيات الخاصة بدراسة معارف ومواقف الفتاة اتجاه الصحة الإنجابية في الجزائر خلال سنة 2010.

- منهج وتقنيات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الكمي لما تتطلبه طبيعة الموضوع من وضع استمارة وتفرغها والحصول على جداول إحصائية وتحليل هذه الجداول سوسيولوجيا وإحصائيا لتظهر جليا نتائج الدراسة التي توصلت إليها سي الطيب فا/الزهرة.

أما عن تقنيات الدراسة فقد تم الاعتماد على تقنية الاستمارة عن طريق المقابلة وعن طريق التوزيع.

- نتائج الدراسة:

أما عن أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة فهي كالتالي:  
- أظهرت النتائج أن هناك اختلاف في معارف الشابات المرتبطة بمدى شيوع الممارسات الجنسية عند الفتيات ومركزهن الاجتماعي.

- حيث يبرز أن الصغيرات في السن (15 - 19 سنة) والمنتميات للهيئات التعليمية المتمدرسات والطالبات هن أكثر معرفة بالسن الذي تبدأ عنده الفتيات الممارسات الجنسية خارج إطار الزواج، وذلك حدد بمرحلة المراهقة أي أقل من 20 سنة بنسبة (88.2%).

- كما أظهرت نتائج الدراسة أن موقف الشابات رافض هذه الممارسات الجنسية خارج نطاق الزواج، نظرا للمخاطر الناتجة عنها وعلى رأسها حسب إجابات الشابات الأمراض المنقولة جنسيا (26,4%) بالإضافة إلى المخاطر الاجتماعية، كفقدان العذرية (25,4%) والحمل (24,1%)، ولهذا السبب ترى معظم المبحوثات ضرورة تدخل العائلة لمنع أفراد الشباب ذكور وإناث، من ممارسة العلاقات الجنسية خارج إطار الزواج (88,6%) ويبرز هذا الموقف بشكل واضح لدى المتقدمات في السن (25 - 29 سنة)، والأكثر تعليما (المستوى الثانوي والجامعي) والمشتغلات.

- من جهة أخرى، بينت النتائج أن هناك معرفة أكبر للشابات بمرض السيدا (53 %) يليه ظهور الفطريات " Mycose " (24 %)، وتأتي المعرفة بمرض الزهري " Suphiles " في المرتبة الثالثة (11,2 %).

- وتختلف المعرفة بالأمراض الجنسية باختلاف المركز الاجتماعي للشابات حيث كانت المتدمات في السن والجامعيات والمشتغلات أكثر معرفة بهذه الأمراض وبطرق الإصابة بها، وهي ممارسة الجنس دون استعمال واقي ذكري، وكذا طرق الوقاية من هذه الأمراض.

- كما سجلت نفس النتيجة بما يخص مرض السيدا، الذي يحظى بمعرفة واسعة من قبل الشابات، حيث استطاعة نسبة كبيرة منهن تعريفه بدقة، وهو بأنه مرض يقضي على المناعة بنسبة (65 %)، وكانت أكثرهن متدمات في السن (25 - 29 سنة) والجامعيات والمشتغلات.

- كما صرحت أغلبية الشابات بمعرفتهن لطرق انتقال هذا المرض وهي استعمال الحقن الملوثة (56 %) ونقل الدم (29,2 %)، والممارسات الجنسية غير محمية (23,4 %)، وكانت الأكثر معرفة على الأقل طريقتين هن البالغات من العمر ما بين (25 - 29 سنة) والجامعيات والمشتغلات وكذا المتمدرسات والطالبات.

**ب - معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية - دراسة ميدانية**  
- حالة تونس، سلسلة تقارير حول السكان والتنمية، وحدة البحوث والدراسات السكانية جامعة الدول العربية، مارس 2002.

### - أهداف الدراسة:

هدف هذا البرنامج البحثي إلى:

- المساهمة في تشخيص معارف واتجاهات وسلوك الشباب المتعلق بأبعاد الصحة الإيجابية (تحولات البلوغ، العلاقات بالآخر والعلاقات الجنسية، قضايا الزواج والإنجاب، وأبعاد النوع الاجتماعي وتوزيع الأدوار بين الزوجين، الأمراض المنقولة جنسيا ووسائل تنظيم الأسرة، الحمل والإجهاض).

- وحول السلوك غير الصحي للشباب (التدخين، شرب الكحول، المخدرات، العنف، عدم ممارسة الرياضة، الصحة النفسية).

- التعرف على الأبعاد الثقافية والاجتماعية لاتجاهات وسلوكيات الشباب ذات العلاقة بمجال الصحة الإيجابية عامة وبالتركيز على أبعاد الصحة الجنسية.

- التعرف على طبيعة العلاقات القائمة بين الأجيال وأبعاد التواصل بين الشباب والأولياء وعلاقة ذلك بمعارف وسلوكيات الشباب في مجال الصحة الإيجابية.

### - مجالات الدراسة:

#### - المجال الجغرافي للدراسة:

تم إجراء هذا البرنامج البحثي في دولة تونس في منطقة حضرية وأخرى ريفية لتتم المقارنة بينهما وكانت الدراسة بالضبط في المدينة (العاصمة تونس) وفي الريف (ريف شيبعة ولاية مهدية).

#### - المجال البشري للدراسة:

طبق هذا البرنامج على الشباب فقد شملت المقابلات الجماعية 13 فئة من المراهقين والشباب في المدينة (العاصمة تونس) وفي الريف (ريف شيبعة ولاية المهدية) ومن الذكور والإناث وهي:

- تلاميذ من أحياء مختلفة، طلبة جامعيون.

- عمال وعاملات بمصانع، عاطلون عن العمل، عمال بقطاع البناء (حظائر شغل).

- المجال الزمني للدراسة:

تمت الدراسة كما ذكرنا سابقا في تونس خلال سنة 2002.

- منهج وتقنيات الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة جزء من البرنامج البحثي الذي تقوم به جامعة الدول العربية حول أبعاد الصحة الإنجابية في الدول العربية، وتمثل أساسا البعد النوعي لدراسة معارف واتجاهات وسلوك الشباب المتكامل مع المسح بالاستبيان الذي يقوم به "المشروع العربي لصحة الأسرة".

كما اعتمدت هذه الدراسة منهجية المقابلات الجماعية البؤرية بالاستعانة على استمارة المسح بالاستبيان (الإحصائي).

- نتائج الدراسة:

وجاءت نتائج هذا البرنامج البحثي كالتالي:

- حول علامات البلوغ:

تعرفت كافة فئات المراهقين والشباب ذكورا وإناثا على غالب علامات البلوغ التي تخصهم والتي تخص كذلك الجنس الآخر، وهذه المعرفة تشمل الأبعاد الفيزيولوجية وكذلك الاجتماعية السلوكية، وأسهمت غالب الفئات في الحديث حول هذا البعد من نواحي انعكاساته النفسية والسلوكية بالخصوص مستعملين في ذلك تعبيرات ومصطلحات شديدة الدقة والثراء، معبرين عن معاناتهم ازدواجية في الحالة النفسية المتمثلة في سعادتهم بحدوث التحول نحو النضج من ناحية يقابله ضعف تفهم لهذا التحول ومترتباته من قبل المحيط الاجتماعي من ناحية أخرى، مؤكدين ذكورا وإناثا ومن كافة الفئات سوء تفهم الأولياء لسلوك أبنائهم.

- حول العلاقات الجنسية:

- وحول العلاقات بالجنس الآخر والعلاقات الجنسية تفيد تسريحات المشاركين أنه رغم الاهتمام الواضح لدى الشباب بالجنس الآخر والتفكير القوي وفي العديد من الأحيان الصريح في الرغبة الجنسية وكيفية تلبيتها، غير أنه يبدو أن الممارسات الجنسية الفعلية تختلف كثيرا من فئة لأخرى، ففي حين تبدو عالية الانتشار نسبيا بين أوساط معينة من الشباب تبدو على عكس ذلك بين أوساط أخرى كالفتيات في الريف.

- ورغم وعي الشباب عامة بخطورة انعكاسات العلاقات الجنسية غير الآمنة ومعرفتهم بعدد من الأمراض المنقولة وبخاصة مرض نقص المناعة "الإيدز"، غير أن العديد من الشباب خاصة الشباب الطلابي وكذلك العمالي صرحوا أنهم وزملائهم عادة لا يأخذون حذرهم عند إقامة علاقات جنسية، ويعود ذلك في رأيهم لثلاثة أسباب رئيسية هي:

كونهم لا يثقون في فعالية الواقي الذكري، وكون الواقي يحد من التمتع بعلاقة طبيعية، وكون العلاقات الشبابية عادة ما تتم في ظروف لا تسمح بالتفكير بأخذ الحذر اللازم.

- حول ظاهرة التدخين:

تفيد تسريحات المشاركين أن هناك نسبة عالية من الشباب المدخنين، وذلك رغم معرفتهم بالعديد من مضارها، ويتبين أن هذه النسبة ترتفع بين كافة فئات الشباب الذكور، في حين تبدو ظاهرة محدودة بين الفتيات وبشكل خاص بين الفتيات في الريف.

- وعموما:

في ضوء هذه التجربة الدراسية وضمن محدوديتها المجالية فإنه يمكن القول  
عموما أنه من أبرز الأبعاد والسلوكيات غير الصحية التي أشار إليها المراهقون  
والشباب في هذه المقابلات هي:

- **ضعف الوعي بمخاطر العلاقات الجنسية غير الآمنة:** وانتشار وعي مزيف إزاء  
استخدامات الواقي الذكري ووسائل منع الحمل عموما، وهذا يمثل خطرا مهما يستوجب  
العمل على درئه كأولوية وبخاصة لدى بعض الفئات المعرضة أكثر من غيرها لهذه  
المخاطر.

- **انتشار واسع لعادات التدخين بين الشباب:** وفي بعض الحالات عادات استهلاك  
الكحول، وهو ما يدعو إلى ضرورة اعتماد برامج فعالة توعوية وخدمية واسعة الانتشار  
والجمهور المستهدف للحد من هذه الظاهرة.

- **أزمة تواصل بين الأجيال:** وضعف أو انعدام الحوار بين الكبار عموما والآباء بشكل  
خاص، مما يستوجب اعتماد سياسات مناسبة لمعالجة هذه الظاهرة، باعتبار أن الأسرة  
مازالت هي المؤسسة الرئيسية في تربية النشء وأن المراهقين والشباب يقضون غالب  
أوقاتهم داخلها.

- أما البعد الآخر والمهم الذي عكسته المقابلات البؤرية فهو **التباين المهم وفي بعض  
الأحيان الحاد بين فئة وأخرى من الشباب**، مما يدعو إلى معالجات وسياسات متباينة  
تتوافق مع خصوصيات كل فئة.

- **والجدير بالانتباه كذلك هي ظاهرة الإجهاض بوسائل تقليدية خطيرة على صحة الأم**  
علاوة على أبعادها الإنسانية، والتي تبدو شديدة الارتباط بالضغط الاجتماعي والمراقبة  
المحافظة أكثر منها بوعي الفتيات أنفسهن، مما يدعو إلى مزيد من بلورة أبعاد هذه  
الظاهرة بما يمكن من إيجاد السياسات المناسبة للحد من الإجهاض غير الصحي.

**جـ -** شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2005 - 2006.

#### أهداف الدراسة:

هدف هذا البرنامج البحثي إلى:

- المساهمة في تشخيص معارف واتجاهات وسلوك الشباب المتعلق بأبعاد الصحة الإيجابية (تحولات البلوغ، العلاقات بالأخر والعلاقات الجنسية، قضايا الزواج والإنجاب، وأبعاد النوع الاجتماعي وتوزيع الأدوار بين الزوجين، الأمراض المنقولة جنسيا ووسائل تنظيم الأسرة، الحمل والإجهاض).

- وحول السلوك غير الصحي للشباب (التدخين، شرب الكحول، المخدرات، العنف، الرياضة، الصحة النفسية).

- التعرف على الأبعاد الثقافية والاجتماعية لاتجاهات وسلوكيات الشباب ذات العلاقة بمجال الصحة الإيجابية عامة وبالتركيز على أبعاد الصحة الجنسية.

- التعرف على طبيعة العلاقات القائمة بين الأجيال وأبعاد التواصل بين الشباب والأولياء وعلاقة ذلك بمعارف وسلوكيات الشباب في مجال الصحة الإيجابية.

#### - مجالات الدراسة:

#### - المجال الجغرافي للدراسة:

بما أن الباحث في صدد دراسة الطلبة الجامعيين كعينة تم اختيار المجال الجغرافي للدراسة الميدانية في جامعتين، الأولى جامعة منتوري بولاية قسنطينة وجامعة محمد خيضر ببسكرة، في الجزائر.

- المجال البشري للدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 293 طالب يدرسون في السنة الرابعة علم اجتماع في كل التخصصات، في جامعتي منتوري بقسنطينة وكان عدد أفراد عينة هذه الجامعة 180 طالب، و113 طالب المتبقين كانوا ينتمون إلى جامعة محمد خيضر ببسكرة.

- المجال الزمني للدراسة:

أجريت الدراسة الميدانية خلال سنة 2006، حيث تم الانطلاق في ملئ الاستمارات والنزول إلى الميدان في 2006/03/01 ودامت العملية ثلاثة أسابيع كما صرح الباحث.

- منهج وتقنيات الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على منهج المسح الاجتماعي، لأن طبيعة دراسته تتدرج ضمن الدراسات الوصفية ذات المنحى الكشفي والتفسيري، كما تتدرج كذلك ضمن الدراسات المقارنة، كما استعمل الباحث أيضا المنهج الإحصائي وذلك من خلال تبويب البيانات المجمعة من الميدان ووضعها في جداول وتحليلها إحصائيا، كما استعانا أيضا الباحث بالمنهج المقارن لأنه كان في صدد المقارنة بين إذاعتين محليتين (سيرتا والزيبان).

أما بما يخص التقنية التي استخدمها الباحث لجمع المعطيات من الميدان فتمثلت أولا في المقابلة بنوعيتها: المقابلة غير مقننة والمقابلة المقننة (أو بما يسمى استمارة عن طريق المقابلة)، بالإضافة إلى تقنية الاستمارة التي كانت موجهة للطلبة.

- نتائج الدراسة:

تمثلت أهم نتائج الدراسة فيما يلي:

- استقطاب الإذاعتين سيرتا والزيبان المحليتين لنسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة فيما يتعلق بالجانب الصحي مع وجود تفاوت طفيف في نسب الاستقطاب بين الإذاعتين،

ففي الوقت الذي نجد فيه أن نسبة الاستماع للبرامج الصحية بإذاعة سيرتا تمثل (95,75%) وهي أقل من نسبة الاستماع للبرامج الصحية بإذاعة الزيبان والتي تمثل (95,83%).

- إتباع المبحوث للنصائح والتعليمات الصحية حيث أثبتت نسبة (95,56%) بجامعة قسنطينة و(93,48%) بجامعة بسكرة أنهم يتابعون النصائح والتعليمات الصحية التي تقدمها الإذاعتين (سيرتا والزيبان)، ولا يكتفون بذلك بأنهم يقدمون النصائح لغيرهم حول ما استفادوا منه، وهذا دليل على أنه تكونت لديهم ثقافة صحية.

وأن نسبة (51,11%) بجامعة قسنطينة و(73,91%) بجامعة بسكرة استجابوا للنصائح الطبية المقدمة بالإذاعتين (سيرتا والزيبان) والتي كانت تدور حول: مراجعة الطبيب، صحة المرأة، الطفل، تنظيم الأكل.... إلخ، وهذا يدل دلالة واضحة على تأثرهم بالبرامج الصحية وما تقدمه من مواضيع ثرية ومفيدة وآنية، مما أكسبهم ثقافة صحية وبالتالي وعي صحي كتحصيل حاصل.

- اهتمام المبحوثين بالنصائح الطبية التي تقدمها الإذاعتين، واتضح ذلك أكثر عند تحديده للأمراض الذي سبق له وأن تلقى فيها نصيحة (أمراض مزمنة، فصلية، نفسية).  
- مراعاة الإذاعتين الوقت المناسب عند تقديمها النصائح والإرشادات الصحية (الوقائية منها والعلاجية).

- مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

### 1 - أوجه الالتقاء:

بطبيعة الحال كل الدراسات السابقة التي ذكرناها سابقا تلتقي وتتشابه في عدة نقاط مع دراستنا الحالية وهذا ما دفع بنا إلى اختيارها، وأوجه الالتقاء تتمثل فيما يلي:  
- كل الدراسات التي ذكرناها سابقا كانت موجهة للشباب مثل دراستنا.

- المواضيع التي كانت تدور حولها الدراسات السابقة كلها كانت حول الصحة بمختلف جوانبها، ونحن أيضا موضوع بحثنا يتمحور حول الثقافة الصحية.
  - كل الدراسات السابقة استعانوا في دراستهم على تقنية الاستمارة كأداة لجمع البيانات مثل التقنية التي استخدمناها نحن في دراستنا.
  - كل الدراسات السابقة استخدم فيها المنهج الكمي أو الإحصائي لتحليل الظاهرة إحصائيا وإعطائها الطابع الكمي، وهذا ما قمنا به نحن أيضا في دراستنا.
- 2 - أوجه الاختلاف:**

بطبيعة الحال لا توجد دراسة على مستوى عالي من البحث العلمي تتشابه في كل العناصر التي تتكون منها، ولو حدث هذا لا كان البحث العلمي مجرد تكرار وتقليد للمواضيع، والاختلاف في عناصر كل دراسة هو الذي يعطي طابع الأصالة المتعلقة بالتجديد في مجال البحث العلمي.

وتظهر أوجه الاختلاف بين الدراسات السابقة ودراستنا الحالية في النقاط التالية:

- من حيث العينة: عينة بحثنا كانت شاملة، تمثيلية بحيث مثلت كل التراب الوطني (شمال، جنوب، شرق، غرب)، وهذا الذي لم نلمسه في الدراسات السابقة التي كانت موجهة فقط إلى ولاية أو ولايتين على حد أقصى من البلد التي أجريت فيها الدراسة.
- قمنا في دراستنا بتحديد وضبط سن الشباب الذي طبقنا عليه الدراسة والمتمثل في 16-29 سنة وهو سن الشباب المعتمد في الجزائر، وهذا ما لمسناه فقط في الدراسة الخاصة بسي الطيب فا/الزهرة ولم نلمسه في الدراسات الأخرى، بحيث كانت موجهة للشباب فقط دون تحديد السن الذي من المفروض أن تطبق عليه الدراسة.
- موضوع دراستنا يدور حول الثقافة الصحية والتي تعتبر موضوع واسع يضم كل المعلومات المتعلقة بالصحة، عكس الدراسات السابقة التي كانت موجهة إلى جانب واحد من جوانب الصحة والمتمثل في الصحة الإنجابية، أما شعباني مالك فتطرق إلى الوعي الصحي إلا أنه يعتبر عنصر من عناصر الثقافة الصحية.

- خلاصة الفصل:

لقد تمكنا من خلال هذا الفصل بتوضيح كل ما يتعلق بالإطار المنهجي للدراسة التي قمنا بإنجازها، وكانت بداية هذا الفصل من خلال ضبط وتحديد موضوع الدراسة، ببناؤنا للإشكالية التي تبلور من خلالها تساؤل عام تمثل في: " ما هي العوامل والظروف التي تؤدي بالشباب الجزائري إلى اكتساب ثقافة صحية سليمة؟"، وتفرع من هذا التساؤل عدة أسئلة فرعية، حاولنا الإجابة عليها من خلال إبراز الفرضية العامة والتي مفادها: " الظروف السوسيو اقتصادية للشباب والأسرة تؤثر على ثقافة الشاب الصحية "، ووضحنا أكثر الظروف السوسيو اقتصادية للشباب والأسرة عبر عدة فرضيات جزئية، بعدها حددنا مفاهيم الدراسة الأساسية التي تخدم البحث ووضعنا لها تعريف إجرائي نبين من خلاله ماذا نقصد بالمفهوم من خلال دراستنا، ثم واصلنا تحديدنا لموضوع الدراسة من خلال إبراز أسباب اختيارنا للموضوع محل الدراسة والهدف منها وتمثل أهم هدف في رغبتنا في إعادة إبراز أهمية هذه المواضيع، والتي تلعب دورا فعالا في اجتناب العديد من الممارسات غير الصحية لدى الشباب والمخاطر الناتجة عن عدم اكتساب ثقافة صحية خاصة فئة الشباب التي تعتبر أهم فئة في المجتمع لأنهم حاضر الوطن ومستقبله، والكشف عن العوامل السوسيو لوجية والثقافية والظروف الاقتصادية للشباب والأسرة التي تدفع بالشباب الجزائري إلى اكتساب ثقافة صحية أو تمنعه من ذلك.

أما في العنصر الثاني فقمنا بإبراز كل الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، بدايتا من المنهج المعتمد والذي تمثل في المنهج الكمي وصولا إلى الأدوات المستخدمة في الدراسة والتي تجسدت في تقنية الاستمارة، ثم قمنا من خلال هذا العنصر أيضا بتحديد مجالات الدراسة الثلاثة، المجال الجغرافي والذي تمثل في خمس ولاية من الوطن ممثلين كل من (الشمال، الجنوب والشرق والغرب)، والمجال البشري للدراسة

والذي احتوى على 400 شاب مقسمين مناصفة بين الذكور 200 والإناث 200، وكنا متعمدين في هذا التقسيم لنبرز تأثير جنس الشاب في اكتساب ثقافة صحية، وآخر مجال من مجالات دراستنا المجال الزمني عرضنا فيه البرنامج الزمني المتبع في إنجاز الأطروحة، ثم توجهنا إلى الدراسات السابقة التي تشابهت مع دراستنا الحالية وحللناها بالاعتماد على إبراز أهداف كل دراسة ومجالاتها الجغرافية والبشرية والزمنية، وأيضاً المنهج والتقنيات المستعملة في كل دراسة وصولاً إلى أهم النتائج التي حققتها كل دراسة، وفي نهاية هذا الفصل قمنا بتوضيح أهم النقاط التي تلتقي فيها الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية وأيضاً النقاط التي يختلفون فيها، وبهذا نكون قد عرضنا كل ما يتعلق بالإطار المنهجي لدراستنا.

## الفصل الثاني

الوضع الاجتماعي والديموغرافي

للشباب في الجزائر

## تمهيد:

يعد الشباب من أهم الشرائح التي تحتل مكانة مهمة في المجتمع وهم جزء لا يتجزأ من نسيجه الاجتماعي والثقافي، الأمر الذي يجعلهم يحتلون مكانة متميزة في بنية المجتمع، نظرا لكونهم أكثر الفئات العمرية حيوية وقدرة على العطاء والتجديد، ولهذا خصصنا هذا الفصل للوضع الاجتماعي للشباب في الجزائر، بحيث اعتمدنا على عنصرين العنصر الأول كان موجه لمفهوم الشباب في مختلف اتجاهات العلوم الاجتماعية، بالإضافة إلى التوزيع الديموغرافي للشباب في الجزائر حيث تطرقنا في هذا العنصر إلى مميزات الشباب الديموغرافية والاجتماعية المختلفة.

أما العنصر الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى الوضعية التعليمية للشباب في الجزائر، فالتعليم له أهمية كبيرة ومرتبطة بشدة مع الثقافة بصفة عامة والثقافة الصحية بصفة خاصة، فالشخص المتعلم يملك القدرة على الاستيعاب والفهم أكثر من الشخص الذي لم يحض بفرصة التعليم، ونحن حاولنا من خلال هذا العنصر إبراز هذه الأهمية من خلال التطرق إلى وضعية التعليم لدى الشباب في الجزائر.

**1 - مفهوم الشباب.**

قد يبدو لنا تعريف الشباب بسيط وواضح في الوهلة الأولى، فدلالات كلمة شباب تبدوا واضحة، إلا أنه يعتبر من المفاهيم التي يختلف فيها المفكرين في العلوم الاجتماعية وذلك حسب مختلف التخصصات.

فعند علماء اللغة جاء في تعريف كلمة الشباب في المعجم الوسيط "هو من أدرك سن البلوغ إلى سن الكهولة" والشباب هو "الحدأة" وشباب الشيء هو "أوله". وفي المصباح المنير الشباب هو "النشاط والقوة والسرعة"، أما في لسان العرب لابن منظور "شب الشباب: الفتاء والحدأة"<sup>1</sup> والشباب جمع شاب.

أما عن التعريف الاصطلاحي فكما ذكرنا سابقا هو أمر صعب في مجال العلوم الاجتماعية، وكل التعاريف الموجودة هي عبارة عن تعاريف إجرائية نتيجة لتبني اتجاهات مختلفة في تحديد مفهوم الشباب وهذه الاتجاهات كالتالي:

**1 - 1 - الاتجاه الديموغرافي :**

يحاول هذا الاتجاه تحديد مفهوم الشباب وفقا لمعيار السنف هم يعتبرون الشباب مرحلة عمرية أو طور من أطوار نمو الإنسان والتي يكتمل فيها النمو الجسمي والعضوي وكذلك نضجه العقلي والنفسي على نحو يجعل المرء قادرا على أداء وظائفه المختلفة ولكنهم يختلفون فيما بينهم في تحديد بداية ونهاية هذا السن فهنا كمن يرى أن الشباب هم الشريحة العمرية تحت سن العشرين ويرى آخرون أنها الشريحة ما بين خمسة عشر عاما وخمسة وعشرين عاما ويمتد بها آخرون حتى سن الثلاثين.

وقد اعتمدت الأمم المتحدة عام 1980 معيار العمر كمحدد لفترة الشباب بأنها

الشريحة التي تمتد بين 15 - 30 سنة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> ابن منظور: المرجع السابق، ص 388، 389.

<sup>2</sup> محمد سيد فهمي: العولمة والشباب من منظور اجتماعي، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر، 2007، ص 86.

والمعيار العمري مع بساطته ووضوحه ومع تميزه بالواقعية يصعب الاتفاق عليه بين سائر المجتمعات، ففي المجتمعات البدائية قد ترتبط بداية هذه المرحلة بمراسم طقوسية معينة قد لا ترتبط غالبا بالسن، وبالتالي لا تتضح مع بدايتها أو نهايتها، أما في المجتمعات النامية والمتقدمة فتبرز معالم هذه المرحلة بل وتشغل وضعا متميزا في بنية المجتمع، وباتساق معا لنظم الاجتماعية به كالتعليم والأسرة والتشريع والعمل والترويح وغيره، وتتسع مساحة الفترة الزمنية لهذه المرحلة العمرية بقصد تمكينها من اكتساب المعرفة والخبرات المناسبة التي تجعل الفرد قادرا على مقابلة متطلبات النمو الاجتماعي والاقتصادي وممارسة مسؤولياته المجتمعية.

ورغم هذه الاختلاف اتقن معظم الآراء اتفقت بما فيها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على تحديد مرحلة الشباب مرحلة عمرية مداها عشر سنوات تقع بين خمس عشر (15) سنة وخمس وعشرين (25) سنة وفي حدود عامي نحو لنقطة البدء والانتها، ويبقى الاختلاف من جنس إلى آخر، ومن ثقافة إلى أخرى.<sup>1</sup>

أما فيما يخص سن الشباب في الجزائر حسب الاتجاه الديموغرافي فيحدد من سن 16 سنة إلى غاية 29 بالضبط (16 - 29) سنة.<sup>2</sup>

### 1 - 2 - الاتجاه السيكولوجي:

إن تحديد مفهوم الشباب من المشكلات الصعبة التي يواجهها دارسوا الشباب كما ذكرنا سابقا، وبالتركيز على المفاهيم المستخدمة في علم النفس، نجد أنها تشير إلى الشباب إما على أنهم "كبار المراهقين" أو على أنهم "صغار البالغين"، فالذين يستخدمون

<sup>1</sup> أبو الحسن عبد الموجود: التنمية وحقوق الإنسان - نظرة اجتماعية -، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2006، ص 250، 251.

<sup>2</sup> سن 16 - 29 سنة يمثل سن الشباب حسب صندوق الأمم المتحدة للأنشطة الإنمائية ENVAP وأيضا المعتمد في الجزائر حسب الديوان الوطني لإحصاءات، ولهذا تم اعتمادنا على هذه الفئة من خلال دراستنا لفئة الشباب في الجزائر.

المفهوم الأول فزاهم يميلون إلى اعتبار سلوك الشباب كما لو كان بقايا من مظاهر عدم النضج الذي تتميز به مرحلة الطفولة، ومن ثم يميلون إلى استخدام لفظ " المراهقة " يصفون بها عدم ثبات السلوك لدى الشباب، وفي المقابل نجد من يستخدم المفهوم الثاني "صغار البالغين" أكثر تفاؤلاً حيث يعني الإشارة إلى النضج والمسئولية والعقلانية التي تمكن وراء ما يبديه هؤلاء الشباب من سلوكيات مضطربة وغير مستقرة<sup>1</sup>.

كما ينتقد كينيث كينستون K.KENISTON وجهتي النظر السابقتين مؤكداً أن الشاب ببلوغه السن الرابعة والعشرين يكون قد تخطى مرحلة التمرد على المراهقة بما لا يقل عن عشر سنوات، وأنه في هذا السن تتحدد وجهات نظره ويستقر لديه معنى وإحساس ثبات عن نفسه، على نحو يختلف على البالغ أو الراشد الذي تحددت مكانته في المجتمع فالتحق بعمل أو تزوج أو أنجب أطفالاً<sup>2</sup>، ويرتكز المدخل السيكولوجي على تصور أساسي يبين أن الشباب مرحلة من الحياة -لم يكن معترفاً بها من قبل- تتوسط مرحلتي " المراهقة والبلوغ" أو "الرشد" تتحدد وفق الظروف التاريخية المتغيرة، كما ينفرد بالنظرة إلى مرحلة الشباب كغيرها من مراحل الحياة الأخرى على أنها مرحلة انتقالية، لذلك نرى أصحابه يعنون في الأساس بتحديد وصف القضايا والمسائل الهامة التي تسيطر على كل من الوعي والسلوك في هذه المرحلة<sup>3</sup>.

على ما قدمناه نستعرض فيما يلي عدة اتجاهات حول تحديد مفهوم الشباب من

الجانب السيكولوجي:

<sup>1</sup> السيد عبد العاطي السيد: صراع الأجيال - دراسة سوسولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987، ص19.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 16.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 20.

يأخذ البعد الزمني، ويعتمد على فكرة النضوج الجسدي هذا الاتجاه ركز على البعد الزمني، وربط مفهوم الشباب بعمر زمني محدد وأهمل الجانب المتعلق بالنضج والتكامل الاجتماعي... فهل النضوج الجسدي يدخل الإنسان في مرحلة الشباب؟ نحن ندرك أن المرحلة التي تلي مرحلة الطفولة انتقالية إلى مرحلة الشباب، تتجلى في حدوث تغييرات جسمية واجتماعية ونفسية وانفعالية "يغلب على البلوغ في تحديد مواصفات تلك المرحلة من العمر فيعرف الإنسان به استنادا إلى مقاييس المسؤولية والدور، وليس إلى المتغيرات البيولوجية".<sup>1</sup>

إذا وقفنا على خصائص الشباب المتميزة، فكيف ننظر إليه في ضوء الحتمية البيولوجية؟ والشباب ظاهرة اجتماعية أساسا تشير إلى مرحلة من العمر تعقب مرحلة المراهقة، وتبدو خلالها علامات النضج الاجتماعي والنفسي والبيولوجي واضحة<sup>2</sup>، فالمرحلة التي تلي مرحلة الطفولة والتي يمكن تسميتها بمرحلة " المراهقة " أو المرحلة الانتقالية إلى الشباب تشمل جملة من التطورات والتغيرات التي تطرأ على جسم الإنسان تعلن نهاية مرحلة الطفولة وبداية الدخول في مرحلة الشباب، وفترة التغيرات هذه تمتد من 12 سنة أو 15 أو 16 سنة وتتخذ طابع الأزمة، وتدعى اضطراب البلوغ<sup>3</sup> وما يهمنا من هذه المرحلة أنها مرحلة انتقالية يتم الانتقال عبرها من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الشباب.

ويرى الدكتور كمال عمران أن ما يطلق عليه أزمة مراهقة لا ينطبق بالضرورة على كل إنسان عندما يتعرض لتلك التغيرات الفيزيولوجية، بل يرتبط ظهور الأزمة وطريقة النظر إليها ومستوى القلق معها بظروف خاصة، ليست واحدة في كل

<sup>1</sup> كمال عمران: التنمية والتخطيط في الوطن العربي، منشورات جامعة دمشق، 1995، ص 189.

<sup>2</sup> محمد على محمد: الشباب العربي والتغير الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، ص 20.

<sup>3</sup> كمال عمران: المرجع السابق، ص 181.

المجتمعات<sup>1</sup>، والمراهقة مفهوم غربي نجم عن التفكك الأسري الذي أصاب الأسر الأوروبية نتيجة التطور العلمي الذي ترتب عليه غياب المرجع المتمثل في الأب عن أبنائه، وغياب الأم التي يعتمد عليها الشباب في هذه المرحلة العمرية<sup>2</sup> (غياب دور الأسرة في توجيه الشاب خلال هذه المرحلة الحساسة).

هذا ما أكد الباحث البريطاني الدكتور تشارلز دافي، إذا يرى أن الشباب يتكامل نموه الجسماني بسرعة أكبر عن ذي قبل، ولكن شبابنا لا يتكامل نضوجه العقلي والنفسي في الوقت الذي يتكامل فيه نضوجه الجسماني، بل التكامل العقلي والنفسي يأتي متأخراً، حتى يصبح من الصعب عليهم أن يتغلبوا على المشكلات الجنسية التي تترتب على البلوغ المبكر، من هنا نجد القلق الجنسي يسيطر عليهم ويدفعهم إلى الانحراف،<sup>3</sup> أو بمعنى آخر تبني ممارسات غير صحية تؤثر على صحتهم وأدائهم الاجتماعي.

فسمات أزمة المراهقة النفسية والاجتماعية لا ترتبط إنز بالنمو الفيزيولوجي، بل الإطار الفكري والأخلاقي والقيمي الذي يحيط بالمراهق الشاب، ولهذا السبب تصبح المراهقة وأزمتها حالة خاصة تعيشها مجتمعات محددة، وليست حالة إنسانية عامة.<sup>4</sup> تبدأ مرحلة " الشباب " أو " المراهقة " - كما تسمى في بعض الكتابات - بتخطي مرحلة بلوغ الحلم أو اكتمال النضج الجنسي، أي بلوغ القدرة على التنازل وتيقظ الحالة الجنسية، ويحدث ذلك عند سن الخامسة عشرة، أو قبلها بقليل، وتغطي مرحلة الشباب مدة عشر سنوات تقريبا، فهي تنتهي في الخامسة والعشرون أو ما حولها.

<sup>1</sup> كمال عمران: المرجع السابق، ص 183.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 186.

<sup>3</sup> رجاء محمد الحسن: اتجاهات الشباب في سورية نحو تنظيم أوقات الفراغ، نموذج مدينة دمشق، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم الاجتماع، جامعة دمشق، 1996، ص 38.

<sup>4</sup> كمال عمران، المرجع السابق، ص 185.

فمصطلح " بلوغ اللحم " يشير إلى الناحية الجنسية من النضوج أو الارتقاء التي تتمثل في اكتساب القدرة على القذف عند الذكر والحيض عند الأنثى، بالإضافة إلى الخصائص الجنسية الثانوية.

أما مصطلح " المراهقة " أو بدايات النضوج البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي، فمعناه أشمل من معنى البلوغ، وتبدأ مرحلة المراهقة - التي تغطي بعض سنوات حول سن الخامسة عشرة - بالبلوغ.<sup>1</sup>

وتشهد بداية مرحلة الشباب اقتراب شكل الجسم ووظائفه من آخر درجات النضج، ويفضل الوقوف بمرحلة الشباب عند سن الخامسة والعشرين أو ما حولها، لأن تلك هي السن التي تحدث عندها تحولات هامة في حياة الفرد.<sup>2</sup>

يرى **عبد الرحمن العيسوي** أن مرحلة الشباب ما هي إلا امتداد طبيعي لمرحلة المراهقة التي بدورها امتداد طبيعي لمرحلة الطفولة، وكذلك فإن مرحلة الرجولة ليست سوى امتداد لمرحلة الشباب، فإذا كانت مراهقة الشباب سعيدة متكيفة كان الشاب يميل إلى التمتع بحياة التكيف ذلك لأن كل مرحلة إنما تترك آثارها وبصماتها على شخصية الفرد وتظل باقية في المراحل اللاحقة<sup>3</sup>، ومن هنا كانت ضرورة الاهتمام بالفرد منذ نعومة أظفاره، اهتماما صحيا وجسميا، وهذا أيضا ما دفع بنا إلى اختيار فئة الشباب لكي تكون عينة بحثنا لما لها تأثير على المراحل العمرية اللاحقة بها.

### 1 - 3 - الاتجاه البيولوجي (الفسولوجي):

وهو اتجاه يؤكد على ارتباط نهاية مرحلة الشباب باكتمال البناء العضوي للفرد من حيث الطول والوزن واكتمال نمو كافة الأعضاء والأجهزة الوظيفية الداخلية والخارجية

<sup>1</sup> كمال عمران: المرجع السابق، ص 187.

<sup>2</sup> عزت حجازي: **الشباب العربي ومشكلاته**، سلسلة علم المعرفة التي يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مطابع اليقظة الكويت، 1985، ص ص 33 - 34.

<sup>3</sup> نفس المرجع: ص 35.

في جسم الإنسان ويعطلون ذلك بأن نمو الجسم الإنساني لا يتم بمعدل سرعة ثابت بعد الميلاد، حيث ينمو سريعاً في السنوات الأولى من العمر وبعدها يبدأ معدل النمو في البطء التدريجي حتى يتوقف تقريباً في سن الواحدة والعشرين، وعلى هذا يحدد علماء البيولوجيا سن الشباب بأنها السن ما بين ست عشر (16) سنة وثلاثين عاماً (30) باعتبار أنها الفترة التي تحتوي على أقصى أداء وظيفي للجسم والعقل معاً<sup>1</sup>.

#### 1 - 4 - الاتجاه الاجتماعي:

ينظر هذا الاتجاه للشباب باعتباره حقيقة اجتماعية وليس ظاهرة بيولوجية فقط، بمعنى أن هنا كمجموعة من السمات والخصائص إذا توافرت في مجموعة من الأشخاص كانوا شباباً.

ويعتمد علماء الاجتماع في تحديد مفهوم الشباب على طبيعة ومدى اكتمال الأدوار التي يؤديها الشاب، فهم يرون أن فترة الشباب تبدأ عندما يحاول المجتمع تأهيل الفرد اجتماعياً وثقافياً ومهنياً ليحتل مكانة اجتماعية يؤدي فيها دوراً أو أدواراً في بناء المجتمع، وتنتهي هذه الفترة حينما يتمكن الفرد من احتلال مكانته الاجتماعية ويبدأ في أداء أدواره في السياق الاجتماعي بشكل ثابت ومستقر وفقاً لمعايير ونظم هذا المجتمع<sup>2</sup>. أما عن علماء الخدمة الاجتماعية فقد قاموا بتحديد مفهوم وفترة الشباب في الفترة الزمنية بين خمسة عشر (15) سنة وخمس وعشرين (25) سنة وخضوع ذلك وفقاً لمعيار كل مجتمع، وتنقسم هذه المرحلة إلى فترتين أساسيتين، تتميز كل من هما بخصائص وذلك على النحو التالي<sup>3</sup>:

أ- الفترة من خمس عشر (15) إلى عشرين (20) سنة وما حولها: وهي فترة انتقال تتشابه في بعض مميزات مع مرحلة المراهقة، والبعض الآخر مع خصائص الشخصية

<sup>1</sup> ماجد الزيود: الشباب والقيم في عالم متغير، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 36.

<sup>2</sup> ملكة أبيض: الثقافة وقيم الشباب، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 1984، ص 57.

<sup>3</sup> أحمد كمال أحمد: الخدمة الاجتماعية والمجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1963، ص 104، 105.

الناضجة، تتميز بتفاوت في درجات النمو بين الأفراد في النواحي الاجتماعية والنفسية والعقلية والبدنية، وتتميز بالنمو الجسمي السريع. أما عن الناحية الاجتماعية يبدأ الشباب في اتخاذ قرارات هامة وإظهار تحمل المسؤولية ويحاول الاعتماد على النفس والاتجاه نحو الاستقلالية في الرأي ويبحث الشاب في هذه الفترة عن المثل الأعلى الذي قد يتجسد لديه في شخص أو فكرة ويظهر في هذه الفترة الإحساس بالجماعة وأهمية الارتباط بها والسعي لاكتساب مكانة فيها والتوحد مع معاييرها، وهذا يؤكد الدور الحيوي للجماعات المنظمة والبرامج الهادفة.

ب-الفترة من سن العشرين (20) إلى الخامسة والعشرين (25) سنة وما حولها : وهي فترة هامة في حياة الإنسان حيث يصل الفرد إلى درجة ملائمة من النضج النفسي والاجتماعي وتتميز هذه الفترة في قدرة أكبر على التحكم في الرغبات والعواطف والانفعالات، وكذلك يستطيع الشاب أن يحقق التوازن بين المصالح الشخصية والمصلحة العامة، ومن أهم المشكلات التي يواجهها الشاب في هذه الفترة هي تلك التي تتعلق بمحاولة الشباب التحرر من السلطة الأبوية والاستقلال عن الأسرة كما تظهر ميول لدى البعض نحو التدخين وتعاطي المخدرات والمسكرات، وقديم كثير من الشباب إلى التعامل مع مشكلات المجتمع ويحاولون المشاركة في النهوض به، كما يمارس البعض الهويات التي تحتاج إلى أداء عال ومهارة يدوية .

وهذه الخصائص عموما ليست خصائص ثابتة بلهي مظاهر سائدة مشتركة يختلف الشباب في عمق الاتصاف بها تبعا للفروق الفردية، وتبعا لظروف التنشئة، وكذلك المتغيرات البيئية والاجتماعية وذلك ما يجب أن يدركه العاملون مع الشباب في كل مجتمع<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>أحمد كمال أحمد، المرجع السابق، ص 104.

ومن جهة أخرى فقد اختلفت التشريعات القانونية في تحديد مفهوم الشباب من بلد إلى آخرون ورد فيما يلي تعريف المشرع الجزائري للشباب:

اعتبر المشرع الجزائري في تصنيفه لسن المساءلة الصبي الذي لم يبلغ سن الثالثة عشر غير مسئول قضائيا عن أفعاله لعدم أهليته، حيث تنص المادة (49) من القانون الجزائري على أن الصبي الذي لم يبلغ سن الثالثة عشر غير أهل للمسؤولية الجنائية ويعامل معاملة القاصر الذي تتخذ ضده تدابير إصلاحية وتربوية .

ورد في المادة (444) من قانون الإجراءات الجنائية نص يجيز للقضاء تحديد السن ما بين 13-18 سنة التي يحتوي تحتها القاصر ليودع مراكز الحماية والتأديب وهو ما سمي بالجزاء الوقائي أو الاجتماعي.

الشباب هو ذلك الشخص بين سن الثامنة عشر والثلاثين سنة والذي اعتبره قانون العقوبات قد امتاك الأهلية ويعاقب على كل فعل اعتبره قانون العقوبات مخالفا للسلوك العام<sup>1</sup>.

وهكذا نلاحظ أن المشرع الجزائري قد طرح ثلاثة مفاهيم وهي:

- الصبي وهو الذي لم يبلغ سن الثالثة عشر واعتبره غير أهل للمسؤولية وتتخذ ضده تدابير إصلاحية علاجية.

- القاصر وهو الواقع بين سن الثالثة عشر والثامنة عشر ولحمايته قرر المشرع إيداعه مراكز الحماية والتأديب وذلك كإجراء وقائي.

-الشباب من كان بين سن الثامنة عشر والثلاثين واعتبره مسئولا قضائيا ويعاقب عن كل فعل أو سلوك مخالف للسلوك العام.

<sup>1</sup>رضا الفرج: شرح قانون العقوبات الجزائري، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، ط 2، 1983، ص 186،

## 2- حجم الشباب في الجزائر:

يتميز الشعب الجزائري ديموغرافيا بفتوته، إذ أن الأشخاص الذين يقل سنهم عن 30 سنة يمثلون سنة 2014 نسبة 58% من مجموع السكان، أي ما يقارب 22 مليون بأرقام المطلقة، وتمثل فئة الشباب المتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة لوحدها أقل من خمس إجمالي السكان (17,5%).<sup>1</sup>

ومن خلال الإحصائيات المذكورة سابقا يتضح لنا أنه يمكن لتطوير بنية السكان الشباب أن يبين العبء المتزايد لهذه الشريحة من السكان، حيث أن التراجع المزدوج للإنجاب في منتصف الثمانينات ومنتصف السبعينات، الذي انعكس في الانخفاض المحسوس لحجم المواليد الأحياء، جعلنا نعتقد أنه من الممكن بذل الجهود أساسا في مجال تحسين نوعية الخدمات المقدمة للأجيال الشابة (التعليم، الصحة، الترفيه، التغذية... إلخ)، وأنه سيتم استيعاب هذا الكم الهائل مع الوقت، غير أن الوضع السائد في السنوات الأخيرة يثير مسألة التوفيق بين كل من حجم الخدمات العمومية الموفرة ونوعيتها وتطور مطالب الشباب.<sup>2</sup>

حيث ارتفعت نسبة فئة السن المتراوح بين 15 - 24 سنة منذ سنة 1966 بأزيد من الثلث (+37%) من منطقة من 15,8% إلى 21,8% سنة 2008، وهذا التحول المسجل سنة 2008 (21,8% مقابل 22,5% سنة 2006)، سينعكس بعد سنة 2025 وذلك بفضل الارتفاع الأخير في الولادات والزيجات.<sup>3</sup>

والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب في الجزائر حسب السن والجنس وحسب آخر إحصائيات قدمها الديوان الوطني للإحصائيات.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، الجزائر، 2015، ص31.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 32.

<sup>3</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 32.

جدول رقم 01: يبين توزيع الشباب حسب السن والجنس خلال (2016/07/01) في الجزائر.

توزيع الشباب			الجنس فئات السن
المجموع	إناث	ذكور	
3027490	1481638	1545852	15 - 19 سنة
3475531	1704932	1770599	20 - 24 سنة
3769375	1863513	1905862	25 - 29 سنة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017، ص 09.

### 3 - الحالة الزوجية للشباب في الجزائر:

ثلاث أمور بارزة تميز سكان الجزائر منذ سنة 2000 تتمثل في:

1 - ضخامة عدد الزيجات المسجلة سنويا.

2 - التراجع الكبير لسن الزواج الأول.

3 - ضعف نسبة العزوبة الدائمة (أقل من 3 %).<sup>1</sup>

وتعكس هذه الثوابت المكتسبات الاجتماعية فيما يخص استعادة النساء من التعليم والحياة العملية، فضلا عن الصعوبات التي تعترض طريق الشباب للحصول على وظيفة وسكن، والتي تجبرهم على تأخير زواجهم وتكوين أسر، الأمر الذي يثير الجدل لأن ارتفاع نسبة الشباب عامل ذو حدين بحيث يعتبر الشباب في جميع المجتمعات طاقة إيجابية ومورد بشري إذ تم الاعتناء به ورعايته منذ الصغر ليصبح فرد صالح وفاعل في المجتمع، لكن في الجزائر ارتفاع فئة الشباب يشكل مشكل خاصة إذا كان هذا الشاب

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 33.

غير مؤهل لكي يكون فرد مؤثر في المجتمع، ولو حتى كان مؤهل لذلك، الحجم الكبير من الشباب خلق فرص المنافسة، والدولة بطبيعة الحال لم تستطع توفير مناصب شغل لجميع هؤلاء الشباب الأمر الذي يخلق عدة مشاكل في المجتمع، كالبطالة وعدم الحصول على مسكن وانعدام فرص الزواج كلها أسباب يتولد من خلالها سلوكيات غير صحية قد تؤثر على الشباب بالسلب وتسلبهم صحتهم من خلال التوجه إلى التدخين لمختلف المخدرات والممارسات الجنسية غير الشرعية وغيرها من العادات السيئة لترفيهه على نفسياتهم.

وبالأرقام يتضح لنا الارتفاع الملحوظ لمتوسط سن الزواج لدى النساء حيث انتقل من 20,9 سنة عام 1977 إلى 23,7 سنة عام 1987، ثم إلى 29,1 سنة خلال عام 2008، ويتفاهم هذا الاتجاه عند الشابات المتراوح أعمارهم 20 - 24 سنة، حيث انتقلت نسبة العازبات من 31% سنة 1977، لتستقر في 76,6% سنتي 1998 و2012<sup>1</sup>، فالسن عند الزواج الأول يعد من أهم العوامل الديموغرافية الوسيطة تأثيرا في الخصوبة، كما أثبتت العديد من الدراسات أن الزواج في سن مبكر قبل العشرين عموما، يمكن أن يؤدي إلى أمراض متعدد منها ارتفاع ضغط الدم، السكر، الإجهاض... الخ، كما أثبتت الدراسات أن أفضل عمر للإنتاج يتراوح بين 20 - 35 سنة<sup>2</sup> بالنسبة للمرأة، وهذا ما يبين إدراك الإناث لثقافة الصحة الإنجابية.

والجدول التالي يبين أكثر تطور متوسط سن الزواج الأول عبر مختلف السنوات

عند الذكور والإناث.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي ، المرجع السابق، ص 33، 34.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص 232، 233.

جدول رقم 02: يبين تطور متوسط السن عند أول زواج حسب الجنس.

متوسط سن الزواج الأول		الجنس	السنوات
إناث	ذكور		
20,9	25,3		1977
23,7	27,7		1987
27,6	31,3		1998
29,9	33,5		2006
29,1	32,9		2008

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء.

ودائما بالنسبة للحالة الزوجية، قدر عدد العزاب من الذكور الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 29 سنة نسبة 81,2% سنة 2012، وتعد هذه النسبة مرتفعة بحيث يعتبرون على مشارف خروجهم من مرحلة الشباب ولم يقبلوا على الزواج بعد، وهذا بسبب غياب الوعي حول ثقافة الرعاية الصحية قبل الزواج والتي من أهم عناصرها معرفة السن المناسب للزواج حيث تكون القدرة الإخصابية جيدة في الفترة ما بين 18 - 35 سنة<sup>1</sup>، وقد تتدخل عوامل أخرى وتدفع بالشباب إلى تأجيل زواجه كالظروف الاقتصادية على سبيل المثال وهذا ما تطرقنا إليه أكثر في الفصل الثالث للدراسة، هذا بالنسبة للذكور، في حين نجد الإناث أكثر إقبال على الزواج حيث قدرة نسبة الشابات العازبات بـ: 44,2% فقط مما يبين وعيهم حول السن المناسب للزواج، والجدير بالذكر أن نسبة 1,9% من النساء الشابات المتراوح سنهن بين 25 و 29 سنة عرفن فعلا تجربة الطلاق مقابل 0,1% من الرجال والجدول التالي يبين أكثر الحالة الاجتماعية للشباب في الجزائر.

<sup>1</sup> زين حسن بدر وأيمن سليمان مزاهرة: الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة، عمان، 2009، ص 39.

جدول رقم 03: يبين الحالة الاجتماعية للسكان المتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة (سنة 2012) (%).

المجموع	مطلق/منفصل/أرمل		متزوج		أعزب		الحالة الاجتماعية والجنس السن
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
100	0,2	0,0	2,7	0,1	97,1	99,9	19 - 15
100	0,4	0,1	22,9	2,1	76,6	97,9	24 - 20
100	1,9	0,1	53,9	18,7	44,2	81,2	29 - 25

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء: تحقيق جدول التوقيت 2012.

#### 4 - الخصوبة عند الشباب الجزائري:

عرف معدل الخصوبة في سن مبكرة تراجعاً معتبراً، نتيجة لمعدل المواليد، مما سمح بالحد من خطر وفاة الأمهات في تلك السن، ومع ذلك تجدر الإشارة إلى الزيادة الطفيفة لمعدلات الخصوبة الكلية لدى الشباب المتراوح أعمارهم بين 15 - 29 سنة منذ 2010/2008، لتعود إلى المستويات المسجلة خلال فترة ما قبل 2000 وهذا يدعو إلى تحلي القطاع المكلف بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بمزيد من اليقظة بشأن الاتجاهات التي يمكن أن تخفيها هذه الملاحظة<sup>1</sup>، وتشمل خدمات تنظيم الأسرة التوعية والتثقيف والمشورة وتقديم الوسائل اللازمة لتنظيم الأسرة ومعالجة المضعفات الناتجة عنها<sup>2</sup>. والجدولان التاليان يبينان أكثر تطور معدلات الخصوبة عند الشباب ومتوسط السن عند الولادة عبر مختلف السنوات في الجزائر.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 35.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 232.

جدول رقم 04: يبين تطور معدل الخصوبة لدى فئة الشباب من 15 إلى 29 سنة في الجزائر.

نسبة الخصوبة حسب السن (%)					نسب الخصوبة والسنوات السن
2014	2010	2008	2000	1990	
13,5	10,2	8,8	10,7	23,0	19 - 15
100,9	84,1	76,1	80,2	148,0	24 - 20
159,2	146,0	142,1	137,1	222,0	29 - 25

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء: النمو الديموغرافي في الجزائر، 2014. نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الخصوبة عرفت انخفاض ملحوظا من سنة من سنة 1990 إلى غاية 2014، كما أن فئة السن 25 - 29 سنة هم الفئة الشابة الأكثر إقبالا على الخصوبة عبر مختلف السنوات.

الجدول رقم 05: يبين تطور متوسط السن عند الولادة عبر السنوات في الجزائر.

متوسط السن					متوسط السن عند الولادة (بالسنوات)
2014	2010	2008	2000	1990	
31,3	31,7	31,9	32,0	29,5	

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء: النمو الديموغرافي في الجزائر، 2014.

5 - هجرة الشباب في الجزائر:

5 - 1 - الهجرة الداخلية:

أظهر إحصاء 2008 أنه من بين 27,7 مليون شخص تبلغ أعمارهم 10 سنوات فما فوق، انتقل ما يزيد عن 675000 شخص من ولاية إلى أخرى، خلال الفترة الممتدة بين 1998 و 2008، أي بنسبة 2,4%، ومقارنة بالفترة الممتدة بين 1987 و 1998 التي غير خلالها 938000 شخص الولاية التي كان يقيم فيها (4,4%)، فإن حركة الهجرة بين الولايات أصبحت أقل بكثير منذ ذلك الحين، والجدير بالذكر أن الولايات

ذات الرصيد السلبي بين 1998 و 2008 هي ولايات الشمال والهضاب العليا، بينما الولايات ذات الرصيد الايجابي هي في الغالب المدن الشمالية الكبرى كالجزائر العاصمة ووهران والبليدة<sup>1</sup>.

والظاهر أنه منذ سنة 2003 قد أسفرت سياسة استقرار سكان الريف بالذات عن نتائج خاصة، من خلال برنامج الدعم الموجه لإسكان الريفي، بحيث وفرت لهم الدولة عدة مراكز للخدمات الاجتماعية كإنشاء المستوصفات الصحية وإنشاء المدارس. لكن هل هذا كافي ليصبح سكان الريف متحضرين ومتطلعين للوقت الراهن بما في ذلك التكنولوجيا بمختلف أبعادها وقدرتهم على مواكبتها.

## 5 - 2 - الهجرة الخارجية:

أظهر تحقيق أصدره المركز الاسباني برشلونة للشؤون الدولية أن 20% من الشباب في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط يرغبون في مغادرة بلدانهم. وجاء في التحقيق أن شابا واحدا بين كل خمس شباب في الدول التي شملتها الدراسة، بما فيها الجزائر يرغب في الهجرة إلى خارج بلاده وقد سجلت الجزائر نسبة 30%، ويشكل منخفضي المستوى التعليمي أغلبهم بنسبة 53% لذوي المستوى دون المتوسط، مقابل 27% من الجامعيين، والجدول التالي يبين أكثر المستوى التعليمي للشباب الجزائريين الراغبين في الهجرة الخارجية.

جدول رقم 06: يبين المستوى التعليمي للشباب الذين يرغبون في الهجرة (%).

المستوى التعليمي	البلد
ابتدائي	28%
متوسط	25%
ثانوي	20%
جامعي	27%
الجزائر	

المصدر: المركز الاسباني في إطار مشروع "صحوة"، 2016 - 2017.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 42.

<sup>2</sup>SAHWA: You th Survey 2016 2017. Elaborated by the author.

كما بين هذا التحقيق الأسباب التي تدفع الشباب الجزائري إلى التفكير في الهجرة، فهي تتمثل حسب التحقيق الأوروبي بشكل أساسي في البحث عن فرص أفضل لاكتساب الخبرة المهنية بنسبة 22% وهي النسبة الأعلى بين الدول التي شملها التحقيق، تليها نسبة 21% من الشباب الذين يرغبون في الهجرة لإكمال دراستهم، فيما لم تسجل الجزائر أي إجابات تتعلق بالأوضاع الأمنية والسياسية، مقارنة بتونس والمغرب حيث تم تسجيل 3% من الشباب الذين يرغبون في مغادرة بلدانهم بسبب أوضاعها الأمنية.<sup>1</sup>

قد تكون الظروف الاقتصادية سبب رئيسي يدفع الشباب إلى التفكير في الهجرة لكنها ليست الوحيدة، حيث هناك أسباب أخرى وراء التفكير في الهجرة كالظروف الاجتماعية والأمنية والنفسية وكل ما يجعل الفوارق بين بيئتين تتلخص في الأولى طاردة والأخرى جاذبة، خاصة مع الانفتاح على العالم الخارجي من خلال مختلف وسائل الإعلام، بحيث أصبح الشباب أكثر وعياً وإدراكاً لحقيقة ما يعيشه وما هو متوفر له من خدمات سواء في المنزل أو المدرسة أو الشارع وما هو موجود في الدول المتقدمة، مما يدفع بهم إلى المقارنة وبالتالي يرغب في حياة أفضل لا يستطيع أن يعيشها إلا إذا هاجر.

## 6 - وضعية التعليم لدى الشباب في الجزائر:

تعد المساواة في الاستفادة من التعليم بين الجنسين حقاً مكفولاً بموجب الدستور وهدفاً مسطراً في برنامج أهداف الألفية للتنمية وبرنامج (التعليم للجميع)، وبما أننا في صدد دراسة الشباب في سن 16 - 29 سنة سنعرض انتشار التعليم لهذه الفئة العمرية من خلال عرض المستوى التعليمي للجنسين حسب فئات السن ومدى التحاق بالطور الثانوي والجامعي في الجزائر.

<sup>1</sup>تتعلق الدراسة بالفترة ما بين 2014 و2016 حتى 2017 وشملت كل من الجزائر وتونس والمغرب ولبنان ومصر، وتم تنفيذها من قبل المركز الإسباني في إطار مشروع يحمل تسمية "صحوة"، لصالح المفوضية الأوروبية.

والجدول التالي يبين المستوى التعليمي للشباب في سن 15 - 29 سنة وحسب الجنس في الجزائر سنة 2012.

جدول رقم 07: يبين توزيع التعليم للسكان البالغين من 15 - 29 سنة حسب الجنس في الجزائر سنة 2012 (%).

المجموع	عالي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون تعليم	م.تعليمي
						فئات السن
إناث						
100	4,4	39,8	46,5	6,6	2,7	19 - 15
100	33,5	23,3	27,6	10,7	4,9	24 - 20
100	26,0	20,5	30,1	14,4	8,9	29 - 25
ذكور						
100	2,5	30,4	59,7	5,9	1,5	19 - 15
100	21,9	22,5	41,8	11,2	2,6	24 - 20
100	18,2	19,3	42,8	16,5	3,1	29 - 25
كلا الجنسين						
100	3,5	35,2	52,9	6,3	2,1	19 - 15
100	27,7	22,9	34,6	11,0	3,7	24 - 20
100	22,3	20,0	36,2	15,4	6,1	29 - 25

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: حالة السكان 2012، ص 14.<sup>1</sup>

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الشباب بدون تعليم منتشرة أكثر لدى الإناث منها لدى الذكور، وذلك حسب كل فئات السن بحيث سجلت أكبر نسبة 8,9% عند اللواتي يتراوح سنهن ما بين 25 - 29 سنة مقابل 3,1% لدى الذكور في نفس الفئة العمرية، كما يبين الجدول أيضا نسبة الإناث في المستويين الابتدائي والمتوسط أقل مما هي عليه عند الذكور.

<sup>1</sup> بالتصرف: بحيث كان يبين هذا الجدول توزيع التعليم للسكان البالغين 5 سنوات فأكثر.

في المقابل فإن نسبة الحاصلين على المستوى الثانوي تتقارب عند الجنسين مع ارتفاع طفيف لدى الإناث، بينما نلاحظ أن نسبة الإناث ذوات المستوى الجامعي تفوق تلك المسجلة عند الذكور (26% و 18.2%) على التوالي عند الفئة العمرية 25 - 29 سنة.

وما يبينه هذا الجدول أن الإناث الملتحقات بالدراسة يواصلن تعليمهن أكثر من الذكور الذين كانت نسبة الالتحاق لديهم أكثر منها لدى الإناث لكنهم يتخلون عن الدراسة، لعدة أسباب نذكر منها نقص تحصيلهم الدراسي أو بسبب الظروف الاقتصادية التي تجبرهم على ترك الدراسة، ونجد أيضا ميل الشباب الذكور إلى التخصصات العلمية والتقنية الصعبة التي تصعب عليهم مهمة مواصلة تعليمهم، أما بما يخص الإناث كما هو مبين في الجدول أن نسب التحاقهن بالمدارس أقل منها لدى الذكور، وقد يعود ذلك إلى بعد المدرسة عن مكان السكن (المناطق الريفية) ويستمر هذا الانخفاض في المستويين الابتدائي والمتوسط، ومع المستوى التعليمي الثانوي يبدأ الارتفاع في النسب لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور، ويرجع ذلك إلى تمسك الفتاة بدراستها (المكانة الاجتماعية)، ونجد أيضا ميل الفتاة إلى التخصصات الأدبية التي تكون أسهل في مجال الدراسة وتضمن لها وظيفة في المستقبل تتقبلها الأسرة أولا ثم المجتمع ثانيا، بالإضافة إلى عدم تكال الأسرة على الفتاة في الجانب المادي.

### 6-1 - انتشار التعليم الثانوي في الجزائر:

في ما يخص طور التعليم الثانوي بلغ 136 بنت مقابل كل 100 ولد سنة 2014 وهذا على مستوى جميع الولايات لكن بقيم متفاوتة، تكشف هذه الملاحظة عن معدل رسوب أعلى بكثير لدى الذكور منه لدى الإناث لا على استفادة متفاوتة من التعليم بين الجنسين<sup>1</sup>، ويعزز عدم التكافؤ في التعليم بين الذكور والإناث خاصة في المستويات المرتفعة من التعليم زيادة قدرات الفتاة وتفتح ذهنها مما يمكنها من استيعاب مختلف

<sup>1</sup> نفس المرجع: ص 91.

المعلومات بما فيها الصحية، وبالتالي يكن الإناث الشابات أكثر وعيا واكتسابا لثقافة صحية صحيحة، الأمر الذي يجعلهن أكثر استيعاب لمختلف المواضيع بما فيها المعلومات التي تدور حول الصحة.

أدى وضع هدف منح فرصة الاستفادة من التعليم بصفة متكافئة لكل الأطفال إناثا وذكورا إلى تمدد كثيف للأطفال، فمنذ سنة 1962 تضاعف عدد الأطفال المتمدرسين في التربية الوطنية عشر مرات ليلعب أكثر من 8 ملايين تلميذ في بداية الدخول المدرسي 2014 - 2015، أي 20% من سكان الجزائر.<sup>1</sup>

ومع تحسن معدل الانتقال إلى السنة أولى ثانوي، لا يزال عدد التلاميذ في التعليم الثانوي يشهد ارتفاعا سنويا متوسطا يقارب 7,8% بين 2008 و2014، باختصار يقدر عدد التلاميذ في التربية الوطنية المسجلين سنة 2014 (بما في ذلك التعليم عن بعد والخاص والمتخصص) بـ: 8524090 تلميذا، بمقابل 8489619 تلميذا سن 2013. يشكل مجموع التلاميذ من قرابة 50% من تلاميذ التعليم الابتدائي، وتتبنى عودة أعداد الولادات باستمرار الطلب المدرسي القوي على مستوى هذا الطور، مما يشكل تحديا كبيرا بالنسبة للبلد من أجل تلبية هذا الطلب مع المحافظة على نوعية التعليم.<sup>2</sup>

والجدول التالي يبين توزيع التلاميذ في الطور الثانوي حسب آخر إحصائيات الديوان الوطني في الجزائر.

**جدول رقم 08: يبين توزيع التلميذ المسجلين في الطور الثانوي عبر مختلف السنوات في الجزائر.**

السنوات	2014/2013	2015/2014	2016/2015	2017/2016
التلاميذ المسجلين	1499740	1526779	1378860	1286808

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017، ص 29.

<sup>1</sup> نفس المرجع: ص 91.

<sup>2</sup> نفس المرجع: ص 92.

6 - 2 - المنشآت التعليمية الثانوية في الجزائر:

ساهمت الجهود المبذولة لعدة سنوات في مجال إنجاز المنشآت للاستقبال والتكوين المتعلقة بالتعليم في تكثيف خدمة التعليم في الأطوار الثلاثة في سبيل تحسين خدمات التمدرس، لاسيما فيما يتعلق تقريب المؤسسة التعليمية من تلميذ الابتدائي. وقد شهدت المنشآت التعليمية توسعا معتبرا منذ سنة 2008 - 2009 حيث تم بناء 22679 مؤسسة مع ارتفاع سنوي متوسط يقدر ب 5%، وفي سنة 2014-2015 كانت هناك 2141 ثانوية، وقد تواصلت جهود البناء لتمنح الأولوية لتغطية المناطق النائية الواقعة بالهضاب العليا وبالجنوب.<sup>1</sup>

جدول رقم 09: يبين تطور المؤسسات التعليمية من سنة 1962 إلى سنة 2017.

السنوات	الثانوي	ابتدائي + متوسط + ثانوي
1963 - 1963	39	2666
2009 - 2008	1591	23722
2011 - 2010	1749	24340
2012 - 2011	1883	24853
2013 - 2012	1956	25037
2014 - 2013	2043	25345
2015- 2014	2141	25713
2016- 2015	2251	-
2017- 2016	2355	-

المصدر: دليل الإحصاء - وزارة التربية الوطنية+ الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017، ص 29.

كما تعتبر ظروف التمدرس من الدعائم الأساسية التي تساعد على انتشار التعليم لأنها تشمل نوعين من الظروف الأولى الظروف البيداغوجية، والظروف المحيطة بالعمل البيداغوجي، حيث يتم تحليل الأولى من حيث القدرة على الاستقبال والتأطير، وفيما

<sup>1</sup> نفس المرجع: ص 93.

تتعلق الثانية أساسا بإجراءات من نوع اجتماعي من شأنها تشجيع الأطفال على مواصلة الدراسة.

كما بلغت قدرات الاستقبال من حيث المنشآت المدرسية في الطور الثانوي ارتفع عدد الأقسام البيداغوجية إلى 47481 قسما سنة 2014، أي بارتفاع إضافي قدره 7436 مقعدا بيداغوجيا مقارنة بسنة 2013، وهو ما يعطينا حجما متوسط ب: 32 تلميذا، وتسجل ولاية البليدة أعلى معدل ب: 36 تلميذ في كل قسم بيداغوجي<sup>1</sup>.

وعليه تبقى منشآت الاستقبال في كل أطوار التعليم غير كافية مقارنة بتطور عدد التلاميذ، غير أننا نلاحظ من جهة أخرى نقائص عشوائية هنا وكناك أي حاجيات في قدرات الاستقبال حسب الولايات، مما يجعل هذه النقائص غير مقتصة على مكان واحد في جميع الأطوار.

أما بما يخص قدرات الاستيعاب من حيث التأطير البيداغوجي، ارتفع عدد المعلمين من 343674 خلال سنة 2008 إلى قرابة 400000 معلما خلال سنة 2014، وقدر حجم معلمي الثانوي ب: 76564 معلما<sup>2</sup>.

وبما يخص التأطير في الطور التعليم الثانوي دائما ارتفع هذا المعدل من 15 تلميذا لكل معلم سنة 2008 إلى 20 تلميذا سنة 2014، وعلى مستوى الولايات، نلاحظ دوما التأخر المسجل في ولاية البليدة ب: 25 تلميذا لكل معلم، فيما تسجل ولاية إليزي معدل أقل ب: 15 تلميذا لكل معلم<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> نفس المرجع: ص 94.

<sup>2</sup> نفس المرجع: ص 94.

<sup>3</sup> نفس المرجع: ص 95.

## 6 - 3 - انتشار التعليم العالي في الجزائر:

يعتبر التعليم العالي للشباب من أهم المشاريع التي قد يقوم بها الشاب ليكون نفسه ولكي يتمكن من الدخول بقوة في الحياة الاجتماعية، سواء من الجانب المعرفي وقدرته على تلقي واستقبال كل المعلومات لأنه مؤهل أكاديميا أو من الجانب الاجتماعي لأنه قد تمكن من اكتساب نوع من الخبرة العلمية التي قد تفيده في حياته الخاصة هذا من جهة، ومن جهة أخرى يعتبر أيضا تعليم الشباب من الإنجازات القوية لكل دولة من دول العالم بحيث تكون تخطت مشكلة المستوى التعليمي المنخفض لسكانها وبالأخص الشباب منهم لأنهم هم قوة المجتمع ومستقبله.

لكن التعليم العالي في الجزائر مازال لم يصل إلى الحد الأعلى لأننا نعرف تخلي كبير عن الدراسة في المستويات التي تسبق المرحلة الجامعية خاصة عند الذكور، ويبقى معرفة السبب الرئيس لهذا التخلي مجهول عموما مع وجود احتمالات أن أهمها الظروف الاقتصادية هي التي تحول بين الشاب ومتابعة دراسته الجامعية.

ولقد عرف قطاع التعليم العالي تطورا كبيرا عبر مختلف السنوات من خلال حجم الطلبة المسجلين والمنشآت الجامعية، وذلك بسبب النجاح الكبير في البكالوريا بحيث كانت تقدر نسبة النجاح بـ: 42,66% سنة 2004 وأصبحت 62,85% سنة 2011 في جميع الشعب<sup>1</sup>، ومازلنا نعرف هذا الارتفاع.

والجدول التالي يبين أكثر انتشار التعليم العالي في الجزائر عبر مختلف السنوات.

<sup>1</sup>وزارة التربية الوطنية: التعليم، حوصلة إحصائية 1962 - 2011، ص 130.

جدول رقم 10: يبين توزيع الطلبة المسجلين في التعليم العالي حسب مختلف السنوات الدراسية: 08/2007 إلى 17/2016 في الجزائر بالآلاف.

2016	2015	2010	2009	2008	2007	السنوات
2017	2016	2011	2010	2009	2008	التعليم العالي <sup>1</sup>
1416,0	1315,7	1138,6	1093,3	1103,8	1000,8	طلبة و.ت.ع.ب.ع (الترج وما بعد التدرج) <sup>2</sup>
1332,7	1200,6	1077,9	1034,3	1048,9	952,1	منهم في التدرج
76,2	76,9	79,3	80,4	80,9	72,4	طلبة ج.ت.م (قبل التدرج والتدرج) <sup>3</sup>
53,2	48,9	50,0	51,0	45,8	42,6	منهم في التدرج

المصدر: وزارة التربية الوطنية: التعليم، حوصلة إحصائية 2011/1962، ص 114+ الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017، ص 30.

أما بالنسبة للمدة التي يقضيها الطالب ليحصل على شهادة التخرج من الجامعة خلال الفترة الممتدة بين 2004 - 2013، نلمس نسبة رسوب عالية وهي أكثر ارتفاعا نسبيا في الجذع المشترك للعلوم الدقيقة (ليسانس) والتكنولوجيا (مهندس) في جزء كبير المدة الطويلة للحصول على شهادة ما بعد التدرج، أما بالنسبة لفرع العلوم الطبية، فتشكل أحد الفروع الأكثر انتقاء في التعليم العالي، والتأخر المسجل يمكن أن يعود إلى اللغة المستعملة في التدريس.

والجدول التالي يبين أكثر المدة المتوسطة للدراسة بالجامعة (جميع التخصصات) في الجزائر عبر مختلف السنوات.

<sup>1</sup> الطلبة المسجلين في المعاهد للتدرج وما بعد التدرج في المعاهد الخاضعة لوزارة المكلفة بالتعليم العالي.

<sup>2</sup> و.ت.ع.ب.ع: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

<sup>3</sup> ج.ت.م: جامعة التكوين المتواصل.

جدول رقم 11: يبين المدة المتوسطة للدراسة بالجامعة (جميع الشعب) بين 2004-2013 في الجزائر (بالسنوات).

السنوات الشهادة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014
الليسانس	5	6	5,06	4,22	4,69	4,78	4,66	5,44	5,4	5,3
الهندسة	5	5	5,92	6,38	6,08	5,91	5,78	5,69	5,5	5,2
الطب	6	6	6	7	8	9	8	8	8	7,8

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 182.

كما نجد أيضا ارتفاع ملحوظ خاص بهيئة التدريس الخاصة بالتعليم العالي في الجزائر عبر مختلف السنوات وهذا راجع بالضرورة كما ذكرنا سابقا إلى الارتفاع في عدد الطلبة المسجلين في الجامعة حسب مختلف التخصصات، والجدول التالي يبين أكثر تطور هيئة التدريس حسب الوطن.

جدول رقم 12: يبين تطور هيئة التدريس الخاص بالتعليم العالي في الجزائر ما بين 2011/2012 و2016/2017.

السنوات الطور	12/2011	13/2012	14/2013	16/2015	17/2016
التعليم العالي	44448	48398	51299	56876	58116

المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي+الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017، ص 30.

باستثناء جامعة التعليم المتواصل، وموظفي غير وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

أما بما يخص خرجي الجامعات فعرفت الجزائر أيضا ارتفاع في هذا المجال والجدول التالي يبين أكثر هذا التطور.

جدول رقم 13: يبين تطور شهادات التخرج في الجزائر بين 2010/2011 و2012/2013.

منهم الإناث			مجموع شهادات التخرج للجنسين			السنوات التخصصات
13/2012	12/2011	11/2010	13/2012	12/2011	11/2010	
7564	4643	5917	10405	6873	7370	العلوم الدقيقة
192	126	56	421	277	181	العلوم التطبيقية
20910	12571	15011	51959	37524	41785	التكنولوجيا
4022	3828	3351	5964	5901	5134	العلوم الطبية
591	488	489	1110	1150	1110	العلوم البيطرية
19832	13223	15705	25070	17471	19627	علوم الطبيعة/الأرض
87753	75317	80721	138640	118226	124121	علوم اجتماعية/إنسانية
44095	75317	39148	55033	46457	47414	أدب ولغات
<b>184959</b>	<b>147409</b>	<b>159678</b>	<b>288602</b>	<b>233879</b>	<b>246743</b>	المجموع
<b>64.09</b>	<b>63.03</b>	<b>64.71</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	%

المصدر: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

وكما يبين الجدول السابق أن ميل الإناث إلى التخصصات الأدبية أكثر منه لدى الذكور ويرجع ذلك إلى سهولتها بما أنهن ينتظرهن مشروع عمل وزواج وإنجاب الأطفال، وبالتالي الرسوب ليس في صالح الوقت لديهن، بالإضافة إلى أن الإناث الشابات لهن مهام أخرى يقمن بها بجانب الدراسة في المنزل، كالتنظيف والطبخ والاعتناء بصحتهن الشخصية ومتابعة مختلف وسائل الإعلام كلها تحول بينها وبين التوجه إلى تخصصات صعبة، إلا أننا نلاحظ عدد معتبر من الإناث يتخرجن من العلوم الطبية وهي من العلوم الصعبة في التوجه والمتابعة، ويفسر هذا برغبة الإناث الشابات في الوظائف التي تفضلها الأسرة والمجتمع لبناتهن مثل (طبيبة، معلمة، موظفة، مهندسة...).

6 - 4 - المشاكل التعليمية التي يعاني منها الشباب في الجزائر.

نجد لها خطورة وأهمية لا تقل أهمية عن المشاكل الأخرى التي يعاني منها الشباب مثل المشاكل الصحية والمشاكل النفسية والمشاكل الأسرية... إلخ، فالمدرسة مجتمع صغير نستطيع من خلاله أن نعد الشباب لفهم فلسفة المجتمع الكبيرة والتعاون في تحقيق

أهدافه، ولكن علاقة المدرسة بالشباب تختلف عن علاقته بالأسرة، فهي علاقة رسمية ومن يقصر في واجباته منهم يتعرض للعقاب والفصل من المدرسة، ونجد الكثير من الشباب يعاني من مشكلات دراسية وهذه المشكلات جمود المواد الدراسية، حيث لا تلقي اهتماما على ميولهم ولا تتلاءم مع استعداداتهم، وقد يشكو الشباب من الصراع بين ما هو كائن وما يجب أن يكون فكثيرا منهم يجد نفسه مقيد بنوع من الدراسة أجبر عليها وليس له حق الاختيار، ومن هنا ينشأ الشعور بالخيبة واليأس فضلا عن ما يتحمله من عناء ومشقة في الدراسة، وهناك مشكلات الشرود وضعف الذاكرة، حيث ينتابهم مشاعر الخوف من الرسوب وقد تكون العوامل الأسرية من العوامل المسببة للشرود وضعف الذاكرة عند الشاب والصراع النفسي وتناقص الرغبات.<sup>1</sup>

وأكبر مشكل تعليمي قد يواجهه الشاب خلال مرحلة تعليمه هو التخلي عن الدراسة في أي طور من أطوار التعليم، سواء كان هذا التخلي إرادي وتكون أكبر نسبة عند الذكور-، أو إجباري وتكون هذه النسبة أعلى عند الإناث، والتخلي عن التعليم من الأمور السلبية في المجتمع خاصة إذا صاحب هذا التخلي التوجه إلى الشارع دون امتحان مهنة أخرى تحول بين الشاب وانحرافه عن السلوك السليم، لأن وقت الدراسة يصبح بالنسبة له وقت فراغ يعجز عن شغله، خاصة في الوقت الراهن الذي تكثر فيه الممارسات غير الصحية بين أوساط الشباب، كالتدخين وتعاطي المخدرات وغيرها من السلبيات.

<sup>1</sup>محمد سلامة غباري: الخدمة الاجتماعية ورعاية الشباب في المجتمع الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط2، 1989، ص 99-101.

## خلاصة الفصل:

لقد حولنا من خلال هذا الفصل أن نبين الوضع الاجتماعي للشباب في الجزائر من خلال عدة نقاط أساسية، وتمثلت في مفهوم الشباب الذي كان من الأمور صعبة التحديد فتناولناه من عدة اتجاهات، الاتجاه الديموغرافي، السيكولوجي والبيولوجي وأخيرا الاتجاه الاجتماعي بما فيه القانوني.

كما تضمن هذا الفصل أيضا حجم الشباب في الجزائر حسب الجنس والسن، والحالة الزوجية لهم وأيضا تطرقنا إلى الخصوبة عند الشباب الجزائري، وبطبيعة الحال الهجرة بنوعها الداخلية والخارجية التي تعتبر من أهم اهتمامات الشباب الحالية، ويرجع اختيارنا لهذه العناصر لطبيعة تخصصنا في مجال علم الاجتماع الديموغرافي.

كما تطرقنا أيضا إلى وضعية التعليم لدى الشباب الجزائري لأن هذا الفصل مخصص للوضع الاجتماعي للشباب، وبما أننا تطرقنا في العنصر السابق إلى توزيع الديموغرافي للشباب الذي يلخص الظروف الاجتماعية للشباب لم يبق لنا إلى أن نبرز انتشار التعليم عند فئة الشباب، لنوضح من خلاله الظروف الثقافية المتممة للوضع الاجتماعي للشباب في الجزائر.

وكان هذا العنصر تحت عنوان تعليم الشباب في الجزائر تضمن وضعية التعليم لدى الشباب في الجزائر، وسلطنا الضوء على انتشار التعليم الثانوي في الجزائر والمنشآت التعليمية بما فيها حجم المتدرسين في هذا الطور والمنشآت المخصصة لهم ودرجة الاستيعاب وأيضا التأطير، وكان اختيارنا لهذا العنصر ليس عشوائيا بل لأن مجموعة معتبرة من عينة دراستنا (الشباب) تنتمي لهذا الطور، ثم تطرقنا إلى التعليم العالي في الجزائر وأبرزنا كيف ينتشر حسب الجنس والتخصصات العلمية، لننهي هذا الجزء بأهم المشاكل التعليمية التي قد يعاني منها الشباب في الجزائر.

الفصل الثالث  
الوضع الاقتصادي للشباب  
في الجزائر

**تمهيد:**

حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز الوضع الاقتصادي للأسرة وللشباب في الجزائر من خلال العنصر الأول الذي تضمن الظروف الاقتصادية للأسرة الجزائرية، كما اندرج ضمن هذا العنصر المستوى المعيشي والدخل الأسري في الجزائر، وتضمن الدخل والموارد المالية للأسرة في الجزائر ووضعية السكن في الجزائر.

أما الجزء الثاني لهذا العنصر فخصصناه لتشغيل الشباب في الجزائر من خلال إبراز حجم تشغيل الشباب حسب السن والجنس وحسب المستوى التعليمي والقطاعات، وأيضا سياسات تشغيل الشباب في الجزائر.

أما العنصر الثاني فكان يعالج تطور البطالة في الجزائر، وكان يحتوي على عنصرين الأول بطالة الشباب في الجزائر والثاني البحث عن العمل في الجزائر.

أولاً: الظروف الاقتصادية للأسرة الجزائرية.

### 1 - الدخل والموارد المالية للأسرة في الجزائر:

يعتبر الدخل الشهري والموارد المالية للأسرة من أهم المؤشرات الدالة على الظروف الاقتصادية والمعيشية بحيث عندما يكون الدخل الأسري مرتفع تستطيع الأسرة توفير الحياة اللائقة لأفرادها من غذاء جيد ورعاية صحية وتستطيع توفير حتى الترفيه لأطفالها شباب المستقبل مما يجعلهم يتمتعون بحياة صحية بكل جوانبها الصحية والاجتماعية والنفسية وحتى العقلية مما يكون لديهم وعي صحي وثقافة صحية، ومن خلال هذا العنصر حاولنا أن نبين وضعية الدخل في الجزائر الذي يعكس الوضع الاقتصادي في الجزائر لفئات كبيرة من المجتمع وأيضاً سنبيين الموارد المالية للأسرة في الجزائر أين تولى الأسرة الجزائرية اهتماماتها في جانب الإنفاق مما يعكس ثقافتها الصحية.

### 1 - 1 - الدخل في الجزائر:

يعتبر الدخل كما ذكرنا سابقاً من الظروف الاقتصادية المباشرة والمؤثرة على المستوى المعيشي للأسرة، فكلما كان مرتفع ارتفع المستوى المعيشي للأسرة والعكس صحيح، ولقد عرف الدخل الوطني الأدنى في الجزائر تطوراً ملحوظاً عبر مختلف السنوات، أو ما يسمى الأجر الوطني الأدنى المضمون، والجدول التالي يبين أكثر هذا التطور عبر مختلف السنوات.

جدول رقم 14: يبين تطور الأجر الوطني الأدنى المضمون في الجزائر عبر مختلف السنوات (أ.و.أ.م).

السنة	أ.و.أ.م (وحدة: د.ج)
01 جانفي 1990	1000
01 جانفي 1991	1800
01 جويلية 1991	2000
01 أفريل 1992	2500
01 جانفي 1994	4000
01 ماي 1997	4800
01 جانفي 1998	5400
01 سبتمبر 1998	6000
01 جانفي 2001	8000
01 جانفي 2004	10000
01 جانفي 2007	12000
01 جانفي 2010	15000
01 جانفي 2012	18000

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2012-2014، رقم 45، نشرة 2015، ص 24.

نلاحظ من خلال الجدول أن الأجر الوطني الأدنى المضمون في الجزائر جد منخفض ولا يتماشى مع المتطلبات الحالية، فبالرغم من أنه عرف وتيرة تصاعدية إلا أنه يبقى غير كافي في ظل غلاء المعيشة وارتفاع الأسعار، الأمر الذي جعلنا نستعين بهذا الجدول لنبين علاقته مع أفراد عينة بحثنا بحيث صرح 39,75%<sup>1</sup> أما فيما يخص متوسط صافي الأجر الشهري فسنعرضه من خلال الجدول التالي الذي يبين متوسط الدخل الشهري في الجزائر حسب الفرع والجهة التأهيلية التابعة للقطاع العمومي الوطني وحسب آخر سنة استطعنا الحصول عليها.

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 01 .

جدول رقم 15: يبين متوسط صافي الأجر الشهري حسب الفرع والفئة التأهيلية في 2011 في الجزائر - القطاع العمومي الوطني - ب: د.ج.

الفرع	التأهيل	إطارات	موظفو الضبط	موظفو التنفيذ	المجموع
الصناعات الاستخراجية		94607	70030	50381	75349
الصناعات المصنعة		49775	37621	27976	35426
إنتاج وتوزيع الكهرباء والغاز والمياه		41374	30192	24145	31215
البناء		48836	36451	22727	28092
التجارة والتصلية		49355	36871	27918	35225
الفنادق والمطاعم		48183	30138	22943	27873
النقل والاتصالات		61417	41263	37626	42578
النشاطات المالية		51504	37599	28665	43183
عقارات وخدمات للشركات		40801	28861	23436	27412
خدمات جماعية واجتماعية وفردية		41666	32705	24291	27715
المجموع		62857	44491	28637	41192

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الأجور، حوصلة إحصائية من 1962-2011.

### 1 - 2 - الموارد المالية للأسرة في الجزائر:

تتعدد وتختلف إنفاقات الأسرة الجزائرية وذلك حسب متطلبات الحياة وحسب الحالة الصحية لأفراد الأسرة وعددهم ومكان إقامتهم (مناطق ريفية أو حضرية)... إلخ، وفيما يلي سنعرض أهم إنفاقات الأسرة المعيشية في الجزائر التي تبين اهتماماتهم وقد تعكس ثقافتهم الصحية.

### 1 - 2 - 1 - إنفاق الأسرة على الاحتياجات الصحية:

في عام 2011 أنفقت الأسرة الجزائرية 214,2 مليار دج في نفقات الرعاية الصحية والشخصية، ومتوسط الإنفاق السنوي للفرد يقدر ب: 5833 دج (6502 دج في المناطق الحضرية و4519 دج في المناطق الريفية) وتجدر الإشارة إلى أن هذا البند من النفقات قد تضاعف بين عامي 2000 و2011، من 95,7 دج في عام 2000

إلى غاية 214,2 دج، بقوة في المناطق الحضرية (74% مقابل 26% في المناطق الريفية).

وفي الوقت نفسه انخفضت حصة من إجمالي الإنفاق السنوي على الصحة والعناية الشخصية في إنفاق الأسرة العام بنسبة 1,5 نقطة مقارنة مع عام 2000، من 6,3% إلى 4,8%، تمثل هذا الانخفاض بالتساوي في كلا البيئتين الحضرية والريفية، تتفق الأسرة الجزائرية 63% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الطبية الصحية و 22,5% للنظافة الشخصية.<sup>1</sup>

جدول رقم 16: يبين الإنفاق الكلي والمتوسط للأسرة الجزائرية حول "الصحة والنظافة الشخصية" سنة 2011.

الانتشار	الإنفاق السنوي		متوسط الإنفاق دج		هيكل المنزلية
	(القيمة) 10 م	%	نصيب الفرد من خلال الشهرية المنزلية		
الحضري	158246	73,9	3082	6502	68,3
الريفي	55929	26,1	2346	4519	31,7
المجموع	214175	100	2849	5833	100

المصدر: مسح الإنفاق الاستهلاكي للأسرة في عام 2011، الديوان الوطني للإحصاء. من بين 134137 مليون دج من الإنفاق على الرعاية الطبية، 63% لشراء الأدوية، بما في ذلك 7% دون وصفات طبية لتطبيب الذاتي، في حين تستخدم 16% لدفع استشارة طبية، ومعظمها متخصص<sup>2</sup> وهذا ما يبين الإقبال النوعي على إجراء الفحص الطبي الدوري.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 126.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 126.

## 1 - 2 - 2 - الإنفاق الغذائي للأسرة المعيشية:

تعد حصة الإنفاق على الغذاء في الهيكل العام لنفقات الأسرة هي مؤشر على مستوى الحياة والفقر لهذه الأخيرة، انخفضت هذه الحصة بنسبة 44,6% في عام 2000 إلى 41,8% في عام 2011.

تركز الأسرة الجزائرية لتلبية احتياجاتها الغذائية، والإنفاق في المقام الأول للحصول على اللحوم (الحمراء والبيضاء) مع 21,7% (17,9% للخمس الأول و23,9% للخمس الخامس)، تأتي منتجات الحبوب ثانيا من حيث الإنفاق على الغذاء بحصة بلغت 17,5% تبلغ 22,5% بين الأسرة الفقيرة و14,3% بين الأغنياء، وتحل الخضروات الطازجة في المرتبة الثالثة بحصة بلغت 13,4% (15% بين الفقراء و11,7% بين الأغنياء) بمقابل يمثل إنفاق استهلاك الحليب ومنتجات الألبان أعلى نسبة 8,4% لدى الأسرة (9% بين الفقراء و7,7% بين الأغنياء)، في حين أن الأسماك والفاكهة الطازجة مستهلكة أكثر من قبل الأسرة (0,8% مقابل 3,5% و1,8% مقابل 5,9% على التوالي)<sup>1</sup> وهذا ما يبين اهتمامات الأسرة الجزائرية بالصحة الغذائية بحيث نجتها تقبل على تنويع غذائها.

## 2 - وضعية السكن في الجزائر:

تعتبر وضعية السكن أو نوع المسكن من أهم المؤشرات والظروف التي تعكس المستوى الاقتصادي للأسرة، بحيث كلما كان هذا المسكن لائق ويحتوي على كل متطلبات الحياة الحالية كلما كان يساعد على الاعتناء بالصحة الشخصية لأفراد الأسرة مما يجعلهم يمارسون ممارسات صحية تمكنهم من اكتساب ثقافة صحية.

يرى المفكر "نفيت آدم" من خلال كتابه "المشكل الاقتصادي للسكن" "على أن السكن عبارة عن حق وإحدى عناصر مستوى المعيشة شأنه شأن الغذاء وجميع متطلبات

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 127.

الحياة<sup>1</sup>، والسكن في الجزائر من أبرز المشاكل التي يعاني منها المجتمع بصفة عامة والشباب بصفة خاصة، خاصة عند تغير نمط العائلة الجزائرية من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية.

فالعائلة الجزائرية كانت من قبل كما عرفها مصطفى بوتفوشنت " الأسرة الجزائرية هي أسرة ممتدة تعيش في أحضانها عدة أجيال، عدة أسر زواجية، تحت سقف واحد (الدار الكبيرة)<sup>2</sup>"، هذا النمط من الأسرة لا يتطلب وحدات سكنية عديدة، إلا أنه مع اتساع نطاق التغير السوسيو ثقافي داخل النظم الاجتماعية القائمة على التصنيع، أدى إلى ظهور الأسرة النووية، وتحولها إلى خيار مرغوب لدى فئة معتبرة من المتعلمين والنساء<sup>3</sup>، خاصة النساء العاملات بحيث لا يستطعن التأقلم في العائلة الممتدة لطبيعة حياتهن المعقدة، وهو الأمر الذي من شأنه أن يؤدي لتعاظم حجم الطلب على السكن، مما خلق مشكلة إسكانية لم تكن مطروحة بهذه الحدة، أمام تعثر مسار الإنجاز وإخفاقه في مواكبة حجم الطلب المتزايد<sup>4</sup>.

ولم نجد إحصائيات دقيقة تبين واقع السكن في الجزائر وتبرز مشكل الإسكان، وتبقى الدولة تقوم بسياساتها الخاصة بالسكن، ويبقى أفراد المجتمع وعلى رأسهم الشباب يشكوان من وجود أزمة سكن في الجزائر.

<sup>1</sup> Adam. N. A: The economic problem of housing, ed Land, Me camillion ,England ,1975 , p ,189.

<sup>2</sup> بوتفوشنت مصطفى: العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، تر دهري محمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 37.

<sup>3</sup> زرقة دليلة: سياسة السكن والإسكان بين الخطاب والواقع، دراسة ميدانية بمدينة وهران، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة وهران - 2 - محمد بن أحمد، الجزائر، 2016/2015، ص 84.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص 85.

## 3- تشغيل الشباب في الجزائر.

## 3 - 1 - حجم تشغيل الشباب حسب السن والجنس:

خلال سبتمبر 2016 بلغ حجم السكان الناشطين اقتصاديا 12117000 شخصا، وشكلت النساء 2392000 نسمة أي ما يعادل 19,7% من إجمالي هذه الفئة.<sup>1</sup>

وبلغت نسبة النشاط الاقتصادي لدى السكان البالغين 15 سنة فأكثر 41,8%، مسجلة بذلك تراجعا طفيفا نسبيا مقارنة بأفريل 2016 بلغ عشرين (0,2 نقطة)، واستقرار مقارنة بالمستوى المسجل خلال سبتمبر 2015.<sup>2</sup>

تميز سوق العمل خلال سبتمبر 2016 بارتفاع طفيف في حجم فئة السكان الناشطين اقتصاديا مقارنة بأفريل 2016 بلغ حجمه 25000، تعود هذه الزيادة أساسا إلى ارتفاع في عدد الباحثين عن العمل خلال هذه الفترة بينما شهد حجم فئة المشتغلين تراجعا طفيفا.<sup>3</sup>

بلغ حجم السكان المشتغلين 10845000 شخصا، مسجلا بذلك تراجعا قدر بـ: 50000 شخصا مقارنة بأفريل 2016، وعرف حجم فئة المشتغلين انخفاضا أكبر ليتراجع إلى دون عتبة المليونين: 1912000 مشكلا بذلك 17,6% من إجمالي المشتغلين.

أما نسبة العمالة المعرفة كحاصل نسبة السكان المشتغلين على إجمالي السكان البالغين 15 سنة فأكثر، فقد بلغت 37,4% على المستوى الوطني مسجلة بذلك تراجعا بلغ 0,4 نقطة مقارنة بأفريل 2016.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2016، الجزائر، ص 18.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 18.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 18.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص 18.

ويعود هذا التراجع بصفة أساسية إلى تراجع نسبة العمالة لدى النساء والذي بلغ 1,1 نقطة، بينما عرف هذا المعدل ارتفاعا لدى الذكور قدر بـ: 0,3 نقطة خلال نفس الفترة<sup>1</sup>.

أما بما يخص تشغيل الشباب والفئة التي نحن بصدد دراستها (16 – 29 سنة) فبلغت نسبة الشباب المشتغلين حسب السن والجنس بالنتائج التي يبينها الجدول التالي:  
جدول رقم 17: يبين تطور نسبة النشاط حسب فئات الأعمار والجنس خلال السنوات 2004 و 2014 في الجزائر بـ: %.

2014		2013		2012		2004		السنوات العمر
إناث %	ذكور %	إناث %	ذكور %	إناث %	ذكور %	إناث %	ذكور %	
1,9	20,1	2,3	22,6	2,2	20,8	5,4	32,0	19 – 15
14,5	62,3	17,3	65,5	17,6	65,0	15,7	70,4	24 – 20
31,0	86,3	31,4	90,0	30,4	87,7	23,1	87,8	29 – 25
14,9	66,2	16,6	69,5	15,8	67,8	14,9	69,1	أكثر من 15 سنة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات رقم 123، 181، 185 والمعطيات الإحصائية رقم 683.

أما الجدول التالي يبين أكثر نسبة الشغل للشباب في الجزائر حسب فئات السن والجنس عبر السنوات.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 18.

جدول رقم 18: يبين نسبة الشغل للشباب حسب فئات الأعمار والجنس سنة 2009 و2013 و2014 في الجزائر ب: %.

2014			2013			2009			السنوات العمر
المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
19,4	5,0	33,3	21,0	6,0	35,5	22,2	5,5	38,7	24-15
51,1	22,5	78,6	54,4	24,1	83,1	49,9	18,7	80,0	34-25
36,4	12,3	60,1	39,0	13,9	63,7	37,2	11,4	62,8	أكثر من 15 سنة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المجموعات الإحصائيات رقم 150، 185، والمعطيات الإحصائية رقم 683.

يظهر الجدول أن نسبة المشتغلين الشباب الذكور هي أعلى من التي لدى الإناث، في كل الفئات العمرية وعبر مختلف السنوات، وقد يرجع هذا إلى رغبة العمل التي تكون أقوى عند الذكور بحكم مسؤوليتهم وما يفرض عليهم المجتمع عكس الإناث، وأيضا الشباب الذكور يسعون إلى طلب العمل في أي مجال يساعدهم "فرص العمل لديهم أقوى منها لدى الإناث"، ليس لهم ضوابط توجههم.

أما سنة 2015 فعرفت عدد القوة العاملة للشباب حسب السن والجنس البيانات التالية التي سنعرضها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 19: يبين توزيع القوى ومعدل النشاط الاقتصادي حسب الفئات العمرية والجنس سنة 2015 في الجزائر.

معدل النشاط الاقتصادي (ب %)			السكان الناشطين (بالآلاف)			العمر
المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
10,4	1,4	18,9	322	21	331	19-15
37,7	14,0	60,7	1360	2050	1110	24-20
61,4	33,4	86,6	2195	567	1628	29-25
41,8	16,6	66,6	12117	2392	9725	أكثر من 15 سنة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، النشاط والاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، ص 5.

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أن معدل النشاط الاقتصادي يسجل نسب قوية عند الذكور أكثر من الإناث لكل الفئات العمرية خلال مرحلة الشباب، بحيث سجلنا نسبة 18,9% للذكور مقابل 1,4% للإناث فقط للفئة العمرية من 15 - 19 سنة و 60,7% للذكور مقابل 14% للإناث عند الفئة العمرية 20 - 24 سنة كما عرفت الفئة العمرية 25 - 29 نسبة القوى العاملة 86,6% للذكور و 33,4% للإناث، هذا ما يبين إقبال الشباب الذكور على العمل أكثر من الإناث وذلك لاختلاف الدور الاجتماعي لكليهما بحيث نجد الذكور مجبرون على العمل أكثر من الإناث، خاصة في المجتمع الجزائري الذي مازال يحافظ على مقومات الأسرة القديمة ويتكل على الرجل أو الزوج في تحمل عبئ ومسئولية الإنفاق على الأسرة.

كما تظهر لنا معطيات الجدول أيضا أنه كلما زاد سن الشاب كلما زاد إقباله على العمل بحيث سجلنا نسبة 10,4% لكلا الجنسين من معدل النشاط الاقتصادي عند الفئة العمرية 15 - 19 سنة، و 37,7% عند الفئة العمرية 20 - 24 سنة مقابل 61,4% للفئة العمرية 25 - 29 سنة، وهذا ما يبين أن السن أيضا عامل متحكم في الإقبال على النشاط الاقتصادي بحيث نجد الشباب في المراحل الأولى من مرحلة شبابهم لا

يقبلون على البحث عن العمل بجدية بحيث يكونون في مرحلة الدراسة وتحت إعالة الأسرة خاصة الإناث وبعد تقدمهم في السن تزيد رغبتهم في العمل لتحرر المادي من الأسرة.

### 3 - 2 - حجم تشغيل الشباب حسب المستوى التعليمي والقطاعات:

يعتبر المستوى التعليمي مهم جدا في مجال تشغيل الشباب والنشاط الاقتصادي خاصة أصبحت اليوم الوظيفة التابعة لقطاع الدولة على أساس الشهادة المتحصل عليها الشاب، ومن خلال الجدول التالي يتضح لنا ارتباط المستوى التعليمي والشهادة المتحصل عليها بمعدل النشاط الاقتصادي ومعدل العمالة.

جدول رقم 20: يبين معدل النشاط الاقتصادي ومعدل العمالة حسب نوع الجنس والمستوى التعليمي والدرجة (ب %).

معدل العمالة			معدل النشاط الاقتصادي			المستوى التعليمي والدرجة
المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
<b>المستوى التعليمي</b>						
14,0	3,7	34,4	14,3	3,8	53,2	أمي
37,4	6,8	65,2	40,1	7,3	69,9	ابتدائي
46,1	10,1	68,8	51,6	12,5	76,3	متوسط
38,5	15,0	60,2	42,6	18,6	64,7	ثانوي
44,0	33,5	58,5	52,8	44,4	64,5	جامعي
<b>الشهادة المتحصل عليها</b>						
30,8	5,7	56,6	33,4	6,5	60,9	بدون شهادة
59,7	32,5	76,5	68,6	41,3	85,4	شهادة التكوين المهني
59,8	49,6	73,6	72,7	65,9	81,9	شهادة التعليم العالي
37,4	13,3	61,2	41,8	16,6	66,6	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، النشاط والاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال

سبتمبر 2015، ص 5.

أما بما يخص القطاعات تظهر النتائج أن الأجراء يمثلون ما يعادل سبعة مشتغلين من ضمن عشرة (69,8%)، وترتفع هذه النسبة لدى الإناث لتلمس ثمان مشتغلات من ضمن عشرة (78,8%)، من جهة أخرى نسجل ارتفاعا في حجم المستخدمين وأصحاب المهن الحرة (231000) وكذلك ارتفاع عدد الأجراء (زيادة بـ: 134000) بينما شهدت فئة المساعدين العائليين تراجعا بلغ 10000.

وتظهر التركيبة النسبية حسب قطاع النشاط الاقتصادي تواصل هيمنة قطاع الخدمات بالمفهوم الواسع والذي يشغل 61,6% من إجمالي اليد العاملة، يليه قطاع البناء والأشغال العمومية بنسبة 16,8% ثم قطاع الصناعة بنسبة 13,0%، وأخيرا القطاع الفلاحي بنسبة 8,7%.

ويظهر التوزيع حسب القطاع القانوني أن القطاع الخاص يشغل 58% من إجمالي اليد العاملة وهو يوافق حجما بلغ 6139000 مشتغلا، ونلاحظ تباينا معتبرا حسب الجنس حيث تتميز اليد العاملة النسوية بتمركز أكبر في القطاع العام (64,1% من إجمالي اليد العاملة النسوية)، وقد يرجع ذلك إلى البحث عن الاستقرار المهني الذي تضمنه في القطاع العام أكثر منه في القطاع الخاص.<sup>1</sup>

### 3 - 3 - سياسات تشغيل الشباب في الجزائر:

إن ارتفاع معدلات البطالة منذ فترة التسعينات أدى بالدولة إلى التدخل عن طريق إنشاء هيئات لدعم تشغيل الشباب، هذه الهيئات تمثلت في الشكل التالي:

### 3 - 3 - 1 - جهاز للإدماج المهني للشباب:

تأسس منذ مطلع التسعينات بهدف التشغيل المؤقت للشباب بإنشاء مناصب عمل مأجورة بمبادرة محلية، والإعانة على إنشاء نشاطات على أساس مشاريع يقترحها الشباب في شكل تعاونيات فردية أو جماعية، وكان هدف الجهاز إزالة وتصحيح النقائص

<sup>1</sup>الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، الجزائر.

والتركيز على المبادرة والشراكة المحلية، كما يهدف إلى جعل الشباب يكتسبون خبرة مهنية داخل وحدة إنتاجية أو إدارة لفترة تتراوح بين ثلاثة أشهر أو 12 شهر.<sup>1</sup>

### 3 - 3 - 2 - صندوق دعم تشغيل الشباب (FAEJ):

تم إنشاء هذا الصندوق سنة 1989، الهدف منه تمكين الشباب من الحصول على عمل بمبادرة محلية أو إنشاء ما يسمى بالتعاونيات، حيث يساهم فيها الشباب بـ: 30% والباقي تساهم فيه البنوك.<sup>2</sup>

### 3 - 3 - 3 - الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (CNAC):

تتمثل أهم نشاطات هذا الجهاز في الحفاظ على مناصب العمل أو المساعدة على العودة إلى العمل، خاصة بالنسبة للعمال المسرحين لأسباب اقتصادية في إطار عمليات تسريح العمال وتتمحور هذه النشاطات حول الإجراءات التالية:

- دفع تامين من البطالة ومراقبة المنظمين إلى الصندوق لمدة قدرها 23 شهر.
- الدعم والمساعدة من أجل الرجوع إلى العمل.
- المساهمة في إنشاء مؤسسات خاصة بالبطالين الحاملين للشهادات التكوينية المهني أو التعليم العالي أو حتى الذين يملكون خبرة في ميدان معين.<sup>3</sup>

### 3 - 3 - 4 - وكالة التنمية الاجتماعية (ADS):

أنشأة هذه الوكالة سنة 1996 بمرسوم تنفيذي رقم 223/96 الصادر بتاريخ 29 جوان 1996، مهمتها محاربة الفقر، البطالة والتهميش الاجتماعي، كما أوكلت لها مهمة تسيير ومتابعة العقود ما قبل التشغيل (CPE)، العمل المؤقت (ESIL) والأعمال ذات

<sup>1</sup>مدني بن شهرة: المرجع السابق، ص 275.

<sup>2</sup>علوني عمار: دور هيئات دعم المؤسسة الصغيرة والمتوسطة في معالجة البطالة -دراسة تقييمية بولاية سطيف، ملتقى إستراتيجية الحكومة للقضاء على البطالة، جامعة مسيلة، يوم 15-16 نوفمبر، ص 5.

<sup>3</sup>نزير علي: دور هيئات دعم المؤسسة الصغيرة والمتوسطة في معالجة البطالة -دراسة تقييمية بولاية سطيف، ملتقى إستراتيجية الحكومة للقضاء على البطالة، جامعة مسيلة، يوم 15-16 نوفمبر، ص 9.

المنفعة العامة، كما تعمل على إدماج طالبي العمل وفقا لما يتوفر من مناصب عمل، وحسب وزارة العمل تم إدماج 353444 خريج جامعة في إطار هذه الوكالة إلى غاية سنة 2000.<sup>1</sup>

### 3 - 3 - 5 - الوظائف المأجورة بمبادرة محلية:

في سنة 1990 تبنت الحكومة جهازا يهدف إلى إنشاء مكثف لمناصب الشغل مدة سنة واحدة تقتصر هذه الوظائف على الأشغال غير منتجة والقليلة التأهيل سمح هذا الإجراء بتوظيف حوالي 2500 شاب في سنة 2004، إلا أن هذه الوظائف المنشئة مؤقتة تركز في مجملها في القطاع الخدمي.<sup>2</sup>

### 3 - 3 - 6 - الأشغال ذات المنفعة العامة وذات الاستعمال المكثف لليد العاملة:

أنشأ هذا الجهاز على أساس القرض الممنوح للجزائر من قبل البنك الدولي للإنشاء والتعمير، الأهداف الرئيسية لهذا البرنامج هي تنمية وتطوير المجتمعات السكانية الأقل نموا بهدف إنشاء عدد معتبر من مناصب الشغل المؤقتة مع تطور وصيانة الهياكل العمومية وذلك بتطبيق الأشغال ذات المنفعة الاقتصادية والاجتماعية من صيانة الملحقات من طرف البلدية والولاية، قد سمح هذا الجهاز بإنشاء حوالي 175131 منصب شغل.<sup>3</sup>

### 3 - 3 - 7 - الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (ANSEJ):

لقد اعتمدت الحكومة جهازا جديدا لتأطير سياسة دعم التشغيل في 1996/07/02، والمتعلق بدعم تشغيل الشباب مع تحديد أشكال هذا الدعم، وتكلفت بتأطير وتطبيق هذا الجهاز الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب، ويهتم هذا الجهاز بثلاث نقاط أساسية:

<sup>1</sup> علوني عمار: المرجع السابق، ص 5.

<sup>2</sup> تزيير علي: المرجع السابق، ص 12.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 12.

- إدماج نشاطات الشباب في آليات السوق.
- تدخل البنوك حسب المنطق الاقتصادي والمالي فيما يخص تقييم الأخطار واتخاذ الآراء لتمويل المشاريع.
- إعادة تركيز تدخل السلطات العمومية في مهام المساعدة والاستشارة.<sup>1</sup>

### 3 - 3 - 8 - عقود ما قبل التشغيل (CPE):

أعتبر من أهم البرامج التي طبقت، موجة لإدماج الشباب المتحصّلين على شهادات جامعية والذين يدخلون سوق الشغل لأول مرة، ويهدف إلى زيادة العروض وتشجيع وتسهيل إدماج المتحصّلين على شهادات علمية في سوق الشغل من خلال الفرصة التي يمنحها إياهم عقد ما قبل التشغيل في اكتساب تجربة تساعدهم على الإدماج النهائي لدى أصحاب العمل.<sup>2</sup>

### 3 - 3 - 9 - الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار (ANDI):

تتكون الوكالة من مجموعة من الإدارات والهيئات التي تعمل على مساعدة المستثمرين في تحقيق استثماراتهم حيث تركز على تقييم المشاريع وداستها ومن ثم اتخاذ القرارات بشأنها سواء بالقبول أو الرفض، تهدف إلى تشجيع وتطوير الاستثمار من خلال الخدمات التي تقدمها وتطبيق المزايا الجبائية المرتبطة بالاستثمار الذي يعكس إيجابا في إحداث مناصب عمل.<sup>3</sup>

### 3 - 3 - 10 - الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر (ANGEM):

أنشأة هذه الوكالة بموجب المرسوم التنفيذي 14/1 المؤرخ في 2004/01/22 وهي آلية جديدة تهدف إلى ترقية الشغل الذاتي من خلال موافقة القروض المصغرة

<sup>1</sup> علوني عمار: المرجع السابق، ص 7.

<sup>2</sup> مداني بن شهرة: المرجع السابق، ص 277.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 23.

ودعمها ومتابعتها، يخص هذا الجهاز بالأساس الحرفيين والنساء الماكثات بالبيت وتتراوح قيمة هذه القروض ما بين 50000 و 400000 دج.<sup>1</sup>

### 3 - 3 - 11 - الوكالة الوطني للتشغيل (ANEM):

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري أنشأة بموجب المرسوم التنفيذي 90/259 المؤرخ في 08/09/1990 المعدل والمكمل للأمر رقم 71/42 المؤرخ في 17/06/1971، وبذلك فإن الوكالة تعتبر من بين أقدم الهيأة العمومية للتشغيل في الجزائر، وتتكون من المديرية العامة، 11 مديرية جهوية وحوالي 165 وكالة محلية، تكمن مهامها الأساسية في تنظيم سوق الشغل وتسيير العرض والطلب.<sup>2</sup>

### 3 - 3 - 12 - تجربة صندوق الزكاة:

تم إنشاء صندوق الزكاة الجزائري في سنة 2003 حيث كان ينشط عن طريق اللجان (المركزية والولائية القاعدية)، بعد تم إنشاء المديرية الفرعية للزكاة 2005 بموجب مرسوم تنفيذي والمتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الشؤون الدينية والأوقاف حيث تنص المادة الثالثة منه على إنشاء مديرية الزكاة التي تكلف بالإشراف على جمع موارد الزكاة وتوزيعها وتحديد طرق صرفها، من أهم الصيغ التي يمنحها ذا الصندوق أنه يتكفل بتقديم قرض مصغر يمنح للقادرين على العمل من الجنسين ويسدد في أجال لا يتعدى أربع سنوات.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 18.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 24.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 35.

جدول رقم 21: يبين أجهزة وبرامج الشغل.

الهيئات	الوصاية	المهام	الفئات والأشخاص المعنيين	الأجهزة
الوكالة الوطنية للتشغيل ANEM التي أنشأتها 1990	وزارة الشغل والتضامن الوطني	- ضبط سوق العمل - تنفيذ برامج خاصة بالتشغيل	كل طالبي مناصب شغل	
وكالة التنمية الاجتماعية أنشأت عام 1996 ADS	وزارة الشغل والتضامن الوطني مصالح رئاسة الحكومة	- إعانة السكان المحرومين - ترقية تطور التشغيل	- الأشخاص بسن 60 فما أكثر بدون مداخيل - الأشخاص القادرين على العمل بدون مداخيل - الجامعيين والتقنيين - السامين الباحثين عن أول منصب شغل	- المنحة الجزافية 1000 دج - تعويض النشاط ذو المنفعة عامة 3000 دج - قرض ما قبل التشغيل 4500 دج - القروض المصغرة - برنامج التنمية الجموعية - الخلايا الاجتماعية الجوارية
الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب ANSEJ 53 فرع جهوي أنشأ عام 1996	مصالح رئاسة الحكومة + وزارة التشغيل والتضامن الوطني	الإعانة على إنشاء النشاط بالنسبة للشباب العاطلين عن العمل	طالبي مناصب التشغيل سنهم بين 19-35 سنة مع إمكانية التوسيع لذوي 40 سنة	المؤسسة المصغرة التي تقل تكلفتها عن 10 ملايين دج
الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة 1994	وزارة العمل والضمان الاجتماعي	إدماج العاطلين على العمل الذين يستفيدون من التأمين على البطالة	- العاطلين من 35-50 سنة المسجلين منذ 6 أشهر على الأقل لدى الوكالة الوطنية للتشغيل - المستفيدين من الصندوق الوطني للتأمين على البطالة	مركز البحث حول التشغيل مركز إعادة العمل المستقل، التكوين، تغيير النشاط، تمويل إنشاء النشاطات ب: 5 ملايين دج كحد أقصى
الوكالة الوطنية لتسيير التشغيل جانفي 2004	وزارة التشغيل والتضامن الوطني	تسيير القروض المصغرة	- النساء بالمنازل - الحرفيين الصغار، المستفيدين من الشبكة الاجتماعية - الشباب العاطلين عن العمل	القروض المصغرة التي تتراوح قيمتها ما بين 5000 و 400000 دج

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي.

ثانيا: تطور البطالة في الجزائر.

بلغت فئة البطالين حسب تعريف المكتب الدولي للعمل حجما قدر بـ: 1272000 شخصا، وبلغ بذلك معدل البطالة 10,5% على المستوى الوطني مسجلا بذلك ارتفاعا بلغ 0,6 نقطة مقارنة بأفريل 2016، وتجدر الإشارة إلى أن هذا الارتفاع مس بصفة حصرية فئة الإناث دون الذكور، حيث ارتفعت نسبة البطالة لديهن من 16,5% إلى 20,0% خلال نفس الفترة، بينما عرفت نسبة البطالة لدى الذكور تراجعا طفيفا بلغ 0,1 نقطة، كما تشهد هذه النسبة تباينات حسب الفئة العمرية والمستوى التعليمي والشهادة المتحصل عليها، وبلغت نسبة البطالة لدى الشباب (16-24 سنة) 26,7% على مستوى الوطن.

### 1 - بطالة الشباب في الجزائر.

#### 1 - 1 - خصائص البطالة في الجزائر:

تعتبر البطالة من أهم المشاكل التي يعاني منها الشباب في جميع أنحاء العالم عامة وفي الجزائر خاصة وهي تؤثر كثيرا على معنوياتهم وقابليتهم، لأن مرحلة الشباب هي مرحلة النشاط والإنجاز وإذ لم يجد الشاب أين يبذل طاقته وجهده فقد يتوجه إلى ممارسات أخرى لكي ينفس على مزاجه، وقد تكون هذه الممارسات غير سليمة أو صحية، لهذا تعتبر البطالة خطر كبير على الشباب.

تتعدد خصائص البطالة في الجزائر وتختلف حسب عدة متغيرات، فإذا أخذنا متغير السن نجد أن فترة الشباب تمتد من 15-29 سنة، وبتقسيم هذه الفترة إلى عدة فئات عمرية تظهر لنا أكثر أين تتمركز ظاهرة البطالة ونجدها أكثر عند فئة الشباب في سن 15-19 سنة لأنهم مازالوا لم يقرروا بعد مهنتهم المستقبلية ومازالوا أيضا في طور التكوين سواء تعليم أو مهن أخرى، أما الجنس فهو الآخر يعتبر خاصية من خصائص البطالة، ونجد الإناث الشابات أكثر عرضة للبطالة منها لدى الذكور، ذلك لأن الفتاة

تسعى للإيجاد عمل يتناسب ويحضر بقبول الأهل أولاً والمجتمع ثانياً، هذا ما يجعلها تميل إلى المهن التابعة للقطاع العام، المتمثلة في مهنة معلمة أو موظفة أو طبيبة وغيرها من المهن التي يكثر حولها التنافس من الإناث والذكور، هذا ما أدى إلى ارتفاع نسب البطالة لدى الإناث الشابات.

المستوى التعليمي هو الآخر يعتبر من أهم خصائص البطالة ومن المفروض البطالة تكون منتشرة أكثر عند الشباب الذين هم بدون تعليم إلا أننا نجد العكس في الجزائر، بحيث تزيد نسب البطالة عند الشباب ذوي التعليم العالي خاصة الإناث منهم والأسباب كما ذكرناها سابقاً ميل الشباب المتعلم خاصة الإناث إلى المهن التي تحضر بالقبول عند كل فئة الشباب مما يخلق نوع من المنافسة، بالتالي تزيد نسب البطالة. والشهادة المتحصل عليها هي أيضاً من الخصائص التابعة للبطالة فهناك شباب بدون شهادة وشباب لديهم شهادة التكوين المهني وشباب آخرين حاصلين على شهادة التعليم العالي وفي الجزائر نجد هؤلاء الآخرين هم الذين تنتشر عندهم أكثر نسب البطالة، فالشباب الذين تحصلوا على شهادة التعليم العالي يعانون أكثر من غيرهم من نسبة البطالة خاصة عند الإناث وذلك كما ذكرنا سابقاً بسبب اتساع مجال المنافسة.

المنطقة التي يقطن بها الشاب هي الأخرى تعد خاصية من خصائص البطالة، فالبطالة في المناطق الحضرية ليست مثل البطالة في الريف بحيث في الجزائر نجدها منتشرة أكثر في المناطق الحضرية وذلك لارتفاع حجم السكان في هذه المنطقة، وتشهد أيضاً المنطقة منافسة حتى من سكان المناطق الريفية مما يؤدي إلى الاكتظاظ على فرص العمل، أما في الريف فعدد السكان منخفض مقارنة مع المدينة خاصة فئة الشباب (الهجرة الداخلية من أجل البحث عن فرص عمل) وهذا ما أدى إلى انخفاض نسبة البطالة في هذه المنطقة وليس توفرها على فرص عمل.

كل هذه الخصائص تميز نسب ومعدلات البطالة في الجزائر، وسنعرض من خلال العنصرين اللاحقين بالتفصيل خصائص البطالة في الجزائر وأين تتمركز بالضبط.

## 1 - 2 - حجم الشباب البطالين حسب السن والجنس ومكان الإقامة:

تقسيم البطالة حسب السن والجنس دائما في سن الشباب تعد من أهم المؤشرات التي تبين تمركز الظاهرة، أي في أي فئة تنتشر أكثر هذه الظاهرة، ومن هم الفئة الشابة أكثر عرضة للبطالة، كما تبين أيضا من هو الجنس الأكثر عرضة للبطالة ذكور أو إناث، والجدول التالي يبين أكثر تطور نسبة البطالة حسب الجنس والفئة العمرية خلال مختلف السنوات في الجزائر.

جدول رقم 22: يبين تطور نسبة البطالة حسب الجنس وفئة الأعمار خلال الفترة الممتدة بين 2004 و 2014 في الجزائر بـ%.

2014		2013		2012		2004		السنوات العمر
الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	
34,1	29,6	37,4	29,3	39,1	30,8	25,9	36,9	19-15
42,4	20,0	40,0	19,3	39,2	23,2	35,3	30,1	24-20
23,9	14,5	18,8	11,7	20,5	14,5	32,8	25,1	29-25
30,3	18,3	27,1	16,6	28,1	19,7	32,8	29,3	29-15
17,1	9,2	16,3	8,3	17,0	9,6	18,1	17,5	15 سنة و +

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات رقم 123، 181، 185 والمعطيات الإحصائية رقم 683.

نلاحظ من خلال الجدول بصفة عامة أن البطالة منتشرة لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور، وتتعدد الأسباب التي أدت إلى ذلك من بينها أن الشباب الإناث يملن إلى المهن البسيطة التابعة للقطاع العام كالتعليم والإدارة والطب وغيرها من المهن التي تضمن لهم الاستقرار في المجال المهني، بينما نجد الشباب الذكور يسعون للعمل في أي

قطاع يجد فيه ذلك سواء قطاع عام أو خاص أو عمل حر، ونجده أيضا يتوجه إلى المهن الصعبة والتي تشكل خطر على حياته دون تردد، والفرق بين الذكور والإناث أن الأول - الذكور - هدفه الأساسي البحث عن لقمت العيش وضمان دخل شهري مستقر، وهذا ما أدى إلى انخفاض هذه النسبة مقارنة مع الإناث.

أما بما يخص فئات السن ومنطقة الإقامة فسنبين من خلال الجدول التالي انتشار ظاهرة البطالة عبر مختلف السنوات في الجزائر.

جدول رقم 23: يبين تطور نسبة البطالة وفقا للأعمار ومكان الإقامة خلال الفترة الممتدة بين 2004 - 2014 في الجزائر بـ%.

2014		2012		2008		2004		السنوات العمر
الريفي	الحضري	الريفي	الحضري	الريفي	الحضري	الريفي	الحضري	
23,3	34,8	25,5	35,9	19,6	26,8	33,3	37,7	19-15
18,4	27,3	20,4	29,8	17,9	24,5	27,1	34,4	24-20
13,8	18,4	13,7	17,2	13,1	18,8	24,4	28,3	29-25
8,9	11,4	9,4	11,7	10,1	11,6	17,2	17,9	15 سنة و+

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات رقم 123، 181، 185 والمعطيات الإحصائية رقم 683.

نلاحظ من خلال الجدول أن نسب البطالة تتركز أكثر عند فئة الشباب البالغين 19-15 سنة، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب أهمها أن معظم هذه الفئة من الشباب لم يكملوا تعليمهم بعد وما زالوا في طور تكوين أنفسهم، ونلاحظ أيضا من خلال هذا الجدول أن نسب البطالة منتشرة في المناطق الحضرية أكثر منها في المناطق الريفية 34,8% مقابل 23,3%، وذلك بسبب أن عدد السكان مرتفع أكثر في المدينة والمناطق الحضرية، هذا ما يزيد من نسبة المنافسة وبالتالي تنتج عنها بطالة، أما في الريف فعدد السكان قليل مقارنة مع المدينة وهذا ما أدى إلى هذه النتائج وليس توفر مناسب شغل.

**1 - 3 - حجم الشباب البطالين حسب المستوى التعليمي والشهادات المتحصل عليها:**

تظهر النتائج أن معدل البطالة لدى حاملي الشهادات الجامعية قد سجل تراجعاً في سبتمبر 2015 حيث انتقل إلى 14,1%، بينما سجل ارتفاع لدى فئة الأشخاص بدون شهادة خلال نفس الفترة بلغ 1,2 نقطة حيث انتقل من 8,9% إلى 9,8%، وعرفت فئة خريجي معاهد التكوين المهني ارتفاعاً في الأخرى في هذا المؤشر بلغ 0,7 نقطة خلال نفس الفترة، تجدر الإشارة في هذا السياق أن التركيبة النسبية لفئة البطالين حسب الشهادة المتحصل عليها أن 55,7% من إجمالي هذه الفئة غير حاملة لأي شهادة وهو ما يعادل 745000 شخصياً، بينما 23,3% حائزين على شهادة من معاهد التكوين المهني، أما أصحاب الشهادات الجامعية والمعاهد العليا فيمثلون 21% من إجمالي هذه الشريحة<sup>1</sup>.

والجدول التالي يوضح أكثر خصائص البطالة حسب الجنس والمستوى التعليمي

والشهادة المتحصل عليها عبر مختلف السنوات في الجزائر.

<sup>1</sup>الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، الجزائر.

جدول رقم 24: يبين نسبة البطالة حسب الجنس، المستوى التعليمي والشهادة المتحصل عليها خلال السنوات 2012، 2013، 2014 في الجزائر بـ%.

2014			2013			2012			السنوات الخصائص
المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
<b>المستوى التعليمي</b>									
2,7	3,7	2,6	2,7	5,5	2,2	3,0	4,4	2,7	أمي
7,0	8,2	6,9	6,7	9,7	6,4	8,3	12,5	7,9	ابتدائي
12,0	16,1	11,6	11,1	17,3	10,4	13,3	18,7	12,7	متوسط
9,7	15,0	8,3	9,7	16,0	7,9	9,7	16,0	7,9	ثانوي
15,4	21,8	9,9	14	19,2	9,4	14,6	20,5	9,8	التعليم العالي
<b>الشهادة المتحصل عليها</b>									
8,6	10,6	8,4	8,1	12,5	7,5	9,2	13,1	8,7	من دون شهادة
12,7	17,4	11,4	12,3	17,9	10,7	14,4	18,3	13,1	شهادة ت.م
16,4	22,1	10,9	14,3	19,1	9,7	15,2	20,5	10,4	شهادة ت.ع
10,6	17,1	9,2	9,8	16,3	8,3	11,0	17,0	9,6	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات رقم 181، 185 والمعطيات الإحصائية رقم 683. ت.م: التكوين المتواصل / ت.ع: التعليم العالي.

يظهر لنا من خلال الجدول أن أعلى نسبة للبطالة سجلت عند الشباب ذوي التعليم العالي بنسبة 15,4% منهم 21,8% إناث، أيضا عند الشباب الحاصلين على شهادة التعليم العالي بنسبة 16,4% منهم 22,1% من الإناث، هذا يدل على العدد الهائل من الشباب الجامعيين وخريجي الجامعات الذين لم يحضوا بفرص عمل لاتساع مجال المنافسة خاصة عند الإناث.

## 2 - البحث عن العمل في الجزائر.

## 2 - 1 - حجم الشباب الذين يبحثون عن عمل حسب السن والجنس:

كما تظهر النتائج أن بطالا واحدا من ضمن أربعة هو في حالة بحث عن عمل منذ أقل من سنة (25,8 %) وهو ما يعادل 336000 شخصا، أما البطالة الطويلة الأمد (البحث عن منصب لمدة سنة أو أكثر) فهي تمس 71,2% من إجمالي هذه الفئة سنة 2015.

من جهة أخرى بلغ حجم فئة البطالين الذين سبق لهم أن اشتغلوا 461000 شخصا، وهم يشكلون 34,4% من إجمالي البطالين، ثلث هذه الفئة سبق لهم أن اشتغلوا كأجراء غير دائمين و68,5% كانوا يشتغلون في القطاع الخاص.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، الجزائر.

الجدول رقم 25: يبين توزيع العاطلين عن العمل وفق لمدة البحث عن العمل والشهادة والجنس بالآلاف في الجزائر سنة 2015.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس
%	العدد	%	العدد	%	العدد	الشهادة والمدة
بدون شهادة						
30,7	175	30,0	27	30,9	148	أقل من سنة
26,4	150	25,9	23	26,5	127	من 12-24 شهر
39,1	223	38,9	35	39,1	188	أكثر من 24 شهر
3,8	21	5,1	05	3,5	17	لم يصرح
100	570	100	90	100	480	المجموع
شهادة التكوين المهني						
34,6	119	32,1	41	36,1	77	أقل من سنة
25,4	87	24,8	32	25,7	55	من 12-24 شهر
36,7	126	38,7	50	35,5	76	أكثر من 24 شهر
3,3	11	4,5	06	2,7	06	لم يصرح
100	343	100	129	100	214	المجموع
شهادة التكوين العالي						
32,7	117	32,0	83	34,7	34	أقل من سنة
27,5	98	28,5	74	24,7	24	من 12-24 شهر
37,9	136	37,2	97	39,7	39	أكثر من 24 شهر
1,9	07	2,3	06	0,9	01	لم يصرح
100	358	100	260	100	98	المجموع
معا						
32,3	411	31,6	152	32,8	259	أقل من سنة
26,4	336	27,0	129	26,0	206	من 12-24 شهر
38,1	485	37,9	182	38,2	303	أكثر من 24 شهر
3,1	40	3,4	16	3,0	23	لم يصرح
100	1272	100	479	100	792	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، النشاط والاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، ص 8.

يظهر لنا من خلال الجدول أن أعلى مدة للبحث عن العمل التي عرفها الشباب العاطلين عن العمل في الجزائر هي مدة (أكثر من 24 شهر)، وهي مدة طويلة يستغرقها الشاب في البحث عن العمل دون جدوى، وهذا قد يؤثر على نفسيته ويتشكل له إحباط

وتنقص ثقته بنفسه، والمشكل الذي يظهر من خلال الجدول أن هذه المدة (أكثر من 24 شهر) نجدها مسجلة أعلى نسبة عند كل من الشباب الذين هم بدون شهادة بنسبة أعلى عند الذكور 39,1%، أما عند الشباب الحاصلين على شهادة التكوين المهني فأعلى نسبة عرفها الإناث وقدرة ب: 38,7%، والشباب الحاصلين على شهادة التعليم العالي سجلت أعلى نسبة عند الذكور وهي 39,7%، وهذا ما يبين عدم أهمية الشهادة في الجزائر لأن مدة البحث عن العمل تساوت حسب كل الشهادات، ولهذا نجد ارتفاع في رغبة الشباب في الهجرة لأنهم يئسوا من الحصول على فرصة عمل في الجزائر.

## 2 - 2 - حجم الشباب الذين لم يسبق لهم البحث عن عمل:

أما فئة السكان التي تندرج فيما يسمى "بحيز البطالة" والتي يعرفها المختصون بكونها تلك الفئة في سن النشاط الاقتصادي (من 16 - 59 سنة) والتي صرحت أنها مستعدة للعمل إلا أنها لم تقم بإجراءات للبحث عن منصب شغل خلال سنة 2015، فقد بلغت 939000 شخصا: 399000 ذكر و 540000 أنثى.<sup>1</sup>

تتميز هذه الفئة بكونها شابة (50,2% لم يتعدوا 30 من العمر) وثلاث أرباع هذه الفئة لم تتعدى سن 40، كما تتميز بمستوى تعليمي متدني نسبيا (71,7% ليس لديهم أي شهادة و 58,1% لم يتعدوا مستوى التعليم المتوسط).

ومن بين هذه الفئة 18,6% أي ما يعادل 175000 شخصا لم يقوموا بمساعي للبحث عن منصب شغل خلال سبتمبر 2015 لاعتقادهم بعدم وجود مناصب شغل شاغرة، 9,2% لم يجدوا مناصب عمل في الماضي.

والجدول التالي يبين أكثر فئة الشباب الذين يعانون من البطالة وحسب طلبهم

للشغل في الماضي أم لا.

<sup>1</sup>الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، الجزائر.

جدول رقم 26: يبين توزيع الشباب المتراوح أعمارهم بين 15-29 سنة الذين يعانون من البطالة حسب طلبهم للشغل في الماضي أم لا في الجزائر عبر مختلف السنوات  
ب: %.

السنوات والجنس طلب	2012			2013			2014		
	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث
نعم	14,7	20,6	8,6	15,4	21,8	8,1	18,0	23,3	10,9
لا	85,3	79,4	91,4	84,6	78,2	91,9	82,0	76,7	89,1
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 203.  
يظهر لنا من خلال الجدول أن أكبر النسب تمثل الشباب البطالين الذي لم يسبق لهم وأن حاولوا البحث عن عمل وتنتشر أكثر عند الإناث منها عند الذكور، بحيث حسب آخر سنة 2014 قدرة نسبة الإناث اللواتي لم يسبق لهن البحث عن عمل ب: 89,1% مقابل 82,0% للجنسين، ويرجع هذا كما ذكرنا سابقا إلى اعتقاد الشباب بعدم وجود مناصب شغل شاغرة، وأيضا إلى عدم رغبة في العمل خاصة عند الفئة العمرية 15-19 سنة.

## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التعرض لأهم العناصر التي تتعلق بالوضع الاقتصادي للأسرة وللشباب في الجزائر، تمثلت في جزأين أساسيين الأول كان يدور حول الوضع الاقتصادي للأسرة الجزائرية، وسلطنا الضوء من خلاله على الدخل والموارد المالية للأسرة في الجزائر وهذا العنصر كان يتضمن الأجر الوطني الأدنى المضمون وأيضا متوسط صافي الأجر الشهري حسب الفرع والفئة التأهيلية في القطاع العمومي الوطني، أما فيما يخص الموارد المالية للأسرة في الجزائر فبيننا من خلالها نسب إنفاق الأسرة على الاحتياجات الصحية وإنفاقات الأسرة المعيشية على الغذاء، وأيضا وضعية السكن في الجزائر وتشغيل الشباب في الجزائر وتضمن هذا الأخير حجم تشغيل الشباب حسب السن والجنس، وأيضا حسب المستوى التعليمي والقطاعات المختلفة، ثم تطرقنا إلى سياسات تشغيل الشباب التي عرفتها الجزائر.

أما الجزء الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى تطور البطالة في الجزائر، وتطرقنا من خلاله إلى عنصرين الأول حول بطالة الشباب في الجزائر، وتضمن خصائص البطالة في الجزائر والتي تمثلت في الجنس والتي وجدناها تنتشر أكثر عند الإناث منها لدى الذكور، والسن والذي تبين لنا أن فئة الشباب الذين يتراوح سنهم 15-19 سنة هم أكثر عرضة للبطالة، وأيضا المستوى التعليمي هو الآخر أظهر لنا أن الشباب ذوي التعليم العالي هم أكثر عرضة للبطالة خاصة عند الإناث منهم، كما تبيننا لنا أيضا من خلال هذا العنصر أن الشباب الحاصلين على شهادة التعليم العالي هم الذين يعرفون أكبر نسب بطالة، وأيضا نجد البطالة منتشرة في المناطق الحضرية أكثر منها في الريف. أما آخر عنصر لهذا الجزء فكان موجه إلى البحث عن عمل في الجزائر، وتضمن حجم الشباب الذين يبحثون عن عمل وأظهرت النتائج أن بطالا واحدا من ضمن أربعة هو في حالة بحث عن عمل منذ أقل من سنة (25,8%) وهو ما يعادل

336000 شخصا، أما البطالة الطويلة الأمد (البحث عن منصب لمدة سنة أو أكثر) فهي تمس 71,2% من إجمالي هذه الفئة سنة 2015، أيضا تضمن هذا العنصر حجم الشباب الذين لم يسبق لهم البحث عن عمل، وأظهرت النتائج أن أكبر النسب تمثل الشباب البطالين الذي لم يسبق لهم وأن حاولوا البحث عن عمل وتنتشر أكثر عند الإناث منها عند الذكور، بحيث حسب آخر سنة 2014 قدرة نسبة الإناث اللواتي لم يسبق لهن البحث عن عمل بـ: 89,1% مقابل 82,0% للجنسين، ويرجع هذا كما ذكرنا سابقا إلى اعتقاد الشباب بعدم وجود مناصب شغل شاغرة، وأيضا إلى عدم الرغبة في العمل خاصة عند الفئة العمرية 15-19 سنة.

وبهذا نكون قد عرضنا الوضع الاقتصادي للأسرة وللشباب في الجزائر.

الفصل الرابع  
الثقافة الصحية والتربية  
الصحية

## تمهيد:

الثقافة الصحية هي وسيلة تساعد الناس على العيش بحياة صحية، وتساهم في الوقاية من التعرض للأمراض بجميع أنواعها، فعندما يحافظ الأفراد على صحتهم، ينعكس ذلك على المجتمع كاملاً، ويقلل من انتشار الأمراض، وبالتالي يزداد الوعي نحو طبيعة الإصابة بمرض ما، وأسباب حدوثه، والأعراض التي تظهر على المصاب، والطرق المناسبة والصحيحة لعلاجها.

الثقافة الصحية عملية مستمرة، مبنية على مجموعة من المعارف الأساسية، التي تهدف إلى تغيير سلوك الأفراد وجعلهم أكثر اهتماماً بصحتهم، عن طريق إتباع أسلوب معين في توجيه المعلومات الصحية إلى كافة الأشخاص، مهما كانت أعمارهم، لذلك تعد الثقافة الصحية، جزءاً مهماً وأساسياً من أجزاء العلاج المستخدم في الحد من التأثيرات السلبية الناتجة عن الإصابة بالأمراض، فهي مجموعة من الأنشطة والفعاليات والممارسات التي ترتقي بالمستوى الصحي، وتغرس ثقافة سليمة بإتباع العادات الصحية، بما في ذلك تناول الأطعمة الصحية، وممارسة الرياضة والنوم لساعات كافية، وكذلك شرب كميات كافية من الماء وغيرها، وعليه فالثقافة الصحية هي عملية تراكمية من شأنها أن تضمن إيصال المعارف الكافية حول كل ما يتعلق بالصحة.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول أولاً التطرق إلى الثقافة الصحية من حيث مفهوم الصحة ومستوياتها ومكوناتها، ومفهوم الثقافة الصحية ومجالاتها ووسائل تحقيقها وأيضاً الوعي الصحي والتثقيف الصحي، وكانت البداية بالتطرق إلى الوعي الصحي من خلال مفهومه وأهميته وجوانبه، ثم تطرقنا من خلال عنصر آخر إلى مفهوم التثقيف الصحي وأهدافه وفروع الصحة العامة وأيضاً إلى الإجراءات الصحية العامة للوقاية من المرض، في العنصر الثاني قمنا بتسليط الضوء من خلاله على التربية الصحية والصحة المدرسية في الجزائر فتطرقنا إلى مفهوم التربية الصحية وأسباب الاهتمام بها وأهدافها وبرامجها.

أما العنصر الخاص بالصحة المدرسية في المدارس الجزائرية فتناول من خلاله ظهور ونشأة الصحة بالمؤسسات التعليمية في الجزائر وواقع وأهداف الصحة المدرسية في الجزائر وأخيرا الجمعيات الرياضية المدرسية والجامعية في الجزائر.

**أولاً: الثقافة الصحية.**

**1 - الثقافة الصحية**

**1 - 1 - تعريف الصحة:**

عرفة منظمة الصحة العالمية الصحة تعريفا أخذ به كل العاملين في مجال الصحة العامة، وخلاصة هذا التعريف أن الصحة هي: " حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز"<sup>1</sup>.

**1 - 1 - 1 - مستويات الصحة:**

**أ- الصحة المثالية:**

وهي درجة التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية.

**ب - الصحة الإيجابية:**

وفيها تتوفر طاقة إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية.

**ج - سلامة متوسطة:**

وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة ولذلك عند التعرض لأي مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.

<sup>1</sup>بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 17.

**د - المرض غير الظاهر:**

وهنا لا يشكو المريض من أعراض واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض بعلامات واختبارات خاصة.

**هـ - المرض الظاهر:**

وهنا يشكو المريض بأعراض يحس بها، أو من علامات مرضية ظاهرة عليه.

**و - مستوى الاحتضار:**

وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى حد بعيد يصعب معها أن يستعيد صحته.<sup>1</sup>

**1 - 1 - 2 - مكونات الصحة:**

للصحة مكونات أساسية لا بد من التكامل فيما بينها نسبيا حتى يكون الفرد أكثر فعالية في المجتمع، وتتمثل هذه المكونات فيما يلي:

**أ - الصحة الجسمية:**

تتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية، وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان، وتتوقف على عدة عوامل: كالتغذية، أهمية توزيع أوقات العمل والراحة، نوعية النوم وأيضا النظافة التي تمثل وضع الفرد في أحسن الظروف وتقلل إلى أقصى حد أخطار الإصابة بالمرض، ولا بد أن تراقب صحة الفرد منذ ولادته، وطيلة حياته.<sup>2</sup>

**ب - الصحة النفسية:**

تتمثل في مدى تكيف الفرد كوحدة من وحدات المجتمع الذي فيه، أي قدرته على التكيف مع البيئة الخارجية.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 13، 14.

<sup>2</sup> André don art et Jacques bourneuf: 819

### ج - الصحة العقلية:

هي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر، التفكير.

### د - الصحة الغذائية:

تعني الصحة الغذائية بنوعية الغذاء وسلامته، نظرا لأهمية نمو جسم الإنسان وتجدد خلاياه، كما أنه بواسطة الغذاء يحصل الإنسان على الطاقة، حرارية كانت أو كيميائية أو ميكانيكية<sup>1</sup>، من المواضيع التي تهتم بها الصحة الغذائية نجد الأغذية العلاجية (التغذية أثناء المرض)، وهي أغذية متكاملة تم تحريرها لتتناسب مع مرض معين وحالة المرض، وهي أغذية علاجية عامة، وأكثر أنواع الأغذية العلاجية المناسبة لمعظم الحالات المرضية، وإما أغذية علاجية خاصة، وهي أغذية خاصة بحالات مرضية تقتضي تحديد كمية الغذاء، ونوعه مما يؤدي إلى منع بعض الأغذية وإضافة أخرى، تبعا لنوع المرض وحدته وحالة المريض.<sup>2</sup>

### هـ - الصحة الاجتماعية:

ويقصد بها قدرة الفرد على التكيف مع المحيط الاجتماعي الخارجي، وتتمثل في إمكانية تحمل أعباء الحياة الاجتماعية كالفقر الشديد، لتفادي الوقوع في المشكلات الاجتماعية من انحراف وإجرام وإدمان...، الصحة الاجتماعية في بيئة ما مرتبطة أعماق ارتباط وأوثقه بالأوضاع الحضارية السائدة فيها، فهي ترتبط بتاريخها القديم وكيانها الحديث، ومرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها، وتراثها الأدبي والعلمي والخلقي والفني، ومرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، وكل بيئة في هذا

<sup>1</sup> حلمي عبد القادر: 1973، ع 13، ص 179.

<sup>2</sup> حسان محمد نذير البستاني: المرجع السابق، ص 282.

كله مختلفة اختلافا كبيرا عن الأخرى، بالرغم مما قد يكون بين بعضها بعضا من أصول حضرية مشتركة.<sup>1</sup>

## 1 - 2 - مفهوم الثقافة الصحية:

يعتبر مفهوم الثقافة الصحية واحدا من أهم المفاهيم الشاملة والمحيطة بكل ما يتعلق بالصحة، سواء صحة الفرد أو الأسرة أو المجتمع، وتعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة السكان،<sup>2</sup> والثقافة الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساهمة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.<sup>3</sup>

يعتبر البعض مفهوم الثقافة الصحية أحد الجوانب الإعلامية التي تهدف إلى إرساء نمط حياة سليم وممارسات صحيحة للعيش، من خلال الابتعاد عن مسببات الأمراض المختلفة وتجنب الإصابة بها، فهي تهدف بصورة مباشرة إلى تمكين السكان ومساعدتهم على رفع كفاءة صحتهم، وتعزيز السلوك السليم الذي يضمن ذلك، من خلال تزويد كافة فئات المجتمع بالمعلومات الكافية للوقاية من المشكلات الصحية المختلفة. مفهوم التثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم أو إمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، وبالتالي لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضعفاته، والمعروف أن العادة هي سلوك مكتسب بالتعليم، والإنسان

<sup>1</sup>حسين عبد الواحد الشاعر: المرجع السابق، ص 22.

<sup>2</sup>بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 22.

<sup>3</sup>أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

يكتسب عاداته ولا يرثها، والصحة هي محصلة عوامل أهمها العادات الصحية، إضافة إلى العوامل الوراثية والبيئية التي يعيش بها الإنسان، لذلك فالتثقيف الصحي هو عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به<sup>1</sup>.

### 1 - 3 - مجالات الثقافة الصحية ووسائل تحقيقها.

من أجل تحقيق أهداف التثقيف الصحي، وخلق وعي وإدراك لدى السكان بمسؤوليتهم من أجل المساهمة الفعالة في عملية تحسين وتوفير الشروط الصحية الإيجابية فإنه ينبغي العمل في جميع المجالات المختلفة المحيطة بالإنسان وفي جميع أدوار ومراحل تطوره، ومختلف جوانب شخصيته الحياتية والثقافية والاجتماعية والمهنية<sup>2</sup>. ومن أهم هذه المجالات نذكر:

#### 1 - 3 - 1 - الثقافة الصحية في محيط الأسرة (المنزل):

الأسرة هي التي تتعهد الطفل بالتربية منذ ولادته، وعليه يقع العبء الأكبر في عملية تنشئة الطفل منذ نعومة أظافره، وعن طريق الأسرة يتشكل تفكير الطفل ونظرته للأمور، وعن طريق الأسرة أيضا تتشكل عاداته ومفاهيمه. في المنزل تتهيأ الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل على ممارسة ومزاولة العادات الصحية المختلفة نتيجة لما يراه من الوالدين أو إخوته الكبار، فالأسرة تغرس عاداتها وقيمها في الطفل وتكسبه ذوقه في المأكل والمشرب، العادات الصحية التي يمارسونها في المنزل ذات أثر كبير في تربية الطفل وتثقيفه صحيا، من خلال غرس العادات الصحية في الطفل منذ نعومة أظافره<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> نفس المرجع: ص 15.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 19.

<sup>3</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 164.

كما أن العلاقة بين الأبوين والأطفال تأثر تأثيرا كبيرا في صحة الطفل النفسية وفي علاقتها مع الآخرين خارج نطاق الأسرة، وقد تؤثر على علاقته مع أطفاله بعدما يكبر ويصبح أبا أو أما مسئولاً عن أسرة في المستقبل.

كذلك نوع الأغذية التي تفضلها الأسرة وطريقة اختيارها للغذاء ومدى ما يحتوي عليه من عناصر غذائية هامة، وأيضا الطريقة التي تتبعها الأسرة في حفظ الغذاء وطريقة تحضيرها للغذاء كلها تجارب يمر بها الطفل وتلتصق به وتؤثر على ميوله ومعتقداته فيما بعد، ومنها يخرج الطفل بمعلومات تؤثر في اختياره لغذائه ولطريقة طهيه وتحضيره وحفظه عندما يكبر.<sup>1</sup>

كما للمنزل الذي تقيم فيه الأسرة ودرجة العناية بنظافته وترتيبه، ودرجة العناية بمورده المائي وطرق تصريف الفضلات التي تستعملها الأسرة وطريقة مكافحة الحشرات به، يؤثر في اتجاهات وتصرفات الطفل فيما بعد.<sup>2</sup>

كذلك طريقة توزيع ميزانية الأسرة بين الغذاء والملبس والمسكن وغيرها، واتجاهات الأسرة نحو كيفية قضاء وقت الفراغ وكذلك مدى محافظة الأسرة على المعتقدات الثقافية والدينية.

من خلال كل ما سبق يتضح لنا دور الأسرة في المنزل ودورها في ترسيخ الثقافة الصحية في ذهن الطفل بإتباع الطرق التالية:

- 1 - زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامة، والتغذية الصحية ونظافة الماء، ونوعية الملابس وساعات الراحة، واللعب، والنوم والسهر.
- 2 - إتباع أفراد الأسرة لعادات صحية سليمة، وعدم ممارستها عادات صحية سلبية مثل الشرب من كأس واحد أو استعمال منشفة مشتركة.

<sup>1</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة، عمان، ط 1، 2009، ص 95.

<sup>2</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار اليازوري، عمان، ط 1، 2005، ص 275.

- 3 - ممارسة أفراد الأسرة أسس الوقاية من الأمراض وسرعة معالجة المصاب.  
 4 - الاهتمام بصحة البيئة (مكافحة الحشرات، الطرق السلبية لحفظ الأغذية، الإضاءة المناسبة، التهوية الصحية).<sup>1</sup>

### 1 - 3 - 2 - الثقافة الصحية في محيط المدرسة:

الثقافة الصحية في محيط المدرسة سواء كانت مدرسة ابتدائية أو متوسطة أو ثانوية أو في المراحل الجامعية هي عبارة على كل ما يتعلق بإمداد التلاميذ بالخبرات التعليمية والحقائق والمعلومات الصحية بقصد توسيع مداركهم والتأثير الإيجابي في سلوكهم وتصرفاتهم في مجال صحتهم<sup>2</sup> وهذا ما نسميه بالتربية الصحية في المدرسة. وهي تشمل على البيئة الصحية المدرسية وما يحيطها من مباني المدارس، والشروط الصحية التي تتوفر بها والأثاث المدرسي من حيث مواصفاته وشروطه الصحية، وأيضاً المرافق الصحية المتوافرة بالمدرسة من حيث المورد المائي والمراحيض وتصريف القمامة والمطعم والنادي.<sup>3</sup>

كما تشمل أيضاً التربية الصحية المدرسية على الرعاية الصحية للتلاميذ من حيث تقويم صحة التلاميذ ومتابعة صحتهم والوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها والرعاية في حل الطوارئ والإسعافات الأولية ورعاية التلاميذ المعوقين.<sup>4</sup>

كما تشمل أيضاً على السلوك الصحي للمدرسين والعاملين بالمدرسة والعلاقات القائمة بين المدرسين والتلاميذ وغيرهم من هيئة المدرسة، وهي بذلك لا تهتم فقط بتزويد التلاميذ بالمعلومات الصحية فحسب، بل تهتم بشخصية الطفل وما يتكون لديه من

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون، المرجع السابق، ص 20.

<sup>2</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 166.

<sup>3</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: المرجع السابق، ص 84، 85.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص 86.

عادات واتجاهات وقيم صحية، كما أنها لا تهتم فقد بما يتم داخل الفصل بل بكل ما يتهدى من فرص تعمل على تكوين الطفل تكوينا شاملا لجسمه وعقله وعلاقاته بغيره.<sup>1</sup> فالمدرسة تلعب دورا رئيسيا في حياة الطفل وتغيير اتجاهاته وسلوكياته، وغرس المبادئ والعادات والسلوكيات المرغوب فيها فإن المؤسسات العلمية والتربوية بمختلف مستوياتها كما ذكرنا سابقا من الروضة إلى الجامعات، فالجامعات تستطيع دعم ومؤازرة المؤسسات الصحية للوصول إلى أهدافها وتحقيق النجاح في جميع مجالاتها ويكمن دور المدرسة في عملية التثقيف الصحي بما يلي:

- 1 - تعاون المدرسة مع أولياء أمور الطلبة لنقل الثقافة والتوعية الصحية إلى البيت.
- 2 - تعاون المدرسة مع المؤسسة الصحية لعقد ندوات صحية، وتشكيل لجان خاصة للتثقيف الصحي، والعمل على تنظيم معارض بأحدث الوسائل التعليمية التوضيحية الخاصة بالثقافة الصحية.
- 3 - قيام الطلبة بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النشرات الصحية.
- 4 - زيادة الاهتمام بالتربية البدنية والألعاب الرياضية.
- 5 - إشراك المعلمين في حملات مكافحة الأوبئة والأمراض السارية اعتمادا على ثقافتهم وكفاءتهم الصحية واستعمالهم للأساليب التربوية الحديثة.
- 6 - تعليم الطلبة كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية ومبادئ الإسعافات الأولية، فيعملون على تطبيقها عمليا، وعلى نقلها مجددا إلى البيت والمجتمع.<sup>2</sup>

### 1 - 3 - 3 - الثقافة الصحية في المحيط الاجتماعي:

تهيئ المجتمعات المتقدمة فرصا عديدة للثقافة الصحية لأفرادها، ومن هذه الفرص النصائح والإرشادات التي يقدمها القائمون على الخدمات الصحية بالمجتمع والبرامج

<sup>1</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 166.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 20، 21.

الصحية التي تنظمها الهيئات المسؤولة عن توجيه الأفراد مثل وسائل الإعلام، وذلك لتوفير الفرص التي تحقق للسكان الاشتراك والمساهمة في المشاريع الصحية التي تقوم بها الجهات الصحية المسؤولة في المجتمع<sup>1</sup>.

### 1 - 3 - 4 - وسائل تحقيق التثقيف الصحي:

هي تلك الوسائل المستخدمة لتوصيل الخبرات إلى جميع السكان، ويتطلب التثقيف والإرشاد الصحي أكفاء ذوي مهارة ودراية بأسس التثقيف الصحي، وقادرين على التعبير والإيضاح، ووضع الحلول المناسبة للمشاكل التي تطرح عليهم، كما انه يستلزم توفير وسائل وأساليب يستعملها المثقف الصحي، وهناك طريقتان، يمكن للمثقف الصحي فيها أن يوصل رسالة التثقيف الصحي وهي:

#### 1 - 3 - 4 - 1 - الاتصال المباشر:

يعتمد الاتصال المباشر على شخصية المثقف الصحي وأسلوبه ومهاراته وتدريبه، ويكون عادة بشكل مواجهة أو مقابلة بين المثقف وبين من يقدم لهم التوعية الصحية، سواء كانت مواجهة فردية أو جماعية، فالمواجهة الفردية هي أن يلتقي المثقف الصحي بأي شخص آخر ويقدم له المعلومات، والأسس الصحية، وطرق الوقاية من الأمراض بأسلوب المحادثة الشفهية - الموجهة - وعادة ما يكون هناك حوار ونقاش وطرح أسئلة والإجابة عليها.

أما المواجهة الجماعية فهي أن يلتقي المثقف الصحي مع مجموعة من الأفراد، ويلقي عليهم محاضرة أو ندوة أو حوار أو مناقشة حول أسس الرعاية الصحية وأسس الوقاية من الأمراض<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 122.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 21.

### 1 - 3 - 4 - 2 - الاتصال غير المباشر:

هي عملي اتصال المثقف الصحي بطريقة غير مباشرة مثل استخدام وسائل الإعلام المختلفة من فضائيات، والتلفاز، والراديو، والملصقات، والصور، والمعارض، وذلك لإبلاغ الرسالة التثقيفية الصحية إلى المجتمع ومن هذه الوسائل:

#### أ - الوسائل السمعية والبصرية (التلفاز والراديو):

تعتبر من أفضل وسائل الإعلام والتثقيف الصحي لاستخدام غالبية الناس لها مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة والوضوح في الصورة بالإضافة إلى الوقت المناسب لبثها.

#### ب - المصورات والملصقات:

تشتمل على فكرة واحدة وتعلق في أماكن بارزة وواضحة هدفها تعليم المواطنين أسس الممارسات الصحية السليمة.

#### ج - المطبوعات:

الكتب، النشرات، الصحف، المجالات ويجب أن تكون معلوماتها بسيطة مفهومة وأسلوبها شيق حتى تسهل قراءتها واستيعابها.

#### د - استخدام الحاسوب:

وهو استخدام الحاسوب وتقنياته المتعددة من شبكة الانترنت وبرامجه مثل برنامج العرض التدمي لتجهيز شرائح تحتوي على نصوص صحية، ورسوم بيانية، وصور وجداول ورسومات وأشكال مختلفة وعرضها بواسطة شاشة جهاز عرض الحاسوب لمشاهدتها.

هـ - المعارض:

وهي اختيار عدد من المعلومات والنماذج والرسوم واللوحات والصور والمجسمات والآلات والأدوات التي تتعلق بقضايا صحية من واقع الحياة التي يعيشها الأفراد<sup>1</sup>.

2 - الوعي الصحي والتثقيف الصحي.

2 - 1 - مفهوم وأهمية وجوانب الوعي الصحي.

2 - 1 - 1 - مفهوم الوعي الصحي:

هو مفهوم مرتبط بالثقافة الصحية ويقصد به إمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال الممارسات الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاقتناع لتحويل تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير<sup>2</sup>، والهدف من الوعي الصحي في أي مجتمع من المجتمعات يتضح من خلال ثقافة المجتمع هل يسلكون سلوكا صحيحا أم لا ؟ وعملية نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع يتضح من خلال إمامهم بالعناصر التالية:

أ - فهم واستيعاب أفراد المجتمع أن حل مشكلاتهم الصحية والحفاظ على صحتهم وصحة مجتمعهم هي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الرسمية، عن طريق إتباعهم الإرشادات الصحية والعادات الصحية السليمة في كل ممارساتهم لها بدافع من شعورهم ورغبتهم بها.

ب - إمامهم بالمعلومات الصحية المتصلة بمستوى الوعي الصحي في مجتمعهم للمشكلات الصحية والأمراض المعدية التي تنتشر في مجتمعهم ومعدل الإصابة بها وأسبابها وطرق انتقالها وأعراضها وطرق الوقاية منها.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 22.

<sup>2</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 23.

ج - تعرف أفراد المجتمع على الخدمات الصحية الأساسية والمساندة في مجتمعهم وكيفية الانتفاع منها بطريقة صحيحة ومجدية<sup>1</sup>.

## 2 - 1 - 2 - أهمية الوعي الصحي:

للوعي الصحي أهمية كبيرة في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وذلك لأن المجتمع القوي الصحي يتكون من أفراد أقوياء وأصحاء، وتزداد أهمية الوعي الصحي في هذا العصر بالذات بحكم ازدياد الكثافة السكانية في معظم المجتمعات، وانتشار التلوث البيئي من جراء انتشار المصانع والبواخر وزيادة عدد السيارات وما إليها من اليات التي تلوث البيئة بما تخرجه من المعادن ومن المواد والمخلفات السامة، وهنا كنوع جديد من التلوث الناتج عن الضوضاء، لذلك يتعين أن يلعب الوعي الصحي دورا كبيرا في الوقاية من الإصابة بالأمراض، ولاسيما الخطير منها كالسرطان وما إليه. ويتطلب التقدم الهائل الذي يحدث في مجال العلوم الطبية وأساليب الوقاية والعلاج أن يزداد وعي الناس الصحي والمهم بالإمكانيات والخدمات التي توفرها الدولة مشكورة لهم في المجالات الطبية، فالوعي الصحي يؤدي الى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي الى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفي مال هذا من أثر طيب في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة. وهو ما يسمى- بالتكلفة -وهي الجانب الاقتصادي الأول، والتكلفة تتمثل في تكاليف نظم الوقاية والدواء والعلاج، وارتباط ذلك بالنمط التنظيمي الذي تقدم من خلاله سبل الوقاية والرعاية والعلاج، والنظر إلى الإنفاق على الرعاية الصحية باعتبارها نوعا من الاستهلاك المطلوب، لم يعد صحيحا، لأن تكلفة الرعاية الصحية إذا قورنت بالخسائر الاقتصادية الناجمة عن حدوث المرض، وما يترتب عليه من عجز أو وفاة، وبالتالي تفقد قوى منتجة في المجتمع خاصة إذا كانوا شبابا...توضح حقيقة أن الصحة استثمار

<sup>1</sup>أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 15.

للإنتاج، وأن الخدمات الصحية ذات عائد اقتصادي يدعم التنمية ويحقق أهدافها، وهو ما يمثل الجانب الاقتصادي الثاني أي-العائد - وهو ما تحققه الرعاية الصحية من رفع مستوى الصحة للفرد والمجتمع، وبالتالي يقلل الخسائر الناجمة عن العجز والوفاة بسبب المرض<sup>1</sup>.

وعليه وبناء على ما سبق ذكره فإن تمتع الفرد بالصحة الجيدة يجعله أقدر على الإنتاج، وتؤدي وفرة الإنتاج إلى الرخاء الاقتصادي والرفاهية الاجتماعية.

### 2 - 1 - 3 - جوانب الوعي الصحي:

ينبغي أن تشمل عملية التوعية الصحية جميع مجالات الحياة، فلا تقتصر على جانب واحد دون غيره، فيتعين أن تتوفر في المنزل، وهنا تقع على الأم بالذات مسؤولية كبرى في غرس القيم والآداب الصحية في أبنائها، وتعويدهم على السلوك الصحي وعلى الالتزام بالنظافة الشخصية والعامة، ويتعين أن تحرص المدرسة على أداء رسالتها في نشر الوعي الصحي بين طلابها بحيث ينشئون على العادات الصحية الجيدة.

وبالمثل فإن لكل من الجامعة والمؤسسات الإعلامية ومؤسسات العمل، والإنتاج دورا رئيسيا في بث الوعي الصحي وغرسه وترسيخه وتأصيله في نفوس أبناء المجتمع، بل أن المجتمع برمته مطالب بأن يسهم في نشر الوعي الصحي، وتدريب الناس على الالتزام بالقواعد الصحية السليمة، ومن هنا فإن رسالة الوعي الصحي لا يمكن إلقاء مسؤوليتها كلية على المؤسسات الطبية في المجتمع وحدها، إذ لا بد من تضافر جميع القوى وتعاونها في هذه المهمة الصعبة.

<sup>1</sup>شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2005 - 2006، ص 222، 223.

وإذا كنا نؤمن بتضافر القوى وتعاونها، فإن مؤدى ذلك أن وسائل التي تثقيف الصحي لا بد أن تتسم بالعمق وبالشمول، ذلك لأننا إذا اقتصرنا على جانب واحد، فإنما تقيمه المدرسة في هذا الصدد مثلا يهدمه البيت.

ومن هنا فإن وسائل نشر الوعي الصحي، وتأصيله لا يمكن أن يقتصر على مجرد وسيلة بعينها كإصدار نشرة طبية أو وضع ملصقة، أو إذاعة برنامج، وإنما لا بد وأن تشمل كذلك الى جانباً لقدوة الحسنة، والمثال الطيب الذي يقتدي به<sup>1</sup>.

## 2 - 2 - مفهوم وأهداف التثقيف الصحي:

### 2 - 2 - 1 - مفهوم التثقيف الصحي:

فكرة التثقيف الصحي فكرة قديمة قدم الإنسان، فقد وجد الحكماء والأطباء في مختلف العصور أن المطلوب هو حفظ الصحة وليس فقط مداواة المرضى، ولا يكون حفظ الصحة إلا بإتباع نصح الحكماء والأطباء.

ويمكن التعرف على بدايات التثقيف الصحي في كتابات الأولين من الأطباء العرب والمسلمين الذين كان لهم إسهام كبير في تطوير الطب وفي جمعه من مختلف المصادر والإضافة إليه.

وقد حفلت كتابات الأطباء العرب والمسلمين بالكثير مما يمكن اعتباره من أساسيات التثقيف الصحي حيث ورد فيها النصائح والتوجيهات التي لم تفقد معناها حتى اليوم، بل إن كثيراً من هذه النصائح تم إثبات صحتها علمياً بما توصل إليه العلم الحديث بالتجربة، وهناك نماذج عديدة لا يمكن حصرها من هذه النصائح منها قول الرازي " مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية، ومهما قدرت أن تعالج بدواء مفرد فلا تعالج بدواء مركب "، ومنها نصيحة طبيب الحجاج بن يوسف الثقفي " لا تأكل من اللحم إلا

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 224.

فتيا ولا تأكله حتى يتم طبخه، ولا تشربين دواء إلا من علة، ولا تأكل عليه شيئاً، وإذا أكلت في النهار فم، وإذا أكلت في الليل فتمش ولو مائة خطوة"<sup>1</sup>.

وكون القاعدة الأساسية في التنقيف الصحي هي مساعدة الناس على تحسين سلوكهم بما يحفظ صحتهم فإن تعاليم الإسلام وكثير من جوانب هديه القويم، يمكن اعتبارها أعظم مرجع في مجال التنقيف الصحي فقد حفل القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة بالكثير من الهدي المرتبط بصحة الإنسان، والأمثلة على ذلك كثيرة ومنها:

قول الله سبحانه وتعالى " وكلوا واشربوا ولا تسرفوا " (الأعراف 31).

وقوله أيضا " إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم " (الرعد 11).

وقول الرسول صلى الله عليه وسلم " إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها وإذا

حل بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها " و" النظافة من الإيمان " <sup>2</sup>.

والتنقيف الصحي هو عملية إيصال المعلومات والمهارات الضرورية لممارسة الشخص حياته وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعية هذه الحياة الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع.

وبالتالي يعتبر التنقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى

صحة المجتمع، وتعتمد عملية التنقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من

دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات

تناسب مع مستوى تفكير، بحيث يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة

له، وجعله متعاوناً مع ما يجري حوله من أمور صحية.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> زاهر السباعي: (التنقيف الصحي السهل الممتنع)، زاوية الرعاية الصحية الأولية، الطبعة السعودية، وزارة الصحة،

الرياض، العدد 73، ص 8، 9.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 10.

<sup>3</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

## 2 - 2 - 2 - أهداف التثقيف الصحي:

إن الهدف الأساسي لعملية التثقيف الصحي هو تحقيق السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع عن طريق الرقي لمستواهم الصحي، وتقويم سلوكياتهم، والسعي إلى تصويب اتجاهاتهم الخاطئة والعادات غير الصحية، مع العمل على تنمية وعيهم ومعرفتهم الصحية من خلال شروط السلامة والكفاية الجسمية والعقلية والنفسية وللوصول إلى هذا الهدف لابد من تحقيق الأهداف الأولية التالية:

أ - الحرص على جعل المحافظة على الصحة والتمتع بها غاية وهدفا يسع جميع أفراد المجتمع إلى الوصول إليه، وجعل الرقي بالمستوى الصحي مطلباً أساسياً، من خلال حرص المجتمع على بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي التنظيمي لديهم، والاستفادة من خبرات الآخرين خصوصاً المثقفين منهم.

ب - تشجيع أفراد المجتمع وإشراكهم في تنمية وتطوير الخدمات الصحية، من خلال المساهمة الإيجابية في تفعيل دور المؤسسات الصحية وتحسين مستوى الأداء فيها.

ج - العمل على تغيير العادات والسلوكيات غير الصحية إلى سلوكيات صحية وتنميتها.

د - الرقي بالمستوى الصحي لدى أفراد المجتمع حتى يتمتعوا بصحة جيدة، مع المحافظة على استمرارية هذه الحالة، وجعل عملية التثقيف الصحي أحد الأركان الأساسية لتنمية المجتمع.

هـ - التعريف بالأدوار الفعالة التي تقوم بها المؤسسات الصحية الأساسية والمساندة من خدمات صحية مثل تقديم المطاعيم الضرورية للوقاية من الأمراض.

و - أهمية كل من الصحة الوقائية والصحة العلاجية والصحة المهنية في المساهمة في الوقاية من المرض وكيفية علاجه بالابتعاد عن مسبباته وتتمثل فروع الصحة العامة وأهداف كل عنصر منها فيما يلي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 17.

## 2 - 3 - فروع الصحة العامة.

### 2 - 3 - 1 - الصحة الوقائية:

تهدف الصحة الوقائية إلى منع حدوث الأمراض، ويتم ذلك وفق إجراءات خاصة تبدأ أساساً بعدم التعرض لمصادر العدوى المختلفة، والابتعاد عن الأماكن الملوثة، ويعد التثقيف والوعي الصحي وتنمية الإدراك الثقافي من العناصر الأساسية للوقاية من الأمراض، وبالتالي الرقي بمستوى الصحة لدى أفراد المجتمع<sup>1</sup>.

وتهدف الإجراءات الوقائية التي تتم بالتحصين والعزل والتطهير، إلى الحد من انتشار الأمراض وعدم انتقالها إلى الآخرين، سواء كانوا مخالطين مباشريين للمريض أو غير مباشريين له.

### 2 - 3 - 1 - مستويات الوقاية:

تقسم مستويات الصحة الوقائية إلى:

#### أ - رفع المستوى الصحي لدى الأفراد:

تتم إجراءات رفع المستوى الصحي للأفراد في البلدان والمجتمعات التي أصبحت خالية من أغلب الأمراض الشائعة، ويتمتع الجميع فيها بصحة جيدة، لذلك تكون المهمة الأساسية للهيئات الصحية في هذه الدول هو العمل على رفع المستوى الصحي لكل الأفراد إلى أعلى مستوى ممكن والمحافظة عليه، والعمل على تحسينه تحقيقاً لمزيد من الرفاهية وذلك عن طريق:

- المحافظة على البيئة ورفع مستواها الصحي.
- رفع المستوى الغذائي للأفراد، وجعل الغذاء الصحي في متناول الجميع.
- رفع مستوى الثقافة والوعي الصحي لأفراد المجتمع.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 17.

**ب - الوقاية النوعية من الأمراض:**

وذلك عن طريق:

- تطعيم جميع الأفراد ضد الأمراض المعدية، وخاصة التطعيمات الأساسية للأطفال.
- العمل على الوقاية من أمراض سوء التغذية.
- العمل على وقاية العاملين من الأخطار المهنية.

**ج - الاكتشاف المبكر للمرض وتقديم العلاج الأمثل له بهدف الوصول سريعا إلى**

**الشفاء وذلك عن طريق:**

- توفير المراكز الطبية العلاجية للسكان.
- إجراء الكشف الطبي للأفراد بصفة دورية.
- الإبلاغ السريع عن أي حالة مرضية خصوصا الأمراض المعدية.

**د - منع حدوث المضاعفات والحد منها:**

وذلك عن طريق وقف تقدم الحالة المرضية باستخدام الوسائل العلاجية الحديثة.

**هـ - الإعداد البدني والتأهيل النفسي والاجتماعي:**

يحدث ذلك للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تعرضوا للإصابة ببعض المضاعفات المرضية أو العيوب الخلقية، لذلك يجب تأهيلهم وإعادة تدريبهم والاستفادة من خبراتهم السابقة قدر المستطاع<sup>1</sup>.

**2 - 3 - 2 - الصحة العلاجية:**

هي الصحة التي تهدف إلى علاج المرض وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها لحالتهم الطبيعية، وذلك عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة وصولا إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 18.

يلزم للوصول إلى هذه الغاية عرض الحالة المرضية على الطبيب المختص وذلك لإجراء الفحوصات اللازمة لتشخيصها وتقرير العلاج اللازم لها ويجري تقييم الحالة والتعامل معها بصورة منفردة وفق ظروفها الخاصة<sup>1</sup>.

### 2 - 3 - 3 - الصحة المهنية:

هي أحد فروع الصحة العامة ومن برامجها المتخصصة حيث أنها تبحث في صحة العاملين في المهن المختلفة وتهدف إلى دراسة احتياجات المهن وتحديد المواصفات البدنية والصحية التي تلزمها، ونوع العمال اللذين نجد عندهم هذه الاحتياجات والمواصفات، والصحة المهنية ترعى العامل المريض أو المصاب، وتعمل على تأهيل العامل المصاب بالعجز، أي أنها تسعى لتحقيق السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية والنفسية للعاملين ويتم ذلك بالعمل للوصول للأهداف التالية:

أ - التأكد من ملائمة العمل لصحة العامل بدنيا ونفسيا وعقليا.  
ب - الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للعامل والأمراض التي تصيب العامل أثناء قيامه بعمله.

ج - الحفاظ على العامل وعلى صحته من العوامل الطبيعية والكيميائية والبيولوجية في بيئة العمل.<sup>2</sup>

ويؤدي تحقيق هذه الأهداف إلى فوائد للعامل أهمها أنها تحفظ عليه صحته وحياته ومقدرته على الكسب والإنتاج، وكذلك فوائد لصاحب العمل أهمها أنها تقلل من نسبة الغياب والانقطاع عن العمل ونفقات الإنتاج والمحافظة على العمال المهرة. وفي ما يلي سنعرض الإجراءات الصحية العامة للوقاية من المرض.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 18، 19.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 19.

## 2 - 4 - الإجراءات الصحية العامة للوقاية من المرض

إن التحصين الفعال ضد الأمراض يدخل في برامج الصحة العامة للوقاية من مخاطر الأمراض المختلفة ومنع انتشار الأوبئة، ومن خلال استخدام البرامج الإجبارية للتطعيم تمكنت الكثير من الدول من تقليل مخاطر الإصابة بالأمراض. وهناك حملات عالمية للقضاء على بعض الأمراض كتلك التي قامت بها منظمة الصحة العالمية للقضاء على الجدري سنة 1976 ولمدة عشر سنوات<sup>1</sup>. وبالتالي يمكننا فهم مستويات تطبيق أهداف الصحة العامة، بدراسة التاريخ الطبيعي للمرض وبتوضيح حدود التداخلات الصحية الممكنة، ويمكن تقسيم التاريخ الطبي للمرض إلى مرحلتين هما:

- 1 - مرحلة ما قبل الأمراض ( **Prepathogenesis** ): وفيها يتم اللقاء والتفاعل بين عوامل المسبب والبيئة والعامل المضيف.
  - 2 - المرحلة المرضية ( **Pathogenesis** ): وهذه تظهر نتيجة لتفاعل العوامل السابقة وهي تشمل:
    - أ - مرحلة الحضانة للمرض: لا تظهر فيها أعراض المرض السريرية وهي مرحلة تكاثر الجراثيم.
    - ب - المرحلة السريرية الأولى: وفيها تظهر الأعراض السريرية للمرض.
    - ج - مرحلة النقاهة أو نهاية المرض: وتكون فيها نتيجة المرض أما الشفاء التام أو المرض المزمن أو العجز أو الموت.<sup>2</sup>
- ويمكن تحقيق الصحة للفرد أو المجتمع بتباعد الإجراءات الوقائية التالية:

<sup>1</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: المرجع السابق، ص 111.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 25.

## 2 - 4 - 1 - الإجراءات الصحية الوقائية الأساسية:

وتهدف هذه الإجراءات إلى منع وقوع الحالة المرضية وذلك باتخاذها الإجراءات الوقائية العامة أو الخاصة اللازمة.

### أ - الإجراءات الصحية الوقائية العامة:

من أجل ترقية الصحة وتقويتها وهي إجراءات وقائية غير مباشرة وغير موجهة لمرض معين بل لكل الأمراض دون تحديد وهي أعمال تعمل على تقوية الصحة بصفة عامة وتشمل:

#### 1 - خدمات صحة البيئة وهي تشمل:

- تهيئة المسكن الصحي والمناسب.
- الإشراف الصحي على المياه لتكون صالحة للاستعمال.
- التخلص الصحي من الفضلات.
- مكافحة الحشرات والقوارض من ناقلات العدوى.
- منع التلوث الجوي.
- مراقبة المحلات العامة مثل المطاعم للتأكد من سلامتها الصحية.

#### 2 - خدمات رعاية الأمومة والطفولة:

وهي تشمل رعاية الأم قبل الزواج وعند الحمل وأثناء الولادة وبعدها، كذلك تشمل رعاية الطفل في مراحل نموه الأولى.

#### 3 - خدمات التغذية الصحية:

إن للتغذية الصحية فوائد على صحة وحياة الإنسان لذا وجب الاهتمام بها بحيث تؤدي هذه الأغذية الأهمية المرجوة منها بصورة تامة<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 26.

#### 4 - خدمات التكيف الصحي:

حيث تقدم خدمات التكيف الصحي بهدف ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة بهدف مساعدة الأفراد على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية بمجهوداتهم الذاتية.

#### 5 - خدمات السلامة الاجتماعية ومنها:

- تحقيق الظروف الملائمة للتكيف النفسي السليم وتطور الشخصية السوية.  
- الإجراءات الكفيلة بتهيئة التكيف الاجتماعي أو الرعاية الأسرية والمشاركة في النشاط الاجتماعية وغيرها من إجراءات وخدمات مما يحقق التكامل والسلامة البدنية والاجتماعية والنفسية عند الفرد والجماعة.

#### 6 - رفع المستوى الاقتصادي والتعليمي للفرد والأسرة والمجتمع:

لما لها دور هام في تحديد درجة الصحة أو المرض مع تقديم الخدمات الصحية اللازمة للمجتمع<sup>1</sup>.

#### 7 - العناية بالنظافة الشخصية:

التي توفر الوقاية من أمراض عديدة فمثلا غسل الأيدي يحمي الإنسان من الكثير من الأمراض المعوية المعدية<sup>2</sup>.

#### ب - الإجراءات الصحية الوقائية الخاصة (النوعية):

وهي الوقاية الموجهة ضد مرض معين قبل أن يحدث بالحيلولة بين المسبب النوعي له والعائل المضيف (الإنسان) كما هو الحال في الأمراض المعدية وأمراض سوء

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 26.

<sup>2</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 176.

التغذية فإذا اتخذت إجراءات محددة للوقاية من أي من هذه الأمراض النوعية قبل أن تحدث، سميت بالإجراءات الوقائية النوعية ومن طرقها:

### 1 - التطعيم ضد مرض معين:

وهي اللقاحات المستعملة لوقاية الفرد من أي مرض قبل حدوثه ومثال على ذلك المطاعيم التي للأطفال المطعوم الثلاثي (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز) وشلل الأطفال ومطعوم الحصبة للوقاية من هذه الأمراض.

### 2 - القضاء على العائل الوسيط:

إن كثيرا من الأمراض تحتاج إلى واسطة انتقال سواء كانت حية أو غير حية، وفي كثير من الأحيان تكون وسيلة المكافحة المثمرة هي تلك الموجهة نحو هذه الوسائط مثل ردم المستنقعات والبرك للقضاء على يرقات البعوض الناقل للملاريا أو القضاء على قواقع البلهارسيا.

### 3 - استخدام أدوية نوعية:

وهو أن نعمل على إعطاء الأدوية النوعية المضادة لعوامل المرض للأشخاص الذين نتوقع إصابتهم بالمرض، خاصة الأمراض السارية مثل إعطاء النتراسيكلين للوقاية من مرض الكوليرا.

### 4 - استخدام ملابس واقية أو أقنعة خاصة في الصناعة:

وهي الوسائل المتخذة الوقائية ضد العوامل الضارة عند عدم التمكن من إجراء الوسائل الوقائية العامة الكفيلة بإزالة آثار العوامل الضارة لسبب ما من الأسباب ويجب أن تكون هذه الوسائل سهلة الاستعمال والتناول وأكثر هذه الوسائل الفردية المستعملة (الكمامات، والنظارات الخاصة، والسماعات الوقائية ضد الضجيج وبعض المراهم لوقاية الجلد من وصول السموم إليه).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 26، 27.

## 5 - استعمال الأغذية الخاصة:

وذلك لمنع أمراض سوء التغذية، ولمنع مضعفات بعض الأمراض مثل داء السكري<sup>1</sup>.

### 2 - 4 - 2 - إجراءات صحية وقائية من الدرجة الثانية:

وهي الإجراءات التي تتخذ للاكتشاف المبكر للحالات المرضية والعلاج الفوري لها وفي حالة تعذر هذا لمنع تطور المرض إلى مراحل متقدمة، وللوقاية من مضعفاته ومنع انتشاره للآخرين إذا كان معدياً، فمجرد اكتشاف الحالات تعالج فوراً، وهنا طرق عديدة لتحقيق ذلك منها:

أ - مراقبة المخالطين لمرضى بأمراض معدية:

مثل مخالطي مرضى التيفوئيد، السل، التهاب الكبد الوبائي.

ب - إجراء تحاليل مخبرية:

يقصد الكشف عن مرض ما كإجراء فحص الدم لدى الحوامل لفحص التكتسوبلازما(داء المقوسات أو جرثومة القطط).

ج - استعمال الصور الشعاعية:

للكشف عن الأمراض مثل استخدام أشعة اكس لتصوير الصدر لاكتشاف الأمراض المهنية التي تصيب الرئة أو اكتشاف حالات التدرن في مراحله الأولى.

د - الكشف الدوري (الفحص الطبي الدوري):

ويقصد به أن يعرض الشخص نفسه على طبيب بين الحين والآخر حتى ولم يشعر بالمرض<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر: المرجع السابق، ص 177.

<sup>2</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 28.

## 2 - 4 - 3 - إجراءات صحية وقائية من الدرجة الثالثة:

في حالة تطور المرض إلى مراحل متقدمة وظهور مضاعفات له تتخذ الإجراءات الوقائية من الدرجة الثالثة وتشمل ما يلي:

أ - علاج الحالات المرضية الظاهرة بهدف الشفاء أو الحد من المضاعفات والعجز المرضي، وهذه تشمل معالجة الحالات المرضية المتقدمة قليلاً أو كثيراً بالطرق العلاجية المناسبة وبسرعة بعد استخدام كل الطرق في التشخيص لإيقاف المرض أو منع مضاعفاته والحد من العجز المرضي.

ب - التأهيل: ويمكن تعريف التأهيل بأنه عملية مساعدة الأفراد المصابين بإعاقة ما فيزيائية أو عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية كي يدركوا طاقاتهم ويحقق أهدافهم المشروعة في الحياة، ومن الطبيعي أن يتم ذلك من خلال مراكز قادرة على تأمين المساعدة المشار إليها سواء بتوفير الاختصاصيين والفنيين من أطباء وممرضين ومساعدين صحيين مدربين بصورة جيدة على التعامل في هذا المجال وكذلك بتوفير الأجهزة الضرورية والجو الاجتماعي والنفسي الملائم<sup>1</sup>، ويتم ذلك من خلال الإجراءات التالية:

1 - رعاية العاجز صحياً: ويقصد بها الإشراف الصحي العام على المعوق بغض النظر عن طبيعة العجز الذي أصيب به، وتهدف هذه الرعاية إلى:

- تكملة سلامة وتقويم صحة المعوق سواء كانت بدنية أو نفسية أو اجتماعية.

- الوقاية النوعية من الأمراض سواء كانت معدية أو غير ذلك.

- علاج ومتابعة الحالات المرضية أياً كان هذا المرض.

2 - رعاية العاجز اجتماعياً وذلك بسبب:

- عدم تقبل الأسرة لبرنامج العلاج والرعاية.

- عدم تناسب بيئة المعوق الاجتماعية لاستقباله بعد إصابته بالعجز.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 28.

- عدم استعداد الأسرة للمشاركة في تأهيل المعوق.
- النواحي الاقتصادية التي قد تستغل نتيجة لطول برنامج الرعاية.
- 3 - رعاية العاجز مهنيا: وهذه تعني تدريب المعاق على مهنة معينة بحيث يراعى أن يكون التوجيه المهني للمعوق واقعا في أهدافه ومبني على قدراته واستعداداته الحقيقية، حتى يتمكن العاجز من الاعتماد على نفسه في تصريف شؤونه واكتساب رزقه مع استغلال الباقي من طاقاته أو استعداداته أفضل استغلال.
- 4 - خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية المساعدة: وتقوم بهذا مراكز تأهيلية متخصصة، كتقديم أطراف صناعية عند فقدان أحد الأطراف نتيجة حادث ما، أو تقديم سماعات لفاقد السمع أو تزويد المدارس المتخصصة بكتب ذات حروف بارزة لفاقد البصر<sup>1</sup>.

## ثانيا - التربية الصحية والصحة المدرسية في الجزائر:

### 1 - التربية الصحية:

تعد المدرسة بمختلف أطوارها مؤسسة اجتماعية أوجدها المجتمع من أجل خدمة أبنائه فهي تقوم بدور مهم في تكوين التلاميذ شباب المستقبل من كافة النواحي وخاصة الصحية عن طريق توفير الرعاية الصحية السليمة للتلاميذ واكتسابهم السلوك الصحي السليم، وهذا يؤدي إلى النهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع، وهو ما تسعى إليه كافة الدول المتحضرة، وتسمى عملية التثقيف الصحي التابعة للمؤسسات التربوية بالصحة المدرسية أو التربية الصحية المدرسية.

### 1 - 1 - مفهوم التربية الصحية:

لا يمكن لأهداف الصحة العامة أن تتحقق في أي مجتمع دون المشاركة الإيجابية من الأفراد، ولكي تتحقق تلك المشاركة من جانب الأفراد هناك مسؤوليات ومهام تقع

<sup>1</sup>عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 178.

على عاتق العاملين في مجال الصحة العامة لكي تدفع الأفراد وتحثهم على القيام بمسئولياتهم تجاه صحتهم، ويتم ذلك عن طريق التربية الصحية.

وعلى ذلك تعد التربية الصحية من أهم مجالات الصحة العامة الحديثة وتعتبر جزءاً أساسياً لأي برنامج للصحة العامة، ولم تعد التربية الصحية عملية ارتجالية، بل أصبحت عملية فنية لها أسسها ومبادئها التربوية.

وقد جرت محاولات عديدة من قبل العاملين في مجال التربية الصحية لتعريفها، ومن بين أهم تلك التعريفات ما يلي:

أ - التربية الصحية عملية تغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الأفراد فيما يتعلق بصحتهم.

ب - التربية الصحية عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيراً إيجابياً.

ج - التربية الصحية عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية التي تظهر في المجتمع.

د - التربية الصحية عملية تربوية تسعى إلى ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، وكذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة.

من كل ما تقدم من تعاريف يمكن حصر تعريف شامل للتربية الصحية في

التعريف التالي:

"التربية الصحية جزء هام من التربية العامة، ولا تقتصر رسالتها على أن يعيش الفرد في بيئة تلاءم الحياة الحديثة، بل تتعدى ذلك إلى اكتساب الأفراد تفهماً وتقديراً أفضل للخدمات الصحية المتاحة في المجتمع، والاستفادة منها على أكمل وجه، وكذلك تزويد أفراد المجتمع بالمعلومات والإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم بغرض التأثير الفعال على اتجاهاتهم والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي لمساعدتهم على

تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية حسب تعريف الصحة العالمي<sup>1</sup>

### 1 - 2 - أسباب الاهتمام بالصحة المدرسية:

أ - يشكل تلاميذ المرحلة الدراسية المختلفة في معظم دول العالم نسبة كبيرة من عدد السكان تتراوح بين 16 و 18 من مجموع السكان.

ب - يتعرض الكثير من الأطفال في سن الدراسة إلى الكثير من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والبيئية، مما يوجب على دولهم توفير الرعاية لهم في كافة المجالات المذكورة للتقليل من معاناتهم.

ج - المدارس تجمعات تنمو من أنحاء وبقع جغرافية متعددة تسهل انتشار الأمراض المعدية بشكل واسع، لذا فإن العناية والرعاية يوفران على الدول الجهد والمال، والوقت في مجال الصحة المدرسية.

د - إن توفير الصحة المدرسية يكسب الطلبة حيوية تساعدهم على الانتباه، والتحصيل الدراسي الجيد.

هـ - الصحة المدرسية تكسب الطلبة بعض السلوكيات المهمة مثل تعود النظافة، وترشيد إنفاق الماء، والمحافظة على عدم تلوثه، والتخلص من الفضلات الضارة، ووضع النفايات في أماكنها، والمحافظة على النظافة، وتناول المأكولات غير الضارة.

### 1 - 3 - أهداف برامج الصحة المدرسية:

تقديم برامج الصحة المدرسية لأطفال يحقق الأهداف التالية للمجتمع:

أ - تساعد على النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي للطلبة "الجسم السليم في العقل السليم".

ب - رفع مستوى التنشيط الصحي للطلبة وتوعيدهم على السلوك الصحي السليم.

<sup>1</sup> بهاء الدين سلامة: المرجع السابق، ص 41، 42.

ج - تقديم المساعدة الصحية وتوفير الظروف الملائمة للأطفال المعوقين ليستفيدوا من البرامج المدرسية.

د - الوقاية من الأمراض قبل حدوثها، كالتلقيح الإجباري للأطفال.

هـ - حفظ تاريخ الحالات المرضية للطلبة عن طريق التسجيل في السجل الصحي لكل طالب بالمدرسة.

عموما فإن التربية الصحية المدرسية ليست مجرد تدريس مادة أو وضع محور حول التربية الصحة، ولا هي الخدمات الصحية المدرسية فقط بل هي أوسع من ذلك شمولاً، فهي لا تقتصر على مقرر معين بل يجب أن تتصل بكل المواد الدراسية وبكل إمكانات المدرسة وبجميع نوعيات النشاط المدرسي وبكل نواحي الحياة اليومية ".  
**1 - 3 - 1 - الأهداف العامة للتربية الصحية المدرسية:**

أ - تزويد التلاميذ بمعلومات مبسطة تساعدهم في المحافظة على صحتهم، ووقايتهم من الأمراض والحوادث.

ب - تنمية الميول الايجابية لدى التلاميذ نحو الصحة، والعادات السليمة، وغرس القيم الصحية في نفوسهم.

ج - تعليم الطلبة بعض المهارات الصحية كالإسعافات الأولية، وتدريبهم عليها.  
 مما لا شك فيه ربط هذه الأهداف بقيمها الإسلامية يساعد في تحقيقها ولا شك في أن تعميق الشعور لدى التلاميذ بالهدف الصحي إنما هو ضرورة إسلامية سوف تجعلهم أكثر إقبالا.

**1 - 3 - 2 - إذا كانت الصحة ضرورة لكل فرد فهي لطلبة المدارس أكثر ضرورة للأسباب التالية:**

- يشكل تلاميذ المدارس نسبة كبيرة من مجموع السكان قد تصل الثلث كما هو الحال في الجزائر، لذا يجب الاهتمام بصحة هذا العدد الكبير من أفراد المجتمع الذين

سيصبحون في المستقبل شباب الدولة وطاقتها الإيجابية، وبذا تصبح التربية الصحية المدرسية ضرورية وذات أهمية خاصة.

- يقضي التلميذ أو الطالب في المدرسة معظم ساعات يومه، فهو يقضي فيها حوالي ست ساعات يوميا، ويستمر ذلك اثني عشر عاما بدون احتساب السنوات الجامعية، لذا وجب أن يكون للمدرسة دور هام في توعية التلاميذ في الأمور الصحية، وغرس الاتجاهات الإيجابية نحو الصحة فيهم، ومراقبة سلوكهم وممارساتهم وتوجيهاتهم توجيهها صحيحا.

- تعتبر التربية الصحية المدرسية ضرورية للتلميذ، وذلك لأن العقل السليم في الجسم السليم، فإذا تمتع التلميذ بصحة جيدة كان أكثر قدرة على التعلم واكتساب الخبرات التي تهيئها المدرسة، أما إذا كان التلميذ يعاني من الأمراض فإن ذلك يؤثر في تحصيله العلمي، فقد يتكرر غيابه، أو يتشرد ذهنه وبذلك يضيع منه عدد من الدروس فتقل الفائدة العلمية.

- أما عن مبادئ التربية الصحية في مرحلة الثانوية كون الطالب يمر في هذه المرحلة بفترة البلوغ أو فترة المراهقة، فيجب أن تتناول المناهج والبرامج المدرسية موضوعات صحية كالتغذية اللازمة في هذه المرحلة، والأمراض التناسلية والزنا واللواط وكذلك التصرفات غير الصحية كالاستمناء، وطريقة الوقاية من هذه الأمراض الانحرافات الجنسية، حيث يجب توعية الطلبة بهذه الأمور، ودعوتهم إلى الالتزام بالسلوك الصحي، كما يجب بيان الأضرار والأمراض الناتجة عن الممارسات غير صحية كالتدخين وتناول المخدرات والمسكرات وغيرها.

## 2 - الصحة المدرسية في المدارس الجزائرية:

ولكي نربط بين التعليم والصحة ارتأينا إضافة عنصر ثاني لهذا الفصل يكون جامع بين التعليم والاهتمام بمجال الصحة في الجزائر، فخصناه للصحة المدرسية في

المدارس الجزائرية وما لها من أهمية كبيرة في المحافظة على صحة الطلبة وعلاجهم عند المرض.

## 2 - 1 - ظهور ونشأة الصحة المدرسية في الجزائر:

لعل أول منشور وزاري مشترك موجه إلى صحة الطفل هو المنشور الممضى من طرف أربعة وزارات والصدر في 1983/11/21 والذي يؤكد على ضرورة الالتفات إلى صحة الطفل وإلى الوسط المدرسي، ثم يأتي المنشور الوزاري رقم 05 المؤرخ في 1985/01/22 ليؤكد على ضرورة التكفل بالأمراض المكتشفة من طرف المصالح المختصة في الصحة مع متابعة العملية وضرورة التنسيق بين مختلف القاعات المهمة بالميدان مثل البلدية، القطاع الصحي والولاية والوزارات وخاصة وزارة التربية.

كذلك القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1987/06/21 والمتعلق بشروط العزل والحماية الصحية في حالة الإصابة بمرض معدي في المؤسسات التعليمية، كما جاءت التعليمات الوزارية المشتركة رقم 175 والتي تتضمن إجبارية تكوين مجلس صحي على مستوى كل مؤسسة تعليمية بالولاية، ثم التعليمات 176 الصادرة عن ملتقى بجاية في جانفي 1989 والمتضمنة ضرورة وضع سجل صحي على مستوى كل مؤسسة، وملتقى سيدي فرج المنعقد أيام 20 و 21 و 22 أفريل 1994 والمتضمن لأنشطة حماية الصحة في الوسط المدرسي<sup>1</sup>.

المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 1994/04/06 المتضمن مخطط إعادة تنظيم الصحة المدرسية<sup>2</sup>.

- إنشاء وحدات الرصد والفحص سنة 1995.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، الجزائر.

<sup>2</sup> نفس المرجع.

هذا ما يخص الإطار القانوني للصحة المدرسية في الجزائر، أما عن الأهداف وواقع توأجدها في المدرسة الجزائرية فسنعرضها في العنصر التالي.

## 2 - 2 - واقع وأهداف الصحة المدرسية في الجزائر:

الهدف الرئيسي من أنشطة الحماية الصحية في المدارس الجزائرية هي تزويد الأطفال والمراهقين مجموعة من الخدمات على خطط وقائية تعليمية وعلاجية لضمان نموهم البدني والعقلي والفكري والاجتماعي السليم، وهذا بفضل إنشاء وحدات الرصد والفحص في سنة 1995.

وشملت الصحة المدرسية 7835740 تلميذ خلال السنة الدراسية 2014/2013، من خلال وحدات الرصد والفحص 1806 UDS، بزيادة قدرها 18% مقارنة بالعام الدراسي 2004/2003<sup>1</sup>.

جميع الموظفين العاملين في الصحة المدرسية، بدوام كامل أو جزئي، هو 8372 شخصا، بينهم 2222 أطباء وأطباء الأسنان 2072، ونفسانيين 1568 و 2510 مسعف.

وقد تحسنت وتيرة الزيارات الطبية 94 المنتظمة بشكل ملحوظ بين العام الدراسي 2009-2008 و 2014-2013، من 79,2% إلى 88,6%، على التوالي وعلى جميع الدورات<sup>2</sup>.

أكثر الأمراض شيوعا في الوسط المدرسي هي مشاكل انخفاض في حدة البصر والصعوبات المدرسية والتبول اللاإرادي.

هناك تحسن في الرعاية المتخصصة من الأمراض بين الطلاب اجتاز معدل 38% في عام 2000 إلى 53,8% لعام 2013، كما يعاني الطلاب من أمراض مزمنة

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 130.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 130.

مؤكدة تمثل نسبة 56,7% من الحالات المشخصة في عام 2013، مقابل 35,2% في عام 2000، في حين يمثل تسوس الأسنان 52% من الأطفال المصابين، مقابل 38,5 في عام 2000 و 40,8% في عام 2000<sup>1</sup>.

وهذا ما يبين انخفاض مستوى الصحة عند الطلبة وزيادة نسبة المرض.

أما من حيث الجنف بدأ البرنامج في عام 2008، تم تشخيص 11786 حالة في عام 2013، منها 56,3% متكفل بها من قبل UDS وأحيلت 37,8%<sup>2</sup>. وتجرى أنشطة الحماية الصحية في الجامعات داخل وحدات الطب الوقائي (UMP)، التي بلغت 362 وحدة في عام 2013، حيث شهدت تطورا هاما مقارنة بعام 2008 (UMP 198) ويشرف على هذه الوحدات 781 طبيب و 127 طبيب أسنان و 110 أخصائي نفسي و 455 مسعف<sup>3</sup>.

مجموع الزيارات الطبية من الطلاب هو 126682 مرة، منها 52% زيارات وقائية و 48% علاجية، بينما لم يشهد معدل الزيارات المنتظمة تطورا مقارنة بالسنوات السابقة، كما تراجع بما يقرب من 29% منذ عام 2008، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأمراض المشخصة تصل إلى 83669 حالة متكفل بـ: 85% منها وموجهة 12,6% خاصة إصابات الأنف والأذن والحنجرة، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض النساء والجهاز الهضمي، وبالإضافة إلى ذلك وحدات من السلوكيات التي يمكن أن تؤثر على صحة الأطفال في المدارس المواقف العنيفة التي يمكن أن تكون من الطلبة فيما بينهم كانت موجودة دائما في المدارس وخارجها، لكنها لم تتخذ النسب المعروفة في السنوات الأخيرة<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 130.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 131.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 131.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص 131.

في عام 2013، سجل العنف 167 ضحية و82 متورط فالعنف الجسدي هو الأكثر انتشارا في المدارس تليها الإساءة اللفظية فقط في النصف الأول من 2014، تسببت في 71 حالة من العنف 151 ضحية بين الطلاب والمعلمين وأولياء الأمور<sup>1</sup>.

وسنعرض أكثر عناصر الصحة المدرسية والتربية الصحية بصفة عامة في

الفصل الرابع للدراسة الخاص بالثقافة الصحية والتربية الصحية.

ولكي تكتمل صحة الشاب يجب عليه ممارسة الرياضة لأن العقل السليم في

الجسم السليم ولهذا بادرة المدارس الجزائرية بالاهتمام بالرياضة وتشكيل جمعيات خاصة تابعة لها وهذا ما سنعرضه في العنصر التالي.

### 2 - 3 - الجمعيات الرياضية المدرسية والجامعية في الجزائر:

إن المدرسة تلعب دورا رئيسيا في حياة الطفل والشاب وتغيير اتجاهاته وسلوكياته،

وغرس المبادئ والعادات والسلوكيات المرغوب فيها فإن المؤسسات العلمية والتربية بمختلف مستوياتها من الروضة إلى المدرسة إلى الجامعات، بإمكانها أن تؤهل الطفل والشاب ليكون فردا فعالا في المجتمع بدون أي طاقة سلبية تدفعه إلى أن يصبح غير ذلك.

ولا يوجد شيء إيجابي مثل ممارسة الرياضة بحيث تقوم بامتصاص كل الطاقات

السلبية للشباب وتساعد على المحافظة على صحته أولا وارتفاع مستوى لياقته البدنية ثانيا، وتزيد من رغبته في ممارسة أدواره في المجتمع ثالثا مثل حب الدراسة والقدرة على الاستيعاب "العقل السليم في الجسم السليم".

كما تظهر البحوث والدراسات العلاقة الإيجابية بين الرياضة والممارسات

الترويحية وراحة الطفل والشاب، وعلى الوقاية والعلاج من مجموعة من المشاكل الصحية التي يعاني منها الشاب، بما في ذلك الربو والاضطرابات النفسية والمشاكل العظمية،

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 131.

بالإضافة إلى ذلك يمكن المشاركة في النشاط البدني أن تساهم في التنمية الاجتماعية لدى الشباب من خلال فسخ المجال لهم للتعبير عن أنفسهم، وتعزيز ثقتهم في أنفسهم والتفاعل والاندماج الاجتماعي، وتظهر نتائج المسح ENET عام 2012 إلى أن نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 12-24 سنة والذين شاركوا في الأنشطة الرياضية لا تزال متدنية، باستثناء الفرق الرياضية بما في ذلك كرة القدم مع 41% و35% للأعمار 12-14 سنة و15-24 سنة على التوالي<sup>1</sup>.

والجدول التالي يبين أكثر نسبة ممارسة الرياضة حسب الجنس والفئة العمرية في الجزائر.

جدول رقم 27: يبين نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 12-24 سنة والذين شاركوا في الألعاب الرياضية حسب الجنس والفئة العمرية في الجزائر سنة 2012.

24-15		14-12		فئة السن والجنس نوع النشاط البدني
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
11,2	1,6	8,6	1,6	الجري
1,7	0,2	2,1	0,3	الفنون القتالية
2,8	0,8	3,2	1,1	سباحة
35,1	1,1	40,7	1,6	الرياضة الجماعية
3,5	0,4	1,5	0,9	الأنشطة الرياضية الأخرى
44,1	3,9	46,7	5,2	نشاط رياضي واحد على الأقل

المصدر: تحقيق الجدول الزمني (ONS ENET).

كما يظهر الجدول أن المشاركة الرياضية مرتفعة عند الذكور منها لدى الإناث في كل فئة عمرية خاصة الرياضة القتالية والجماعية، ما يدل على ابتعاد الإناث على ممارسة مثل هذه الرياضة التي تتمتع بنوع من العنف والالتزام مع فريق كامل، وأيضاً يفسر هذا الانخفاض في ممارسة الرياضة لدى الإناث بعدم ميلهن للاشتراك في جمعيات

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 115.

رياضية أو عدم قبول الأهل ذلك ويفضلن الانضمام إلى الجمعيات الخاصة مثل ممارسة الإيروبيك في مؤسسات صغيرة لا تجبرهن على الالتزام ببرنامج مقيد بل هن يقررن متى يفعلن ذلك، بالإضافة إلى أن أغلبية الإناث يمارسن بعض التمارين الرياضية في المنزل من خلال مشاهدة مختلف وسائل الإعلام الموجه لذلك، عكس الشباب الذكور الذين يملكون الحرية في اختيار مثل هذه النشاطات، بل نجد معظم الأسر تشجع أطفالها الذكور على مثل هذه الممارسات لبيتعدوا عن الممارسات الأخرى غير صحية وهذا ما يبينه الجدول.

وعلاوة على ذلك، فإن عدد الطلاب في الجمعيات الرياضية المدرسية قد تضاعف تقريبا بين عامي 2003 و2013، من 202616 (27% إناث) إلى 365037 (20% إناث)، بالمقابل انخفض موظفي التأطير بعدد 567 مشرف، هذه النتائج في معدل ممارسة الرياضة المشاركة من خلال الجمعيات بنسبة 5% من الطلاب<sup>1</sup>.

جدول رقم 28: يبين تطور الرياضة في الجمعيات في الوسط المدرسي حسب الجنس في الجزائر.

الجنس السنوات	المرخص لهم			التأطير		
	نكر	أنثى	المجموع	نكر	أنثى	المجموع
2002	146418	56201	202619	5055	676	5731
2013	291469	73568	365037	4725	439	5164

المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الشباب والرياضة - عام 2013، مشروع تقرير عن الممارسة. والرياضة المدرسية والجامعية الحاجة الملحة إلى التحفيز المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي 2005.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 116.

تضاعف عدد الطلاب في الألعاب الرياضية المنظمة والجمعيات الأكاديمية أيضا عامي 2002 و2013، من 12102 (2824 الفتيات) إلى 18872 (4876 الفتيات)، من ناحية التأطير تم تسجيل تضاعف مرتين لعدد المؤطرين مقارنة مع عام 2013 أو 1168 مقابل 598 في عام 2002، بالمقابل انخفض جهاز التأطير للإناث إلى 27 في عام 2013 ويبلغ معدل الممارسة في الجمعيات الرياضية الجامعية نسبة 28,4% من الطلاب.<sup>1</sup>

جدول رقم 29: يبين تطور ممارسة الرياضة من خلال الجمعيات في البيئة الجامعية.

التأطير		المرخص لهم			الجنس	
		المجموع	أنثى	ذكر		
المجموع	أنثى	ذكر	المجموع	أنثى	ذكر	
598	98	500	12102	2824	9278	2002
1168	27	1141	18872	4876	13996	2013

المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الشباب والرياضة - عام 2013، مشروع تقرير عن الممارسة. والرياضة المدرسية والجامعية الحاجة الملحة إلى التحفيز المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي 2005.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 116.

## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التعرض إلى الثقافة والتربية الصحية بصفة عامة من خلال إبراز عدة عناصر، فهذا الفصل كان مقسم إلى جزأين الأول كان موجه إلى الثقافة الصحية وسلطنا الضوء من خلاله على الثقافة الصحية من خلال إبراز مفهوم الصحة ومستوياتها ومكوناتها، ومفهوم الثقافة الصحية، وأيضا مجالات الثقافة الصحية كالأسرة والمدرسة والمجتمع غيرها من المجالات، ووسائل تحقيقها المباشرة منها وغير مباشرة، كما دعمنا هذا العنصر بعنصر آخر يتضمن الوعي الصحي والتثقيف الصحي والذان يندرجان ضمن الثقافة الصحية، وكان يدور حول مفهوم وأهمية وجوانب الوعي الصحي، وتضمن أيضا مفهوم وأهداف التثقيف الصحي بالإضافة إلى فروع الصحة العامة والإجراءات الصحية العامة للوقاية من المرض.

أما الجزء الثاني لهذا الفصل فخصصناه،

أما الجزء الثاني لهذا الفصل فتضمن التربية الصحية والصحة المدرسية في المدارس الجزائرية، العنصر الأول كان موجه إلى التربية الصحية وتضمن هذا العنصر عدة نقاط، أولها كان حول مفهوم التربية الصحية، ثم أسباب الاهتمام بالتربية الصحية، وأخيرا أهداف وبرامج التربية الصحية.

أما العنصر الثاني لهذا الجزء خصصناه للصحة المدرسية في المدارس الجزائرية وتناولناه من خلال ظهور ونشأة الصحة المدرسية بالمؤسسات التعليمية في الجزائر من خلال إبرازنا للإطار القانوني الذي سمح بظهور الصحة في المدارس الجزائرية، ثم تطرقنا إلى واقع وأهداف الصحة المدرسية في الجزائر وبيننا الهدف الرئيسي من أنشطة الحماية الصحية في المدارس الجزائرية هي تزويد الأطفال والمراهقين مجموعة من الخدمات على خطط وقائية تعليمية وعلاجية لضمان نموهم البدني والعقلي والفكري والاجتماعي السليم، بفضل إنشاء وحدات الرصد والفحص سنة 1995.

وأیضا عدد التلاميذ الذين شملتهم الصحة المدرسية، وعدد الموظفين العاملين في الصحة المدرسية ووتيرة الزيارات الطبية، وأكثر الأمراض شيوعا في الوسط المدرسي، وأيضا أنشطة الحماية الصحية في الجامعات داخل وحدات الطب الوقائي (UMP)، ومجموعة الزيارات الطبية من الطلبة.

وأخر عنصر لهذا الجزء والفصل بأكمله وجهناه للجمعيات الرياضية المدرسية والجامعية في الجزائر وبيننا من خلاله نسبة ممارسة الشباب للرياضة حسب الجنس والفئات العمرية وذلك في حدود الجمعيات الرياضية التابعة للمدرسة والجامعة. وبهذا نكون قد حاولنا توضيح الثقافة الصحية والتربية الصحية بما فيه الصحة المدرسية في المدارس الجزائرية.

الفصل الخامس  
الوضع الصحي للشباب  
في الجزائر.

## تمهيد:

تعتبر صحة الشباب من أهم المواضيع المرتبطة بصحة الأسرة، ومن خلال هذا الفصل في العنصر الأول حاولنا التطرق إلى الصحة الإيجابية عند الأسرة والشباب الذي تضمن أولاً الفحوصات الطبية قبل الزواج أسبابها فائدة إجرائها وأنواع هذه الفحوصات، أما العنصر الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى الأمراض المنقولة جنسياً في الجزائر وعرضنا من خلاله انتشار الإيدز في الجزائر ومدى وعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً، والنقطة الثانية التي عالجها هذا العنصر هي الممارسات غير الصحية لدى الشباب في الجزائر وتضمن هذا العنصر كل من عادات الأكل واستهلاك التبغ واستهلاك الكحول وتعاطي المخدرات والمنشطات.

## 1- الفحوصات الطبية قبل الزواج:

هي مجموعة من الفحوصات الطبية المخبرية التي يجب أن يخضع لها الرجل والمرأة قبل الزواج أي قبل إنشاء الأسرة وذلك لما تحتويه هذه الفحوصات من فائدة لأسباب التالية:

### 1 - 1 - أسباب القيام بالفحوصات الطبية قبل الزواج:

أ- التشخيص المبكر لبعض الأمراض القابلة للعلاج ومعالجتها حتى لا تسبب متاعب صحية وأمراض تنغص حياة الزوجين وتزيد من المضعفات الصحية وخاصة للمرأة أثناء حملها فهناك الكثير من الأمراض التي قد تكون موجودة دون أن يشعر بها الإنسان مثل مرض السكري والسل وبعض أمراض الغدد فيتم معالجتها قبل أن يشرع الرجل والمرأة في الزواج.

ب- التشخيص المبكر لبعض الأمراض الوراثية التي قد يكون الرجل أو المرأة أو الاثنين معا حاملين لها دون أن يعلموا لأن الحامل للمرض الوراثي ليس مريضا لكن إذا ارتبط بشخص آخر حامل للمرض فإن نسبة إنجاب أطفال مرضى هي 25% وأطفال صحيين 25% وأطفال حاملين للمرض بنسبة 50% لذلك فلا بأس من ارتباط رجل حامل للمرض بامرأة سليمة أو ارتباط امرأة حامل للمرض برجل سليم<sup>1</sup>، وكمثال لهذه الأمراض الوراثية مرض فقر الدم المنجلي وفقر الدم التلاسيميا ومرض الهيموفيليا وغيرها وهذه الأمراض ليس لها علاج قطعي كعادة معظم الأمراض الوراثية.

ج- الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مشاكل أسرية وأطفال مرضى، يعتبر الالتزام والتقيد بإجراء الفحوصات الوراثية قبل ارتباط الطرفين لتكوين نوات أسرية جديدة مهما جدا، فوراثيا لدى كل إنسان بغض النظر عن عمره أو حالته الصحية جينات قوية وأخرى ضعيفة حيث يوجد في كل إنسان ما يتراوح بين 5 و 10 جينات قوية

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2009، ص 229.

وأخرى ضعيفة في مختلف مراحل حياته<sup>1</sup>، مما يجعل الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مرض الأطفال الذي يكون وراثيا بسبب الجينات الوراثية، لأنه ليس من السهل دائما علاج المرض الوراثي بالإضافة إلى التكلفة التي تترتب على إجراءات العلاج سواء بتناول الدواء طوال الحياة أو التغذية الخاصة أو نقل الدم بصفة منتظمة أو زرع الأعضاء.

فإن الفحص قبل الزواج يشكل وسيلة ملائمة لمكافحة الأمراض الوراثية وهو وسيلة للوقاية وغير مكلفة مقارنة بعلاج الأمراض الوراثية التي يكلف علاجها مبالغ طائلة.

ولهذا الغرض أصبحت الفحوصات الطبية قبل الزواج شرط أساسي وإلزامي لعقد الزواج في الجزائر ووعي الأفراد بفائدة هذه الفحوصات يندرج ضمن ثقافتهم الصحية فالشخص الذي يعلم سبب إجراءه للفحوصات الطبية وفائدتها قبل الزواج هو شخص يكتسب نوعا ما ثقافة صحية تؤهله في المستقبل أن يعتني بأسرته وصحتهم وتكمن فائدة الفحص قبل الزواج في التالي:

### 1 - 2 - فائدة إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج:

- أن المقدمين على الزواج يكونون على علم بالأمراض الوراثية المحتملة للأطفال إن وجدوا ففتتسع الخيرات في عدم الإنجاب أو عدم إتمام الزواج.
- تقديم النصح للمقبلين على الزواج إذ ما تبين ما يستدعي ذلك بعد استقصاء التاريخ المرضي والفحص السريري، واختلاف زمر الدم.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 229.

- أن مرض (التلاسيميا) هو المرض الذي ينتشر بشكل واسع وواضح في حوض البحر المتوسط وهو المرض الذي توجد وسائل للوقاية من حدوثه قبل الزواج.<sup>1</sup>
- المحافظة على سلامة الزوجين من الأمراض، فقد يكون أحدهما مصاب بمرض يعد معديا فينقل العدوى إلى زوجه السليم.
- إن عقد الزواج عقد عظيم يبنى على أساس الدوام والاستمرار، فإذا تبين بعد الزواج أن أحد الزوجين مصاب بمرض فإن هذا قد يكون سببا في إنهاء الحياة الزوجية لعدم قبول الطرف الآخر به.
- بالفحص الطبي يتأكد كل واحد من الزوجين الخاطبين من مقدرة الطرف الآخر على الإنجاب وعدم وجود العقم، ويتبين مدى مقدرة الزوج على المعاشرة الزوجية.
- بالفحص الطبي يتم الحد من الأمراض المعدية والتقليل من ولادة أطفال مشوهين أو معاقين والذين يسببون متاعب لأسرهم ومجتمعاتهم.
- أما السلبيات المتوقعة من الفحص فتكمن في:
- إيهام الناس أن إجراء الفحص سيقدمهم من الأمراض الوراثية وهذا غير صحيح لأن الفحص لا يبحث في الغالب سوى عن مرضين أو ثلاثة منتشرة في مجتمع معين.
- إيهام الناس أن زواج الأقارب هو السبب المباشر لهذه الأمراض المنتشرة في مجتمعاتنا وهو غير صحيح إطلاقا.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والنشر، عمان، ط1، 2009، ص37.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 38.

- قد يحدث تسريب لنتائج الفحص ويتضرر أصحابها لاسيما المرأة فقط يبتعد عنها الخطاب إذا علموا أن زواجها لم يتم بغض النظر عن نوع المرض وينشأ عن ذلك المشاكل.

- يجعل هذا الفحص حيات بعض الناس قلقة مكتئبة ويائسة إذا ما تم إعلام الشخص بأنه سيصاب هو أو أطفاله بمرض عضال لا شفاء له من الناحية الطبية.

- التكلفة المادية في حال الفحوصات المعقدة أما الفحص الحالي المقترن بعقد الزواج فهو ذو كلفة معقولة.

### 1-3 - أنواع الفحوصات الطبية الضروري ما قبل الزواج:1

#### أ - بالنسبة للرجل:

- الكشف الطبي السريري.
- تحليل بول كامل.
- تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.
- تحليل كشف مرض الزهري.
- تحليل كشف فيروس نقص المناعة بالجسم.
- تحليل فحص السكري بالدم.
- فحص فصيلة الدم.
- فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم للتأكد من خلو الدم من مرض التلاسيميا.
- تحليل صورة دم كاملة.
- فحص الخلو من الأمراض الوراثية.
- فحص الحيوانات المنوية.

<sup>1</sup>أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سابق، ص 230.

ب - بالنسبة للمرأة:

- الكشف الطبي السريري.
  - فحص فصيلة الدم.
  - تحليل فيروس الحصبة الألماني.
  - تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.
  - تحليل جرثومة الحمل (تكسوبلازما) أي جرثومة القطط.
  - تحليل فحص السكري بالدم.
  - تحليل صورة دم كاملة وسرعة الترسيب بالدم.
  - تحليل بول كامل.
  - فحص الخلو من الأمراض الوراثية.
  - فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم للتأكد من خلو الدم من مرض التلاسيميا.
- 2- الأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر.

2 - 1 - انتشار الإيدز في الجزائر:

كشفت الإحصاءات الأخيرة عن الإيدز في الجزائر التي كشف عنها معهد باستور 81 حالة جديدة في عام 2014، من بينها 14 حالة تحت السن 30، ما يقارب من 17 %، على الرغم من أن هذه الظاهرة لا تزال هامشية، يجب أن تعنى ببقظة كبيرة نظرا لتأثيرها الاجتماعي وسرعة انتشارها من خلال المشهد الوبائي في البلاد، عدد المصابين الجدد في سن (0 إلى 29 سنة) في انخفاض من 30 حالة في عام 2010 إلى 14 حالة في عام 2014، وقد لوحظ هذا الاتجاه أيضا لجميع المرضى من 142 في عام 2010 إلى 81 حالة في عام 2014<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 133.

° بالتصرف بحيث قمنا بحذف الفئة العمرية من 0 - 9 سنة .

وفي الجدول التالي سنبين حالات الإيدز المنتشرة في الجزائر.

الجدول رقم 30: يبين حالات الإيدز في الجزائر حسب الفئة العمرية (2010-2014):

العمر بالسنة	2010	2011	2012	2013	2014
19 – 10	2	0	1	1	0
29 – 20	26	24	11	17	12
مجموع السكان	142	102	93	95	81

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 133.

يظهر لنا الجدول أن الفئة العمرية من 20 - 29 سنة هم الأكثر عرضة للإصابة بمرض الإيدز الذي يعد من أخطر الأمراض المنتشرة عالميا وقد يرجع ذلك إلى النقص النوعي بمعرفة هذه الأمراض المنقولة جنسيا من طرف الشباب وكيف يتم نقلها وهذا ما يسمى بعدم وجود وعي صحي، فالممارسات غير الصحية كالعلاقات غير الآمنة وعدم إجراء اختبار الخاص بمرض السيدا (هو اختبار سريع يباع في الصيدليات بثمن معقول لاختبار أن الشخص مصاب بالإيدز أو لا) قبل القيام بالعلاقة الجنسية إذا كانت كاملة وخارج نطاق الزواج، وتعاطي المخدرات واستعمال نفس وسائل الحقن كلها ممارسات غير صحية قد تجر ممارستها إلى الإصابة بهذا المرض.

ورغم الجهود التي تقوم بها كل الهيئات العالمية والمحلية بالتعريف بهذا المرض وكيف ينقل عبر مختلف وسائل الإعلام، إلا أننا مازلنا نعرف نوع من عدم معرفة هذه الأمراض المنقولة جنسيا من قبل فئات عديدة من المجتمع بما فيها الشباب، إلا أن معطيات الجدول بينت لنا في نفس الوقت تراجع إصابة فئة الشباب بمرض الإيدز عبر مختلف السنوات حيث انتقلنا من 26 حالة مصابة في عمر 20 - 29 سنة عام 2010

إلى 12 حالة سنة 2014 لنفس الفئة العمرية، ويعتبر هذا تحسن نستطيع أن نرجعه إلى زيادة في الوعي الصحي وانتشار الثقافة الصحية بين الشباب في الجزائر. والعنصر التالي سيبين أكثر مدى وعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر.

## 2 - 2 - مدى وعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر:

ولقد لوحظ نفس الانخفاض لفيروس نقص المناعة البشري، بمعنى أن عدد الحالات انخفض من 688 من 2010 إلى 591 في عام 2014 بالنسبة لمجموع السكان، في حين انخفض العدد من 173 في 2010 و 152 في عام 2014 للشباب إيجابيا.<sup>1</sup> أما الجدول اللاحق فسنبين من خلاله تطور حالات الإصابة بنقص المناعة البشرية عبر مختلف السنوات.

## جدول رقم 31: يبين تطور حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين عامي 2010 و 2014

العمر بالسنة	2010	2011	2012	2013	2014
19 - 10	09	05	14	09	08
29 - 20	126	114	121	122	119
مجموع السكان	688	658	619	654	591

المصدر: معهد باستور الجزائر (1) مبيعات المنتهية 30 سبتمبر 2014.

يظهر الجدول أن أعلى حالات الإصابة بفيروس الإيدز عبر مختلف السنوات عند الفئة العمرية 20-29 سنة والتي تمثل ذروة الشباب، وقد يرجع السبب المباشر إلى انتشار هذا المرض بين هذه الفئة إلى الممارسات الجنسية غير الآمنة، خاصة مع انتشار

<sup>1</sup>نفس المرجع، ص 133.

البطالة وعدم قدرة الشباب على الزواج وانخفاض المستوى التعليمي الذي يؤدي إلى جهل الشباب إلى طرق انتقال هذا المرض كلها عوامل أدت إلى انتشاره.

أما من حيث معرفة انتقال الفيروس ونسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن من 15 – 24 سنة يعرفن على الأقل وسيلة لمنع انتقال الفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2012، من خلال وجود الشريك الجنسي غير مصاب أو باستخدام وافي ذكري في كل مرة، هو 74,5% بين النساء في نفس الفئة العمرية، 15,3% عارضوا اثنين من الأفكار الخاطئة الأكثر شيوعا محتواها أن فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز يمكن أن ينتقل عن طريق لدغات الحشرات وتقاسم وجبة مع شخص مصاب بمرض الإيدز وممكن أن شخص يبدو سليما يمكن أن يكون مصاب بفيروس الإيدز، وهذه النسبة أعلى بين النساء ذوات المستوى التعليمي العلي (28,4) <sup>1</sup>.

أما حسب المناطق التخطيط الإقليمية لدى المرأة التي تنتمي إلى مناطق مركز المرتفعات والهضاب العليا الغربية أدنى نسب من حيث معرفة وسائل انتقال فيروس نقص المناعة الإيدز خلافا للجنوب، ونسبة النساء اللواتي لديهن معرفة وافية من انتقال الإيدز هو 4,8% و6% و8,4% مقابل 9,4% على الصعيد الوطني.<sup>2</sup>

### 3- الممارسات غير الصحية لدى الشباب في الجزائر:

تعد الممارسات غير الصحية التي يقوم بها الشباب من أهم المؤشرات الدالة على غياب الوعي الصحي للشباب أولا ولأسرته ثانيا بحيث نجد هذه الأخيرة لا تضبط سلوك هذا الشاب، فإذا توجهنا إلى الصحة الغذائية نجد الأسرة هي التي تتحكم من المفروض في عادات الأكل بحيث لا تشجع أفرادها على تناول الأكلات السريعة والمشروبات الغازية والإدمان على تناول القهوة والشاي، والتوجه إلى الغذاء المنزلي الذي يعتمد على

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 134.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 134.

الخضر والفواكه والبروتينات بشتى أنواعها وشرب كميات ملائمة من الماء يجعل الشاب يعتاد على نمط غذائي صحي وسليم لا يستطيع أن يغيره مهما كانت الظروف، وهذا النمط الغذائي جيد حتى من حيث الإنفاق فهو يحافظ على ميزانية الأسرة عكس الأغذية السريعة التي تتكلف مبالغ مالية.

لكن مع خروج المرأة للعمل وأزمة التنقل الموجودة في الطرقات خاصة في المدن الكبرى هي التي ساهمت في تبني مثل هذا النمط الغذائي غير الصحي الذي قد يسبب العديد من الأمراض للشباب وهم في مرحلة النمو، كما نجد عدم عودة الشباب إلى المنازل طوال اليوم من الأسباب الرئيسية التي تدفع بهذا الشاب أن يمارس أي ممارسة ضارة بصحته مثل التدخين أو تعاطي أي نوع من المخدر خاصة أنه يحصل على مصاريفه اليومية من أجل التغذية، ومن خلال هذا العنصر حاولنا أن نبين الممارسات غير الصحية التي يقوم بها الشباب في الجزائر.

### 3- 1 - عادات الأكل:

انخفض استهلاك الفواكه والخضروات والأسماك وغيرها من المنتجات لصالح الاستهلاك من السندويشات والبيتزا والحلويات والمثلجات، هذا ما يخلق لنمط الحياة المستقرة مشاكل صحية مثل السمنة وسوء التغذية التي تؤدي في معظم، إلى مرض السكري وأمراض القلب والسرطان وخلصت الدراسة التي قام بها المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي حول مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، إلى أن زيادة الوزن والسمنة والعوامل المصاحبة لها مع طلاب مرحلة المتوسط، بينما الخضار النيئة والفواكه تستهلك يوميا عند ما لا يقل عن 50% من طلاب المتوسط، في حين 75% منهم تستهلك البقول والأطعمة النشوية، و 55% منهم يستهلكون الخضار المطبوخة والبيض واللحوم ونادرا ما تستهلك 3 مرات في الأسبوع، و 5% الخضار

(النيئة والمطبوخة) نادرا، وأيضا 48% من التلاميذ يستهلكون الأسماك مرة واحدة في الأسبوع و44% منهم يتناولون أكثر من 5 أكواب من الماء يوميا، أما من حيث الاستهلاك غير الضروري لنظام غذائي متوازن والاحتياجات الغذائية للأطفال والمراهقين من هذا القبيل كالحلويات والمشروبات الغازية، وغيرها تظهر الدراسة أن 60% من الطلاب يستهلكون هذه المنتجات كل يوم، و 78% منهم يستهلك البطاطا المقلية 3 مرات في الأسبوع، ويصرح 43% منهم أنهم يتناولون الطعام لدى محلات الوجبات السريعة و 43% من الطلاب يستهلكون النقانق، هريسة من اللحم.

كل هذه العادات السيئة وخاصة مع تزايد عدد الوجبات السريعة والتشجيع من بعض الإعلانات، تشكل مخاطر على صحة الأطفال والشباب وتعزز تنامي بعض الأمراض مثل السمنة والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان وغيرها من الأمراض، إضافة إلى غياب أو قلة النشاط البدني، وهذا ما يبين انعدام الوعي الصحي والثقافة الصحية في مثل هذه الممارسات غير الصحية.<sup>1</sup>

### 3- 2 - استهلاك التبغ:

يندفع عادة الشباب وراء عادة التدخين بدافع اعتقادهم أنه مكمل للرجولة أو بدافع التقليد أو بدافع حب الاستطلاع على ما يحتويه التبغ الذي تروج له بعض وسائل الإعلام وقد يكون الاعتقاد بأن التدخين يهدئ الأعصاب وراء إقبال بعض الشباب على التدخين، ولكن لو استوعب المدخن الأخطار التي تنتج عن هذه السجائر وتخيل ما يمكن أن تحدث من أضرار في جسمه لأقلع الكثير من المدخنين<sup>2</sup> عن هذه الممارسة غير صحية.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 134، 135.

<sup>2</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون، المرجع السابق، ص 268.

كما يرتبط البدء المبكر للتدخين مع استخدام طويل الأمد للتبغ بالزيادة من خطر الإصابة بالعديد من الأمراض، نظرا للأهمية الأدلة لبرامج الوقاية، أدرجت عدة استطلاعات وطنية في المسائل المتعلقة بهذا النوع من المخاطر.

يبين التحقيق "GSBSHS" من عام 2011 أن 9,2% من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 13 - 15 سنة دخنوا السجائر في يوم أو أكثر خلال الشهر السابق للتحقيق، مع 18% من الذكور و1,4% للفتيات، من الطلاب الذين دخنوا مسبقا، تعد نسبة من حاولوا التدخين قبل السن 14 عام 82,1%.

وعلاوة على ذلك ووفقا لتحقيق جزائري لصحة الأسرة "EASF 2002" 37,5% من الشباب الذكور يستهلك التبغ، و63,8% من الشباب بدأ التدخين بين 15 - 19 سنة يبلغ متوسط أعمارهم 16,3 عاما، أما بالنسبة لأسباب التي دفعت هؤلاء الشباب إلى تدخين التبغ أولها صرح 38,2% منهم بسبب تقليد الأصدقاء، 16,3% منهم مجرد تجربة، و14,1% منهم بداعي الفضول، و11,1% منهم بسبب الشخصية -العائلية-1. أيضا كشف استطلاع "علم الأوبئة الوطنية ومعدل انتشار المخدرات في الجزائر" انتشار في عام 2010 نسبة 18,4% من مستخدمي التبغ (3,6% بين 12 - 15 سنة، و25,1% لأعمار بين 20 - 39 سنة و30,1% لمن هم فوق 40 سنة).<sup>2</sup>

يستمر تعاطي التبغ كونه عامل خطر ومهم للإصابة بالأمراض المزمنة، بما في ذلك أمراض الرئة وسرطان الرئة، فإنه يتطلب منع صارم يحمي المستهلكين النشطين من مستهلكين سلبيين.

يعتبر العديد من الأشخاص خاصة الشباب أن تدخين التبغ من الممارسات غير الضارة بالصحة لطول فترة ظهور خطره على الصحة وهذا ما يدل على غياب الوعي

<sup>1</sup>المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 135.

<sup>2</sup>نفس المرجع، ص 135.

الصحي، بحيث نجد تدخين سيجارة واحدة ينتج عن حرقها حوالي 400 مركب بعضها على شكل غازي والآخر على شكل مادة صلبة، ومن أهم هذه المركبات الغازية أول أكسيد الكربون، ثاني أكسيد الكربون، أكسيد النيتروجين، أكسيد الكبريت والأمونيا وحمض السيانيد والكحول. ومن أهم المركبات غير غازية البنيكوتين والماء والقطران وتبلغ نسبة النيكوتين في السيجارة الواحدة ما بين 20 - 30 مغم<sup>1</sup>.

ويستنشق منها حوالي 10% من الأغشية المخاطية، وللنيكوتين تأثيرا على مختلف أعضاء الجسم، حيث يقوم بتأثيرات منبهة وتأثيرات مثبطة في آن واحد، فهو يزيد عدد ضربات القلب ويزيد النتاج القلبي ويزيد حاجة القلب للأكسجين، ويؤدي إلى تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم، وازدياد لزوجة الصفائح الدموية كما يؤدي إلى الإصابة بالجلطة، ويحفز كذلك مراكز القيء الدماغ فيزيد حركة الأمعاء فيؤدي إلى الإسهال، والجدير بالذكر أن الجرعة القاتلة من النيكوتين تبلغ 60 مغم<sup>2</sup>.

**3-3 - استهلاك الكحول:**

المشروبات الكحولية هي مشروبات يوجد في تركيبها نسب متفاوتة من الكحول الأيثلي، حيث تترك عصارة بعض الثمار الاختمار الكحولي مثل العنب والشعير، وأهم ما يميز الكحول أنه يمتص بسهولة وسرعة من جميع أجزاء الجهاز الهضمي وخصوصا المعدة والأمعاء والسبب يعود إلى أن الكحول عبارة عن جزيئات صغيرة تذوب في الدهون وتخترق جدار الخلية بسرعة يبدأ تأثير السكر في الكحول بدرجات بدءا من النشوة والهياج، الهذيان، النوم<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 268.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 268.

<sup>3</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: المرجع السابق، ص 164.

في الجزائر ووفقا لتحقيق « ENGPD » في عام 2010 لوحظ استهلاك الكحول في 6,5% من الحالات يكون أعلى بين الرجال في المناطق الحضرية وفي الشمال. أما بين المستهلكين الرجال 5,5% يوميا، 37,4% مرة إلى ثلاث مرات في الشهر، 26,4% تستهلك مرة إلى أربع مرات في الأسبوع و26,9% أقل من مرة في الشهر، في 70,6% من الحالات يستهلك الرجال الكحول مع مخاطر عالية.<sup>1</sup> ومن الممكن تأثير الكحول على الجسم بالأسلوب التالي:

1 - يؤدي الكحول إلى الإدمان حيث يعطي كل 1 غم كحول حوالي 7 سعرات حرارية لذا فالمدمن لا يؤخذ كفايته من الطعام الصحي المتوازن خصوصا الفيتامينات وعلى جهة التحديد الفيتامين ب والذي يسبب التهابات في الأعصاب، ويعود هذا إلى نقص فيتامين ب الناتج عن تعاطي الكحول هو نفسه أحد الدوافع التي تطلب المزيد من الكحول.

2 - اختلال التوازن في بعض وظائف الأعضاء حيث ترتفع نسبة السكر في الدم عن الطبيعي (ترفع عن 70 - 110 ملغم سكر)، اضطرابات في درجة ضغط الدم، اضطرابات تفرغية هضمية للأمعاء، إضافة إلى احتمال الإصابة بالقرحة المعدية، ومشاكل حرجة للقلب والأوعية الدموية.<sup>2</sup>

3 - في حالة تعاطيه في الفترة الرحمية يؤدي إلى إصابة الجنين بما يسمى داء الكحول الجنيني والذي يتميز بتراجع أغلب القدرات الوظيفية والجسمية للمولود، حيث يحتاج إلى رعاية وعناية فائقتين.

ولو علم المدمنون على الكحول خطورته على صحتهم الجسمية والنفسية فهو يثير الثقة الزائدة بالنفس ويصبح عصبي المزاج، شرير هائج دائما وغليظ القلب ومتبادل

<sup>1</sup> المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: المرجع السابق، ص 135.

<sup>2</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: المرجع السابق، ص 164.

العواطف، كما يؤثر على المجتمع التكلفة الباهظة وقلت الإنتاجية، وأيضا يؤثر على النسل حيث المولود من أب مدمن على الكحول يكون ضعيف العقل والجسم،<sup>1</sup>الأقلع معظم المدمنين على الحول ليتجنبوا خطورته.

### 3-4 - تعاطي المخدرات والمنشطات:

الإدمان على المخدرات هو مشكلة صحية عامة لعشرات السنين في العديد من البلدان، بينما في الجزائر، تعاطي المخدرات وظاهرة الإدمان على المخدرات ظواهر حديثة نسبيا، لأن الجزائر كانت منطقة عبور فقط في السنوات السابق اليوم أصبحنا دولة مستهلكة، وعند اجتماعنا مع السيد عبد الكريم عبيدات مدير مركز الوقاية والعلاج النفسي الخاص بالمدمنين لمختلف المخدرات صرح لنا أن ازدادت نسبة الشباب المستهلك للمخدرات خاصة الفئة العمرية ما بين 15 - 35 سنة منهم 3% إناث، والعدد الإجمالي للشباب المتعاطي للمخدرات أصبح مليون مستهلك بينما كان في فترة قريبة جدا 600 ألف مستهلك، كما صرح لنا أيضا السيد عبيدات أن المشكل العويص المطروح أمام الشباب الجزائري هو الابتعاد عن تعاطي (الكيف) لأنه يستغرق مدة 35 دقيقة لكي يصل المخدر إلى الجهاز العصبي والتوجه إلى الإبر والحبوب لأن هذه الأخيرة تستغرق فقط دقيقة واحدة ليصل المخدر إلى الجهاز العصبي.

والسؤال الذي طرحه لنا السيد عبد الكريم عبيدات هو من هي فئة الشباب التي ستتوجه إلى مثل هذا النوع من المخدرات (الإبر والحبوب)، هل هم الشباب الذين يعرفون انقطاع مع النظام الاجتماعي:

- الذين يعانون استقلال الأولياء.

- الذين تعرضوا للتسرب المدرسي مع العلم أن 500 ألف شاب مطرود من المدرسة منهم إناث.

<sup>1</sup>نفس المرجع، ص 164، 165.

- أو الذين يعانون من الفراغ أو غياب التوجيه أو غياب المرافقة.

- أو الذين يعانون من غياب مكانة الأسرة والمدرسة وتولي الشارع هذه المكانة، 6 ملايين شاب مراهق يعيش في الشارع (في الجزائر)<sup>1</sup>.

كما لا ننسى إسهام غياب مراكز التكفل بالشباب المتعاطي، ودور المجتمع المدني والمنظمات الخاصة في تفشي ظاهرة الإدمان في الجزائر.

وفيما يلي سنعرض ظاهرة المخدرات في الجزائر بالأرقام والنسب والعقائير المنتشرة في البلاد والجرائم المرتكبة بسبب هذه السموم، مع إبراز الخطة الوطنية لمكافحة المخدرات التي قامت بها الدولة.

ومن عوامل الخطر التي تعزز انتشار هذه الفئة، أولاً تشكيلة السكان (كانت 55,6% من سكان تحت سن 30 سنة في عام 2014)، والموقع الجغرافي وإعادة انتشار شبكات الاتجار بالمخدرات نحو القارة الإفريقية فضلاً عن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي مرت بها بلادنا، كميات المخدرات المضبوطة بشكل منتظم، حتى يومنا تشير إلى أن تهريب المخدرات في تزايد مستمر، وبالتوازي مع إظهار الجهود الجبارة التي بذلتها إدارة الرقابة الثلاثية (الجمارك، الدرك، الشرطة)، خلال عام 2014 تم ضبط 182 طن من راتنج القنب<sup>2</sup>.

خلال نفس العام 2014 تم حجز 1050612 قرص تم حجز من مختلف علامات التجارية والمؤثرات العقلية، وكذلك 1245626 غرام من الكوكايين و 339,11 غرام من الهيروين.

<sup>1</sup>مقابلة خاصة مع السيد عبد الكريم عبيدات مدير مركز الوقاية والعلاج النفسي بمقر مكتبه الكائن بوسط الجزائر بالقرب من الجامعة المركزية، تاريخ المقابلة في 15 فيفري 2018 من الساعة 13:35 حتى 14:55.

<sup>2</sup>المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان على المخدرات (ONLDT)، وهذا الرقم هو في ارتفاع بنسبة 15,2 مقارنة مع عام 2012.

لا يزال راتنج القنب والحبوب ذات المؤثرات العقلية هي الأدوية الأكثر استخداما في الجزائر مقارنة مع المخدرات قوية المفعول (الكوكايين والهيروين)، في عام 2014 حكم 22539 شخصا وأدينوا في قضايا تتعلق بالمخدرات، يقدر الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان على المخدرات ONLDT أن أكثر من 200000 ألف مستهلك للحشيش وأكثر من مليون مستهلك عرضي في الجزائر في عام 2014، فإن عدد قضايا الجرائم المتعلقة بالمخدرات يمثل 8% من إجمالي الجرائم المسجلة للأعمال التجارية، وعدد الشباب الذين تقل أعمارهم عن 30 سنة المتورطين في هذه الحالات انخفض بين عمي 2013 - 2014 من 50711 إلى 10751 منها 5,2% من القصر، ويؤدب إلى انخفاض في عدد الشبان المشاركين في هذه الحالات، على عكس عدد النساء الذي تضعف أكثر من 3 أضعاف، تم الإعلان في النصف الأول من عام 2015 عن عدد من الشباب يقدر بـ: 9011 منها 4,3% من القصر<sup>1</sup>.

حسب كل ولاية خلال النصف الأول من عام 2015، 37% تحت 30 عام متورطين في جرائم المخدرات يقيمون في ولاية الجزائر العاصمة، 6% في وهران و 4% منهم في ولاية سطيف.

الخطة الوطنية لمكافحة المخدرات (PLD)، التي اعتمدها الحكومة في 29 جوان 2003 هي بتأكيد إنجاز، مع افتتاح 15 مركز جديد لمكافحة السموم، و 53 مركز وسيط لجميع ولايات البلاد و 185 خلية استقبال و توجيه في جميع القطاعات الصحية، لكن لا تزال هذه الشبكة القاعدية غير كافية لدعم الشباب.

في الواقع ذكر البيان الصادر عن وزارة العدل عام 2014 انه تم التكفل ب 18870 مقبول (17620 رجال) في مراكز معالجة السموم مقابل 16413 في عام 2013 و 13743 في عام 2011، أي بزيادة قدرها 37,3%.

<sup>1</sup>نفس المرجع.

ومع ذلك تقدم 91% من هؤلاء المرضى في مراكز متخصصة مختلفة لغرض الاستشارة، 8,4% للاستشفاء الطوعي و0,6% امتثالاً لأوامر العلاج (سنة 2013). وينبغي التأكيد على أن هذه الفئة العمرية المتراوحة بين 16 - 35 عاماً (14271 شخصاً، أو 75,6% من الحالات) التي حصلت على أكبر قدر من التكفل في عام 2014.

والجدول التالي يبين أكثر التكفل بالمدمنين حسب الوضع العائلي الفردي والجنس والسن.

جدول رقم 32: يبين التكفل بالمدمنين حسب الوضع العائلي والفردى والجنس والفئات العمرية في الجزائر (حصيلة 2014).

النسبة بـ%	فعال	الأفراد	الحالة
19,0	3580	متزوج	الحالة الاجتماعية
78,7	14860	أعزب	
2,3	430	أخرى	
7,5	1420	طلبة	الحالة الفردية
30,4	5736	العمال	
62,1	11714	العاطلين عن العمل	
93,4	17620	ذكور	الجنس
6,6	1250	إناث	
2,9	540	أقل من 15 سنة	العمر
37,6	7099	من 16 - 25	
38,4	7238	من 26 - 35	
21,2	3993	35 سنة	

المصدر: وزارة العدل: الاستعراض السنوي للمحجوز من المنشطات والمؤثرات العقلية لخدمات المراقبة في عام 2014.

إن نسب تعاطي المخدرات تنتشر أكثر عند الشباب العزاب وعند العاطلين عن العمل وعند فئة السن من 26-35 سنة، وهذا ما يدل على أن للحالة الاجتماعية دور كبير في التأثير على الممارسات غير الصحية عند الشباب، لأنه إذا تعرض هذا الشاب للزواج وتكوين أسرة يصبح لا يملك الوقت والمال ليهدره على الممارسات السلبية التي تؤثر على حياته بالسلب في جميع الأصعدة، والعكس إذا كان أعزب فإنه يصبح يعاني من الفراغ مما يخلق له نوع من الرغبة في التوجه إلى ممارسات معينة تنسيه في وضعيته، ويزيد الفراغ عند الشاب خاصة إذا كان يعاني من البطالة ومع استمرار وضعيته على

ما هي عليه مع مرور السنين تتأزم نفسيته ويتوجه إلى مختلف الممارسات السلبية بما فيها الإدمان.

ويظهر الجدول أن أعلى نسب من الشباب المدمنين والذين تم التكفل بهم قدروا بـ: 78,7% من الشباب العزاب و 62,1% من الشباب العاطلين عن العمل و 38,4% والشباب البالغين 26-35 سنة.

وجدير بالذكر أن الخطة الوطنية الرئيسية المعتمدة من قبل الحكومة، تثير مسألة

المخدرات وتحديات الوقاية التي يمكن تقسيمها على النحو التالي:

- إعادة النظر في التشريعات الوطنية المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية وفقا للاتفاقيات الدولية التي انضمت إليها الجزائر، وتوفير نظام قانوني وتنظيمي لتحسين السيطرة على مجال المخدرات، من التصنيع إلى الاستهلاك.

- التكامل بين المدرسة والمسجد في حملات التوعية ضد المخدرات وإنشاء بنك للمعلومات وسجل وكني يحتوي على جميع المعلومات المتعلقة بظاهرة الإدمان على أساس ملفات موحدة لخدمة مكافحة.

- مضاعفة الوحدات المتخصصة على الحدود لتحسين السيطرة، وتنمية القدرات ومستوى تدريب الموارد البشرية المتخصصة.

- توطيد وتعزيز التعاون الدولي، بدأ أسلوب جديد في مجال تعاون الشرطة مع دول الجوار، لتبادل المعلومات في الوقت الحقيقي فيما بين المصالح المتخصصة التي تصبو إلى إنشاء وصيانة قنوات الاتصال.

## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل الخاص بالوضع الصحي للشباب في الجزائر التطرق إلى عدة عناصر، حيث تضمن هذا الفصل على جزأين الأول خصصناه للصحة الإيجابية عند الشباب، ولقد حاولنا من خلال هذا الجزء تسليط الضوء على الفحوصات الطبية قبل الزواج وتضمن أسباب إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج وفائدة إجرائها وأنواع هذه الفحوصات.

أما الجزء الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى الأمراض المنقولة جنسيا في الجزائر، وتضمن انتشار الإيدز في الجزائر ومدى وعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، أما العنصر الثاني فكان يدور حول الممارسات غير الصحية لدى الشباب في الجزائر، وتضمن عادات الأكل عند الشباب واستهلاك التبغ والكحول وتعاطي المخدرات والمنشطات.

## الباب الثاني

### الجانب الميداني للبحث

الفصل السادس

البيانات الشخصية للمبحوثين

وثقافتهم الصحية

## تمهيد:

إن كل دراسة في البحوث الاجتماعية تتطلب التعريف بعناصر بحثها والتعرف على خصائصها قصد مساعدة الباحث للوصول إلى إثبات صحة أو خطأ الفرضيات، حيث سنحاول من خلال هذا الفصل المدخلي للجانب الميداني للدراسة التعرض لمختلف البيانات الشخصية الخاصة بعينة بحثنا، بالإضافة إلى التعريف بالمتغير التابع لدراستنا والمتمثل في الثقافة الصحية وإبراز أهم مؤشراتته.

ولهذا الغرض قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى جزئين جزء خاص بمميزات وخصائص عينة الدراسة، أما الجزء الثاني لهذا الفصل فكان خاص بالتعرف على المتغير التابع للدراسة (الثقافة الصحية)، وتضمن عنصرين عنصر موجه إلى الممارسات الصحية للمبحوث، والعنصر ثاني موجه إلى وعيه الصحي.

أولاً: مميزات وخصائص عينة الدراسة.

لتوضيح وتبين مميزات وخصائص عينة دراستنا قمنا بعرض أهم الجداول الخاصة بمميزات وخصائص الشباب والمتمثلة في نوع الشاب وفئات السن، بالإضافة إلى الحالة الزوجية للشباب ووجود عنده أطفال ومستواه التعليمي، وتوزيعهم حسب الولاية الذين يقيمون بها ومكان إقامتهم، وضعية الشاب المهنية أثناء إجراء البحث، بالإضافة إلى انخراط هؤلاء الشباب في مؤسسة شبابية وممارستهم للرياضة بانتظام.

### 1 - النوع:

إن نوع المبحوث يعد من العوامل الديموغرافية في علم الاجتماع لكننا نحن تبنيناه في دراستنا من الجانب الاجتماعي أي نقصد به نوع المبحوث وهو من المؤشرات الاجتماعية التي تتضمنها الفرضية الأولى، ونقصد بالنوع أو الجندر مكانة الأنثى ومستواها التعليمي ودورها الاجتماعي في الحياة، بما أن دورها الاجتماعي يختلف على دور الشاب الذكر في المجتمع، خاصة المجتمع الجزائري الذي ينظر للفتاة على أساس أنها أم المستقبل ومربية الأجيال القادمة، وعلى هذا الأساس يتم تكوينها منذ الصغر، ومن أبرز عناصر التكوين الاهتمام بالجانب الصحي بكون المرأة هي المسؤولة على تربية الأطفال وتنظيف المسكن وإعداد الغذاء بصفة يومية، وقبل أن تؤدي الفتاة كل هذه المسؤوليات يجب أن تكون تعرف كيف تعتني بصحتها الشخصية من حيث النظافة الغذاء ممارسة الرياضة وغيرها من الممارسات الصحية لكي تتمكن من نقلها إلى الآخرين، وهذا ما يسمى بالثقافة الصحية، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب النوع.

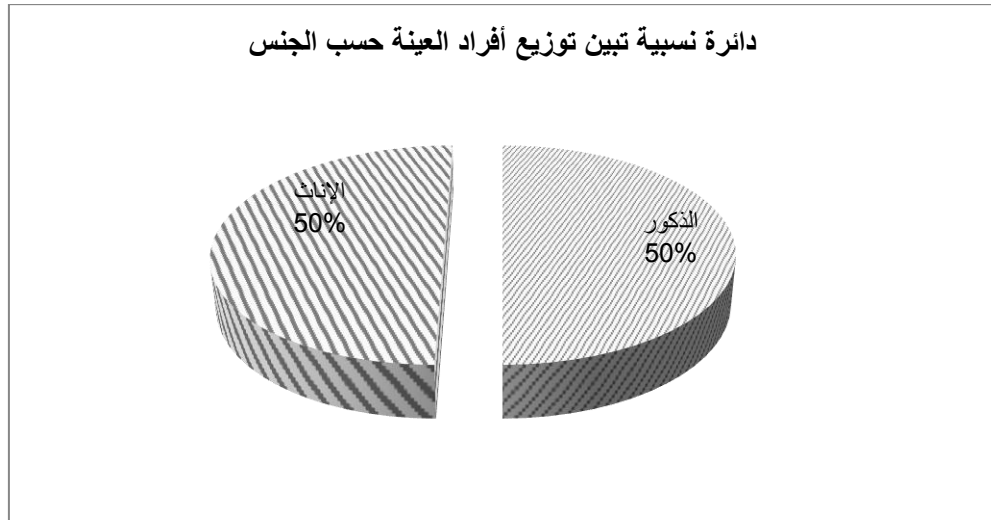
الجدول رقم 01: يبين توزيع المبحوثين حسب النوع.

النوع	التكرار	النسبة بـ %
الذكور	200	50
الإناث	200	50
المجموع	400	100

يوضح لنا هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب النوع، والذي كان مقسم مناصفة بين الذكور والإناث حيث سجلنا 50% لكل منهما، وهذه النسبة لم تكن بالصدفة بل نحن نرغبنا أن يكون حجم الإناث والذكور متساوي لكي تظهر لنا الممارسات الصحية والوعي الصحي لكل من الذكور والإناث على حدٍ.

ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب النوع في العرض البياني التالي:

الشكل رقم (01): يبين توزيع المبحوثين حسب النوع



## 2 - السن:

يعتبر السن أيضا من العوامل الديموغرافية في علم الاجتماع، لكننا اعتمدنا على سن المبحوث من خلال دراستنا من حيث الدور الاجتماعي لفئات السن التي يمر بها الشاب خلال مرحلة شبابه، وهو من أهم المؤشرات الاجتماعية التي تتضمنها الفرضية الأولى،

واعتمادنا على السن من حيث دوره في اكتساب الفرد الخبرة والمعرفة كلما تقدم في السن يزيد تكوينه في الحياة، ومرحلة الشباب تعتبر مرحلة ليست بالطويلة<sup>1</sup> وليست بالقصيرة في نفس الوقت، فالشباب في سن السادسة عشر ليس مثل الذي في العشرين وليس مثل الذي في الثامنة أو التاسعة والعشرين، فكلما تقدم في السن تزيد خبرته في الحياة ويكتسب معارف أكثر، هذا ما سنحاول إثباته من خلال مؤشر سن المبحوث، وتوزيع المبحوثين حسب فئات السن الخاص بأفراد عينة بحثنا جاء كالتالي:

**جدول رقم 02: يبين توزيع المبحوثين حسب فئات السن.**

فئات السن	التكرار	النسبة بـ %
من 15 – 19 سنة	76	19,0
من 20 – 24 سنة	194	48,5
من 25 – 29 سنة	130	32,5
المجموع	400	100

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين 20 – 24 سنة بنسبة 48,5 %، تليها نسبة 32,5 % والتي سجلت عند فئة المبحوثين ما بين 25 – 29 سنة أما آخر نسبة عرفها المبحوثين الذين تراوح سنهم ما بين 15 – 19 سنة والتي قدرت بـ 19,0 %.

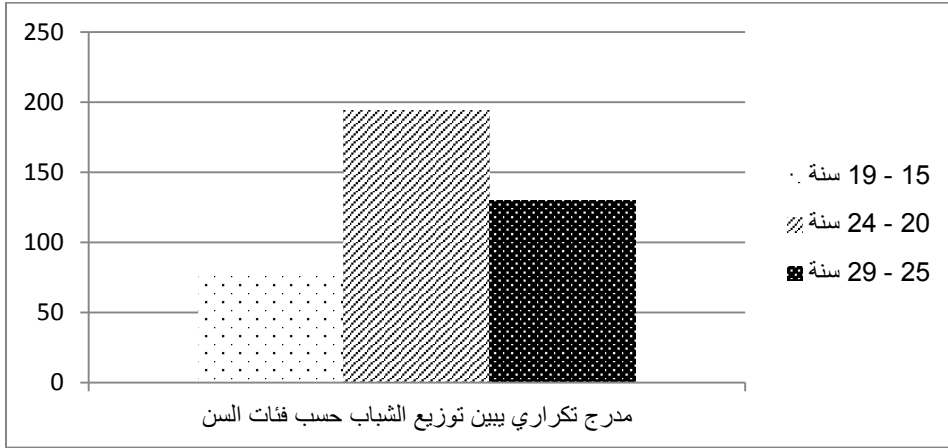
نلاحظ ارتفاع نسبة المبحوثين الذين يتراوح أعمارهم ما بين 20 – 24 سنة وذلك راجع للصدفة لأن وقت نزولنا كان أثناء الدخول الاجتماعي.

هذا ما يبين أن معظم أفراد عينة بحثنا صغار في السن أقل من 25 سنة بنسبة 67,5 %، بحيث 60 % منهم مازالوا طلاب و 83 % لم يتعرض للزواج بعد، وبحساب المتوسط

<sup>1</sup> فترة الشباب التي اعتمدنا عليها هي من 16 إلى 29 سنة وهي مرحلة الشباب المعتمدة في الجزائر حسب تقديرات الديوان الوطني للإحصائيات في الجزائر.

الحسابي لسن الشباب قدر بـ 22,7 سنة، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب السن في العرض البياني التالي:

الشكل رقم (02): يبين توزيع المبحوثين حسب فئات السن



### 3- المستوى التعليمي للمبحوث:

يعتبر المستوى التعليمي للشباب من أهم المؤشرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على اكتسابه للمعلومات، فالشباب المتعلم تعليم عالي له القدرة على البحث أولاً والفهم ثانياً والتطبيق ثالثاً، لأن التمكن من القراءة والكتابة يفتح المجال أمام الشاب أن يستفيد من كل وسائل الإعلام باختلافها وينمي لديه أيضاً حب الاطلاع، والرغبة في المعرفة بمختلف مجالاتها بما فيها مجال الصحة، لأنها أهم عنصر في الحياة، ولا يمكن أن يتمتع الشاب بمرحلة شبابه إلا إذا كانت لديه صحة جيدة، والشباب المتعلم من المفروض أنه يدرك ذلك جيداً، ويحاول أن يطبقه من خلال وعيه الصحي وممارساته الصحية، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي.

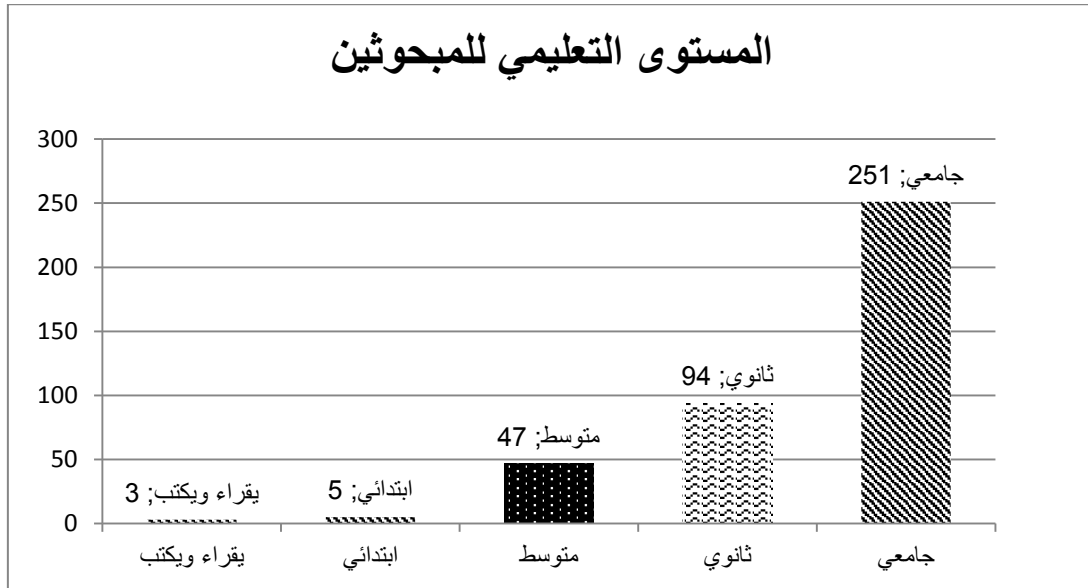
جدول رقم 03: يبين توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي.

النسبة بـ %	التكرار	المستوى التعليمي
2,0	08	ابتدائي
11,8	47	متوسط
23,5	94	ثانوي
62,7	251	جامعي
100	400	المجموع

يظهر لنا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي بنسبة فاقت نصف المبحوثين والتي قدرت بـ 62,7%، وقد ترجع هذه النسبة إلى التحسن الكبير الذي عرفته الجزائر في مجال التعليم منذ الاستقلال، وخاصة مع فرض إجبارية التعليم لدى كل من الذكور والإناث، ومحاولة المساواة بين المناطق الشمالية والداخلية والجنوبية للوطن، كما أننا في صدد دراسة حول الشباب سنهم لا يفوق 29 سنة وهذه الفئات الشابة كلها حضيت بفرصة التعليم المجاني في الجزائر إلا من يرغب في ذلك، تليها نسبة 23,5% والتي مثلت الشباب الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي وترجع هذه النسبة إلى سن أفراد عينة دراستنا بحيث سجلنا 19% من الشباب يتراوح سنهم ما بين 15 - 19 سنة، وبالتالي معظم المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي مازالوا في مرحلة الثانوية ولم يكملوا دراستهم بعد واحتمال كبير أن يصلوا إلى المرحلة الجامعية، أما المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي متوسط فقدرت نسبتهم بـ 11,8% وهي نسبة لا يمكن أن لا نتحدث عليها فهي تبين بوضوح التسرب المدرسي الذي يعرفه العديد من المبحوثين مما يؤثر عليهم في المستقبل، وعلى درجة وعيهم بالأمور المحيطة بهم في كل المجالات بما فيهم الجانب الصحي، ويأتي في

الأخير المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة قدرة بـ 2% ولم نسجل أي نسبة عند المستوى الأمي، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي في العرض البياني التالي.

شكل رقم (03): يبين توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي



#### 4- الحالة المهنية:

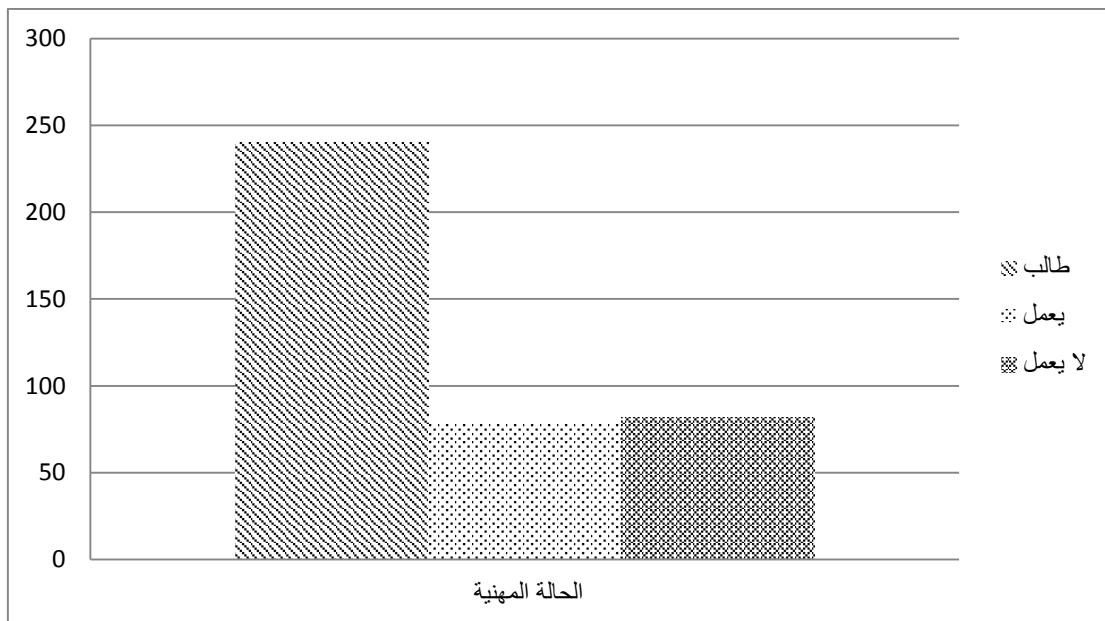
تعد الحالة المهنية للشباب من المؤشرات الاقتصادية التي تضمنتها فرضية دراستنا الأولى، وهي من بين أهم المحفزات والمحفطات باختلافها في نفس الوقت، فالشباب عندما يكون لديه دور اجتماعي أو مهنة يؤديها تجعله راضي على نفسه ويقوي ثقته ويعتبر حافز لكي يواصل المراحل اللاحقة من حياته وهو في أحسن أحواله بما فيها حالته الصحية، فمواصلة الشاب للدراسة مثلا أو حصوله على وظيفة أمر محفز أكثر من البطالة التي تخلق نوع من الكآبة للشباب خاصة إذا طالة فترة بحثه عن العمل مما قد يدفع به إلى عدم الاهتمام بنفسه وبصحته، فيتوجه إلى مختلف الممارسات التي قد تكون غير صحية ليتخلص من إحباطه، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية أثناء إجراء البحث.

جدول رقم 04: يبين توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية أثناء إجراء البحث.

النسبة بـ %	التكرار	الحالة المهنية
60,0	240	طالب
19,5	78	يعمل
20,5	82	بطل
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الطلبة بنسبة فاقت نصف أفراد العينة وقدرت بـ 60%، وترجع هذه النسبة إلى أن أفراد عينة بحثنا صغار في السن ومزالوا في طور الدراسة بحيث سجلنا نسبة 67,5% منهم سنهم أقل من 25 سنة، ثم تليها نسبة 20,5% مثلت المبحوثين البطالين، ونسبة 19,5% مثلت المبحوثين الذين يعملون وهي نسبتان متقاربتان جدا، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية في العرض البياني التالي.

شكل رقم (04): يبين توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية أثناء إجراء البحث.



### 5 - الحالة الزوجية (الوضعية الاجتماعية):

تعتبر الحالة الزوجية من أبرز المؤشرات الاجتماعية التي تؤثر على الشاب وتدفعه لكي يكون مثقف في مجال الصحة، فالزواج يعني تكوين أسرة والأسرة تحتاج إلى الرعاية والعناية لتفادي الوقوع في عدة مشاكل من بينها المشاكل الصحية كالمرض الذي يعكر صفو الأسرة ويجعلها غير مرتاحة.

وبالتزام الأسرة بإجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج والعناية بالصحة الإنجابية، كالاهتمام بالحمل والإنجاب والمباعدة بين الولادات والرضاعة الطبيعية، بالتالي العناية بالأم والطفل، كلها سلوكيات تعتبر ثقافة صحية تترسخ عبر فعاليات التنشئة الاجتماعية وتنعكس نتائجها الإيجابية على الأجيال الجديدة مما يكسبهم ثقافة صحية.

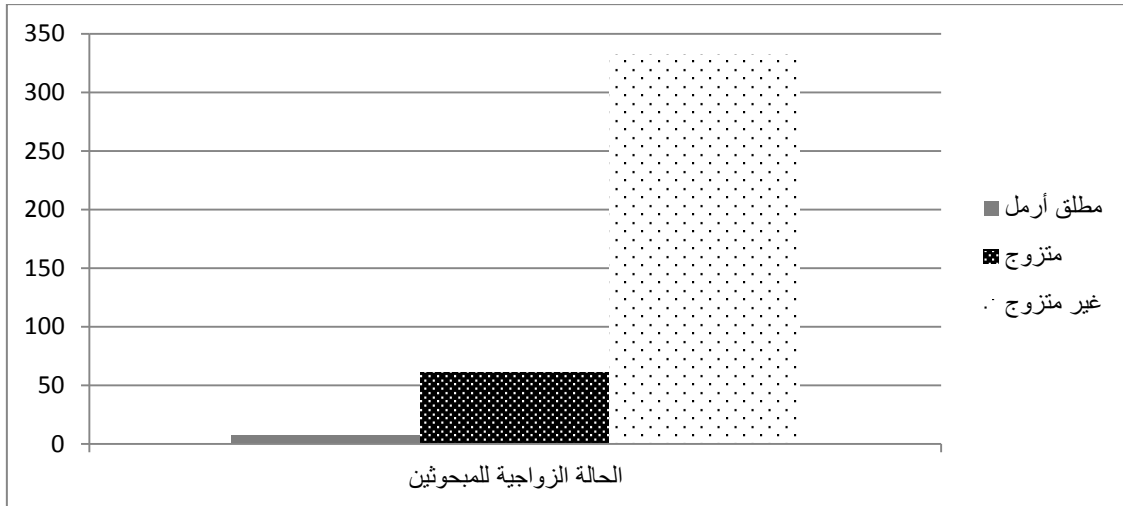
والجدول التالي يبين توزيع أفراد عينة بحثنا حسب الحالة الزوجية.

جدول رقم 05: يبين توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية.

النسبة بـ %	التكرار	الحالة الزوجية
83,0	332	غير متزوج
15,2	61	متزوج
1,8	07	أرمل/مطلق
100	400	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم المبحوثين لم يتعرضوا للزواج بعد بنسبة 83,0%، وتعكس ارتفاع نسبة فئة الشباب غير المتزوجين بالنسبة لعينة دراستنا الواقع الموجود في الجزائر، بحيث ارتفع سن الزواج الأول وفاق سن الثلاثين عند كل من الذكور والإناث. بالإضافة إلى أن معظم أفراد عينة دراستنا غير عاملين أكثر من 80% معظمهم مازالوا يدرسون، والباقي بطالين، وبالتالي ظروفهم الاقتصادية لا تسمح لتكوين أسرة، ويظهر بشكل واضح توزيع أفراد عينة بحثنا حسب حالتهم الزوجية في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (05): يبين توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية.



#### 6 - الولايات التي شملت أفراد عينة دراستنا:

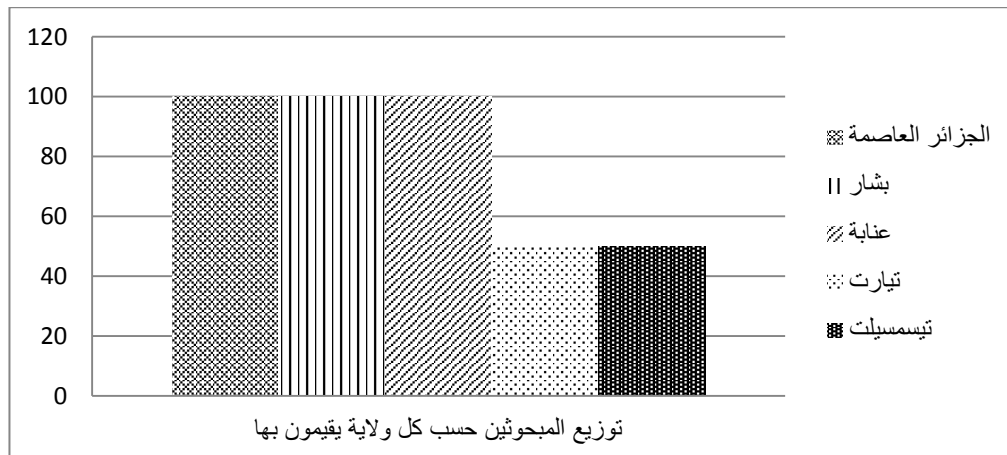
لقد سعينا منذ البداية أن يكون أفراد عينة دراستنا تمثيلية لكل مناطق الوطن الجزائري، وذلك لمعرفة أكثر مدى انتشار الثقافة الصحية في الجزائر لدى الشباب، من خلال ممارساتهم الصحية وغير الصحية ومعرفة مدى وعيهم الصحي، والولايات التي قمنا بالنزول إلى الميدان فيها تمثلت في كل من ولاية الجزائر العاصمة ومثلت منطقة الشمال، ولاية تيسمسيلت وولاية تيارت ومثلتا منطقة الغرب الداخلي للبلاد، وولاية عنابة ومثلت منطقة الشرق الوطني وولاية بشار ومثلت منطقة الجنوب الجزائري، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب الولاية التي يقيمون بها.

جدول رقم 06: يبين توزيع المبحوثين حسب الولاية التي يقيمون بها:

الولاية	التكرار	النسبة
الجزائر	100	25
تيسمسيلت	50	12,5
تيارت	50	12,5
عنابة	100	25
بشار	100	25
المجموع	400	100

يظهر لنا من خلال الجدول أن النسب متساوية في كل من ولاية الجزائر العاصمة وولاية عنابة وولاية بشار والتي قدرت بـ 25 %، تليها نسبة 12,5 بـ والتي مثلت كل من ولاية تيسمسيلت وولاية تيارت، وهذه النسب لم تكن عشوائية بل نحن نرغبنا أن تكون النسب متساوية بين كل المناطق التي وزعنا فيها الاستثمارات الخاصة بالبحث وذلك لتكون العينة تمثيلية، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب الولاية التي يقيمون بها في العرض البياني التالي.

شكل رقم (06): يبين توزيع المبحوثين حسب الولاية التي يقيمون بها



## 7 - مكان الإقامة:

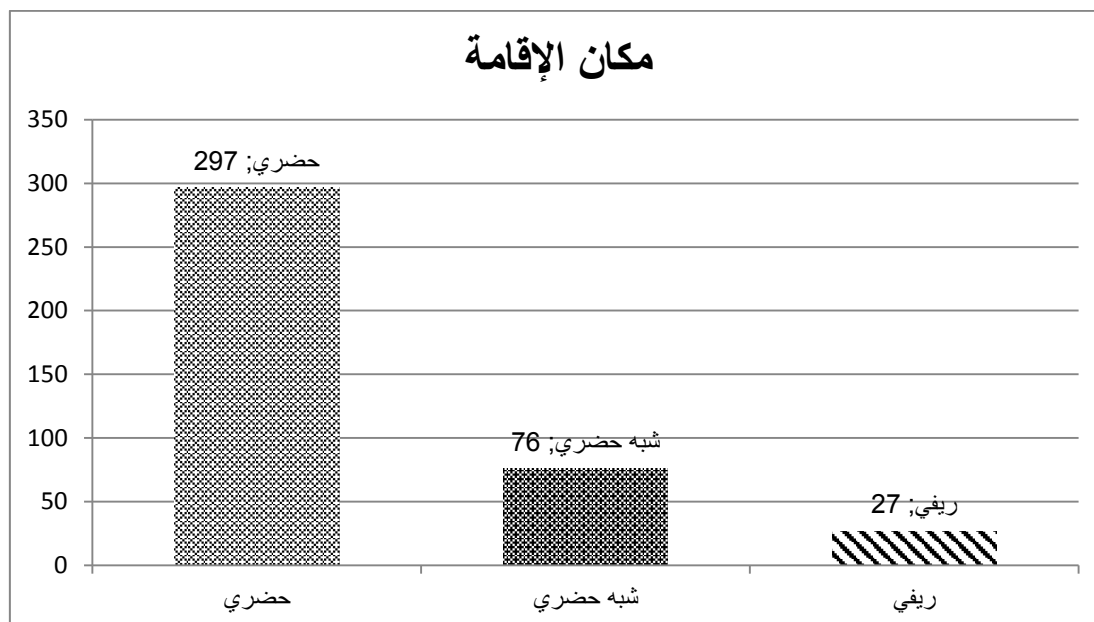
يعتبر مكان الإقامة من أهم المؤشرات الدالة على اكتساب الثقافة أو عدم اكتسابها في جميع المجالات وعلى جميع الأصعدة، بما فيها الجانب الصحي بالنسبة للأفراد القاطنين بها، وتعتبر المدن من أهم معالم انتشار الثقافة، فهي تتوفر على المدارس بجميع أطوارها والجامعات ومراكز الخاصة بمختلف الخدمات الاجتماعية الثقافية والصحية والرياضية، بالإضافة إلى الثقافة السائدة في المدينة أو في المناطق الحضرية التي تمنح الحرية والمساواة بين الذكور والإناث، كلها عوامل مساعدة على اكتساب ثقافة صحية، وفي نفس الوقت تعتبر خطر على قاطنيها، بتفشي الآفات الاجتماعية والترويج لمختلف الممارسات غير الصحية، كتعاطي مختلف المخدرات وانتشار الأمراض المعدية كالسيدا وغيرها من السلبيات، أما المناطق الريفية فتعد من المناطق التي تسعى أن تحض بنوع من التحضر، والمتمثلة في السعي وراء توفير المدارس بمختلف أطوارها وتوفير مختلف مراكز الخدمات الاجتماعية، لتتخلص من النزوح الريفي خاصة بالنسبة للشباب، وتتوفر لديها فرص عمل وفرص لاكتساب أفرادها الرعاية اللازمة للعيش بسعادة، لكن لم تصل الجزائر بعد إلى تحقيق المساواة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب مكان إقامتهم.

جدول رقم 07: يبين توزيع المبحوثين حسب مكان إقامتهم.

النسبة بـ %	التكرار	مكان الإقامة
74,2	297	حضري
19,0	76	شبه حضري
6,8	27	ريفي
100	400	المجموع

لقد قسمنا مكان الإقامة إلى ثلاث مناطق منطقة حضرية ومنطقة شبه حضرية ومنطقة ريفية، وذلك حسب تصريح أفراد العينة عندما وجهنا لهم سؤال خاص بنوع مكان الإقامة، ويظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو نسبة المبحوثين الذين يقيمون في مناطق حضرية والتي قاربت ثلاث أرباع من أفراد عينة دراستنا وقدرت بـ 74,2%، وتعود هذه النسبة إلى توجهنا إلى المدن أثناء النزول إلى الميدان، أما نسبة 19% فمثلت المبحوثين الذين صرحوا أنهم يقيمون في مناطق شبه حضرية، ومع العلم أن المناطق الشبه حضرية لها تقريبا نفس خصائص المناطق الحضرية، إلا أنها تنقصها بعض المعالم لتصبح مناطق حضرية كالجامعات مثلا، أما المنطقة الريفية فسجلنا عندها نسبة 6,8% فقط من المبحوثين معظم هؤلاء المبحوثين هم طلبة جامعيين تواجدوا في المناطق التي قمنا برصدها أثناء البحث الميداني، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب مكان الإقامة في العرض البياني التالي.

شكل رقم (07): يبين توزيع المبحوثين حسب مكان الإقامة.



## 8 - وجود أطفال:

تعتبر الأسرة النواة الأولى للمجتمع وهي مهد الطفل وتقوم بوظائف غاية في الأهمية يأتي من بينها الرعاية الصحية والاهتمام بصحة أفرادها، فإذا كانت الأسرة مدركة لدورها في تحصين الأطفال ضد الأمراض السارية والمعدية وحريصة على القيام بهذا الدور، كان حال أفراد المجتمع من الناحية الصحية جيدا وقلت بالتالي معدلات انتشار الأمراض.

فوجود أطفال يعد من المؤشرات الاجتماعية الهامة التي تلعب دورا في عملية اكتساب ثقافة صحية، وحاولنا من خلال هذا المؤشر أن نبين أن الأسرة التي لديها أطفال تزيد مسؤولياتها خاصة لأن الطفل عند ميلاده يكون ضعيف وقابل للتعرض للوفاة في أي لحظة لذلك يتوجب على الوالدين أن يكونان حريصان ومتقنان في مجال الصحة لي يتمكنان من الاهتمام بأطفالهم ورعايتهم أحسن رعاية، وهذه الثقافة الصحية بدورها تنعكس على سلوكياتهم اليومية، وتصبح عادات وممارسات صحية مما يكسبهم وعي صحي، إلا أن معظم أفراد عينة بحثنا لم يتعرضوا للزواج بعد، وبالتالي معظمهم ليس لديهم أطفال، والجدول التالي يبين لنا توزيع أفراد عينة بحثنا حسب وجود عندهم أطفال.

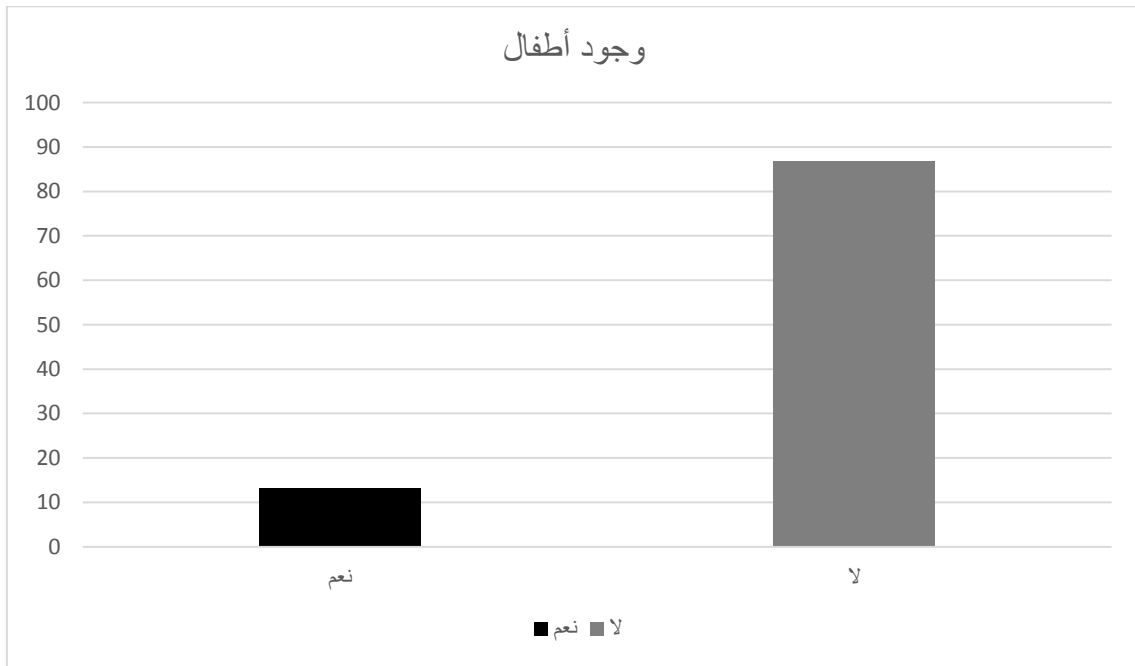
## جدول رقم 08: يبين توزيع المبحوثين حسب وجود عندهم أطفال.

وجود أطفال	التكرار	النسبة بـ %
نعم	53	13,2
لا	347	86,8
المجموع	400	100

يتجه الاتجاه العام للجدول نحو المبحوثين الذين صرحوا أنهم ليس لديهم أطفال بنسبة 13,2%، وهذه النسبة ليست غريبة إذا نظرنا إلى نسبة المبحوثين غير المتزوجين في

عينة دراستنا والذين قدرت بـ 83 %، مقابل 13,2 % فقط هم الذين لديهم أطفال، وهذا ما قد يؤثر على ممارساتهم الصحية ووعيهم الصحي، فهم مسئولين على أنفسهم فقط وكل ممارساتهم تؤثر عليهم هم فقط، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب وجود عندهم أطفال في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (08): يبين توزيع المبحوثين حسب وجود عندهم الأطفال.



### 9 - انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية:

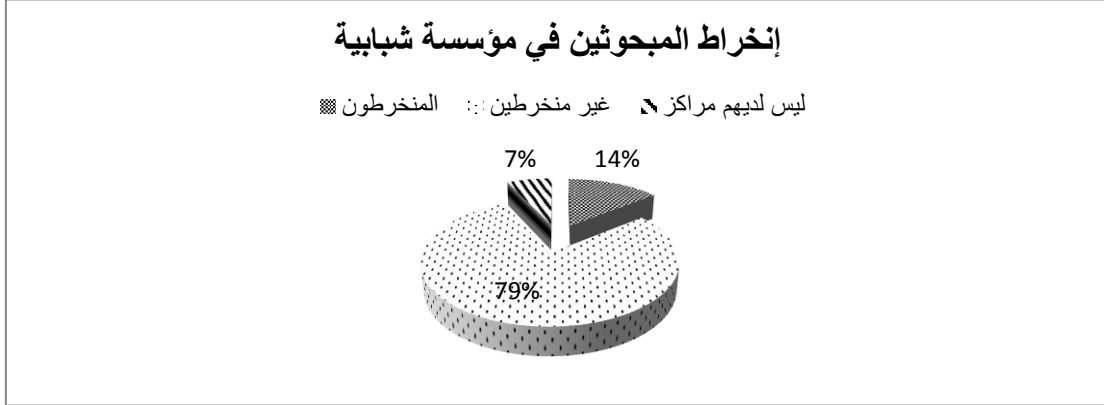
انخراط الشباب في مؤسسة شبابية يعد من المؤشرات الثقافية الخاصة بالفرضية الثانية للدراسة، وهي من أهم الممارسات الدالة على اكتساب الشاب لوعي وثقافة بصفة عامة، فبمجرد أنه يتوجه إلى أحد المؤسسات الشبابية سواء كانت ثقافية أو رياضية، وينخرط فيها يعد هذا العامل من العوامل الدالة على وعي الشاب، فالمؤسسات الشبابية باختلاف توجهها سواء كانت ثقافية أو رياضية غايتها الأساسية دعم الشباب والتكفل بهم معنويا ونفسيا وصحيا، ليعيشوا حياة سعيدة بعيدة عن مختلف المشاكل الاجتماعية والصحية، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في مؤسسة شبابية.

جدول رقم 09: يبين توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في إحدى المؤسسات الشبابية.

النسبة	التكرار	انخراط الشباب
14,2	57	نعم
78,8	315	لا
7,0	28	ليس لديهم مراكز
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين غير المنخرطين في مؤسسات شبابية، والتي فاقت نسبتهم ثلاث أرباع أفراد العينة وقدرت بـ 78,8%، ولا تعكس هذه النسبة بالضرورة عدم وعي الشباب خاصة في مجال الصحة لأن الانخراط في مؤسسة اجتماعية تؤثر فيه عدة عوامل من بينها (الأسرة، الجنس، المستوى التعليمي للشباب وللأسرة)، حيث نجد الأسرة الجزائرية تحول بينها بين انخراط الإناث في مثل هذه المؤسسات، وتشجع الذكور وتترك لهم الحرية في ذلك وقدرت نسبة المنخرطين في مؤسسة شبابية بـ 14,2%، كما سجلنا 7,0% من أفراد عينة بحثنا سرحوا أنهم ليس لديهم مراكز خاصة بالشباب في المناطق التي يقيمون بها، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في مؤسسة شبابية في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (09): يبين توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في إحدى المؤسسات الشبابية.



### 10 - ممارسة الرياضة بانتظام:

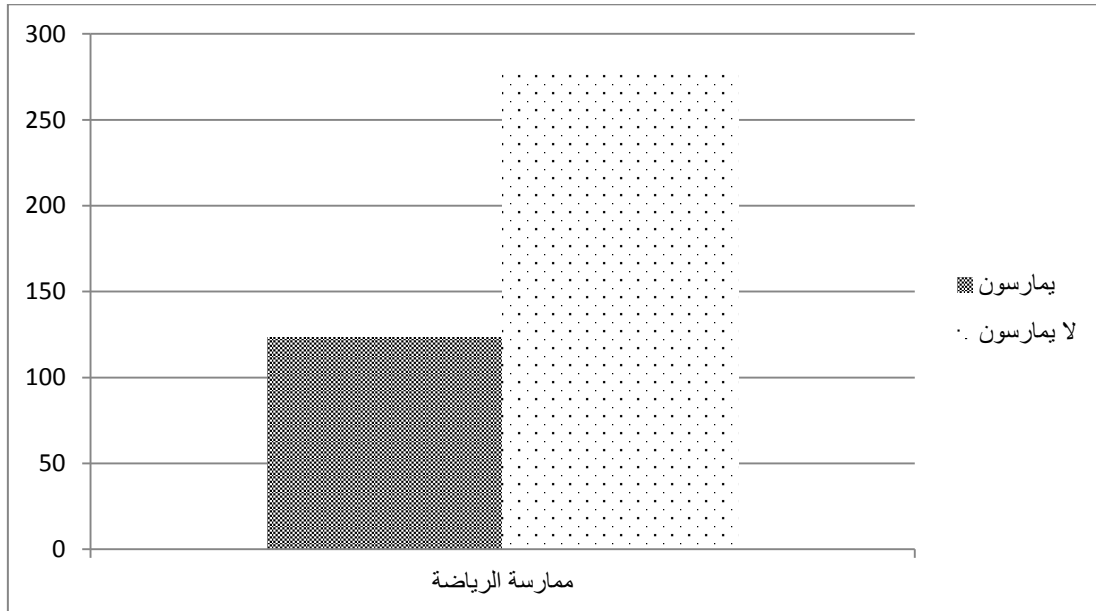
إن ممارسة الرياضة بانتظام تعد من المؤشرات الثقافية التي تضمنتها فرضية دراستنا الثانية، وهي تعني صحة جيدة لكل فرد يقوم بها ومؤشر هام يدل على مستوى وعي الشخص الممارس لها، خاصة إذا كان هذا الشخص في سن الشباب، فالشباب الذين يمارسون الرياضة بانتظام هم يحافظون على صحتهم في مرحلة شبابهم وفي المراحل اللاحقة من عمرهم، كما نجد ممارسة الرياضة بانتظام مرتبطة دوماً بالممارسات الصحية الأخرى، كنوع الغذاء وكمية الماء التي يتناولها الشخص الرياضي، وأيضاً الابتعاد عن الممارسات غير الصحية، كالتعاطي لمختلف المخدرات وغيرها من السلوكيات المختلفة، وفي نفس الوقت تعد ممارسة الرياضة بانتظام ممارسة ثقافية تدل على درجة وعي الشخص وثقافته الصحية، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام.

جدول رقم 10: يبين توزيع المبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام.

النسبة بـ %	التكرار	ممارسة الرياضة
30,8	123	نعم
69,2	277	لا
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن 69,2% من نسبة المبحوثين لا يمارسون الرياضة، وهذه نسبة مرتفعة نوعا ما والأمر الذي ساهمة في رفع هذه النسبة هو عدم إقبال الإناث على ممارسة الرياضة بشكل منتظم، تليها نسبة 30,8% من المبحوثين صرحوا أنهم يمارسون الرياضة بانتظام، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام في العرض البياني التالي.

شكل رقم (10): يبين توزيع المبحوثين حسب ممارستهم للرياضة بانتظام.



ثانياً: التعريف بالمتغير التابع (الثقافة الصحية):

ولتعريف المتغير التابع لدراستنا والمتمثل في الثقافة الصحية تضمن بعدد خاصبالوعي الصحي للمبحوثين، والذي نقصد به مدى معرفة المبحوثين للأمراض المنقولة جنسياً، ومدى بحثه عن المعلومات الخاصة بالصحة والمصادر التي يلجأ إليها عند البحث وسبب بحثه على هذه المعلومات.

أما البعد الثاني فكان موجه بالممارسات الصحية للمبحوثين والمتمثلة في إجراء الشاب للفحص الطبي بصفة دورية وعدد المرات التي يستحم فيها في الأسبوع وكمية الماء التي يشربها في اليوم، بالإضافة إلى إصرافه في تناول المنبهات وهل سبق له وأن تعطى أي مخدر ونوع المخدر الذي تعاطاه واستمراره في التعاطي لهذا المخدر.

### 1 - الوعي الصحي للمبحوث:

#### 1 - 1 - معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسياً:

معرفة الشاب لأحد الأمراض المنقولة جنسياً يعتبر من المؤشرات الدالة على وعيه الصحي، خاصة في العصر الذي نحن فيه الذي يتميز بانتشار الممارسات الجنسية غير الشرعية وانتشار تعاطي المخدرات، التي قد ينجم عنها عدوى بأحد هذه الأمراض، ومعرفة الشاب لهذه الأمراض يعني معرفته لكيفية انتقالها، وبالتالي يستطيع أن يأخذ حذره بالاحتياطات اللازمة كتأمينه للممارسات الجنسية غير الشرعية التي يقوم بها، أو تجنب استعمال أي وسيلة من وسائل نقل الدم تكون مستعملة من قبل، بالرغم من أن هذه الممارسات تعد غير صحية إلا أنها تبقى مدعمة بوعي صحي الذي قد يحول بينها وبين ظروف أخطر مثل انتقال الفيروس واكتساب العدوى، والعكس صحيح فعدم معرفة الشاب للأمراض المنقولة جنسياً يعد كارثة خاصة إذا صاحب هذا الجهل ممارسات غير صحية.

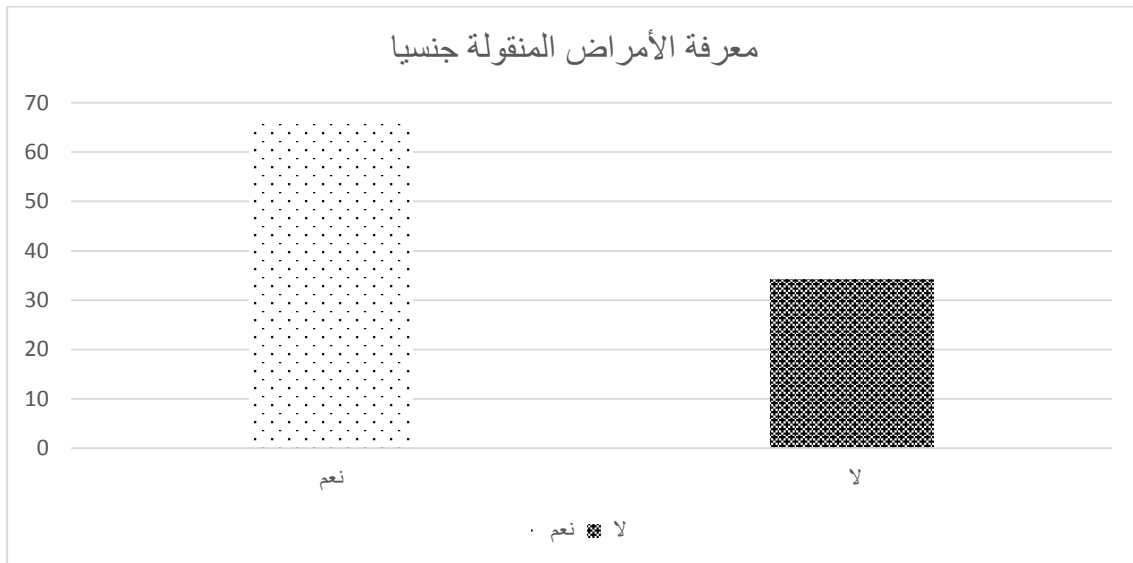
والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.

الجدول رقم 11: يبين توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.

النسبة بـ %	التكرار	معرفة الأمراض المنقولة جنسياً
65,8	263	نعم
34,2	137	لا
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن معظم المبحوثين يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسياً بنسبة 65,8%، والتي تبين لنا انتشار الوعي الصحي بين أفراد عينتنا، في المقابل نجد نسبة 34,2% من المبحوثين صرحوا أنهم لا يعرفون أي مرض من الأمراض المنقولة جنسياً، وتعد هذه النسبة منخفضة نوعاً ما مقارنة مع النسبة التي سبقتها لكنها تبقى معتبرة، لأنها تمثل عدم وعي المبحوثين ومن الأسباب التي أدت إلى تسجيل هذه النسبة صغر سن أفراد عينة بحثنا بحيث سجلنا 19% منهم سنهم يتراوح ما بين 15 – 19 سنة. ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً في العرض البياني التالي.

شكل رقم (11): يبين توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً:



## 1-2 - نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث:

تعتبر معرفة الشباب لنوع المرض المنقول جنسيا أيضا من المؤشرات الدالة على الوعي الصحي خاصة مع انتشار وسائل الإعلام وسهولة استخدامها، فالأمراض المنقولة جنسيا عديدة ومتنوعة منها السيدا المعروف عالميا، والسيلان والزهري والالتهابات المختلفة، كلها أمراض يتوجب على الشباب معرفتها ومعرفة كيف تنقل العدوى منها لأنها تعبر على ثقافة صحية للشخص الذي يعرفها.

والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفونه.

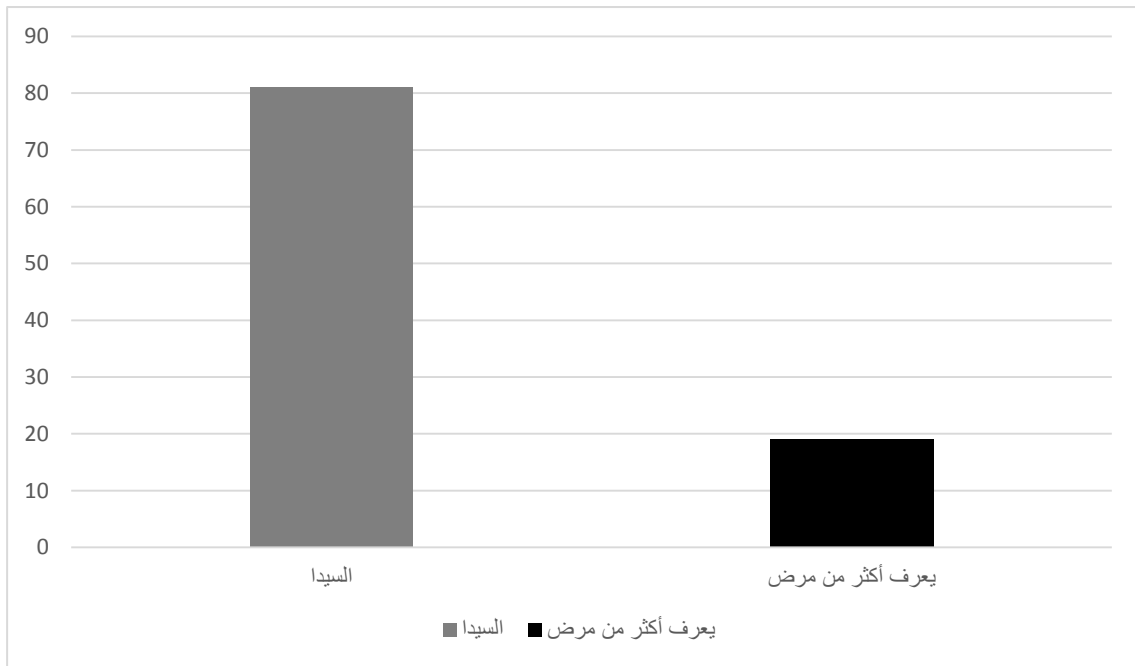
جدول رقم 12: يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفونه.

النسبة	التكرار	نوع المرض المنقول جنسيا
81,0	213	السيدا
19,0	50	يعرف أكثر من مرض
100	263	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا بنسبة 81,0%، وهي نسبة معتبرة وتعتبر على وعي الشباب الصحي لأن مرض السيدا أو الإيدز من الأمراض التي تحض باهتمام أغلبية المنظمات العالمية والهيئات الدولية، للتعريف به في جميع أنحاء العالم وعبر مختلف وسائل الإعلام، وهذا لخطورته لأنه يعتبر مرض الموت وهو أيضا من الأسباب الرئيسية للوفيات التي تعرفها الدول المتقدمة، كما يخصص له يوم عالمي الذي يوافق يوم الأول من شهر ديسمبر من كل سنة، ويتم التعريف به وبكيفية انتقاله من شخص إلى آخر

وهذا الأمر الذي ساهمة في رفع هذه النسبة، أما نسبة 19,0% فمثلت المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون أكثر من مرض منقول جنسياً، بما فيه السيدا والسيلان والزهري والالتهابات المختلفة، وتدل هذه النسبة على ارتفاع في الوعي الصحي لدى الشباب، خاصة أن الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً ليست واسعة الانتشار ولا يعرفها العديد من أفراد المجتمع ومعرفة الشباب لها يدل على اتساع ثقافتهم الصحية، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب معرفتهم لنوع المرض المنقول جنسياً الذي يعرفونه في العرض البياني التالي.

شكل رقم (12): يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المرض المنقول جنسياً الذي يعرفونه.



### 1 - 3 - بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة:

يعتبر أيضاً بحث الشاب عن المعلومات حول الصحة لكي يكتسب ثقافة صحية من المؤشرات الدالة على وعيه الصحي، فمرحلة الشباب من المفروض أن تكون مرحلة ليكتسب الشخص فيها كل المهارات الممكنة ليتمكن من مواصلة مراحل حياته القادمة وهو يتمتع بصحة جيدة ويعيش حياة سعيدة.

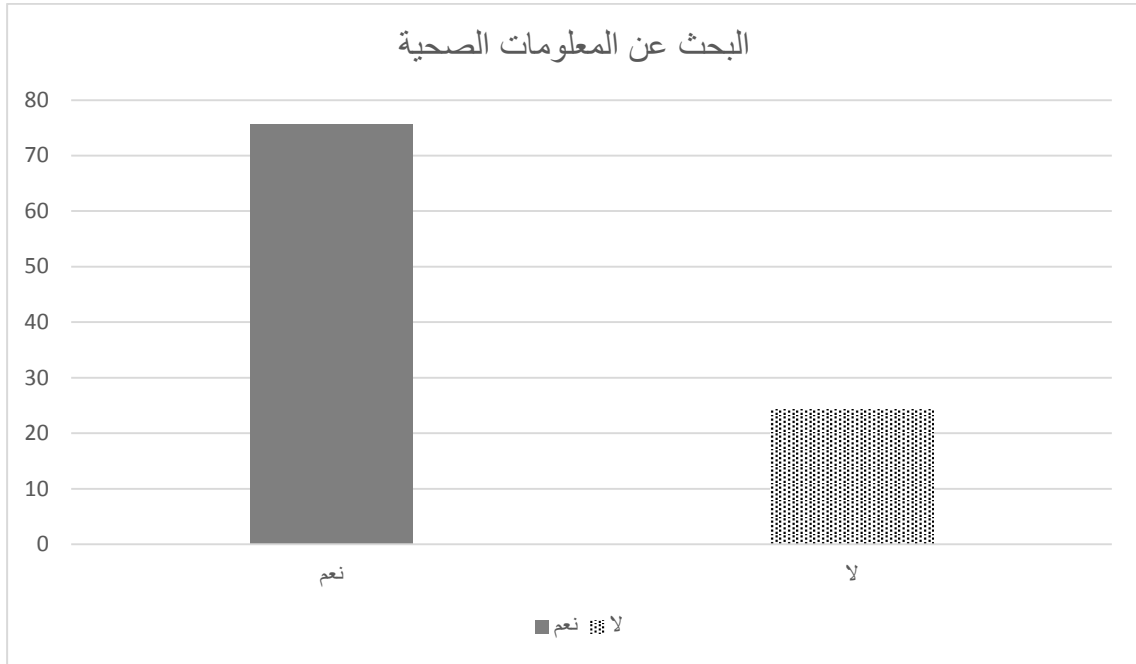
والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب بحثهم على المعلومات الخاصة بالصحة.

جدول رقم 13: يبين توزيع المبحوثين حسب بحثهم عن المعلومات الخاصة بالصحة.

النسبة بـ %	التكرار	البحث عن المعلومات الصحية
75,7	303	نعم
24,3	97	لا
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن توجهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات حول الصحة بنسبة 75,7%، وتدل هذه النسبة على وعي المبحوثين الصحي بحيث هم الذين يسعون بأنفسهم للبحث عن المعلومات المتعلقة بالصحة، تليها نسبة 24,3% منهم صرحوا أنهم لا يبحثون عن المعلومات الخاصة بالصحة، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب بحثهم عن المعلومات الصحية في العرض البياني التالي.

شكل رقم (13): يبين توزيع المبحوثين حسب بحثهم عن المعلومات الصحية.



#### 1-4 - المصادر التي يعتمدون عليها المبحوثين في بحثهم عن معلومات حول الصحة:

تعتبر المصادر التي يعتمد عليها الشباب في بحثهم عن المعلومات حول الصحة من الممارسات الثقافية التي تعكس وعي الشباب، فكلما كان الشاب مطلع على مختلف وسائل الإعلام من تليفزيون وإذاعة وصحف ومجلات ومختلف مواقع الانترنت يزيد بطبيعة الحال رصيده المعرفي، خاصة في مجال الصحة لأن وسائل الإعلام الحديثة في الوقت الراهن تتنافس لتقديم احداث المعلومات الصحية، وتجذب أكبر قدر من المتابعين، بالإضافة إلى مصادر أخرى لا يمكننا الاستهانة بها مثل الكتب التي تعتبر خير جليس وتزيد من تنمية القدرات الذهنية للفرد، وأيضاً الأصدقاء والأسرة الذين قد يكونوا داعمين لثقافة الشاب الصحية، إذا كانت لديهم القدرة على تقديم المعلومات الصحية.

والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب المصادر التي يعتمدون عليها في بحثهم عن المعلومات الصحية.

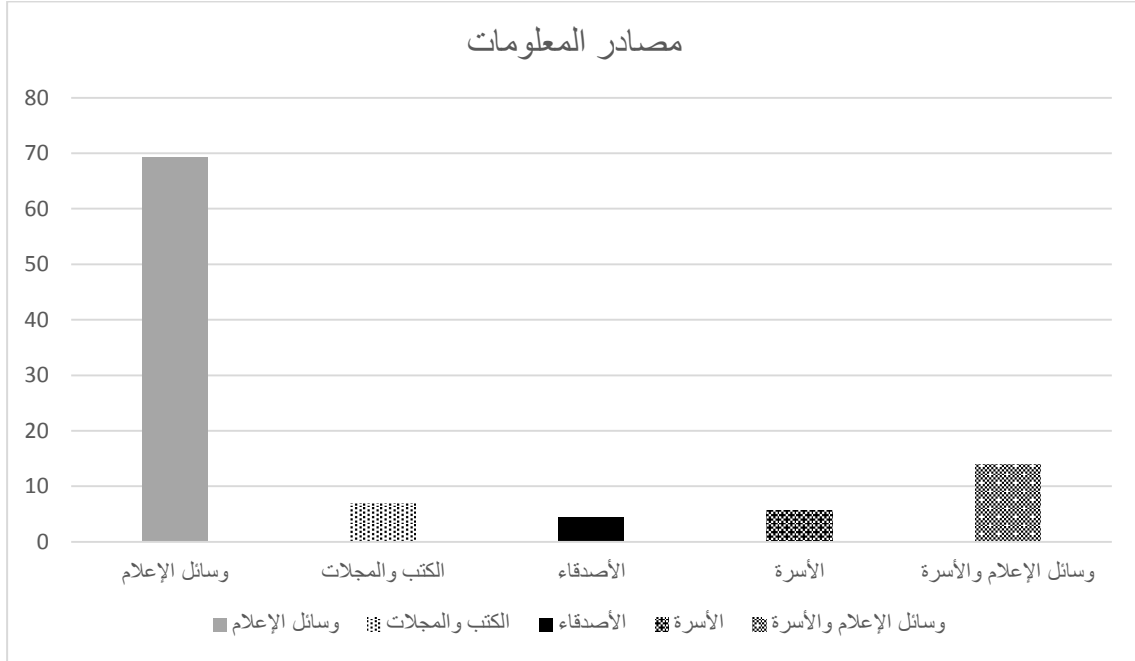
جدول رقم 14: يبين توزيع المبحوثين حسب المصادر التي يعتمدون عليها في بحثهم عن معلومات حول الصحة.

النسبة بـ %	التكرار	مصادر المعلومات
69,3	210	وسائل الإعلام
6,9	21	الكتب والمجلات
4,3	13	الأصدقاء
5,6	17	الأسرة
13,9	42	وسائل الإعلام والأسرة
100	303	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يعتمدون على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية بنسبة 69,3%، وتبين هذه النسبة ميل الشباب إلى وسائل الإعلام خاصة مواقع الانترنت، التي أصبحت متوفرة بكثرة ولسهولة استخدامها في أي وقت أراد الشاب البحث عن معلومات صحية، تلتها نسبة 13,9% والتي سجلت عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعتمدون على وسائل الإعلام والأسرة في بحثهم عن المعلومات الصحية، كما سجلنا النسب التالية 6,9% و 5,6% و 4,3% والتي مثلت المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعتمدون على الكتب والمجلات والأصدقاء والأسرة على التوالي.

ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب المصادر التي يعتمدون عليها لبحثهم عن المعلومات الصحية في العرض البياني التالي.

شكل رقم (14): يبين توزيع المبحوثين حسب المصادر التي يعتمدون عليها لبحثهم عن المعلومات الصحية



### 1 - 5 - سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية:

بمجرد أن الشاب يقوم بالبحث عن المعلومات الصحية هذا يدل على وعيه الصحي، والسبب وراء بحثه عن المعلومات الصحية يعتبر هو الآخر من المؤشرات الدالة على الثقافة الصحية، خاصة إذا كان السبب وراء بحثه هو للوقاية من المرض، وهذا يدل على اتساع وعي الشاب الصحي، وقد يضطر الشاب للبحث عن المعلومات الصحية خاصة عند الإصابة بالمرض، وهذا أيضا مؤشر إيجابي لأنه قد يحتاج المعلومات الصحية التي بحث عنها في المستقبل وقد يفيد أفراد آخرين بها وبالتالي تتكون لديه ثقافة صحية.

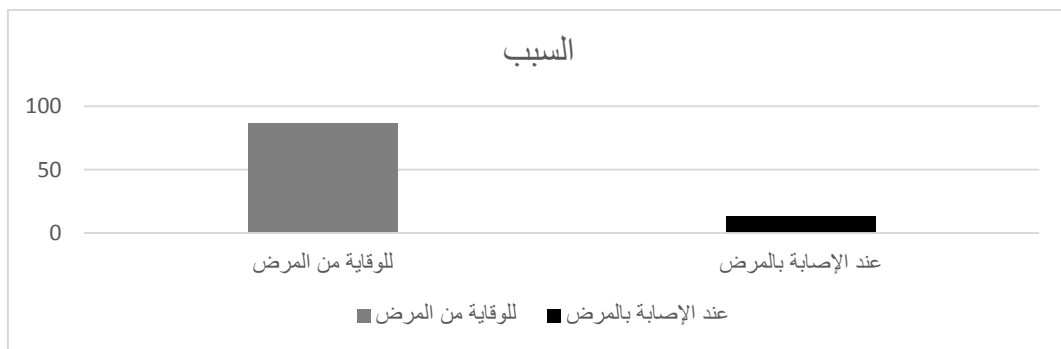
والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب الأسباب التي تدفعهم للبحث عن المعلومات الصحية.

جدول رقم 15: يبين توزيع المبحوثين حسب الأسباب التي تدفعهم للبحث عن المعلومات حول الصحة.

السبب	التكرار	النسبة بـ %
للقاية من المرض	262	86,5
عند الإصابة بالمرض	41	13,5
المجموع	303	100

انطلاقاً من معطيات الجدول يظهر لنا أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للقاية من المرض وقدرت نسبتهم بـ 86,5%، وهذا ما يدل على انتشار الوعي الصحي بين أفراد عينة بحثنا، مقابل 13,5% من المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية عند إصابتهم بالمرض، وتدل هذه النسب المسجلة على تمتع أفراد عينة بحثنا بالصحة الجيدة لأنهم صغار في السن أقل من 29 سنة كما أن معظمهم صرحوا أن مستواهم الصحي جيد. ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب السبب الذي يدفعهم للبحث عن المعلومات الصحية في العرض البياني التالي.

شكل رقم (15): يبين توزيع المبحوثين حسب السبب الذي يدفعهم للبحث عن المعلومات الصحية.



2- الممارسات الصحية للمبحوثين:

2-1 - إجراء المبحوث للفحص الطبي:

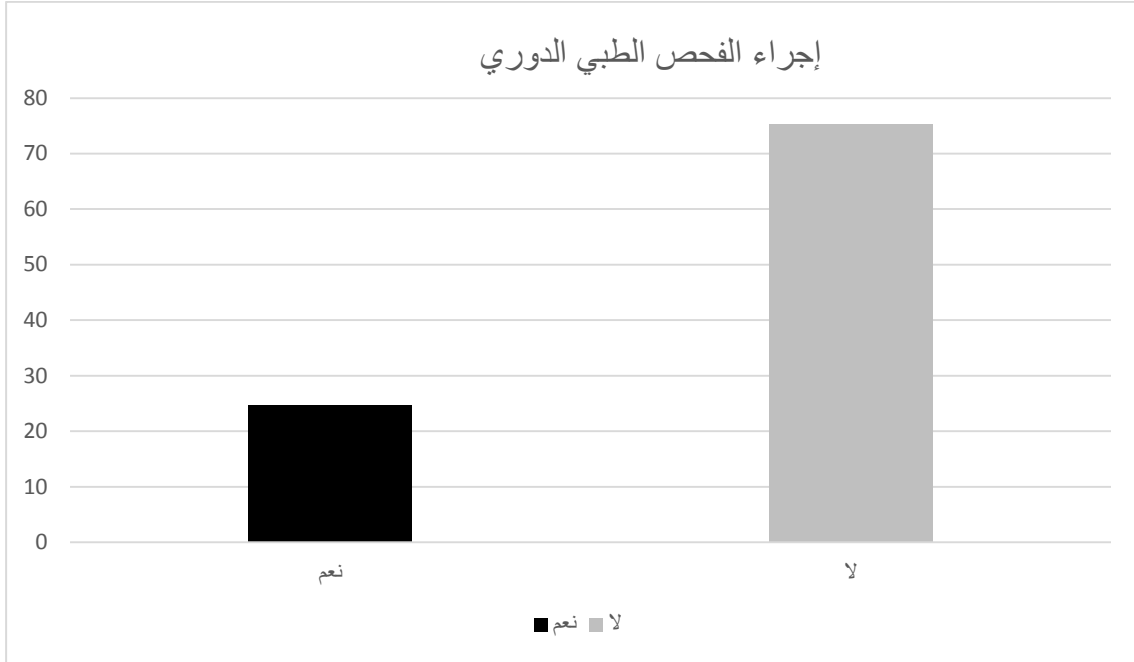
يعد إجراء الشاب للفحص الطبي بشكل دوري من الأمور الأساسية التي تبين لنا وعي الشاب وثقافته الصحية، خاصة إذا كان هذا الشاب لم يسبق له وأن أصيب بمرض معين، فإجراء الفحص الطبي وسبب إجرائه يعدان من الممارسات الصحية والوعي الصحي في نفس الوقت، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب إجرائهم للفحص الطبي.

جول رقم 16: يبين توزيع المبحوثين حسب إجرائهم للفحص الطبي بشكل دوري.

النسبة بـ %	التكرار	إجراء الفحص
24,7	99	نعم
75,3	301	لا
100	400	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحوى المبحوثين الذين لا يقومون بفحص طبي بشكل دوري بنسبة 75,3 %، وترجع هذه النسبة إلى أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يتمتعون بصحة جيدة ولا داعي للذهاب إلى الطبيب للفحص، كما أننا في صدد دراسة حول الشباب لا يفوق سنهم 29 سنة وهذا قد يكون سبب آخر لعدم قيامهم بالفحص الطبي لأنهم فئة صغيرة في السن، ولم يتعرضوا بعد للأمراض، مقابل 24,7 % سرحوا أنهم يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري، منهم 69,7 % من أجل الاطمئنان على صحتهم، و30,3 % بسبب المرض ومنهم 63,3 % يعانون من مرض مزمن و36,7 % يعانون من مرض عابر، مثل الأنف ونزا وغيرها من الأمراض العابرة، وهذا ما يبين لنا مستوى الصحة الجيد الذي يتمتع به أفراد عينة بحثنا، ويظهر بشكل واضح توزيع الشباب حسب إجرائهم للفحص الطبي في العرض البياني التالي.

الشكل رقم(16): يبين توزيع المبحوثين حسب إجرائهم للفحص الطبي بشكل دوري.



## 2 - 2 - عدد مرات الاستحمام أسبوعياً:

تعد عدد مرات الاستحمام في الأسبوع من أهم المؤشرات الدالة على اهتمام الشاب بصحته الشخصية، فالنظافة أمر مهم جداً لكونها تجنب الشخص عدة مشاكل صحية كالأمراض الجلدية وانتشار الطفيليات في الأماكن الداخلية لجسم الإنسان، مثل فروت الشعر وفي الإبطن وغيرها من الأمراض التي تحدث بسبب نقص الاستحمام أو عدم العناية بالجسم، وكلما تكررت مرات استحمام الشاب أسبوعياً تكون ممارساته الصحية لأنه يعتني بصحته الشخصية، ويتكون لديه عادات صحية تعكس وعيه الصحي وثقافته الصحية.

والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب عدد مرات استحمامهم في الأسبوع.

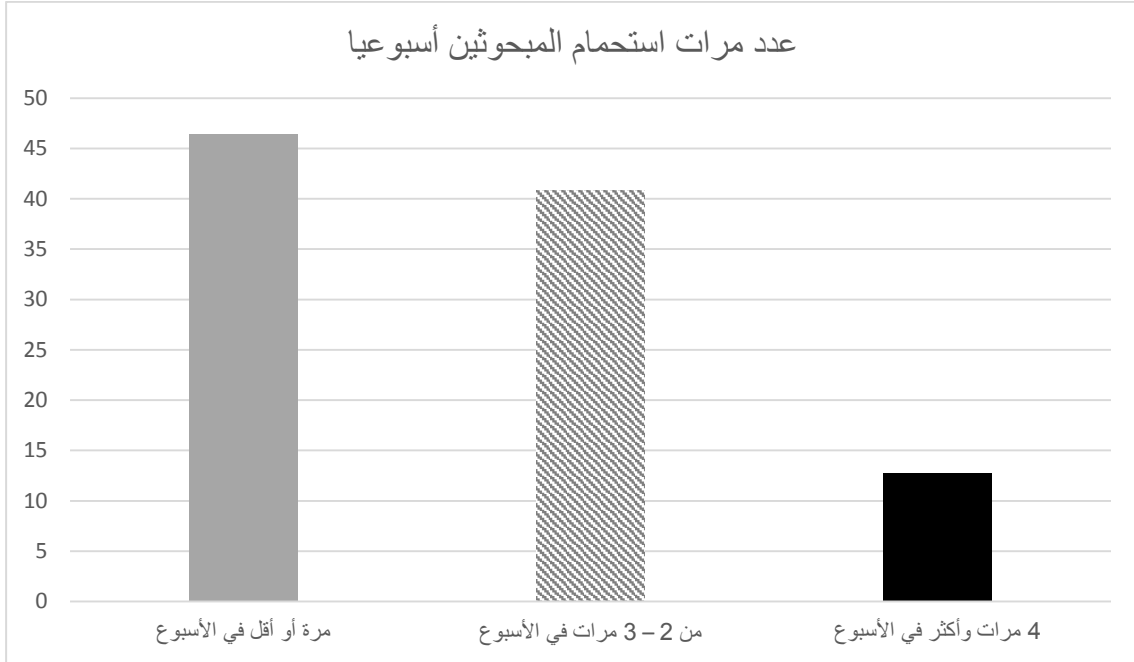
جدول رقم 17: يبين توزيع المبحوثين حسب عدد مرات استحمامهم في الأسبوع.

عدد مرات الاستحمام	التكرار	النسبة
مرة أو أقل في الأسبوع	186	46,4
من 2 - 3 مرات في الأسبوع	163	40,8
4 مرات وأكثر في الأسبوع	51	12,8
المجموع	400	100

يظهر لنا من خلال الجدول أن نتائجه تتجه نحو المبحوثين الذين صرحوا أنهم يستحمون مرة أو أقل في الأسبوع بنسبة 46,4 %، تليها نسبة 40,8 % مثلت المبحوثين الذين صرحوا أنهم يستحمون من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً، لتأتي في الأخير نسبة الشباب الذين صرحوا أنهم يستحمون أربع مرات وأكثر في الأسبوع وقدرت نسبتهم بـ 12,8 %.

ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب عدد مرات استحمامهم أسبوعياً في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (17): يبين توزيع المبحوثين حسب عدد مرات استحمامهم في الأسبوع.



### 2-3 - إدمان المبحوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي):

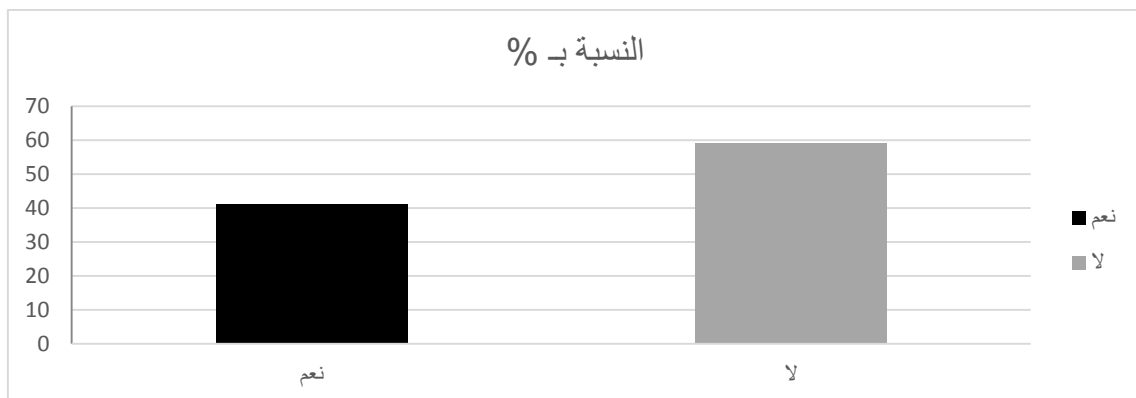
الإدمان على تناول المنبهات مثل (القهوة والشاي) يدل على عدم إتباع الشخص المصرف في تناولهم لنظام غذائي صحي، خاصة إذا كان هذا الشخص في مرحلة شبابه فهو بحاجة إلى الغذاء الصحي ليتمكن جسمه من النمو، ولكي يلبي كل متطلباته الجسمية، فالمنبهات تعتبر من المشروبات التي قد يدمن عليها الشخص خاصة بذور القهوة وأوراق الشاي لاحتوائها على مادة الكافيين، وهي أيضا من المشروبات التي تفقد الشهية خاصة إذا تناولت في الفترة الصباحية، لهذا الإدمان على تناول المنبهات من المؤشرات الدالة على عدم الوعي الصحي عامة والغذائي خاصة والعكس صحيح، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب إدمانهم على تناول المنبهات (القهوة والشاي).

جدول رقم 18: يبين توزيع المبحوثين حسب إدمانه على تناول المنبهات (القهوة الشاي).

الإدمان على المنبهات	التكرار	النسبة بـ %
نعم	164	41,0
لا	236	59,0
المجموع	400	100

يظهر لنا من خلال الجدول أن معظم المبحوثين غير مدمنين على تناول المنبهات (القهوة والشاي) بنسبة 59,0%، ونجد معظم هؤلاء المبحوثين من الإناث لأنهن لا يملن إلى مثل هذه الممارسات، أما المبحوثين الذين صرحوا أنهم مدمنون على تناول المنبهات (القهوة والشاي) قدرت نسبتهم بـ 41,0%، وهذه نسبة ليست بالقليلة وهي تعكس مستوى الثقافة الصحية والغذائية للشباب، الأمر الذي ساهم في رفع هذه النسبة فئة الذكور لأنهم هم الذين يقبلون أكثر من الإناث لمثل هذه الممارسات، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب إدمانهم على تناول المنبهات (القهوة والشاي) في العرض البياني التالي.

شكل رقم (18): يبين توزيع المبحوثين حسب إدمانهم على تناول المنبهات (القهوة الشاي).



## 2- 4 - كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا:

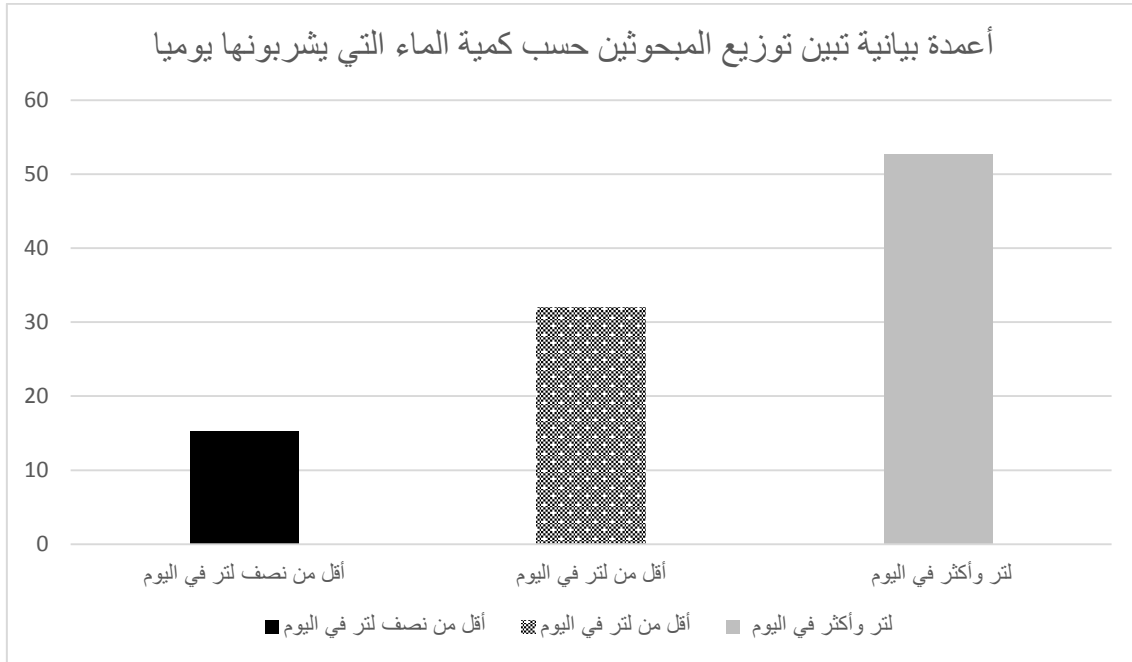
تعد كمية شرب الماء يوميا من أهم العناصر الخاصة بالصحة لأنه يقي من العديد من الأمراض ويحافظ على الجسم وتألقه في كل مراحل الحياة خاصة الشباب، التي تعد مرحلة النشاط والحركة مما يستوجب شرب كميات كبيرة من الماء، غير أن العديد من الشباب لا يعي فائدة الماء وضرورة شربه ويعد هذا من المسائل السلبية على الصحة، وتبين عدم ثقافة الشخص الصحية، وبالتالي كلما كانت كمية الماء التي يشربها الشاب تفوق اللتر يوميا كلما كانت لديه ثقافة صحية والعكس صحيح، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب كمية الماء التي يشربونها يوميا.

## جدول رقم 19: يبين توزيع المبحوثين حسب كمية الماء التي يشربونها يوميا.

النسبة	التكرار	عدد أكواب الماء
15,3	61	أقل من نصف لتر في اليوم
32,0	128	أقل من لتر في اليوم
52,7	211	لتر وأكثر في اليوم
100	400	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين قدرة كمية الماء التي يشربونها يوميا بلتر وأكثر بنسبة 52,7%، وهذا ما يدل على الوعي النوعي لأفراد عينة بحثنا، تليها نسبة 32,0% والتي تمثل نسبة الشباب الذين صرحوا أنهم يشربون أقل من لتر من الماء يوميا، وأخر نسبة سجلت عند الشباب الذين صرحوا أنهم يشربون أقل من نصف لتر من الماء يوميا وقدرت نسبتهم بـ 15,3%، وهذه الكمية من الماء قليلة جدا والتي تعكس عدم اكتسابهم لثقافة صحية، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب كمية الماء التي يشربونها يوميا في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (19): يبين توزيع المبحوثين حسب كمية الماء التي يشربونها يوميا



## 2- 5 - تعاطي المبحوثين لأي نوع من المخدر:

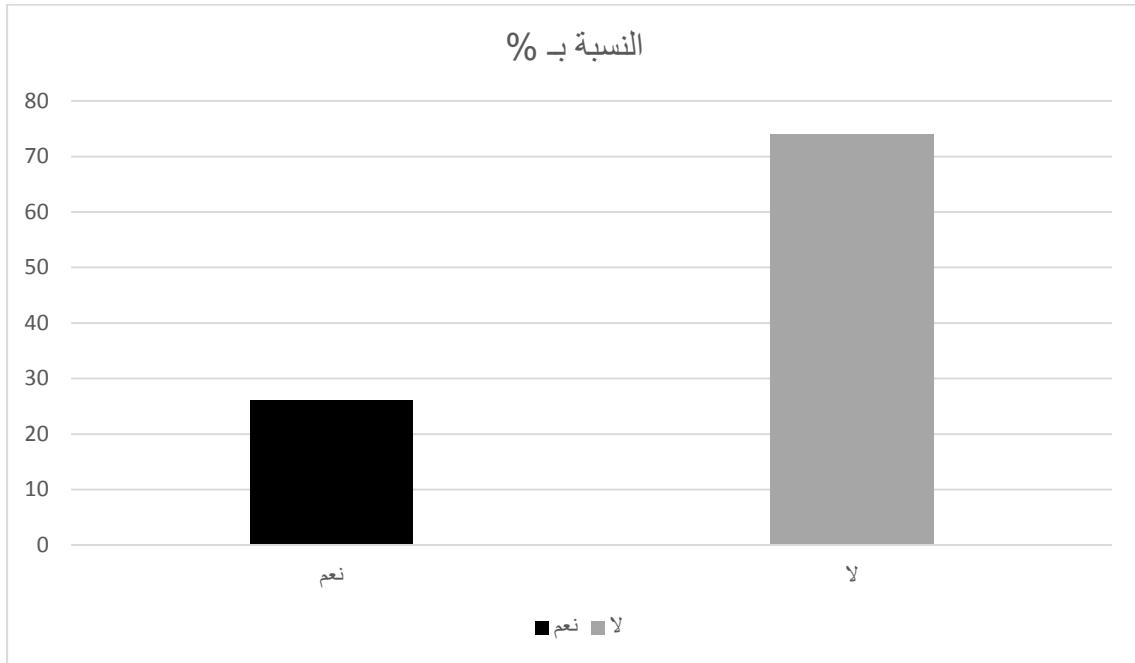
يعتبر تعاطي الشباب لأي نوع من المخدر ممارسة غير صحية لأنه مضر جدا بالصحة خاصة عند مرحلة الشباب لكونها تؤثر على مراحل حياتهم القادمة، وتعكس أيضا هذه الممارسات عدم وعي الشباب الصحي وانعدام الثقافة الصحية لديه، بحيث توجه إلى مثل هذه الممارسات غير الصحية التي قد تكلفه فقدان حياته في سن صغير، بتناول بعض المواد باستمرار مثل الكحول، المخدرات والمنبهات والتدخين ومن ثم التعود على هذه العادة الضارة، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب تعاطيهم للمخدر.

جدول رقم 20: يبين توزيع المبحوثين حسب تعاطيهم للمخدر.

النسبة بـ %	التكرار	تعاطي المخدرات
26,0	104	نعم
74,0	296	لا
100	400	المجموع

يتجه الاتجاه العام للجدول نحوى المبحوثين الذين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر والتي قدرت نسبتهم بـ 74%، وتعكس هذه النسبة الوعي الصحي المتواجد بين أفراد عينة دراستنا خاصة عند الإناث بحيث سجلنا 2% فقط منهن سبق لهن وأن تعاطوا المخدر، لأن الإناث لا يملن كثيرا لبعض هذه الممارسات غير الصحية، بحث صرح لنا السيد عبد الكريم عبيدات<sup>1</sup> أن نسبة الإناث اللواتي يتعاطون المخدرات 6% فقط من مجموع المتعاطين في الجزائر، وهذا ما تجسد في مميزات وخصائص عينة دراستنا، أما المبحوثين الذين صرحوا أنهم قد سبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر فقدرت نسبتهم بـ 26%، وتعد هذه النسبة منخفضة نوعا ما مقارنة مع النسبة السابقة، إلا أن الأمر الذي ساهم في تسجيل هذه النسبة هو تعاطي المبحوثين الذكور والتي قدرت نسبته بـ 50% منهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب تعاطيهم للمخدر في العرض הבاني التالي.

الشكل رقم (20): يبين توزيع المبحوثين حسب تعاطيهم للمخدر.



<sup>1</sup> رئيس جمعية مكافحة المخدرات والوقاية منها طبيعيا.

2-6 - نوع المخدر الذي سبق وأن تعاطاه المبحوث:

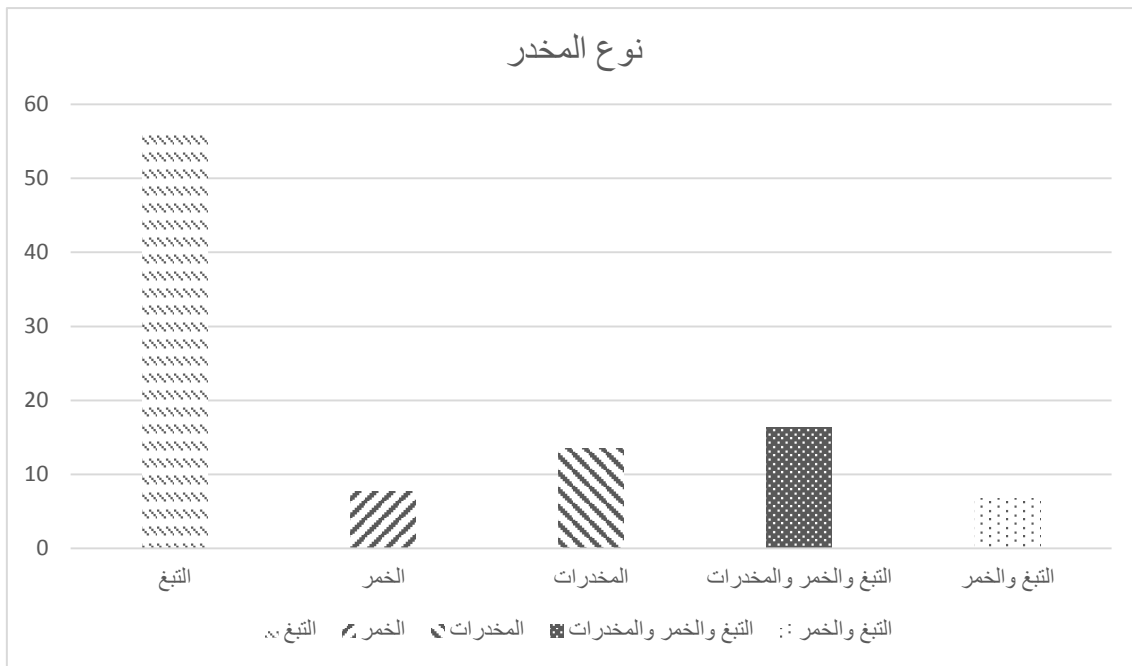
نوع المخدر الذي سبق للشباب وأن تعاطاه يعتبر هو الآخر من أهم المؤشرات الدالة على الثقافة السائدة للمجتمع الذي يعيش فيه الشاب وينتمي إليه، بحيث نجد كلما كان الشاب ينتمي إلى منطقة متحضرة يزداد نطاق تعاطي عدة أنواع من المخدر والعكس صحيح، وأيضا أنواع المخدرات تتفاوت خطورتها، فالشاب الذي سبق له وأن تعاطي التبغ ليس مثل الذي يتعاط الخمر والشاب الذي يتعاط المخدرات والشاب الذي سبق له وأن تعاطي كل من التبغ والخمر والمخدرات، لأن التبغ يكون تأثيره على الصحة طويل المدى نوعا ما مثل الخمر، لكن المخدرات فهي تقتك بجسم الإنسان بسرعة ويقع الشاب فريسة لها لتقضي على حياته بصفة نهائية هذا إذا لم يقلع عنها، والجدول التالي يبين أكثر توزيع الشباب حسب نوع المخدر الذي سبق لهم وان تعاطوه. جدول رقم 21: يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر الذي سبق لهم وأن تعاطوه.

النسبة بـ %	التكرار	نوع المخدر
55,8	58	التبغ
7,7	08	الخمر
13,5	14	المخدرات
6,7	07	التبغ والخمر
16,3	17	جميعهم
100	104	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ بنسبة 55,8%، لأن تعاطي التبغ يعتبر في الكثير من المناطق من السلوكيات الثقافية السائدة خاصة عند الذكور، وتنجم عن تقليد الآباء مثلا

أو جماعة الرفاق والتي تدل على الرجولة أو النضج بالنسبة لهم، وهي من الممارسات غير الصحية التي لا يهتم بخطرتها الصحية لا المجتمع ولا الأسرة، خاصة إذا تعلق الأمر بالذكور وخصوصا عند خروجهم من مرحلة الطفولة أو المراهقة ودخولهم في مرحلة الشباب، ومرحلة الاستقلالية الاجتماعية والاقتصادية للشباب، وهذا ما يدل على غياب الوعي الصحي والثقافة الصحية عند المجتمع بصفة عامة وعند الأسرة بصفة خاصة، لأن تعطي التبغ يعد من الأسباب الأولى لتقشي سرطان الرئة المنتشر بكثرة في مجتمعنا والذي يعد من الأسباب الرئيسية لوفيات في الجزائر، تليها نسبة 16,3% والتي مثلت المبحوثين الذين سبق لهم وأن تعاطوا التبغ والخمر والمخدرات، ثم تأتي نسبة المبحوثين الذين سبق لهم وأن تعاطوا المخدرات والتي قدرت بـ 13,5%، وتليها نسبة 7,7% والتي مثلت المبحوثين الذين سبق لهم أن تعاطوا الخمر لتأتي في الأخير نسبة المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ والخمر والتي قدرت بـ 6,7%، ويظهر بشكل واضح توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر الذي سبق لهم وأن تعاطوه في العرض البياني التالي.

شكل رقم (21): يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر الذي سبق لهم وأن تعاطوه:



## 2-7 - استمرار المبحوث في التعاطي:

يعد استمررا الشاب في التعاطي أي نوع من المخدر من المؤشرات الدالة على عدم اكتسابه لثقافة صحية مع تقدمه في السن خلال مرحلة شبابه والعكس صحيح، فعدم استمراره في التعاطي وتركه للمخدر الذي كان يتعاطاه من المؤشرات الدالة على وعيه الصحي واكتسابه لثقافة صحية، وإدراكه للمخاطر الصحية التي تنتج عن استمراره في التعاطي بما أننا في صدد دراسة حول الثقافة الصحية، بحيث لا ننسى العامل الديني الذي يعد من أهم المسببات لعدم استمرار الشباب في التعاطي، والجدول التالي يبين أكثر توزيع المبحوثين حسب استمرارهم في تعاطي المخدر.

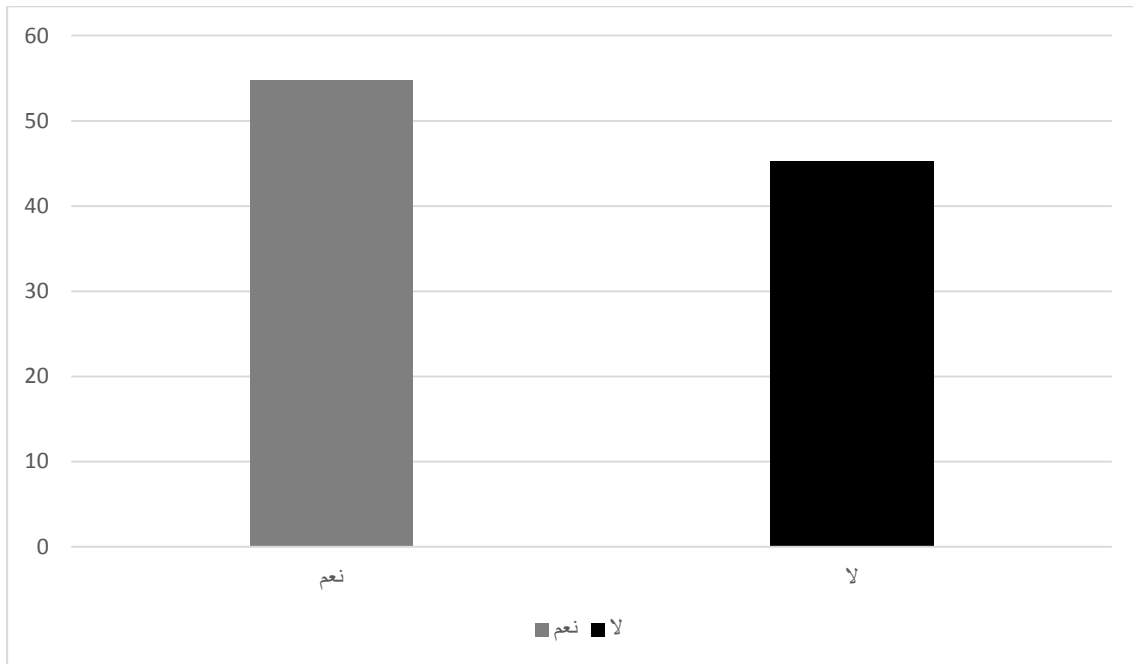
## جدول رقم 22: يبين توزيع المبحوثين حسب استمرارهم في تعاطي المخدر.

الاستمرار في التعاطي	التكرار	النسبة
نعم	57	54,8
لا	47	45,2
المجموع	104	100

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه دائما نحو المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر ومازال مستمريين في التعاطي وقدرت بـ 54,8%، وتدل هذه النسبة على عدم اكتساب الشباب لثقافة صحية، فاستمرار الشباب في التعاطي يدل على عدم وعيه الصحي أو عدم اكترائه أصلا بصحته، خاصة إذا توفرت ظروف أخرى مثل البطالة بحيث سجلنا 20,5% من المبحوثين بطالين، أو عدم القدرة على الزواج (نسبة المبحوثين غير المتزوجين في أفراد عينة بحثنا قدرت بـ 83%)، وغيرها من الشروط التي تزيد من تمسك الشاب بمثل هذه الممارسات غير الصحية، أما بما يخص المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم وان تعاطوا المخدر لكنهم توقفوا عن التعاطي قدرت نسبتهم بـ 45,2%، وتدل هذه النسبة على اكتساب المبحوثين لثقافة

صحية وهم في مرحلة شبابهم، فعدم استمرارهم في التعاطي يدل على وعيهم بمخاطر المخدرات على صحتهم، ويدل أيضا على رغبتهم في المحافظة على صحتهم وهذا ما يبرز قمة الوعي الصحي والثقافة الصحية، ويظهر بشكل توزيع المبحوثين حسب استمرارهم في تعاطي المخدر في العرض البياني التالي.

الشكل رقم (22): يبين توزيع المبحوثين حسب استمرارهم في تعاطي المخدر



## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التعرف على مميزات وخصائص عينة الدراسة من خلال العنصر الأول، والتي تميزت بعدة خصائص نذكر أهمها: سجلنا نسبة متساوية من الذكور والإناث وكانا متعمدين في ذلك لنبرز تأثير نوع المبحوث على ثقافته الصحية، كما سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين 20 – 24 سنة، بالإضافة إلى أن معظم المبحوثين غير متزوجين، وليس لديهم أطفال، أما بخصوص المستوى التعليمي فمعظم المبحوثين لديهم مستوى تعليمي جامعي، بالنسبة لمكان الإقامة سجلنا الأغلبية يقطنون في مناطق حضرية، ومعظمهم طلبة، ومعظم المبحوثين غير منخرطين في مؤسسة شبابية ولا يمارسون الرياضة بانتظام.

أما العنصر الثاني لهذا الفصل قمنا من خلاله بالتعريف بالمتغير التابع (الثقافة الصحية) وانقسم هذا العنصر بدوره إلى جزئيين، الأول كان موجه إلى الوعي الصحي للمبحوثين ولقد سجلنا أهم النتائج في النقاط التالية:

بالنسبة لمعرفة المبحوثين لأحد الأمراض المنقولة جنسيا سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون هذه الأمراض، ومعظمهم يعرفون مرض السيدا، أما بالنسبة لبحث المبحوث عن المعلومات الصحية فمعظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية، ومعظمهم يعتمدون على وسائل الإعلام في البحث عن المعلومات الصحية، ومعظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

أما الجزء الثاني لعنصر المتعلق بالتعريف بالمتغير التابع للدراسة (الثقافة الصحية) فكان موجه إلى الممارسات الصحية للمبحوثين وسجلنا أهم النتائج في النقاط التالية:

بخصوص إجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري سجلت أعلى نسبة عند المبحوثين الذين لا يقومون بالفحص الطبي، أما بخصوص عدد المرات التي يستحم

فيها المبحوث في الأسبوع فعرفنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يستحمون مرة أو أقل من مرة في الأسبوع، بالنسبة لإدمان المبحوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي) سجلنا معظم المبحوثين لا يصرفون في تناول المنبهات، أما الكمية التي يشربها المبحوث من الماء يوميا فسجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يشربون لتر وأكثر يوميا، أما بخصوص تعاطي المبحوث للمخدر فسجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، أما المبحوثين الذين سبق لهم تعاطي المخدر فمعظمهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ، وأكثر من نصف المبحوثين الذين سبق لهم تعاطي المخدر مازالوا مستمرين في التعاطي.

وبهذا نكون قد وضحنا مميزات وخصائص عينة بحثنا بالإضافة إلى تبين وإبراز المتغير التابع لدراستنا والمتمثل في الثقافة الصحية.

الفصل السابع  
تأثير الظروف السوسيو  
اقتصادية للمبحوثين  
على ثقافتهم الصحية.

## تمهيد:

تعتبر الظروف السوسيو اقتصادية للشباب من أهم العوامل والمسببات التي تساعده على اكتساب أو عدم اكتساب ثقافة صحية تتجسد في الممارسات الصحية للشباب ووعيهم الصحي، لأن الثقافة الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة<sup>1</sup>، ومن خلال هذا الفصل سنحاول تحليل الفرضية الأولى حول "الظروف السوسيو اقتصادية للشباب تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية".

ويتضمن المتغير المستقل لهذه الفرضية المتمثل في الظروف السوسيو اقتصادية بعدين، بُعد خاص بالظروف الاجتماعية وتضمن عدة مؤشرات، هي نوع الشاب أي الدور الاجتماعي للذكور والإناث لأن الثقافة الصحية تختلف بينهما فالممارسات التي نجدتها تجذب الذكور قد لا يحببها الإناث، وقد لا يسمح لهن بممارستها سواء من الأسرة بصفة خاصة أو المجتمع بصفة عامة والعكس صحيح، كما يختلف قضاء الوقت بين الذكور والإناث مما يؤثر على الثقافة الصحية لكل منهما، وسن الشاب خلال مرحلة شبابه هو المتغير الثاني لهذه الفرضية وصنفناه إلى ثلاثة فئات، الأول من 15 - 19 سنة والفئة الثانية من 20 - 24 سنة وأخر فئة من 25 - 29 سنة، وباختلاف هذه الفئات تختلف الثقافة الصحية لكل فئة فسن المبحوث قصدنا به دوره الاجتماعي، فالسلوكيات التي يقوم بها الشاب في سن تقل عن 19 سنة قد يقلع عنها الذي يفوق سنه 25 سنة، والأمور الخاصة بالثقافة الصحية التي يعرفها هذا الأخير قد لم يدركها بعد الشاب الأقل من 19 سنة، وهكذا يؤثر السن على اكتساب الثقافة الصحية للشباب كلما تقدموا في السن خلال مرحلة شبابهم، وأيضا الحالة الزوجية للشباب وصنفناها إلى ثلاث فئات فئة خاصة بغير المتزوجين وأخرى خاصة بالمتزوجين، وأخرها خاصة بالمطلقين/أرامل، وبطبيعة الحال تختلف سلوكيات الشباب حسب حالتهم الزوجية التي

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح وآخرون: المرجع السابق، ص 14.

تفرض عليهم وضعية تختلف من فئة إلى أخرى، مثلا فئة المتزوجين تكون ثقافتهم الصحية أفضل من غير متزوجين، لأن يتوجب عليهم إجراء الفحص الطبي مثلا خاصة عند حالات الحمل والاعتناء بالصحة الشخصية وغيرها من الممارسات الصحية التي تكسبهم وعي صحي، وهذا ما سعينا إليه من خلال هذا الفصل أن نبين كيفية تأثير هذه المؤشرات على الممارسة الصحية للشباب ووعيهم الصحي.

أما البعد الثاني لهذا المتغير والمتمثل في الظروف الاقتصادية فتضمن مؤشر واحد خاص بالحالة المهنية للشباب، واقتصر هذا البعد على هذا المؤشر لأن معظم أفراد عينة بحثنا لم يكن لديهم دخل شهري لأن معظمهم لا يعملون، وبالتالي اعتمدنا على مؤشر الحالة المهنية للشباب لنبين كيف تؤثر على ممارساتهم الصحية ووعيهم الصحي، كما صنفنا هذا المتغير إلى ثلاثة فئات الأولى خاصة بالطلبة والثانية بالعاملين والثالثة بالبطالين.

ولنبرز ثقافة الشاب الصحية المتمثلة في المتغير التابع لهذه الفرضية قمنا بتقسيمها إلى بعدين، بُعد خاص بالوعي الصحي للشباب وتضمن عدة مؤشرات تمثلت في معرفة الشاب للأحد الأمراض المنقولة جنسيا، ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه الشاب، وأيضا بحث الشاب على المعلومات الصحية والمصادر التي يعتمد عليها الشاب في بحثه عن المعلومات الصحية وسبب بحثه عن هذه المعلومات.

أما البعد الثاني للثقافة الصحية فكان خاص بالممارسات الصحية للشباب وتضمن هو الآخر عدة مؤشرات، تمثلت في إجراء الشاب للفحص الطبي بشكل دوري، وكمية الماء التي يشربها الشاب يوميا والتي صنفناها إلى ثلاث فئات، أقل من نصف لتر، أقل من لتر، لتر من الماء وأكثر يوميا، وأيضا الإدمان في تناول المنبهات (القهوة والشاي) وتعاطي الشاب لأي نوع من المخدر.

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

---

وتضمن هذا الفصل عنصرين أساسيين الأول حول تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب على وعيهم الصحي، وتضمن نقطتين الأولى تأثير الظروف الاجتماعية للشباب على وعيهم الصحي، وثانيا تأثير الظروف الاقتصادية للشباب على وعيهم الصحي.

أما العنصر الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب على ممارساتهم الصحية، وعالجنا من خلال هذا العنصر نقطتين الأولى تأثير الظروف الاجتماعية للشباب على ممارساتهم الصحية والثانية تأثير الظروف الاقتصادية للشباب على ممارساتهم الصحية.

أولاً - تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين على وعيهم الصحي:

### 1 - تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على وعيهم الصحي:

من خلال هذا العنصر سنحاول توضيح تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على وعيهم الصحي، بحيث يختلف الوعي الصحي بين كل فئة وسنبين هذا الاختلاف عبر مختلف المؤشرات الخاصة بالظروف الاجتماعية بما فيه نوع المبحوث ذكور وإناث، وسن هؤلاء الشباب خلال مرحلة شبابهم وأيضاً الحالة الزوجية للمبحوثين وكيف تؤثر على وعيهم الصحي.

### 1 - 1 تأثير نوع المبحوثين على وعيهم الصحي:

يعتبر نوع المبحوث أو جنسه كما ذكرنا سابقاً من المؤشرات المهمة التي تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية ولهذا حاولنا من خلال هذا الجزء أن نبرز تأثيره على الوعي الصحي للمبحوثين، وربطناه بكل من بحث الشاب عن المعلومات الصحية والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات الصحية وسبب بحثه عن هذه المعلومات ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 23: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						النوع
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	34,5	69	65,5	131	الذكور
100	200	14,0	28	86,0	172	الإناث
100	400	24,3	97	75,7	303	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين يبحثون عن المعلومات حول الصحة بنسبة 75,7%، وتدل هذه النسبة على وعي الشباب الصحي

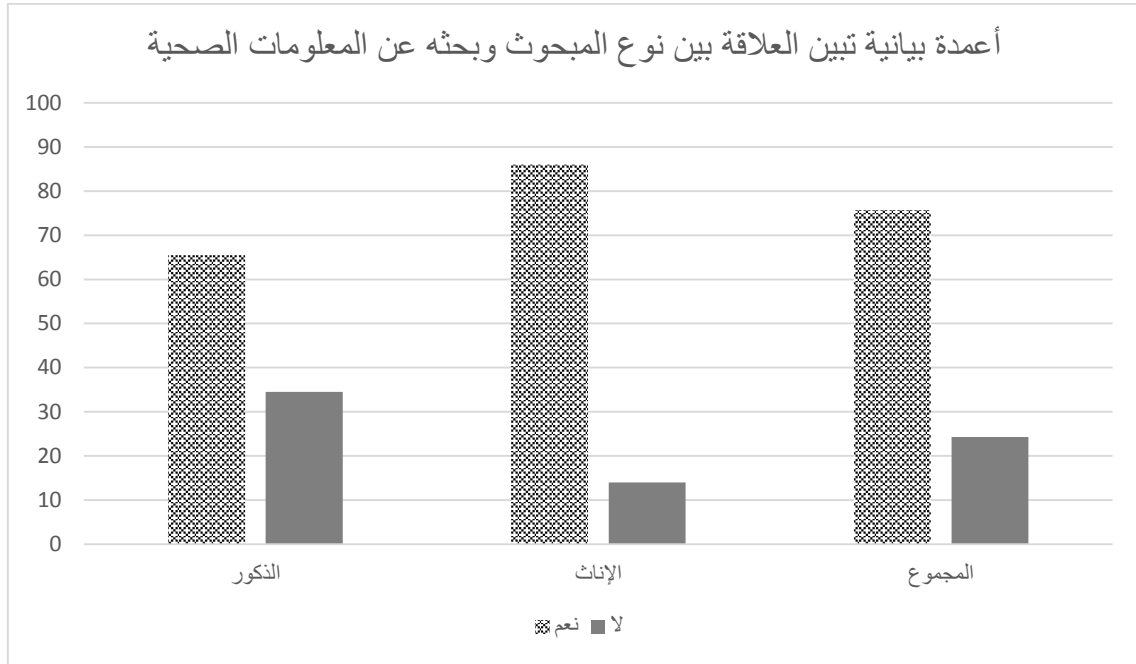
بحيث هم الذين يسعون بأنفسهم للبحث عن المعلومات المتعلقة بالصحة، تليها نسبة 24,3% منهم صرحوا أنهم لا يبحثون عن المعلومات الصحية.

وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في نوع المبحوث وجدنا أن الجنس يؤثر على البحث عن المعلومات الصحية لدى الفئة التي تبحث عن المعلومات الصحية بحيث سجلنا 86% للإناث مقابل 65,5% للذكور، وتعتبر أيضا هذه النسبة جيدة لكنها منخفضة مقارنة مع الإناث مما يدل على انتشار الوعي الصحي عند الإناث أكثر منه عند الذكور.

ولاختبار العلاقة بين نوع المبحوث وبحثه عن المعلومات الصحية طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 1 وجدنا مستوى الدلالة 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين نوع المبحوث وبحثه عن المعلومات الصحية.

وترجع هذه المعطيات إلى عدة أسباب من بينها أن الفتاة تحض بوقت أكثر من الذكور في المنزل مما يجعلها تتابع وسائل الإعلام خاصة الموجه للصحة، كالاكتفاء بالصحة الشخصية والغذائية وغيرها من البرامج التوعوية الموجهة للصحة، كما سجلنا 34,5% من المبحوثين الذكور صرحوا أنهم لا يبحثون عن المعلومات الصحية، وهذا ما يبين عدم اهتمامهم بهذا المجال لأنهم قد لا يشعرون بمسؤولية أنهم يجب أن يكونوا مثقفين في مجال الصحة، خاصة وأن الشاب الذكر في الجزائر لا يتحمل مسؤولية تربية الأولاد والعناية بالمنزل والغذاء، وهذا ما قد يظهر لنا من خلال تأثير الحالة الزوجية على الوعي الصحي للمبحوثين في الجداول التالية لهذا العنصر، ويظهر بشكل واضح علاقة البحث عن المعلومات حسب النوع في العرض البياني التالي:

شكل رقم (23): يبين العلاقة بين نوع المبحوث وبحثه عن المعلومات الصحية.



جدول رقم 24: يبين العلاقة بين نوع المبحوث والمصادر التي يلجأ لها للبحث عن المعلومات حول الصحة:

المصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة												النوع
المجموع		وسائل الإعلام والأسرة		الأسرة		الأصدقاء		الكتب والمجلات		وسائل الإعلام		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	131	19,8	26	2,3	03	9,2	12	7,6	10	61,1	80	الذكور
100	172	9,3	16	8,1	14	0,6	01	6,4	11	75,6	130	الإناث
100	303	13,9	42	5,6	17	4,3	13	6,9	21	69,3	210	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين يعتمدون على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية بالدرجة الأولى بنسبة 69,3%، وتبين هذه النسبة ميل الشباب إلى وسائل الإعلام خاصة مواقع الانترنت التي أصبحت متوفرة بكثرة ولسهولة استخدامها في أي وقت أراد الشاب البحث عن معلومات صحية، تليها

نسبة 13,9% والتي سجلت عند الشباب الذين صرحوا أنهم يعتمدون على وسائل الإعلام والأسرة في بحثهم عن المعلومات الصحية، كما سجلنا النسب التالية 6,9% و 5,6% و 4,3% والتي مثلت الشباب الذين صرحوا أنهم يعتمدون على الكتب والمجلات والأصدقاء والأسرة على التوالي.

وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في نوع الشاب، وجدنا أن أعلى نسبة سجلت عند الإناث اللواتي يعتمدن على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية وقدرة ب: 75,6% مقابل 61,1% عند الذكور، مما يدل على أن الإناث أكثر بحثا عن المعلومات الصحية وأهم المصادر التي يعتمدون عليها هي وسائل الإعلام، وذلك لأنهن يتواجدن في المنزل أكثر من الذكور وهذا يتيح لهن فرصة البحث عن المعلومات الصحية عبر مختلف وسائل الإعلام كالتلفزيون والإذاعة والجرائد والمجلات ومختلف مواقع الانترنت وذلك عكس الذكور.

ولاختبار درجة الارتباط بين المتغيرين نوع المبحوث والمصادر التي يعتمد عليها في بحثه عن المعلومات الصحية قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر ب: 0,33، مما يدل على وجود ارتباط ضعيف بين المتغيرين ونوع العلاقة المشكلة بينهما علاقة طردية ضعيفة وبالتالي نوع المبحوث لم يؤثر كثيرا على المصادر التي يلجأ إليها في بحثه عن المعلومات الصحية.

لأن كلا الجنسين لهم ميل إلى وسائل الإعلام كمصدر للبحث عن المعلومات الصحية، إلا أن تأثير جنس المبحوث يظهر أكثر في بحث الشاب على المعلومات الصحية بحيث سجلنا 34,5% من الذكور صرحوا أنهم لا يقومون بالبحث على المعلومات الصحية، مقابل 14,0% فقط عند الإناث في الجدول السابق، وهذا ما يعكس الوعي الصحي الذي يتمتعن به الإناث أكثر من الذكور، كما تبين معطيات الجدول أن الذكور يعتمدون على الأصدقاء للبحث عن المعلومات الصحية أكثر من الإناث، وهذا

ما يدل على تفتح الذكور فيما بينهم أكثر من الإناث وذلك ما يمكنهم من فتح أي حوار لمناقشته والاستفادة منه مهما كانت طبيعة هذا الموضوع.

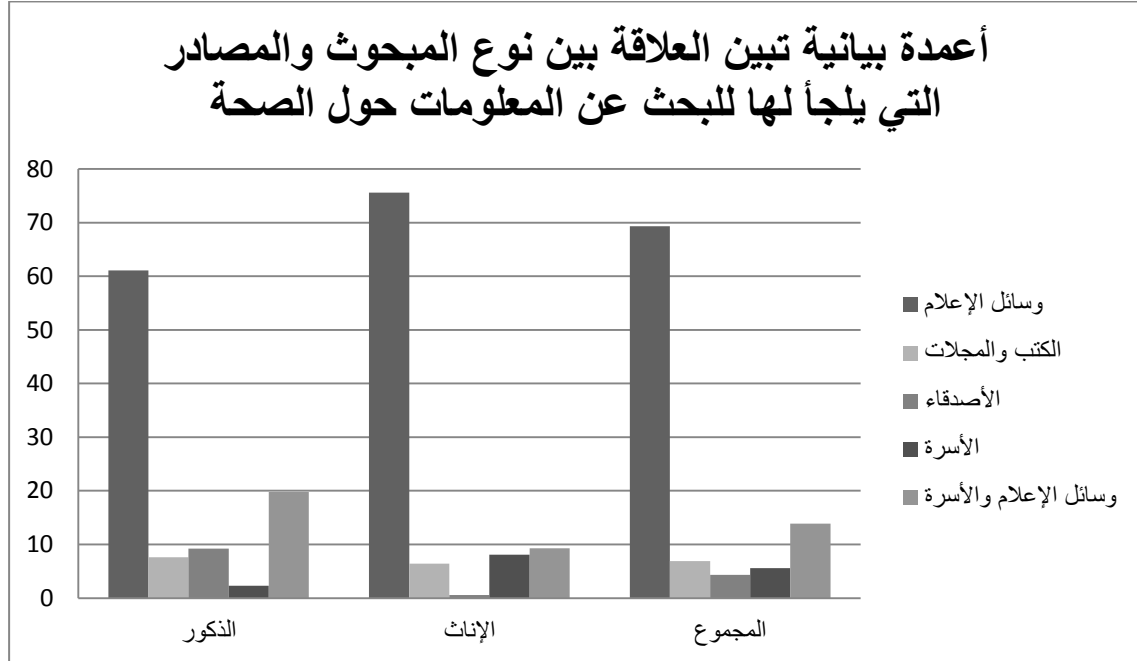
في المقابل نجد اعتماد الإناث على الأسرة للبحث عن المعلومات الصحية أكثر من الذكور، وقد يرجع ذلك إلى أن الفتيات أقل علاقات اجتماعية خارج نطاق الأسرة من الذكور ولهذا يعتمدن بالدرجة الأولى على وسائل الإعلام ثم الأسرة، وقد أظهر الجدول الذي يبين العلاقة بين نوع المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا<sup>1</sup>، أن الذكور يعرفون هذه الأمراض أكثر من الإناث بحيث صرحن الإناث أن 36,5% منهن لا يعرفن ولا مرض منقول جنسيا مقابل 32% عند الذكور، كما صرح 16% من الذكور يعرفون أكثر من مرض منقول جنسيا مقابل 9%<sup>2</sup> عند الإناث، وهذا ما يدل على أن الإناث لا يستطعن فتح مثل هذه المواضيع أمام أسرهن ولا يستطعن حتى مشاهدة البرامج الخاصة بهذه المواضيع إذا كن تحت الرقابة الأسرية، وذلك عكس الذكور الذين يملكون نوع من الحرية في استخدام وسائل الإعلام وحتى الاستفادة من خبرة الأصدقاء، ويظهر بشكل واضح علاقة مصادر البحث عن المعلومات الصحية حسب النوع في العرض البياني التالي:

---

<sup>1</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 02.

<sup>2</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 02.

شكل رقم (24): يبين العلاقة بين نوع المبحوث والمصادر التي يلجأ لها للبحث عن المعلومات حول الصحة.



جدول رقم 25: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وسبب بحثه عن المعلومات حول الصحة.

سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة						النوع
المجموع		عند المرض		لوقاية من المرض		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	131	19,1	25	80,9	106	الذكور
100	172	9,3	16	90,7	156	الإناث
100	303	13,5	41	86,5	262	المجموع

انطلاقاً من معطيات الجدول يظهر لنا أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض وقدرت نسبتهم بـ: 86,5%، مقابل 10,2% والتي مثلت المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية عند إصابتهم بالمرض.

وتدل هذه النسب المسجلة على تمتع أفراد عينة بحثنا بالصحة الجيدة لأنهم صغار في السن أقل من 29 سنة كما أن معظمهم صرحوا أن مستواهم الصحي جيد.

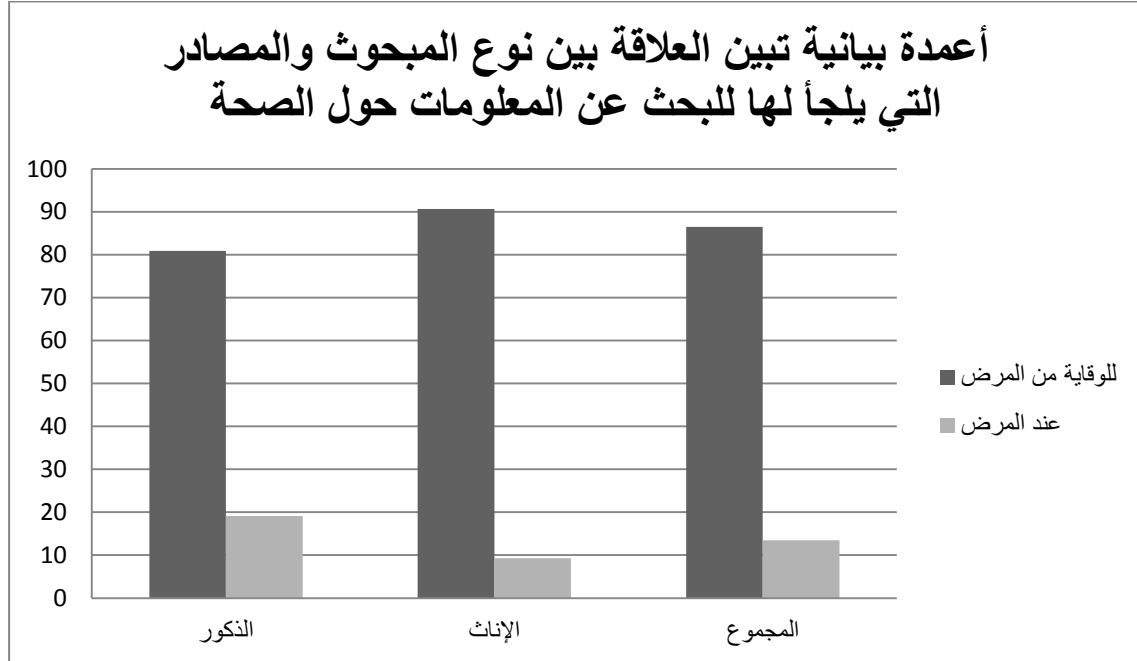
وبإدخال متغير نوع المبحوث كمتغير مستقل وجدنا أن معظم المبحوثات الإناث هن اللواتي يبحثن عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض بنسبة 90,7%، الأمر الذي يبين لنا مدى وعيهم الصحي، وأعلى نسبة أيضا سجلت عند الذكور الذين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض وقدرت بـ: 80,9%، وهذا ما يدل على الارتفاع النوعي للوعي الصحي لدى أفراد عينة بحثنا خاصة عند الإناث.

ولاختبار درجة الارتباط بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,26 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين وبالتالي نوع المبحوث لم يؤثر كثيرا على سبب بحثه على المعلومات الصحية وذلك لتوافق النسب العامة مع الاتجاه العام للجدول.

إن سبب بحث الشاب على المعلومات الصحية من أهم المؤشرات الدالة على درجة الوعي الصحي لهذا الشاب، فبمجرد أن هذا الشاب لا يشكو من أي إصابة بالمرض ونجده يبحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، أمر جد إيجابي يبين الثقافة الصحية التي يتمتع بها هذا المبحوث لأنه يدرك جيدا أهمية الصحة ويسعى لكي يحافظ عليها من خلال تثقيف نفسه في مجال الصحة وهذا الأمر ما لمسناه عند الإناث أكثر من الذكور.

وأهم عنصر يمكننا الحديث عليه من خلال هذا التحليل أن نوع المبحوث أثرى نسبيا على وعيه الصحي وظهر ذلك في أن الإناث هن أكثر وعيا في مجال الصحة من الذكور وبهذا يكون تحقق جزء من فرضية بحثنا الأولى الخاصة بالظروف الاجتماعية للمبحوث وتؤثر على وعيه الصحي، ويظهر بشكل واضح علاقة سبب البحث عن المعلومات الصحية حسب النوع في العرض البياني التالي:

شكل رقم (25): يبين العلاقة بين نوع المبحوث وسبب بحثه عن المعلومات حول الصحة



## 1 - 2- تأثير سن المبحوثين على وعيهم الصحي:

إن سن الشاب خلال مرحلة شبابه يعتبر أيضا من المؤشرات المهمة جدا التي تساعد على اكتساب وعي صحي، بحيث كلما يزيد الشخص في العمر تزداد خبرته في شتى المجالات ويكون للصحة أيضا دور في ذلك، ولهذا افترضنا أنه كلما زاد سن الشاب كلما زاد وعيه الصحي، وربطنا السن بمعرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا ونتائج العلاقة جاءت كالتالي:

جدول رقم 26: يبين العلاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						السن
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	76	46,1	35	53,9	41	15 - 19 سنة
100	194	32,5	63	67,5	131	20 - 24 سنة
100	130	30,0	39	70,0	91	25 - 29 سنة
100	400	34,2	137	65,8	263	المجموع

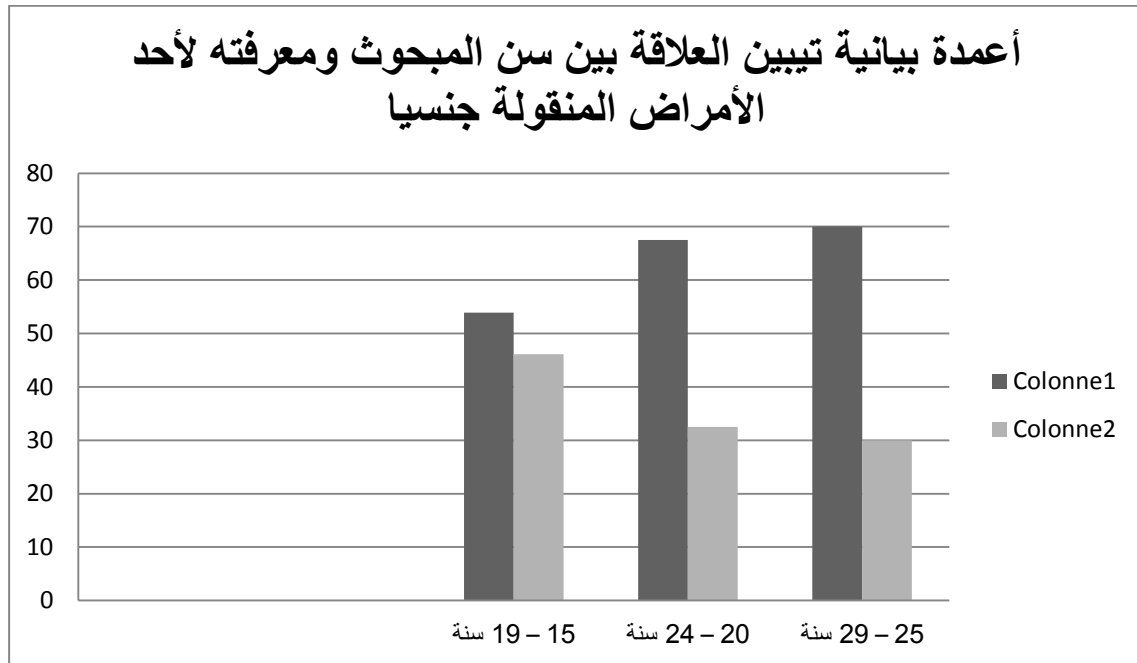
يظهر لنا من خلال الجدول أن معظم المبحوثين يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا بنسبة 65,8%، والتي تبين لنا انتشار الوعي الصحي بين أفراد عينتنا، في المقابل نجد نسبة 34,2% من الشباب صرحوا أنهم لا يعرفون أي مرض من الأمراض المنقولة جنسيا، وتعد هذه النسبة منخفضة نوعا ما مقارنة مع النسبة التي سبقتها. وعند ربط العلاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا وجدنا أنه كلما ارتفع سن المبحوثين كلما زادت معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، وهذا ما يدل على أن السن عامل مهم ومؤثر في اكتساب وعي صحي لدى الشباب بحيث كلما زاد سن الشاب يزيد وعيه الصحي، بحيث سجلنا 70% من المبحوثين في سن 25 - 29 سنة صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، مقابل 53,9% عند المبحوثين في سن 15 - 19.

ولاختبار العلاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,04 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

كما سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يعرفون أي مرض منقول جنسيا عند فئة الشباب في سن 15 - 19 سنة والتي قدرت ب: 46,1%، وهي نسبة معتبرة تدل على نقص وعيهم الصحي في مثل هذه المعلومات ربما لأنهم صغار في السن.

وهذا ما يظهر لنا تأثير السن على الوعي الصحي فالسن مهم جدا ليتمكن الشاب من التعرف إلى مختلف المعلومات الخاصة بالصحة فكلما زاد سنه يزيد رصيده المعرفي في كل المجالات بما فيها المجال الصحي، لأن السن يسمح للفرد بفتح مواضيع قد تكون طبوهات في المراحل السابقة من حياته، ويظهر بشكل واضح علاقة معرفة أحد الأمراض المنقولة جنسيا حسب السن في العرض البياني التالي:

شكل رقم (26): يبين العلاقة بين سن المبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.



### 1 - 3 - الحالة الزوجية للمبحوثين وتأثيرها على وعيهم الصحي:

تعتبر الحالة الزوجية كما ذكرنا سابقا من أهم المؤشرات المؤثرة على الوعي الصحي للمبحوث، بحيث يصبح الشخص مضطرا ليكون مثقفا في مجال الصحة خاصة إذا كان هذا الزواج مصاحب لإنجاب أطفال، ومن خلال هذه النقطة حاولنا أن نبرز تأثير الحالة الزوجية للمبحوث على بحثه على المعلومات الصحية وسبب بحثه لهذه المعلومات ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 27: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وبحثه على المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						الحالة الزوجية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	332	25,0	83	75,0	249	غير متزوج
100	61	21,3	13	78,7	48	متزوج
100	07	14,3	01	85,7	6	مطلق/أرمل
100	400	24,2	97	75,8	303	المجموع

وعند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة الزوجية للمبحوث وجدنا أن معظم المعطيات متوجهة نحو الاتجاه العام للجدول ف سجلنا النسب التالية 85,7% و 78,7% و 75% مثلت كل من المبحوثين المطلقين والأرامل والمتزوجين وغير متزوجين على التوالي، وهي نسب متقاربة تعكس الوعي الصحي لأفراد عينة بحثنا مهما كانت حالتهم الزوجية.

ولاختبار درجة الارتباط بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,04 مما يدل على وجود علاقة طردية جد ضعيفة بين المتغيرين تكاد تنعدم، وبالتالي الحالة الزوجية للمبحوث لم تؤثر كثيرا على بحثه عن المعلومات الصحية.

الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

وهذا ما يدل على أن هناك عوامل أخرى أقوى تتدخل في عملية بحث المبحوث عن المعلومات الصحية مثل سهولة البحث عن المعلومات في ظل التطور التكنولوجي والإعلامي الذي نعرفه في الوقت الراهن.

جدول رقم 28: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وحالته الزوجية وسبب بحثه عن المعلومات حول الصحة.

سبب بحث الشاب على المعلومات الصحي						النوع	الحالة الزوجية
المجموع		عند الإصابة بالمرض		للوفاية من المرض			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	101	19,8	20	80,2	81	ذكور	غير متزوج
100	148	9,5	14	90,5	134	إناث	
100	249	13,7	34	86,3	215	المجموع	
100	25	16,0	04	84,0	21	ذكور	متزوج
100	23	8,7	02	91,3	21	إناث	
100	48	12,5	06	87,5	42	المجموع	
100	05	20,0	01	80,0	04	ذكور	مطلق/أرمل
100	01	-	-	100	01	إناث	
100	06	16,7	01	83,3	05	المجموع	
100	131	19,1	25	80,9	106	ذكور	المجموع
100	172	9,3	16	90,7	156	إناث	
100	303	13,5	41	86,5	262	المجموع	

عند إدخال المتغير الزائر والمتمثل في نوع المبحوث أو جنسه على علاقة الحالة الزوجية للمبحوث وسبب بحثه على المعلومات الصحية، تبين أنه لنوع المبحوث تأثير نوعا ما على سبب بحثه للمعلومات الصحية أكثر من متغير الحالة الزوجية، بحيث هذا الأخير لم يبين تأثيره وجاءت النسب متقاربة ومتوافقة مع الاتجاه العام للجدول وموجهة

نحو سبب البحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، الأمر الذي دفعنا للجوء إلى نوع المبحوث لنبرز العلاقة أكثر.

بحيث بينت معطيات الجدول أن الإناث يبحثن على المعلومات الصحية للوقاية من المرض أكثر نوعا ما من الذكور وقدرت نسبت كل منهما على التوالي بـ: 90,7% للإناث مقابل 80,9% للذكور، وجاءت نسب الجدول كلها على النحو التالي مهما كانت الحالة الزوجية للمبحوث بحيث سجلنا كل حالات الإناث المتزوجات/المطلقات 100% يبحثن عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مقابل 80% للذكور، هذا ما يدل على أن الحالة الزوجية للمبحوثين تؤثر على ممارساتهم الصحية أكثر من تأثيرها على وعيهم الصحي لأن الوعي الصحي قد يتأثر بظروف أخرى مثل المستوى التعليمي للشباب أو الممارسات الثقافية التي يقوم بها الشاب، كانخراطه في مؤسسة شبابية أو ممارسته للرياضة وهذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال الفصل الثامن للدراسة.

كما بينت نتائج الجدول أنه 91,3% من الإناث المتزوجات يبحثن عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مقابل 84% عند الذكور المتزوجين، كما سجلنا أيضا 90,5% من الإناث غير المتزوجات يبحثن عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مقابل 80,2% للذكور غير متزوجين.

وهذا ما يثبت فرضية بحثنا بحيث نستنتج من خلال هذه النتائج أن الإناث أكثر نوعا ما ثقافة صحية من الذكور وهذه الثقافة تتجسد في وعيهم الصحي، لأن الإناث من خلال هذه المعطيات أظهرن أنهم يسعين إلى المحافظة على صحتهم بالبحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مهما كانت حالتهم الزوجية ونفس الشيء لمسناه عند الذكور، لكن كانت المعطيات أعلى بالنسبة للإناث المبحوثات أكثر من الذكور.

وهذا ما يثبت أيضا تأثير نوع المبحوث على سبب البحث عن المعلومات الصحية أكثر من الحالة الزوجية التي لم تظهر العلاقة اللازمة، بصفة عامة إن المتغير الرائد

الذي أدخل لاختبار علاقة الحالة الزوجية وسبب البحث عن المعلومات الصحية، قد أكد على موضوعية هذا الارتباط، أما الحالة الزوجية لمبحوث فتبقى مساهمتها ثانوية.

## 2 - تأثير الظروف الاقتصادية للمبحوثين على وعيهم الصحي:

تلعب الظروف الاقتصادية للمبحوث دورا مهما في التأثير على وعيه الصحي فقد تساعده وتدعمه في التثقيف بشتى الوسائل التي نعتد عليها في عملية التثقيف الصحي، فتوفر الشاب على مختلف وسائل الإعلام كالتلفزيون والراديو والكتب والمجلات والوسائل التي يعتمد عليها للبحث عبر الانترنت كالحاسوب والهاتف النقال الذكي وغيرها من الوسائل الحديثة المستعملة في هذا المجال، ليست بالمجان بل تتطلب مبالغ مالية ليتوفر عليها، وهذا ما نقصده من خلال هذا العنصر كيف تؤثر الظروف الاقتصادية على اكتساب الشاب لثقافة صحية وبما أن معظم أفراد عينة بحثنا بطالين وليس لديهم دخل شهري اعتمدنا على حالة المبحوث المهنية لنبين تأثيرها على وعيه الصحي.

## 2 - 1 - الحالة المهنية للمبحوثين وتأثيرها على وعيهم الصحي:

الحالة المهنية للمبحوث تعد من أهم المؤشرات التي تدعم وعيه الصحي وتأثر عليه فالشاب العامل ليس كغيره من البطال، بحيث يصبح له استقلالية اقتصادية واجتماعية في أن واحد ويكون مناخه الاجتماعي المستقل، مما قد يساعده على اكتساب المعارف عن طريق الاحتكاك بأفراد جدد يستفيد من خبرتهم وتجاربهم، هذا من جهة ومن جهة أخرى توفره على المال يمكنه من اقتناء أحدث وسائل الإعلام بالإضافة إلى الكتب والمجلات وغيرها من مصادر المعلومات، كما للشباب الذي تعد حالته المهنية طالب، الأمر قد يساعده خاصة إذا كان في مرحلة الجامعة التي قد يستفيد منها في جميع الأصعدة بما فيها الوعي الصحي، وهذا ما قد لا نلمسه عند الشباب البطالين، بحيث إن لم يعتمدوا على وسائل الإعلام المتاحة للجميع التلفزيون أو الراديو لا يمكنهم

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

الاعتماد على وسائل أخرى وهذا ما قد يؤخرهم نوعا ما في مجال الوعي الصحي، ومن خلال هذه النقطة حاولنا الربط بين الحالة المهنية للمبحوث وكل من معرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، ونوع هذا المرض الذي يعرفه بالإضافة إلى بحثه عن المعلومات الصحية وسبب بحثه ونتائج العلاقات جاءت كالتالي:

جدول رقم 30: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	34,2	82	65,8	158	طالب
100	78	23,1	18	76,9	60	يعمل
100	82	45,1	37	54,9	45	بطل
100	400	34,2	237	65,8	263	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للمبحوثين وجدنا أن فئة العمال هم الأكثر وعيا بالأمراض المنقولة جنسيا بحيث صرح 76,9% منهم أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، وهنا يدخل عامل آخر غير العامل الاقتصادي بحيث الحالة المهنية للشباب (العمل) تعبر على مكانة اجتماعية تجعل من الشخص العامل يستطيع أن يكتسب ثقافة في جميع المجالات بما فيها الجانب الصحي، وذلك لاحتكاكه بأشخاص آخرين والاستفادة من خبراتهم والاستماع لمشاكلهم وبالتالي عدم الوقوع في مثلها.

ثم تأتي نسبة 65,8% التي مثلت المبحوثين الطلبة الذين صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، وهذا بطبيعة الحال لأن مستواهم التعليمي يمكنهم من

الإطلاع والفهم والاستيعاب لمختلف وسائل الإعلام التي قد تكون في صدد توعية حول الأمراض المنقولة جنسياً.

أما المبحوثين الذين يعانون من البطالة فصرح 54,9% منهم أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسياً مقابل 45,1% لا يعرفون ولا مرض منقول جنسياً وتعبر هذه النسبة على قلت وعي هذه الفئة.

ولاختبار العلاقة بين الحالة المهنية ومعرفة المبحوث أحد الأمراض المنقولة جنسياً طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,01 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.

وبالتالي الحالة المهنية للشباب تؤثر نسبياً على معرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً وعليه تؤثر على وعيه الصحي.

غير أن عدم وعي المبحوث في مرحلة شبابه يمثل هذه الأمراض المنقولة جنسياً، وهو في أوج النشاط الجنسي أمر جد صعب وغير مقبول في مجتمع مثل المجتمع الجزائري، الذي تكاد تنعدم فيه نسب الأمية بين أوساط الشباب، كما أن هذا الجهل قد يصاحبه عدة أوبئة وأمراض خطيرة قد تنتشر في المجتمع بما أنه يكون مصاحب بجهل كيفية انتقال هذا الفيروس، وهذا ما قد يفسر الارتفاع بين نسب المصابين بفيروس السيدا في الجزائر في السنوات الأخيرة خاصة في الولايات الداخلية.

جدول رقم 31: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.

نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث						الحالة المهنية
المجموع		أكثر من مرض		السيدا		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	158	14,5	23	85,4	135	طالب
100	60	36,7	22	63,3	38	يعمل
100	45	11,1	05	88,9	40	لا يعمل
100	263	19,0	50	81,0	213	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا بنسبة 81%، وهي نسبة معتبرة وتعبر على وعي الشباب الصحي لأن مرض السيدا أو الإيدز من الأمراض التي تحض باهتمام أغلبية المنظمات العالمية والهيئات الدولية للتعريف به في جميع أنحاء العالم، وعبر مختلف وسائل الإعلام وهذا لخطورته لأنه يعتبر مرض الموت، وهو أيضا من الأسباب الرئيسية للوفيات التي تعرفها الدول المتقدمة، كما يخصص له يوم عالمي الذي يوافق يوم الأول من شهر ديسمبر من كل سنة ويتم التعريف به وبكيفية انتقاله من شخص إلى آخر، وهذا الأمر الذي ساهمة في رفع هذه النسبة، مقابل 19% والتي مثلت المبحوثين الذين يعرفون أكثر من مرض منقول جنسيا بما فيه السيدا والسيلان والزهري والالتهابات المختلفة، وتدل هذه النسبة على ارتفاع في الوعي الصحي لدى الشباب خاصة أن الأمراض الأخرى المنقولة جنسيا ليست واسعة الانتشار ولا يعرفها العديد من أفراد المجتمع ومعرفة المبحوثين لها يدل على اتساع ثقافتهم الصحية ووعيهم الصحي.

وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنة للمبحوثين وجدنا أعلى نسبة عند البطالين الذين صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا فقط بنسبة 88,9%، تليها نسبة

الطلبة الذين صرحوا أيضا أنهم يعرفون مرض السيدا فقط كمرض منقول جنسيا وهي 85,4%، أما فئة العاملين فصرح 63,6% منهم أنهم يعرفون مرض السيدا. ولاختبار العلاقة بين الحالة المهنية ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,01 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ونوع المرض المنقولة جنسيا الذي يعرفه.

ويظهر لنا من خلال معطيات الجدول أن فئة العاملين هم الأكثر وعيا بنوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفونه بحيث صرح 36,7% أنهم يعرفون أكثر من مرض منقول جنسيا بما فيه السيدا والزهري والسيلان والالتهابات المختلفة مقابل 14,5% عند الطلبة و 11,1% فقط عند البطالين.

وهذا ما يبين تأثير الظروف الاقتصادية بما فيها الحالة المهنية على الوعي الصحي للمبحوثين، لأن الحالة المهنية للمبحوث لا تضمن فقط الاستقرار المادي فقط بل تحقق مكانة اجتماعية تجعل منه قادر على الانخراط في جماعات جديدة قد يستفيد منها من خلال معارف وخبرة الآخرين في شتى المجالات بما فيه مجال الصحة.

جدول رقم 32: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وبخثه عن المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	18,8	45	81,3	195	طالب
100	78	23,1	18	76,9	60	يعمل
100	82	41,5	44	58,5	48	بطل
100	400	24,3	97	75,8	303	المجموع

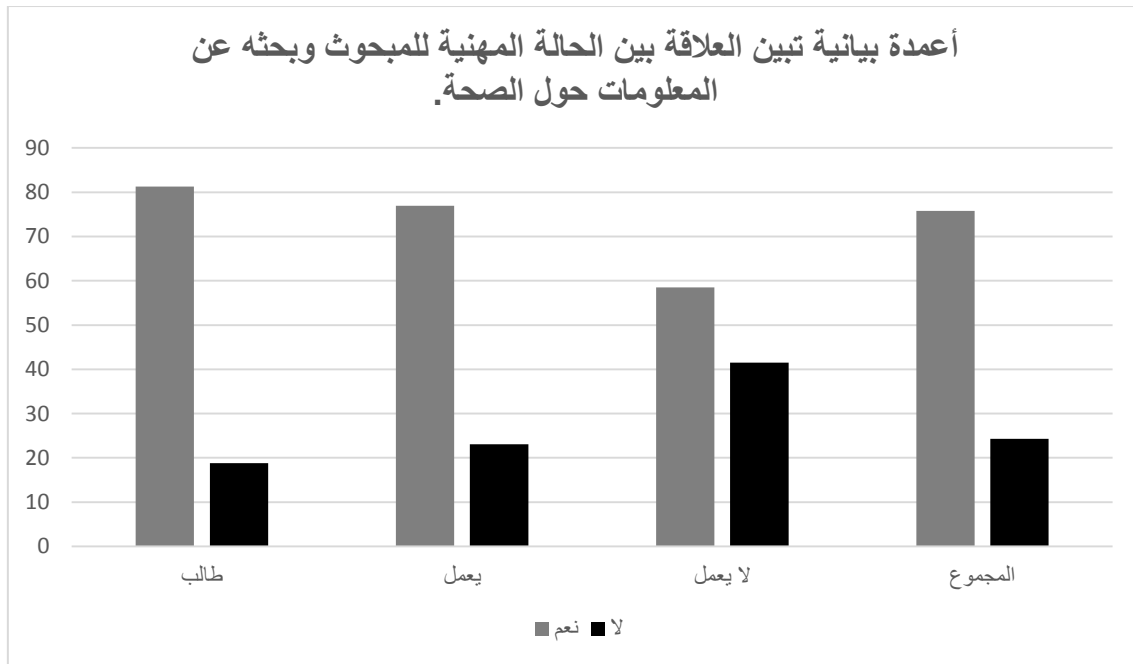
عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للمبحوثين وجدنا أن فئة الطلبة هم الأكثر إقبالا على البحث عن المعلومات الخاصة بالصحة بنسبة 81,3%، وترجع هذه النسبة إلى أن الطلبة هم في صدد البحث عن المعرفة وبالتالي يمكنهم أن يطلعوا عن مجالات أخرى مثل المعلومات الصحية، وأيضا الطلبة يعتبرون في سن يسعون إلى التحسين من مظهرهم الخارجي لينالوا استحسان الغير الأمر الذي يجعلهم يبحثون عن المعلومات الصحية، تليها نسبة 76,9% مثلت فئة العاملين الذين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية وهي نسبة مرتفعة تعكس وعيهم الصحي وقد يكون الفرق بينها وبين النسبة التي مثلت الطلبة أن العاملين ليس لديهم وقت فراغ بسبب العمل.

ولاختبار العلاقة بين الحالة المهنية والبحث عن المعلومات الصحية طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وبخثه عن المعلومات الصحية.

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

أما فئة البطالين فصرح 58,5% منهم أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية إلا أننا نلاحظ في المقابل نسبة 41,5% منهم صرحوا أنهم لا يبحثون عن المعلومات الصحية، وهذه نسبة معتبرة قد تعبر على نقص الوعي الصحي لهذه الفئة خاصة أن هذه الفئة تملك الوقت اللازم للبحث على المعلومات الصحة، وهذا ما يدل على تدخل عامل آخر ناتج عن البطالة مثل سوء الأوضاع المادية مثل عدم توفر وسائل الإعلام الحديثة كالانترنت وغيرها، ويظهر بشكل واضح علاقة البحث عن معلومات صحية حسب الحالة المهنية في العرض البياني التالي:

شكل رقم (27): يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.



جدول رقم 33: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.

سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة						الحالة المهنية
المجموع		عند المرض		للوفاية من المرض		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	195	11,8	23	88,2	172	طالب
100	60	13,3	08	86,7	52	يعمل
100	48	20,8	10	79,2	38	لا يعمل
100	303	13,5	41	86,5	262	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للمبحوثين وجدنا أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض وسجلت أعلى نسبة عند فئة الطلبة 88,2% مقابل 86,7% عند العاملين، و79,2% عند فئة البطالين.

وهذا ما يدل على عدم التأثير القوي للحالة المهنية الخاصة بالمبحوث على سبب بحثه عن المعلومات الصحية لأنه قد تتدخل عوامل آخر أكثر تأثيراً مثل المستوى التعليمي للمبحوث أو جنسه، كما سجلنا هذه المعطيات لأن الاختلاف كبير في حجم العينة الخاص بكل فئة بحيث تقدر نسبة غير عاملين والذين يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض بـ: 12,5% فقط من مجموع المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية.

ثانيا - تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

### 1 - تأثير الظروف الاجتماعية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

إن للظروف الاجتماعية بطبيعة الحال دور يؤثر على ممارسات الشباب الصحية، بحيث نجد هذه الأخيرة تختلف من شاب لآخر وسبب هذا الاختلاف لم يكن عشوائيا بل من جراء عدة عوامل وأسباب أدت إلى اختلافه، ومن بين الظروف الاجتماعية الخاصة بالشباب والتي قد تتحكم في ممارساتهم الصحية نجد نوع الشاب والمتمثل في الذكور والإناث التي تختلف ثقافتهم الصحية والمتمثلة في ممارساتهم الصحية، وهذا ما سنحاول تبينه من خلال اختبارنا للعلاقات الخاصة بالجنس المبحوث وممارساته الصحية، كما يعتبر السن أيضا من الظروف الاجتماعية المؤثرة على الثقافة الصحية وسنحاول إظهار العلاقات الخاصة به والتي تم اختبارها من أجل إبراز أثره على الممارسات الصحية للشباب، وآخر عامل من عوامل الخاصة بالظروف الاجتماعية للمبحوث نجد الحالة الزوجية التي حولنا من خلال هذا العنصر إظهار أثرها على الممارسات الصحية للمبحوثين.

### 1 - 1 - تأثير نوع المبحوثين على ممارساتهم الصحية:

حاولنا من خلال هذه النقطة أن نبين العلاقة بين تأثير نوع المبحوث على ممارساته الصحية، بحيث ربطنا النوع أو جنس المبحوث بكل من إجراء الشاب للفحص الطبي وكمية الماء التي يشربها يوميا، وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي)، بالإضافة إلى تعاطي المبحوث للمخدر ونتائج العلاقات كانت كالتالي:



جدول رقم 34: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري:

إجراء الفحص الطبي بشكل دوري						النوع
المجموع		لا		نعم		
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	200	80,0	160	20,0	40	ذكور
100	200	70,5	141	29,5	59	إناث
100	400	75,2	301	24,8	99	المجموع

يظهر لنا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين صرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي بشكل دوري وقدرت نسبتهم ب: 75,2%، مقابل 24,8% صرحوا أنهم يقومون بإجراء الفحص الطبي بشكل دوري، وترجع هذه النسبة إلى أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يتمتعون بصحة جيدة ولا داعي للذهاب إلى الطبيب للفحص، كما أننا في صدد دراسة حول الشباب لا يفوق سنهم 29 سنة وهذا قد يكون سبب آخر لعدم قيامهم بالفحص الطبي لأنهم فئة صغيرة في السن ولم يتعرضوا بعد للأمراض. وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في النوع وجدنا أن لا يوجد فرق كبير بين النسب التي سجلت عند كل من الذكور والإناث، بحيث سجلت نسبة 80% من الذكور صرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي بشكل دوري مقابل 70,5% عند الإناث، وترجع هذه النتائج إلى عدة أسباب من بينها صغر سن أفراد عينة دراستنا أقل من 29 سنة كما ذكرنا سابقا وتمتعهم بالصحة الجيدة بحيث سجلنا 7,5%<sup>1</sup> من المبحوثين فقط صرحوا أنهم يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري بسبب المرض منهم 4,7%<sup>2</sup> يعانون من مرض مزمن.

<sup>1</sup> كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 03.

<sup>2</sup> كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 04.

إن الفحص الطبي بشكل دوري هو من المؤشرات الدالة على الثقافة الصحية التي تتجسد في هذه الممارسة الصحية، خاصة عند الشباب لأنهم يتعرضون للكثير من العوامل المادية والنفسية التي تؤثر في صحتهم، وقد يكون هذا التأثير بسيطاً غير ملاحظ ويبدأ بالزيادة شيئاً فشيئاً ليتحول إلى مرض شديد يحتاج لعناية وجهد وعلاج ليشفى هذا الشخص منه وقد يصاحبه بقية عمره<sup>1</sup>، وبالتالي الفحص الطبي له دور وقائي يجهله العديد من أفراد عينة بحثنا.

لتفادي مثل هذه الحالات يتحتم على أي شخص طبيعى عرض نفسه بين فترة وأخرى على الطبيب ليفحصه فحصاً عاماً ويجري له بعض التحاليل التي تبين حالة جسمه.

كما للفحص الطبي الدوري أهمية كبيرة تبرز في أنه يساعد على الاكتشاف المبكر للمرض وأيضاً معالجة الأمراض في بدايتها ومنع مضغفات المرض والسيطرة عليه ورفع المستوى الصحي للشباب.

وهذا ما لم نلمسه في أفراد عينة بحثنا بحيث معظمهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري لأنهم يجهلون أهميته، بحيث معظمهم صرحوا أنهم لا يقومون به لأنهم يتمتعون بصحة جيدة متناسين الدور الوقائي له، لأن إجراء الفحص الطبي الدوري يتمكنون من المحافظة على هذا المستوى من الصحة، كما لم يظهر تأثير الجنس على هذه الممارسة الصحية لأن النسب تقاربت بين الذكور والإناث وبالتالي جنس الشاب لا يؤثر كثيراً على إجرائه للفحص الطبي.

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 109.

جدول رقم 35: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وكمية الماء التي يشربها يوميا:

كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا								النوع
المجموع		لتر وأكثر		أقل من لتر		أقل من نصف لتر		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	61,5	123	30,0	60	8,5	17	الذكور
100	200	44,0	88	34,0	68	22,0	44	الإناث
100	400	52,7	211	32,0	128	15,3	61	المجموع

من خلال قراءتنا للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين صرحوا أنهم يشربون لتر وأكثر من الماء يوميا بنسبة 52,7%، وهذا ما يدل على ممارسات الشباب الصحية، مقابل نسبة بسيطة 15,3% صرحوا أنهم يشربون أقل من نصف لتر يوميا.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في النوع وجدنا أنه يؤثر على كمية شرب الماء لدى الفئة التي تشرب أكثر من لتر بحيث سجلنا 61,5% للذكور مقابل 44,0% للإناث.

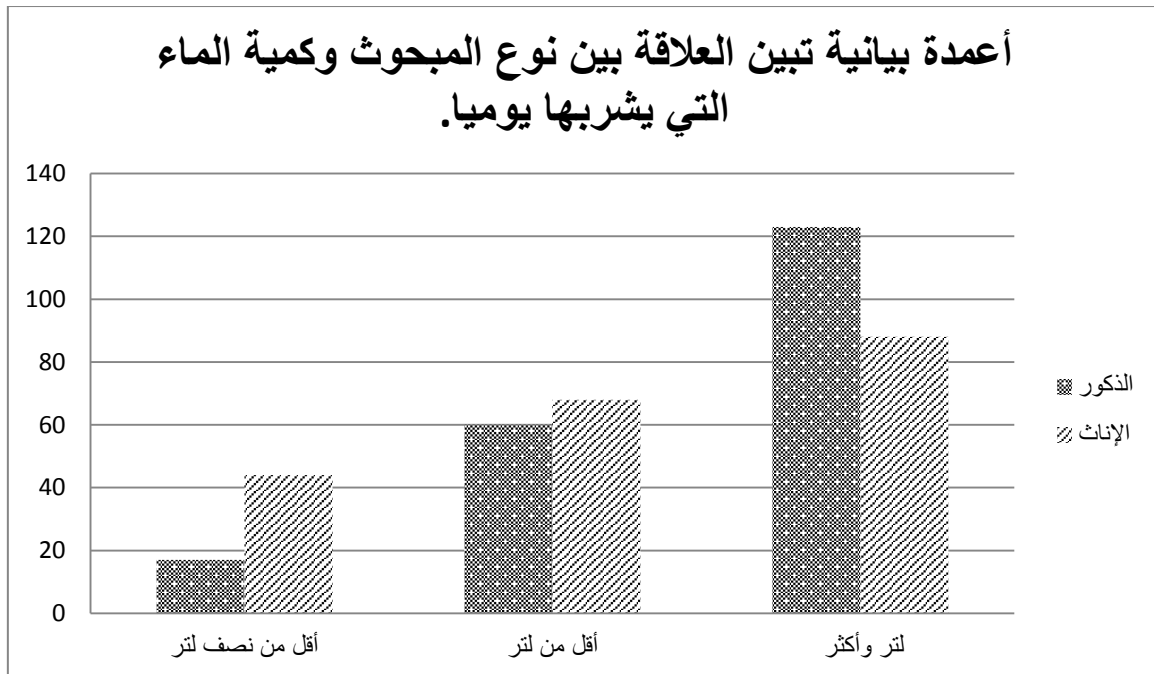
ولاختبار العلاقة بين نوع المبحوث وكمية الماء التي يشربها طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن نوع المبحوث يؤثر على كمية الماء التي يشربها يوميا.

إن معطيات الجدول تبين أن الذكور هم الذين يشربون الماء بكميات أكبر من الإناث، وقد يرجع ذلك إلى الممارسات الصحية الأخرى التي يمارسها هؤلاء الشباب، بحيث نجد الذكور هم أكثر إقبالا على ممارسة الرياضة من الإناث، وبطبيعة الحال الرياضة تتطلب شرب كميات كبيرة من الماء للتعويض الماء الذي يخرج من الجسم جراء

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

بذل الجهد، كما أن الذكور معظم وقتهم يقضونه خارج البيت وهذا ما يزيد من إحساسهم بالعطش خاصة في الجو الحار، إلا أن الماء هو عنصر الحياة ومن المفروض أن يشرب الشخص أكثر من لتر يوميا لتقادي عدة أمراض وللتخلص من سموم الجسم، وتتدرج كمية شرب الماء من المؤشرات الأساسية للثقافة الصحية التي تتجسد في الممارسة الصحة، وهذا ما لمسناه عند الذكور أكثر من الإناث، ويظهر بشكل واضح علاقة كمية شرب الماء حسب الجنس في العرض البياني التالي:

شكل رقم (28): يبين العلاقة بين نوع المبحوث وكمية الماء التي يشربها يوميا.



جدول رقم 36: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي):

إدمان المبحوث في تناول المنبهات (القهوة والشاي)						النوع
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	45,5	91	54,5	109	الذكور
100	200	72,5	145	27,5	55	الإناث
100	400	59,0	236	41,0	164	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن أكثر من نصف المبحوثين 59% صرحوا أنهم غير مدمنين على تناول المنبهات (القهوة والشاي)، مقابل 41% يدمنون على تناول المنبهات مما يدل على الوعي النوعي لأفراد عينة دراستنا.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في النوع وجدنا أنه له تأثير على سلوك الشاب حول إدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي)، بحيث تظهر لنا نتائج الجدول أن الإناث لا يملنا إلى مثل هذه الممارسات غير الصحية وبالتالي لا يدمن على تناول المنبهات بنسبة 72,5%، في حين نجد المبحوثين الذكور هم أكثر إقبالا على مثل هذه الممارسات بنسبة 45,5% فقط من الذكور غير مدمنين على تناول المنبهات.

ولاختبار العلاقة بين النوع وإدمان المبحوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي) طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 1 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن نوع المبحوث يؤثر على إدمانه على تناول المنبهات.

وقد تفسر هذه النتائج بالتنشئة الاجتماعية السائدة في المجتمع الجزائري بصفة عامة، بحيث يعودون الذكور منذ مراحل مبكرة من العمر على تناول القهوة والشاي في

حين نجد الفتيات لا يتعودن على هذه المشروبات، وهذا ما يجعل الإناث يملكن ثقافة صحية أكثر من الذكور تتجسد في ممارساتهن الصحية، خاصة في الجانب المتعلق بالغذاء بحيث من أهم المواد الفعالة الموجودة في بذور القهوة هي مادة الكافيين كما تتواجد أيضا في أوراق نبات الشاي، والإدمان على المنبهات كالقهوة والشاي لاحتوائها على هذه المادة له أضرار عديدة، منها أن مادة الكافيين تسبب الآثار الدوائية التالية:

- منبهة للجهاز العصبي المركزي بحيث تحسن المزاج.

- منبهة لعضلة القلب وتساهم في زيادة عدد ضرباته.

- مدرية للبول.

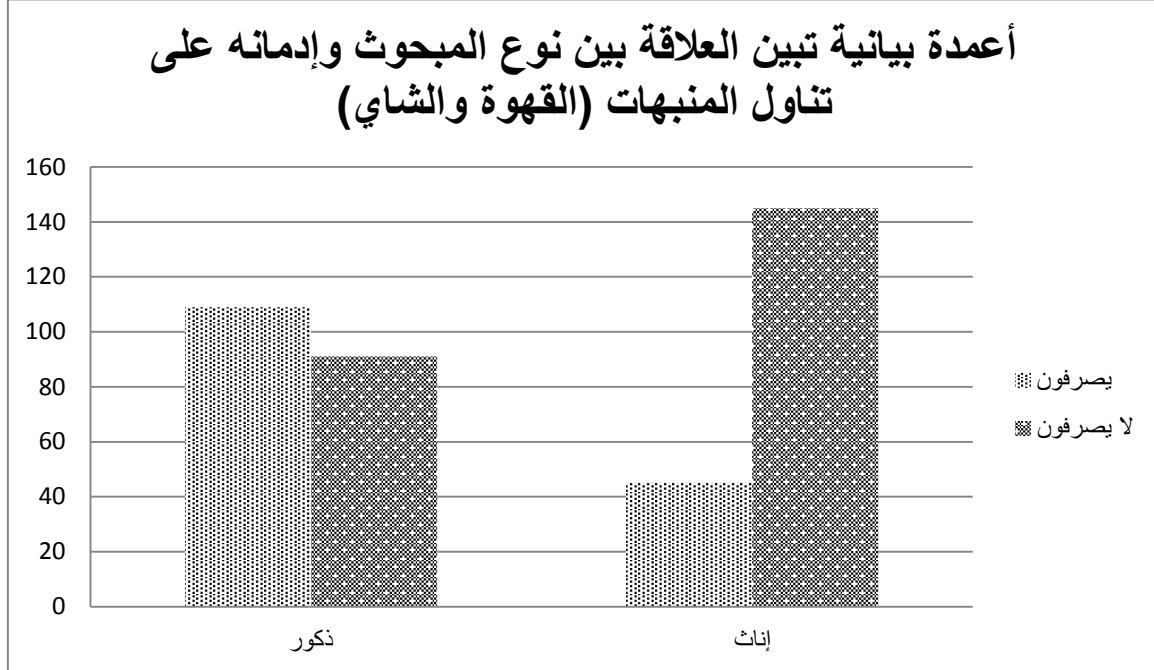
- موسع للقصبات ومنبه للتنفس<sup>1</sup>.

والإناث لا يملنا إلى مثل هذه الممارسات، لأنهن أغلب الوقت في المنزل الأمر الذي يتيح لهن الاعتناء بصحتهن الغذائية، كما أن في أغلب الأحيان تتناول المنبهات يكون مصحوب بممارسات أخرى غير صحية مثل التدخين مثلا وهذا ما لم نلمسه كثيرا عند الإناث، أما بخصوص الذكور فمعظم الوقت يقضونه خارج المنزل في المقاهي والنوادي وغيرها من المراكز التي يتوفر بها هذه المشروبات وهذا ما يساعدهم على إدمانهم عليها، وتظهر بشكل واضح علاقة الإدمان على شرب المنبهات حسب الجنس في العرض البياني التالي:

---

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 262، 203.

الشكل رقم (29): يبين العلاقة بين نوع المبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي).



جدول رقم 37: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وتعاطيه للمخدر:

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	50,0	100	50,0	100	الذكور
100	200	98,0	196	2,0	04	الإناث
<b>100</b>	<b>400</b>	<b>74,0</b>	<b>296</b>	<b>26,0</b>	<b>104</b>	<b>المجموع</b>

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم المبحوثين لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي مخدر بنسبة 74% مقابل 26% صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر، وهذا ما يدل على انتشار ممارسات صحية لدى أفراد عينة بحثنا.

وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في نوع المبحوثين تبرز العلاقة أكثر ويظهر لنا أن 98% من مجموع المبحوثين الإناث صرحوا أنهم لم يسبق لهم تعاطي أي نوع من المخدر مقابل 50% عند الذكور.

ولاختبار درجة الارتباط بين نوع المبحوث وتعاطيه للمخدر قمنا بحساب معامل الاقتران والذي قدر ب: 0,96 مما يدل على وجود ارتباط قوي جدا بين المتغيرين قريب أن يكون كاملا، فنسبة كبيرة من الإناث لم يسبق لهم أن تعاطين أي نوع من المخدر، وفي المقابل نجد نسبة معتبرة من الذكور سبق لهم وأن تعاطوا المخدر وبالتالي نوع الشاب أثر على تعاطيه للمخدر.

هذا ما يدل أيضا على أن الإناث المبحوثات يملكن ثقافة صحية أكثر من الذكور وتتجسد من خلال ممارساتهن الصحية التي أظهرتها المعطيات المسجلة في الجدول، بالإضافة إلى أن معظم المبحوثات اللواتي سبق لهم التعاطي كن يتعاطوا التبغ بنسبة 75%<sup>1</sup> ونفس النسبة سجلت عند اللواتي توقفن عن التعاطي أي ما يساوي 75%<sup>2</sup> منهن.

أما بخصوص الذكور فصرحوا 55% منهم أنهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ بحيث يرى عبد المجيد الشاعر أنه يندفع عادة الشباب وراء عادة التدخين بدافع اعتقادهم أنه مكمل للرجولة أو بدافع التقليد أو بدافع حب الاستطلاع على ما يحتويه التبغ الذي تروج له بعض وسائل الإعلام، وقد يكون الاعتقاد بأن التدخين يهدئ الأعصاب وراء إقبال بعض الشباب على التدخين، ولكن لو استوعب المدخن الأخطار التي تتجم عن هذه السجائر وتخيل ما يمكن أن تحدث من أضرار في جسمه لأقلع الكثير من المدخنين على هذه العادة<sup>3</sup>.

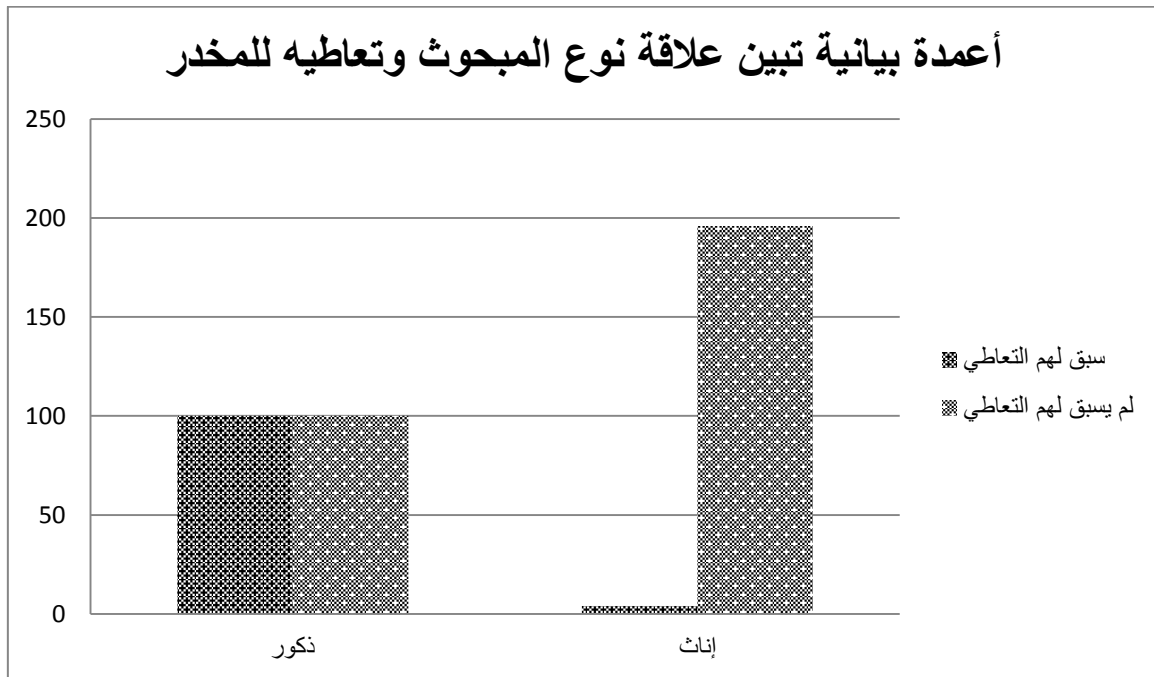
<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 05.

<sup>2</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 06.

<sup>3</sup>عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 286.

وللأسف هذا ما يدل على عدم اكتساب أفراد عينة بحثنا خاصة الذكور على الثقافة الصحية الكافية لكي يتجنبوا مثل هذه الممارسات غير الصحية بحيث 17% منهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ والخمر والمخدرات، كما سجلنا نسبة 156% منهم مازالوا مستمرين في التعاطي أي أكثر من نصف المبحوثين<sup>2</sup> الذين سبق لهم التعاطي. وبالتالي نوع الشاب أثر وبقوة على تعاطيه للمخدر ويظهر بشكل واضح علاقة تعاطي المخدر حسب الجنس في العرض البياني التالي:

شكل رقم (30): أعمدة بيانية تبين علاقة نوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.



## 1 - 2 - تأثير سن المبحوثين على ممارساتهم الصحية:

حاولنا من خلال هذه النقطة أن نبين العلاقة بين تأثير سن المبحوث على ممارساته الصحية لأن السن عامل مهم وله دور اجتماعي، فمرحلة الشباب تتكون من

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 2 والجدول رقم 05.

<sup>2</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 2 والجدول رقم 06.

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

ثلاث فئات عمرية تختلف الممارسات الصحية وغير الصحية فيها وتختلف أيضا فيها درجة الوعي الاستيعاب حسب الفئات العمرية، فمن المفروض يكتسب الشاب الخبرة كلما تقدم في السن ويجسد هذه الخبرة في ممارساته الصحية، وقد ربطنا السن بكل من إجراء الشاب للفحص الطبي الدوري وكمية الماء التي يشربها يوميا وتعاطي المبحوث للمخدر، كما استعنا بالمعامل الرائد لنبرز العلاقة أكثر مما كانت عليه واستعن بنوع المبحوث ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 38: يبين العلاقة بين نوع المبحوث وسنه وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري:

إجراء المبحوث للفحص الطبي						النوع	السن
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	24	79,2	19	20,8	05	ذكور	19 - 15 سنة
100	52	73,1	38	26,9	14	إناث	
100	76	75,0	47	25,0	19	المجموع	
100	76	76,3	58	23,7	18	ذكور	24 - 20 سنة
100	118	68,6	81	31,4	37	إناث	
100	194	71,6	139	28,4	55	المجموع	
100	100	83,0	83	17,0	17	ذكور	29 - 25 سنة
100	30	73,3	22	26,7	08	إناث	
100	130	80,8	105	19,2	25	المجموع	
100	200	80,0	160	20,0	40	ذكور	المجموع
100	200	70,5	141	29,5	59	إناث	
100	44	75,3	301	24,7	99	المجموع	

وبإدخال المتغير الرائد والمتمثل في نوع المبحوث على علاقة سن المبحوث وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري، تبين أن لنوع المبحوث تأثير نوعا ما على إجرائه للفحص الطبي أكثر من متغير سن المبحوث، بحيث هذا الأخير لم يبين تأثيره على

إجراء الشاب للفحص الطبي الدوري بحيث معظم النسب كانت متقاربة بين فئات السن الأمر الذي دفعنا للجوء إلى نوع المبحوث لنبرز العلاقة أكثر.

بحيث بينت معطيات الجدول أنه كلما كان نوع المبحوث من الإناث كلما زاد نوعا ما الإقبال على إجراء الفحص الطبي بشكل دوري، وبالتالي النوع يؤثر نسبيا على إجراء الفحص الطبي الدوري لدى الفئة التي لا تقوم بإجراء الفحص الطبي بحيث سجلنا 80% للذكور مقابل 70,5% للإناث، وبقيت النسب على هذه الوتيرة حسب مختلف فئات السن بحيث سجلنا 83% للذكور مقابل 73,3% للإناث للفئة العمرية 25 - 29 سنة و 76,3% للذكور مقابل 68,6% للإناث للفئة العمرية 20 - 24 سنة و 79,2% للذكور مقابل 73,1% للإناث للفئة العمرية 15 - 19 سنة بالنسبة للمبحوثين الذين لا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري، وهذا ما يبين تأثير الجنس أكثر من تأثير السن على إجراء الفحص الطبي الدوري، إلا أن معظم المبحوثين مهما كان سنهم وجنسهم سرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي، وهذا أمر يدعو للتساؤل بحيث فئة عمرية واعدة بالمستقبل لا تأبه بصحتها ولا تدرك ضرورة الفحص الطبي الدوري الذي قد يخلصها من عدة مشاكل صحية في المستقبل، فالفحص الطبي ليس فقط عند المرض بل قبل الإصابة به، وهذا ما نلمسه في المجتمعات المتقدمة أكثر من مجتمعاتنا بحيث نجدهم يقبلون على إجراء الفحص الطبي الدوري منذ الطفولة وهنا، تتدخل عوامل أخرى مثل الأسرة ودرجة وعيها بهذه الأمور فلو نشأ الشاب منذ طفولته على مثل هذه الممارسات الصحية لا تعود عليها وبقي مقبل عليها في فترة حياته اللاحقة.

أخيرا يمكن القول بأن سن المبحوث ليس له التأثير الكبير على الإقبال على إجراء الفحص الطبي الدوري بحيث لم نلمس الاختلاف الكبير بين النسب حسب فئات السن، فمعظم المبحوثين لا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري، في حين يظهر تأثير الجنس في عملية إجراء الفحص الطبي بحيث سجلنا كل النسب الكبيرة في الجدول التي

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

مثلت عدم إجراء الفحص الطبي الدوري كانت تمثل فئة الذكور، كما بينت معطيات الجدول أن أعلى نسبة من المبحوثين الذين يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري عرفها الإناث في سن 20-24 سنة وقدرت بـ: 31,4%.

وهذا ما يثبت فرضية بحثنا بحيث نستنتج من خلال هذه النتائج أن الإناث هن أكثر ثقافة صحية من الذكور وتزداد ثقافتهم كلما ارتفعن في السن خلال مرحلة شبابهن وهذه الثقافة الصحية تتجسد في ممارساتهن الصحية ولو كان الاختلاف غير كبير لكنه يبقى موجود.

بصفة عامة إن المتغير الرائد الذي أدخل لاختبار علاقة سن المبحوث وإجرائه للفحص الطبي الدوري، قد أكد على موضوعية هذا الارتباط، أما سن المبحوث فتبقى مساهمته ثانوية.

**جدول رقم 39: يبين العلاقة بين سن المبحوث وكمية الماء التي يشربها في اليوم:**

كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا								السن
المجموع		لتر وأكثر		أقل من لتر		أقل من نصف لتر		
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	76	48,7	37	27,6	21	23,7	18	19 - 15 سنة
100	194	53,6	104	30,4	59	16,0	31	24 - 20 سنة
100	130	53,8	70	36,9	48	9,2	12	29 - 25 سنة
100	400	52,8	211	32,0	128	15,3	61	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين قدرة كمية الماء التي يشربونها يوميا لتر وأكثر بنسبة 52,7%، وهذا ما يدل على الوعي النوعي لأفراد عينة بحثنا، تليها نسبة 32,0% والتي تمثل نسبة الشباب الذين صرحوا أنهم

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

يشربون أقل من لتر من الماء يوميا، وأخر نسبة سجلت عند الشباب الذين صرحوا أنهم يشربون أقل من نصف لتر من الماء يوميا وقدرت نسبتهم بـ 15,3%.

كما يبين الجدول أيضا أنه كلما ارتفع سن المبحوثين كلما زادت نوعا ما كمية الماء التي يشربونها، هذا ما يدل على أنهم يكتسبون ثقافة صحية كلما تقدموا في السن بحيث قدرة نسبة الشباب الذين يتراوح سنهم ما بين 25 - 29 سنة ويشربون لتر وأكثر من الماء يوميا بـ: 53,8%، كما سجلنا تقريبا نفس النسب عند المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين 20 - 24 سنة فهم أيضا أعلى نسبة لديهم مثلت الشباب الذين يشربون لتر وأكثر من الماء وقدرت بـ: 53,6%، وأيضا عرفت أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين 15 - 19 سنة عند الشباب الذين صرحوا أنهم يشربون لتر وأكثر من الماء يوميا وقدرت بـ: 48,7%.

وهذا ما يدل على أن النتائج متوافقة مع الاتجاه العام للجدول مع ارتفاع طفيف كلما تقدم المبحوثين في السن.

وبالتالي السن أثر نسبيا على الممارسات الصحية للمبحوثين حيث قد تتدخل عوامل اجتماعية أخرى أقوى مثل نوع البحوث أو عوامل ثقافية مثل المستوى التعليمي وممارسة الرياضة، هي التي تحدد أكثر كمية الماء التي يشربها الشاب يوميا، وهذا ما يبينه أكثر الجدول التالي الخاص بسن المبحوث وتعاطيه للمخدر.

**جدول رقم 40: يبين العلاقة بين سن المبحوث وتعاطيه للمخدر:**

تعاطي المبحوث للمخدر						السن
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
19,0	76	89,5	68	10,5	08	15 - 19 سنة
48,5	194	83,0	161	17,0	33	20 - 24 سنة
32,5	130	51,5	67	48,5	63	25 - 29 سنة
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع

وبإدخال سن المبحوثين كمتغير مؤثر على تعاطي المبحوث للمخدر وجدنا أنه سجلت أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يتراوح سنهم من 15 - 19 سنة ولم يسبق لهم أن تعاطوا أي نوع من المخدر وقدرت بـ: 89,5%، مقابل 51,5% عند المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين 25 - 29 سنة.

وهذا ما يدل على أن كلما ارتفع سن المبحوثين زاد إقبالهم على تعاطي المخدر إلا أن معظم المبحوثين في كل الفئات العمرية صرحوا أنهم لم يسبق لهم أن تعاطوا المخدر وهذا ما يتوافق مع الاتجاه العام للجدول ويعكس الممارسات الصحية للمبحوثين مهما كان سنهم.

ولاختبار العلاقة بين السن وتعاطي المبحوث للمخدر طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين سن المبحوث وتعاطيه للمخدر.

كما سجلنا أعلى نسبة للمبحوثين الذين هم في سن 25 - 29 سنة صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر وقدرت بـ: 48,5%، إلا أنهم أقلعوا على هذه الممارسات غير الصحية وتوقفوا عن التعاطي وبالتالي هذا ما بين أنهم اكتسبوا ثقافة صحية مع تقدمهم في السن وقدرت نسبة الذين غيروا ممارساتهم بـ: 44,4%<sup>1</sup>، فقد يتبنى الشاب ممارسات غير صحية وهو في مراحل شبابه الأولى لجهله أضرار هذه الممارسات أو حبا في التجريب أو لإحساسه بالرجولة خاصة عند الذكور، حيث سجلنا نسبة 51,5%<sup>2</sup> من المبحوثين في سن 25 - 29 سنة سبق لهم التعاطي التبغ.

<sup>1</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 07.

<sup>2</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 08.

وقد يبتعد الشاب عن هذه الممارسات مع تقدمه في السن لاكتشافه الأضرار الصحية التي يخلفها تعاطي أي نوع من المخدر، على رأسها الإدمان الذي يعتبر مشكل اجتماعي بالدرجة الأولى وهذا ما يؤكد فرضيتنا بحيث قدرنا أنه كلما تقدم الشاب في السن خلال مرحلة شبابه كلما زادت ثقافته الصحية.

### 1 - 3 - تأثير الحالة الزوجية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

الحالة الزوجية هي أيضا من الظروف الاجتماعية التي قد تكون لها التأثير الكبير على الممارسات الصحية، بحيث يعد الشاب المتزوج أكثر وعيا من غير المتزوج لأن الزواج يفرض على الشخص أن يكون ذو دراية بالممارسات الصحية التي تفرضها عليه العلاقة الزوجية، وهذا ما حاولنا أن نبينه من خلال علاقة الحالة الزوجية بكل من إجراء الفحص الطبي الدور وتعاطي المخدر ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 41: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وإجرائه للفحص الطبي:

إجراء المبحوث للفحص الطبي						الحالة الزوجية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	332	75,3	250	24,7	82	غير متزوج
100	61	73,8	45	26,2	16	متزوج
100	07	85,7	06	14,3	01	مطلق/أرمل
100	400	75,3	301	24,7	99	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول عند إبراز العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وإجرائه للفحص الطبي، أن الحالة الزوجية لم تؤثر كثيرا على إجراء المبحوث للفحص الطبي من خلال معطيات الجدول، بحيث سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين لا يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري عند فئة المطلقين والأرامل بنسبة 85,7%، تليها نسبة 75,3% والتي مثلت المبحوثين غير المتزوجين والذين صرحوا أنهم لا يقوموا

بالفحص الطبي الدوري، مقابل 73,8% من مجموع المبحوثين المتزوجين الذين صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري.

ولاختبار درجة الارتباط بينالمتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,04 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة جدا تكاد تتعدم بين الحالة الزوجية للمبحوث وإجراءاته للفحص الطبي الدوري، وهذا ما يبين لنا أن معظم المبحوثين لا يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري مهما كانت حالتهم الزوجية.

وهذا ما يدل على عدم اكتساب ثقافة صحية بالرغم من الإقدام على الزواج، فالعلاقة الزوجية تتطلب الاعتناء بالصحة وإجراء الفحص الطبي الدوري لرفع المستوى الصحي للفرد، خاصة عند حدوث حمل مثلا لأن من مكونات الفحص الطبي فحص الدم الذي يعطي صورة عن الحالة الصحية للإنسان من خلال فحص الهيموجلوبين الذي يبين قوة الدم ويحدد ظهور حالات فقر الدم الذي قد يكون مصاحب للحمل، كذلك يمكن الكشف عن رصد السكري وكمية الكولسترول، ومن الممكن فحص كمية الأملاح الموجودة في الدم والتي بدورها تحدد العضو المريض لعلاجه<sup>1</sup>.

كما يعد الفحص التلفزيوني (التراساوند) من مكونات الفحص الطبي الدوري خاصة عند المرأة الحامل فهو يفحص الجنين لتحديد سلامته وسلامة نموه<sup>2</sup>، وبالرغم من أن 82%<sup>3</sup> من المبحوثين المتزوجين صرحوا أنهم لديهم أطفال، إلا أننا لم نلمس إقبال كبير على إجراء الفحص الطبي الدوري لدى هذه الفئة، وقد يرجع ذلك بالأساس إلى ظروف أخرى وعوامل قد تظهر من خلال الجداول القادمة كالعامل الاقتصادي، ويظهر

<sup>1</sup> عبد المجيد الشاعر وآخرون: المرجع السابق، ص 111.

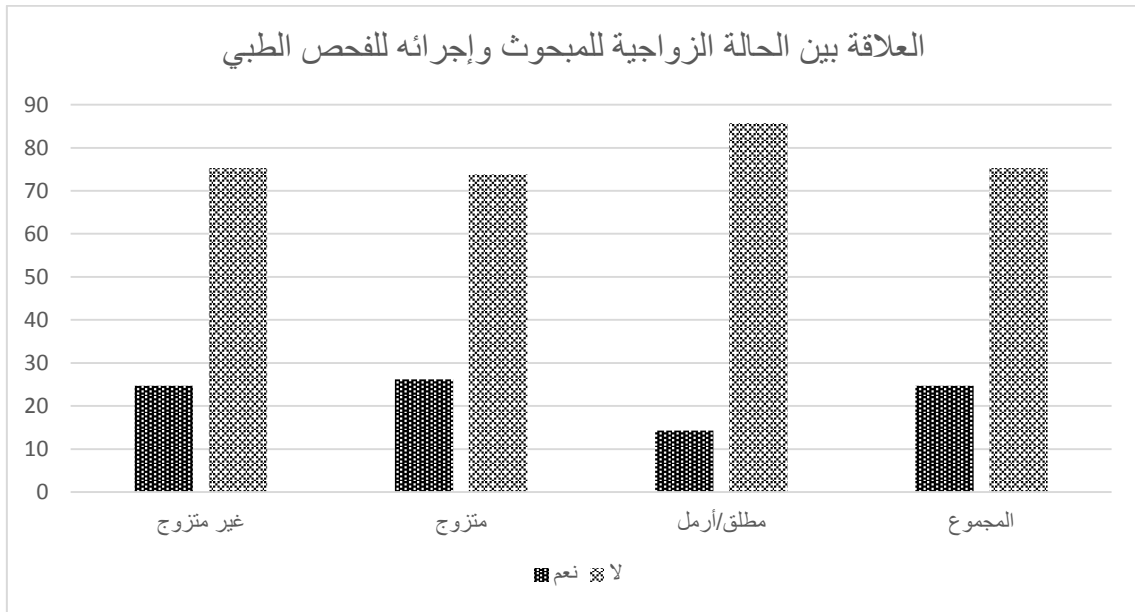
<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 111، 112.

<sup>3</sup> كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 09.

## الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

بشكل واضح علاقة إجراء الفحص الطبي الدوري حسب الحالة الزوجية في العرض البياني التالي:

الشكل رقم (31): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وإجراءه للفحص الطبي



جدول رقم 42: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وتعاطيه للمخدر.

الحالة الزوجية	تعاطي المبحوث للمخدر					
	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
غير متزوج	75	22,6	257	77,4	332	100
متزوج	26	42,6	35	57,4	61	100
مطلق/أرمل	03	42,9	04	57,1	07	100
المجموع	104	26,0	296	74,0	400	100

ولإظهار العلاقة بين الحالة الزوجية وتعاطي المبحوث للمخدر قمنا بالربط بينهما حيث وتوصلنا إلى أن المبحوثين غير المتزوجين هم الذين لا يقبلون على تعاطي المخدر بنسبة 77,4%، مقابل 57,4% عند المتزوجين 57,1% عند المطلقين والأرامل.

ولاختبار العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,01 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعد الحالة الزوجية من بين أهم العوامل الاجتماعية التي من المفروض أنها تؤثر على ممارسات الشباب الصحية بحيث يعتبر تكوين أسرة مسؤولية تحتم على الشخص أن يكون مثقفا في مجال الصحة لكي يعتني بأفراد أسرته ويكون قدوة لأطفاله في المستقبل، وتعاطي أحد أفراد الأسرة للمخدر يعتبر من أخطر الأزمات الاجتماعية والاقتصادية التي قد تتعرض لها هذه الأسرة خاصة إذا كان هذا المخدر خطير ويؤدي إلى الإدمان مثل المخدرات والخمر... إلخ.

إلا أن الأمر الذي يميز أفراد عينة بحثنا المتزوجين أن معظمهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ بنسبة 69,2%<sup>1</sup>، كما أن 61,5%<sup>2</sup> منهم توقعوا عن التعاطي بعد الزواج، وهذا ما يبرز دور الحالة الزوجية للمبحوث وتأثيرها على اكتسابه ثقافة صحية تتجسد في ممارسته.

ولم يظهر التأثير الكبير للحالة الزوجية على تعاطي الشاب للمخدر من خلال معطيات الجدول لأن معظم أفراد عينة بحثنا لم يسبق لهم تعاطي المخدر بنسبة أعلى عند غير المتزوجين الذين معظمهم صغار في السن أقل من 19 سنة وأيضا 98%<sup>3</sup> من المبحوثين الإناث صرحوا أنهم لم يسبق لهم أن تعاطوا المخدر منهن 98,9%<sup>4</sup> غير متزوجات.

<sup>1</sup> كما يوضحه ملحق رقم 02 جدول رقم 10.

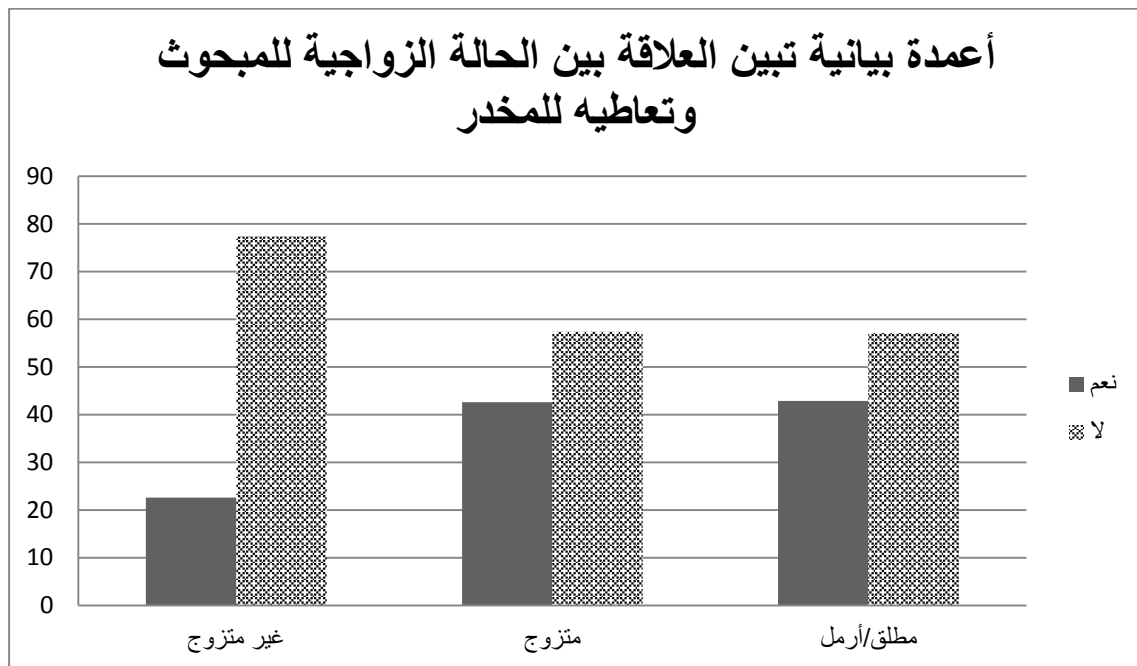
<sup>2</sup> كما يوضحه ملحق رقم 02 جدول رقم 11.

<sup>3</sup> كما يوضحه ملحق رقم 02 جدول رقم 12.

<sup>4</sup> كما يوضحه ملحق رقم 02 جدول رقم 13.

في حين نجد أعلى نسبة للذين سبق لهم وأن تعاطوا المخدر سجلت عند المطلقين والأرامل والتي قدرت ب: 42,9%، هذا يدل على تأثير حالتهم الزوجية على ممارساتهم والتي كانت موجهة إلى الممارسات غير الصحية للهروب من واقعهم الذي يرفضونه، ويظهر بشكل واضح علاقة تعاطي المخدر حسب الحالة الزوجية في العرض البياني التالي:

شكل رقم (32): يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وتعاطيه للمخدر.



## 2 - تأثير الظروف الاقتصادية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

تعتبر الظروف الاقتصادية للشباب عامل مهم ومؤثر في ثقافة الشاب الصحية، فالشاب الذي لديه إمكانيات مادية جيدة تساعد على الاهتمام بصحته ويتولد لديه ثقافة صحية كإجراء فحص طبي بشكل دوري للاطمئنان على صحته والانضمام إلى نوادي خاصة لممارسة الرياضة مثلا، كما يستطيع توفير الغذاء المناسب والمتنوع الذي ينمي جسمه، وفي المقابل قد يكون العكس فقد تساعد هذه الظروف على ممارسات غير

صحية كتعاطي المخدر مثلا لتوفر الإمكانيات المادية لديه، وهذا ما حاولنا إبرازه من خلال هذا العنصر حيث اعتمدنا على مؤشر الحالة المهنية للشباب لنبرز تأثيرها على ممارساته الصحية واكتفينا بهذا المؤشر لأن معظم أفراد عينة بحثنا ليس لديهم دخل شهري 79%<sup>1</sup>.

## 2 - 1 - الحالة المهنية للمبحوثين وتأثيرها على ممارساتهم الصحية:

تعتبر الحالة المهنية للشباب من المفروض من أهم العوامل المساعدة على اكتساب ثقافة صحية سليمة خاصة إذا كان هذا المبحوث من فئة العاملين، والحالة المهنية تؤثر على الممارسات الصحية بحيث نجد هذا الأخير لديه الإمكانيات ليعتني بصحته بصفة عامة وهذه الرعاية قد تشمل إقباله على إجراء الفحص الطبي والاعتناء بالغذاء والصحة الشخصية وغيرها من مسببات السلامة، وقد تكون العكس بحيث قد ينصرف الشاب الذي تعد ظروفه الاقتصادية جيدة إلا ممارسات غير صحية مثل تعاطي المخدر مثلا لتوفره على المال، وللتأكد من كيفية تأثير الحالة المهنية للمبحوث على ممارساته الصحية قمنا بربطها مع كل من إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي) وتعاطيه للمخدر والنتائج جاءت كالتالي:

---

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 01.

جدول رقم 43: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	75,0	180	25,0	60	طالب
100	78	74,4	58	25,6	20	يعمل
100	82	76,8	63	23,2	19	بطل
100	400	75,3	301	24,7	99	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للمبحوث توصلنا من خلال معطيات الجدول إلى أن معظم المبحوثين لا يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري مهما كانت حالتهم المهنية لكن بنسب متفاوتة، بحيث سجلت أعلى نسبة عند المبحوثين البطالين والتي قدرت بـ: 76,8%، مقابل 75% عند الطلبة و74,4% عند العاملين، هذه النتائج تظهر لنا عدم تأثير الحالة المهنية على إجراء الشاب للفحص الطبي بشكل دوري وتوضح لنا تدخل عوامل أخرى مثل السن (أقل من 29 سنة) الذي بدوره يؤثر على الحالة الصحية للمبحوثين والتي تكون جيدة وتحول بينهم وبين إجراء الفحص الطبي بشكل دوري. ولاختبار درجة الارتباط بينالمتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي قدر بـ: 0,02 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين تكاد تتعدم وبالتالي الحالة المهنية للشباب لا تؤثر كثيرا على ممارساته الصحية والمتمثلة في إجراء الفحص الطبي الدوري.

وقد تبين هذه النتائج أن معظم أفراد عينة بحثنا مهما كانت ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية لا يقبلون على إجراء الفحص الطبي بشكل دوري وهذا ما يبين أن معظمهم لا يدركون أهميته على الصحة وعلى المحافظة عليها فالفحص الطبي الدوري ليس فقط عند الإصابة بالمرض ففي هذه الحالة يصبح ضرورة وليس ممارسة صحية.

جدول رقم 44: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي).

إدمان المبحوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي)						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	66,3	159	33,8	81	طالب
100	78	43,6	34	56,4	44	يعمل
100	82	52,4	43	47,6	39	بطلال
100	400	59,0	236	41,0	164	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للمبحوثين وجدنا أن الطلبة هم الذين لا يدمنون على تناول المنبهات أكثر من الفئات الأخرى بنسبة 66,3%، وقد ترجع هذه النسبة إلى صغر سن المبحوثين الطلبة الذين لم يكتسبوا بعد ثقافة المقاهي ومختلف المراكز التي تتوفر على مثل هذه المشروبات، بالإضافة إلى ضيق الوقت بسبب الدراسة وأيضاً مراقبة الأسرة لمواعيد الدخول والخروج من المنزل، كلها عوامل قد تكون ساهمت في رفع هذه النسبة وهذا ما يكسبهم نوع من الثقافة الصحية التي تتجسد في ممارساتهم.

تليها نسبة 52,4% مثلت البطلين و43,6% سجلت عن العاملين.

ولاختبار العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى الدلالة 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية بين المتغيرين التي نفي العلاقة وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة، وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة بين الحالة المهنية للمبحوث وإدمانه على تناول المنبهات (القهوة والشاي).

كما سجلنا أعلى نسبة للمبحوثين الذين يدمنون على تناول المنبهات (القهوة والشاي) عرفها العاملين وقدرت بـ: 56,4%، والأمر الذي ساهم في رفع هذه النسبة قد يكون ثقافة

الفصل السابع: تأثير الظروف السوسيو اقتصادية للمبحوثين على ثقافتهم الصحية.

مكان العمل وتعود العاملين على تناول المنبهات بمجرد الدخول إلى مكان العمل للتخفيف من ضغوطات العمل في بداية عمله ومن ثم التعود على مثل هذه الممارسات غير الصحية لتصبح عادة منتشرة في مناخ العمل، بالإضافة إلى أن المبحوثين العاملين لهم الإمكانيات المادية للتوجه إلى المقاهي في فريس العمل أو بعد انتهاء الدوام.

جدول رقم 45: يبين العلاقة بين سن المبحوث وحالته المهنية وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						الحالة المهنية	السن
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	66	90,9	60	9,1	06	15 - 19 سنة	طالب
100	153	86,3	132	13,7	21	20 - 24 سنة	
100	21	71,6	15	28,6	06	25 - 29 سنة	
100	240	86,3	207	13,8	33	المجموع	
100	01	100	01	-	-	15 - 19 سنة	يعمل
100	13	46,2	06	53,8	07	20 - 24 سنة	
100	64	37,5	24	62,5	40	25 - 29 سنة	
100	78	39,7	31	60,3	47	المجموع	
100	09	77,8	07	22,2	02	15 - 19 سنة	لا يعمل
100	28	82,1	23	17,9	05	20 - 24 سنة	
100	45	62,2	28	37,8	17	25 - 29 سنة	
100	82	70,7	58	29,3	24	المجموع	
100	76	89,5	68	10,5	08	15 - 19 سنة	المجموع
100	194	83,0	161	17,0	33	20 - 24 سنة	
100	130	51,5	67	48,5	63	25 - 29 سنة	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

عند إدخال المتغير الرأئز والمتمثل في سن المبحوث على علاقة الحالة المهنية للمبحوث وتعاطيه للمخدر، تبين أن لسن المبحوث تأثير نوعا ما على تعاطيه للمخدر

أكثر من متغير الحالة المهنية، بحيث وجدنا أن أعلى النسب التي سجلت مثلت المبحوثين الذين لم يسبق لهم أن تعاطوا المخدر لكل الفئات العمرية لكن أعلى نسبة سجلت عند المبحوثين ما بين 15 - 19 سنة وقدرت ب: 89,5% و 83% مثلت المبحوثين في سن 20 - 24 سنة مقابل 51,5% مثلت المبحوثين في سن 25 - 29 سنة.

بخصوص الحالة المهنية للمبحوثين أعلى نسبة عرفها فئة الطلبة الذين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر وقدرت ب: 86,3% وهذا ما يعكس ثقافة فئة الطلبة الصحية التي تتجسد في ممارساتهم الصحية، مقابل نسبة 70,2% من المبحوثين الذين يعانون من البطالة صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا المخدر الأمر الذي يوضح أن الظروف الاقتصادية للشباب قد تحول بينه وبين الممارسات غير الصحية التي تكلف مبالغ مالية هو ليس بالقادر على توفيرها.

أما فئة المبحوثين الذين يعملون فصرح 60,3% منهم أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر، إلا أن نوع المخدر الذين يتعاطوه معظمهم هو التبغ، ويعتبر التبغ مثل المنبهات ثقافة يكتسبها الشخص خاصة عند دخوله للعمل بحيث نجد معظم الموظفين يدخنون ويكون هذا التدخين مصاحب بالقهوة والشاي وقدرت نسبة المبحوثين العمال الذين يتعاطون التبغ 61,7%<sup>1</sup>.

كما أن هذه النسبة لا تعبر على تعاطي فئة العمال في الفترة التي قمنا فيها بالنزول إلى الميدان لأن السؤال كان موجه لمعرفة هل سبق للمبحوث أن تعاطي أي نوع من المخدر أم لا، فقد يكون الشاب حاول تعاطي أي نوع من المخدر لكنه لم يستمر في ذلك وهذا ما لمسناه عند فئة العمال بحيث سجلنا نسبة 38,3% من المبحوثين أقلعوا

<sup>1</sup> كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 14.

عن تعاطيهم للمخدر<sup>1</sup> وهذا ما يدل على اكتسابهم لثقافة صحية من خلال ممارساتهم الصحية المتمثلة في عدم الاستمرار في تعاطي المخدر.

ولنبرز العلاقة أكثر قمنا بإدخال السن كمتغير رانز حيث وجدنا أنه كلما زاد سن المبحوث عند فئة العاملين كلما زاد إقبالهم على تعاطي المخدر وبالتالي السن هو الذي كان يوجه ممارسات هؤلاء الشباب أكثر من الحالة المهنية بحيث سجلنا نسبة 100% من المبحوثين العمال في سن 15 - 19 سنة لم يسبق لهم تعاطي أي نوع من المخدر، مقابل 46,2% عند الذين يتراوح سنهم ما بين 20 - 24 سنة لتأتي نسبة 37,5% ومثلت الشباب الذين قدر سنهم ما بين 25 - 29 سنة.

إلا أن معظم المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم تعاطي المخدر أقلعوا على هذه الممارسات غير الصحية عند تقدمهم في السن وحصولهم على وظيفة وهذا ما يثبت أن للسن تأثير نوعا ما على الممارسات الصحية للمبحوثين والتي تتمثل في تعاطيهم للمخدر.

وبصفة عامة إن المتغير الرانز الذي أدخل لاختبار علاقة الحالة المهنية للشباب وتعاطيهم للمخدر، قد أكد على موضوعية هذا الارتباط، دون أن نستبعد الحالة المهنية فيبقى تأثيرها أيضا واضح على تعاطي الشاب للمخدر.

وننتج كل العلاقات الخاصة بالفرضية الأولى جاءت حسب الاستنتاج التالي:

<sup>1</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 15.

### استنتاج الفرضية الأولى:

لقد توصلنا من خلال العلاقات التي اختبرناها في هذا الفصل إلى النتائج التالية:

1 - بما يخص النوع وتأثيره على الوعي الصحي للمبحوث بينت النتائج أن الإناث أكثر وعيا من الذكور في مجال الصحة في العديد من العلاقات، بما فيها بحث المبحوث عن المعلومات الصحية وأيضا نوع المصادر التي يلجأ إليها الشاب، فالإناث يلجأن إلى وسائل الإعلام أكثر للبحث عن المعلومات الصحية مما يزيد من اكتسابهن لثقافة صحية، كما بينت العلاقة بين النوع وسبب بحث الشاب عن المعلومات بروز وعي الإناث أكثر بحيث معظمهن يبحثن عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

أما نوع المبحوث وتأثيره على ممارساته الصحية، لم يكن له التأثير الكبير على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، بحيث أظهرت النتائج أن نوع الشاب لم يؤثر على إجرائه للفحص الطبي الدوري لأن معظم المبحوثين لم يقوموا بإجرائه مهما كان نوعهم، أما كمية الماء التي يشربها الشاب يوميا فلم تتأثر هي الأخرى بنوع الشاب بحيث معظمهم قدرت كمية الماء التي يشربونها لتر وأكثر مع تقدم طفيف للذكور في هذه الممارسة، إلا أن تأثير النوع ظهر جليا في الممارسة الخاصة بتعاطي المبحوث للمخدر بحيث بينت نتائج هذه العلاقة أن الإناث لا يقبلنا على مثل هذه الممارسات عكس الذكور، وبالتالي نوع البحوث أثر نسبيا على ممارساته الصحية لكن ليس بالدرجة الكبيرة إلا بما يخص تعاطي الشاب للمخدر، وبهذا تبين لنا النتائج أن نوع الشاب أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على الممارسات الصحية، وهذا ما يدل على أن الممارسات الصحية للمبحوث قد تتأثر بعوامل أخرى خاصة بالشاب أو أسرته كالظروف الاجتماعية أو الثقافية أو حتى الاقتصادية.

2 - أما عن السن وتأثيره على الوعي الصحي للشباب توصلنا إلى أنه كلما زاد الشباب في السن زاد وعيهم الصحي وتجسد ذلك في معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

بما يخص سن الشاب لم يظهر تأثيره الكبير هو الآخر على الممارسات الصحية للمبحوثين بحيث لم يؤثر على إجراء الشاب للفحص الطبي ولا على كمية الماء التي يشربها يوميا، بالإضافة إلى أنه برز تأثيره السلبي بحيث توصلنا إلى أن كلما زاد الشاب في السن كلما زادت نسبة الذين سبق له وأن تعاطوا المخدر، وبالتالي السن لم يؤثر على الممارسات الصحية للشاب.

وبالتالي سن المبحوث أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على ممارساته الصحية. 3 - الحالة الزوجية للمبحوث هي الأخرى لم تأثر كثيرا على الوعي الصحي للشاب، بحيث لم تبين لنا التأثير الكبير على الوعي الصحي بحيث لم تؤثر لا على بحث الشاب عن المعلومات الصحية ولا على سبب البحث على هذه المعلومات.

بما يخص الحالة الزوجية وتأثيرها على الممارسات الصحية بحيث لم يكن لها التأثير الكبير على إجراء الفحص الطبي بشكل دوري، ولم تؤثر كثيرا على تعاطي الشاب للمخدر.

وبالتالي الحالة الزوجية لم تؤثر كثيرا لا على الوعي الصحي للشاب ولا على ممارساته الصحية.

4 - بما يخص الحالة المهني للشاب أثرت على وعيه الصحي أكثر من تأثيرها على ممارساته الصحية وتجسد ذلك في أن فئة العاملين هم أكثر وعيا بمعرفة الأمراض المنقولة جنسيا وبمعرفتهم لأكثر من مرض منقول جنسيا.

هذا بصفة عامة أهم النتائج الجزئية التي توصلنا إليها في هذا الفصل.

الفصل الثامن:

تأثير الظروف الثقافية  
للمبحوثين على ثقافتهم  
الصحية.

## تمهيد:

تعتبر الظروف الثقافية للمبحوث من أهم العوامل والمسببات التي تساعد على اكتساب أو عدم اكتساب ثقافة صحية تتجسد في الممارسات الصحية لشباب ووعيه الصحي، لأن الثقافة الصحية مرتبطة بالثقافة بصفة عامة فهي جزء منها، والشخص الذي يكون مثقف تشمل ثقافته بطبيعة الحال مجال الصحة وهذا ما سنحاول تقديمه من خلال هذا الفصل بتحليل الفرضية الثانية للدراسة الخاصة بـ: "العوامل الثقافية للشباب تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية".

ولقد تضمن المتغير المستقل لهذه الفرضية المتمثل في العوامل الثقافية عدة مؤشرات وهي أولاً المستوى التعليمي للمبحوث بحيث الثقافة الصحية تختلف بين فئة وأخرى، فمن المفروض كلما كان الشاب لديه مستوى تعليمي عالي كلما كانت ممارساته الصحية سليمة وكان لديه وعي صحي والعكس صحيح، وهذا ما سنحاول التأكد منه من خلال العلاقات الخاصة بمؤشر المستوى التعليمي للمبحوث والذي صنف حسب أفراد عينة بحثنا بالمستويات التالية، ابتدائي، متوسط، ثانوي وجامعي.

كما اعتمدنا أيضاً على المؤشر الثاني لهذا المتغير والمتمثل في انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية ويدل هذا المؤشر على ممارسة ثقافية يقوم بها الشاب قد تساعده على اكتساب ثقافة صحية، من خلال انخراطه مهما كانت هذه المؤسسة الشبابية سوء كانت ثقافية أو رياضية، بحيث يستطيع أن يكتسب معلومات في مختلف المجالات بما فيها المجال الصحي وقد تهذب سلوكه وتصبح كل الممارسات التي يقوم بها ممارسات صحية، الأمر الذي يكسبه وعي صحي أكثر من الشخص غير المنخرط.

أما المؤشر الأخير لهذا المتغير فتمثل في ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم، ويعبر هذا المؤشر على ممارسة ثقافية صحية في أن واحد بحيث الشخص

الذي يقوم بممارسة الرياضة بشكل منتظم بطبيعة الحال هو شخص مثقف يدرك أهمية ممارسة الرياضة على جسم الإنسان وبالتالي تبناها، كما تؤثر ممارسة الرياضة على سلوك الشاب الصحي وعلى وعيه الصحي بحيث يقال "العقل السليم في الجسم السليم". فالشاب الرياضي نجده يعتني بصحته الشخصية أكثر من الشخص غير الرياضي، بحيث نجده يهتم بنظافة جسمه وغذائه ويتعد عن الممارسات غير الصحية كتعاطي المخدر لأنها تؤثر على أدائه، وممارسة الرياضة أيضا تزيد من الوعي الصحي للمبحوث بحيث نجده مكتسب معلومات صحية من جراء بحثه عنها.

وكانت العلاقات مبنية مع المتغير التابع للدراسة والمتمثل في الثقافة الصحية ببعديه بُعد خاص بالوعي الصحي للمبحوث، وتضمن عدة مؤشرات تمثلت في معرفة الشاب للأحد الأمراض المنقولة جنسيا ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه الشاب، وأيضا بحث الشاب على المعلومات الصحية والمصادر التي يعتمد عليها في بحثه عن هذه المعلومات وسبب بحثه عنها.

أما البعد الثاني فكان خاص بالممارسات الصحية للشباب وتضمنت عدة مؤشرات هي إجراء الشاب للفحص الطبي بشكل دوري، وكمية الماء التي يشربها الشاب يوميا، وأيضا الإدمان على تناول المنبهات (القهوة والشاي) وتعاطي الشاب لأي نوع من المخدر.

وتضمن هذا الفصل عنصرين أساسيين الأول حول تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على وعيهم الصحي والعنصر الثاني لهذا الفصل فكان موجه إلى تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية.

**أولاً: تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على وعيهم الصحي:**

تعتبر الظروف الثقافية من أهم العوامل المساعدة على اكتساب ثقافة صحية ووعي صحي، لأنها تساعد على تدعيم هذا الوعي الصحي خاصة المستوى التعليمي الذي هو يعد أهم عامل من العوامل الثقافية التي تؤثر كثيراً على اكتساب ثقافة صحية لدى الشخص الذي يحض بمستوى تعليمي عالي يؤهله للتمكن من رفع رصيده المعرفي بما فيه الجانب الصحي، نفس الشيء نجد عند الشخص المنخرط في مؤسسة شبابية بحيث يعد هذا الانخراط من الممارسات الثقافية التي تمنح فرصة اكتساب عدة أمور جديدة في حياة الشخص المنخرط خاصة في بداية حياته مهما كان توجه هذه المؤسسة الشبابية بما فيها الوعي الصحي، كما نجد ممارسة الرياضة من أهم الممارسات الثقافية المحيطة بالشباب التي تمكنه من اكتساب ثقافة صحية وصحة جيدة في نفس الوقت، ومن خلال هذا العنصر سنحاول التطرق إلى تأثير هذه الظروف الثقافية على وعي المبحوث الصحي.

**1 - تأثير المستوى التعليمي للمبحوثين على وعيهم الصحي:**

إن المستوى التعليمي من المفروض يعتبر من أهم العوامل المساعدة على اكتساب وعي صحي، بحيث نجد الشاب المتعلم تعليم عالي يستطيع أن يستوعب المعلومات في شتى المجالات وأيضاً يستطيع البحث واستخدام كل الوسائل الإعلامية بما فيها الوسائل المتطورة، ولهذا حولنا من خلال هذه النقطة أن نبين تأثير المستوى التعليمي للمبحوث على كل من معرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسياً ونوع المرض المنقول جنسياً الذي يعرفه وبحثه عن المعلومات الصحية وسبب بحثه ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 46: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ومعرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	62,5	05	37,5	03	ابتدائي
100	47	42,6	20	57,4	27	متوسط
100	94	36,2	34	63,8	60	ثانوي
100	251	31,1	78	68,9	173	جامعي
100	400	34,3	237	65,8	263	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثين وجدنا أنه يؤثر بقوة على معرفة المبحوثين لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، بحيث بينت معطيات الجدول أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للشباب كلما زادت معرفته بالأمراض المنقولة جنسيا، وبالتالي أعلى نسبة من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا عرفها ذوي المستوى التعليمي الجامعي وقدرت بـ: 68,9 %، تليها نسبة 63,8 % عرفها ذوي المستوى التعليمي الثانوي والذين صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، مقابل 37,5 % فقط من المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الابتدائي صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا.

إن معطيات الجدول بينت أن المستوى التعليمي أثرى على معرفة الأمراض المنقولة جنسيا، بحيث سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا هم ذو المستوى التعليمي الأدنى مستوى في الجدول

والمتمثل في الابتدائي وقدرت هذه النسبة بـ: 62,5%، الأمر الذي يدعو للتساؤل لأن شاب في مقتبل العمر لا يعرف أحد الأمراض المنقولة جنسيا التي أصبحت منتشرة بكثرة في جميع دول العالم بما فيها الجزائر، وبالتالي لا يعرف كيف تنتقل هذه الأمراض، وهذا الجهل قد يكلف الشاب حياته ببساطة ودون تمهيد ويبين هذا الجهل أيضا تأثير الظروف الثقافية للمبحوث على وعيه الصحي.

جدول رقم 47: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.

نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث						المستوى التعليمي
المجموع		أكثر من مرض		السيدا		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	03	33,3	01	66,7	02	ابتدائي
100	27	3,7	01	96,3	26	متوسط
100	60	15,0	09	85,0	51	ثانوي
100	173	22,5	39	77,5	134	جامعي
100	263	19,0	50	81,0	213	المجموع

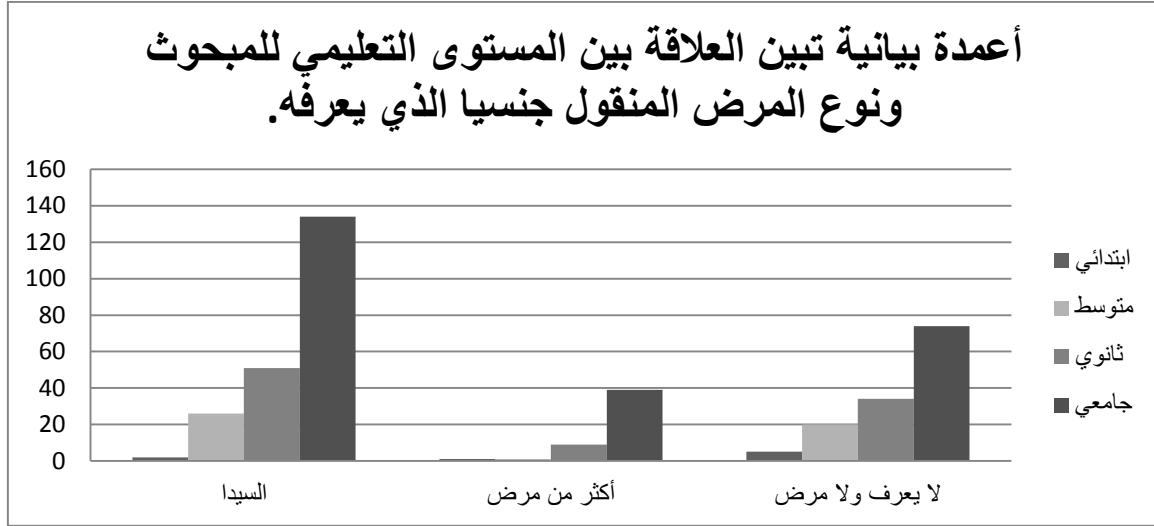
عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثين وجدنا أنه لم يؤثر كثيرا على معرفتهم لنوع المرض المنقول جنسيا، بحيث معظم المبحوثين مهما كان مستواهم التعليمي صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا فقط كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا، وأعلى نسبة في الجدول عرفها ذوي المستوى التعليمي المتوسط وقدرت بـ: 96,3% تلتها نسبة 85% ومثلت المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي ثم فئة الجامعيين والذين صرح 77,5% منهم أنهم يعرفون مرض السيدا فقط.

ولاختبار درجة الارتباط بين المستوى التعليمي ونوع المرض المنقولة جنسيا الذي يعرفه المبحوث قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر ب: 0,17 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للمبحوث لم يؤثر كثيرا على نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.

بالرغم من أن معامل الارتباط لم يظهر العلاقة القوية بين المستوى التعليمي ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث، إلا أنه يعد عامل ثقافي يؤثر على الوعي الصحي لأفراد عينة بحثنا، بحيث سجلنا نسبة 22,5% من المبحوثين ذوي التعليم الجامعي صرحوا أنهم يعرفون أكثر من مرض منقول جنسيا كمرض السيلان والزهري والالتهابات المختلفة، مقابل 3,7% عند المبحوثين ذوي التعليم المتوسط وبالتالي تبين لنا معطيات الجدول أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوث كلما زادت معرفته بعدة أمراض منقولة جنسيا.

أما فئة المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الابتدائي لم نعتمد عليها في قراءتنا للجدول وتحليله لأنهم نسبة قليلة 1,1% فقط من مجموع المبحوثين الذين يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا وكانت مشوشة على معطيات الجدول، ويظهر بشكل واضح علاقة نوع المرض المنقول جنسيا حسب المستوى التعليمي في العرض البياني التالي:

شكل رقم (33): يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.



جدول رقم 48: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وبحثه عن المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	37,5	03	62,5	05	ابتدائي
100	47	55,3	26	44,7	21	متوسط
100	94	26,6	25	73,4	69	ثانوي
100	251	17,1	43	82,9	208	جامعي
100	400	24,3	97	75,8	303	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثين أظهرت المعطيات أنه يؤثر وبقوة على بحث المبحوث على المعلومات الصحية، حيث كلما كان المستوى التعليمي عالي كلما زاد بحث الشاب على المعلومات الصحية وسجلنا أعلى نسبة عند الجامعيين الذين صرح 82,9% منهم أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية،

وهذا ما يدل على شدة وعيهم الصحي الأمر الذي ساعدهم على ذلك قدراتهم العلمية التي تمكنهم من استيعاب المعلومات بصفة عامة والصحية بصفة خاصة مهما كان مصدر المعلومة، ثم تليها نسبة 73,4% مثلت المبحوثين ذوي التعليم الثانوي، ثم تأتي نسبة كل من المبحوثين ذوي التعليم الابتدائي والمتوسط على التوالي 62,5% و44,7%.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 3 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للمبحوث أثر على بحثه عن المعلومات الصحية.

من جهة أخرى نجد أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمبحوثين كلما قلت نسبة بحثهم عن المعلومات الصحية خاصة عند المستوى التعليمي المتوسط الذين صرح 55,3% منهم أنهم لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية، بالرغم من الانتشار الواسع للبرامج الخاصة بالصحة والثقافة الصحية عبر مختلف وسائل الإعلام وسهولة استيعاب هذه البرامج، بحيث معظمها تستعمل اللغة العامية ليستفيد الجميع ويحصل على المعلومات الصحية، وهذا ما يفسر نسبة 62,5% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية وهم ذوي مستوى تعليمي ابتدائي فقط.

جدول رقم 49: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.

سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة						المستوى التعليمي
المجموع		عند المرض		للقاية من المرض		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	05	40,0	02	60,0	03	ابتدائي
100	21	4,8	01	95,2	20	متوسط
100	69	14,5	10	85,5	59	ثانوي
100	208	13,5	28	86,5	180	جامعي
100	303	13,5	41	86,5	262	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثين أظهرت المعطيات أنه لم يؤثر كثيرا على سبب بحث الشاب على المعلومات الصحية، بحيث توصلنا إلى أنه مهما كان المستوى التعليمي للمبحوث نجده يبحث عن المعلومات الصحية للقاية من المرض، بحيث سجلت أعلى نسبة عند المبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 94,2% تليها نسبة كل من ذي المستوى التعليمي الجامعي والثانوي على التوالي والتي قدرت بـ: 86,5% و 85,5% وأدنى نسبة عرفها المبحوثين الذين صرحوا هم أيضا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للقاية من المرض ومستواهم التعليمي ابتدائي قدرت نسبتهم بـ: 60%.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي وسبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 3 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية

الصفيرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للمبحوث أثر على سبب بحثه عن المعلومات الصحية.

كما ترجع هذه النتائج إلى أن 2% فقط من أفراد عينة بحثنا لديهم مستوى تعليمي ابتدائي و 11,8% ذوي مستوى تعليمي متوسط وهذا ما أدى إلى ارتفاع نسبهم عندما قمنا ببناء العلاقة بين المستوى التعليمي وسبب البحث عن المعلومات.

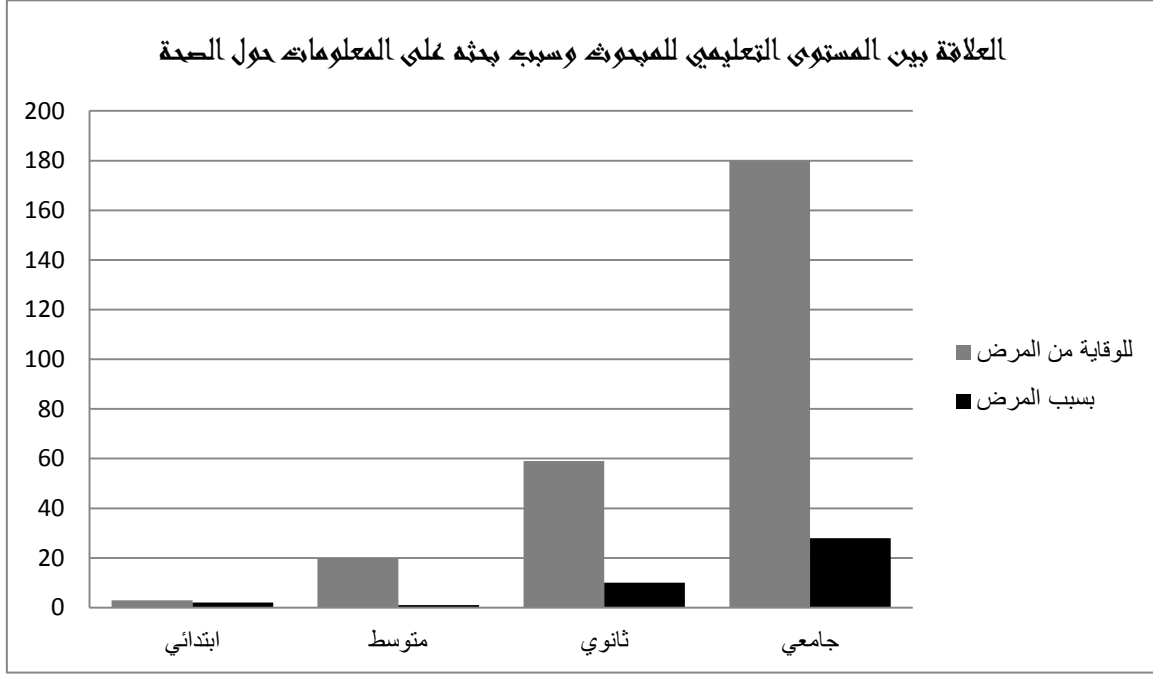
إن المستوى التعليمي العالي يعد من أهم العوامل الثقافية المساعدة على رفع الوعي الصحي للشباب، بحيث يساعدهم على اكتساب ثقافة صحية بأقل جهد ممكن مقارنة مع الفئات الأخرى التي تعرف نوع من التأخر في مجال المستوى التعليمي، فعندما نجد الشخص يبحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض هذا يعد من أهم أهداف الثقافة الصحية بحيث يسعى هؤلاء الأفراد للحفاظ على مستوى الصحة لديهم وبالتالي يتكون لديهم وعي صحي.

لكن ما يحدث في الوقت الراهن أن كل المجتمعات والشعوب تسعى لتحقيق ما يسمى "الوقاية خير من العلاج"، بحيث نجدهم يسعون وبشتى الوسائل لنشر الوعي الصحي بين أفراد مجتمعهم مهما كان سن هؤلاء الأفراد ومهما كان مستواهم التعليمي، وذلك عن طريق وسائل الإعلام بشتى أنواعها، بل أصبحت تسخر مختلف المراكز كمدارس ودور الشباب والثقافة والمراكز الرياضية لنشر الثقافة الصحية التي تعلمهم "أن الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى"، وهذا ما أدى إلى انتشار الوعي الصحي وأصبح الأفراد يسعون للحفاظ على مستوى الصحة، لديهم وهذا ما لمسناه في أفراد عينة بحثنا بحيث سجلنا نسبة 86,5% من مجموع المبحوثين الذين يبحثون عن

<sup>1</sup>كما يوضح ملاحق رقم 02 جدول رقم 16.

المعلومات الصحية من أجل الوقاية من المرض، والعرض البياني التالي يبين أكثر علاقة سبب البحث عن المعلومات الصحية حسب المستوى التعليمي.

شكل رقم (34): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وسبب بحثه عن المعلومات الصحية.



## 2 - تأثير انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية على وعيهم الصحي:

إن الانخراط في مؤسسة شبابية من أهم الممارسات الثقافية التي قد يقوم بها الفرد، بحيث تبين مستوى الثقافة لديه التي مكنته من التوجه والانخراط في مؤسسة بهذا الشكل، فالمراكز الشبابية مهما كان توجهها هدفها الأساسي السعي وراء تأهيل الشخص المنظم إليها في عدة مجالات ليتمكن من أن يكون فرد فعال في المجتمع، ولا يستطيع أن يكون كذلك إذا لم يكن يتمتع بصحة جيدة ولديه وعي صحي كافي ليحافظ على هذا المستوى من الصحة، ولهذا حاولنا من خلال هذه النقطة أن نبين تأثير انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية على وعيهم الصحي من خلال علاقة انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية على معرفته لأحد الأمراض المنقولة جنسيا وسبب بحثه عن المعلومات الصحية، ولجاناً

إلى متغير المستوى التعليمي كعامل رائز لنبرز العلاقة أكثر ونتائج العلاقات كانت كالتالي :

جدول رقم 50: يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية ومستواه التعليمي ومعرفة لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						المستوى التعليمي	انخراط المبحوث
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	1	-	-	100	01	ابتدائي	نعم
100	40	50	02	50	02	متوسط	
100	16	31,2	05	68,8	11	ثانوي	
100	36	27,8	10	72,2	26	جامعي	
100	57	29,8	17	70,2	40	المجموع	
100	04	50	02	50	02	ابتدائي	لا
100	39	41,0	16	59,0	23	متوسط	
100	76	36,8	28	63,2	48	ثانوي	
100	196	31,1	61	68,9	135	جامعي	
100	315	34,0	107	66,0	208	المجموع	
100	03	100	03	-	-	ابتدائي	ليس لديهم مراكز
100	04	50	02	50	02	متوسط	
100	02	50	01	50	01	ثانوي	
100	19	36,8	07	63,2	12	جامعي	
100	28	46,4	13	53,6	15	المجموع	
100	08	62,5	05	37,5	03	ابتدائي	

100	47	42,6	20	57,4	27	متوسط	المجموع
100	94	36,2	34	63,8	60	ثانوي	
100	251	31,1	78	68,9	137	جامعي	
100	400	34,3	137	65,7	263	المجموع	

من خلال معطيات هذا الجدول يتبين لنا تقارب بين نسب المبحوثين المنخرطين في مؤسسة شبابية وغير المنخرطين والمبحوثين الذين ليس لديهم مراكز في مكان إقامتهم حول معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً، ولكن ليس بنفس المستوى لأن فئة المبحوثين المنخرطين في مؤسسة شبابية هم أكثر معرفة بالأمراض المنقولة جنسياً مقارنة مع الفئتين المتبقيتين، إلا أنه لم تظهر لنا العلاقة القوية بين المتغيرين ولهذا لجأنا لمتغير المستوى التعليمي لنبرز العلاقة أكثر.

بعد إدخال المتغير الرائد والمتمثل في المستوى التعليمي للمبحوث أظهرت لنا معطيات الجدول أنه يؤثر بقوة على معرفة أحد الأمراض المنقولة جنسياً بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوث كلما زادت معرفته بأحد الأمراض المنقولة جنسياً، حيث أعلى نسبة من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسياً عرفها الجامعيون وقدرت نسبتهم بـ: 68,9% مقابل 37,5% فقط عند المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي ابتدائي، وهنا يظهر لنا جيداً تأثير المستوى التعليمي على الوعي الصحي للمبحوث خاصة أن هؤلاء المبحوثين في سن الشباب وتكون ميولاً لهم لممارسة الجنس أقوى من المراحل الأخرى في الحياة، ولهذا يعتبر عدم معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسياً خطراً على حياتهم بحيث يكون هذا الجهل مصاحباً لجهل آخر والمتمثل في عدم معرفة كيف ينقل هذا المرض المسمى بمرض الموت.

كما يظهر لنا التأثير النوعي لانخراط الشاب في مؤسسة شبابية على معرفة أحد الأمراض المنقولة جنسياً، أننا لم نسجل أي حالة من المبحوثين الذين لا يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسياً عند المنخرطين في مؤسسة شبابية ومستواهم التعليمي ابتدائي، في المقابل أيضاً لم نسجل ولا حالة من الذين يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسياً عند المبحوثين الذين ليس لديهم مراكز شبابية ومستواهم التعليمي متدني ومتمثل في المستوى الابتدائي.

هذا ما يبين لنا تأثير انخراط الشاب في مؤسسة شبابية على وعيه الصحي بحيث تقوم هذه المراكز بتوعية الشباب وتمكنهم من معرفة كل الأمور الضرورية ليستطيع هذا الشاب أن يتمتع بحياة سعيدة مليئة بالصحة الجيدة، ولا يجد أسوأ من المرض خاصة إذا كان من الأمراض الخطيرة كالسيدا والزهري والسيلان الالتهابات المختلفة، التي قد تقضي على حياة هذا الشاب وهو في مقتبل العمر وبالتالي تقوم هذه المؤسسات بتوعية الأشخاص المنخرطين إليها عن طريق الندوات والأيام الدراسية وغيرها من التظاهرات التوعوية التي تكسبهم وعي صحي.

جدول رقم 51: يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.

سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة						انخراط المبحوث
المجموع		عند المرض		للقاية من المرض		
ك	%	ك	%	ك	%	
100	41	02	4,9	39	95,1	نعم
100	240	33	13,7	207	86,3	لا
100	22	06	27,3	16	72,7	ليس لديهم مراكز
100	303	41	13,5	262	86,5	المجموع

انطلاقاً من معطيات الجدول عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وجدنا أنه أثر نوعاً ما على سبب البحث عن المعلومات الصحية، بحيث سجلت أعلى نسبة عند المنخرطين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض بنسبة 95,1% وهذا ما يدل على تأثير انخراط الشاب في مؤسسة شبابية على وعيه الصحي، لأن البحث عن معلومات صحية للوقاية من المرض يبين وعي المبحوثين واهتمامهم بصحتهم لكي يتقادوا المرض، أما المبحوثين غير المنخرطين في مؤسسة شبابية فصرحوا 86,3% منهم أيضاً أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، ونسبة 72,7% مثلت المبحوثين الذين ليس لديهم مراكز شبابية في المناطق التي يسكنون بها إلا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مما يدل على الوعي الصحي لأفراد عينة بحثنا.

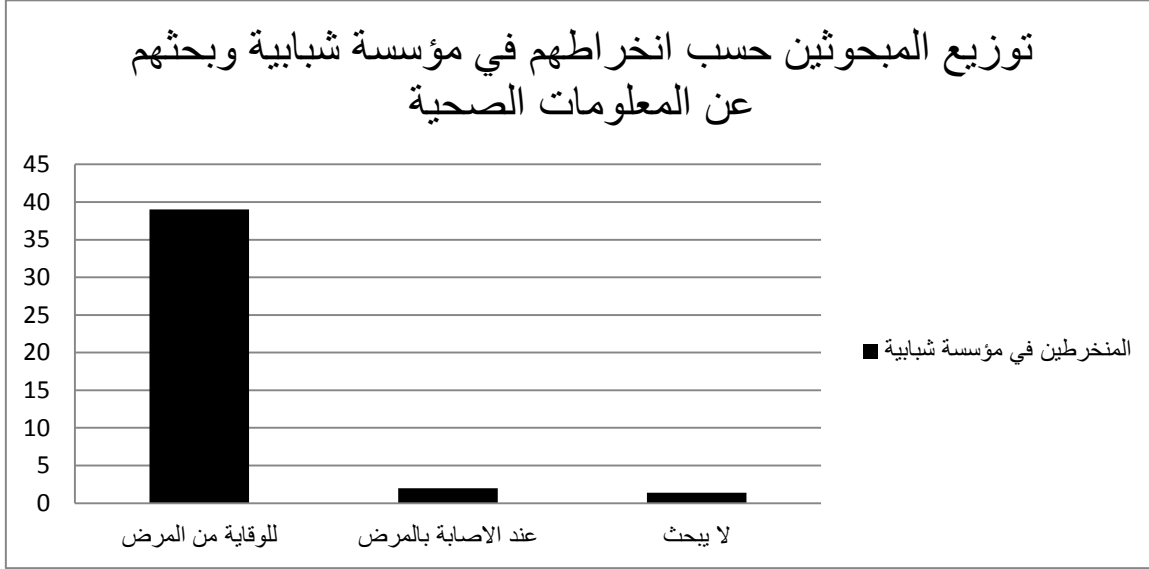
ولاختبار درجة الارتباط بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وسبب بحثه عن المعلومات الصحية قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,13 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جداً بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية لم يؤثر كثيراً على سبب بحثه عن المعلومات الصحية.

إن الممارسات الصحية التي تعبر على الوعي الصحي للمبحوث كالبحت عن المعلومات الصحية وسبب البحث عنها هي ممارسات تتأثر بعدة عوامل كالمستوى التعليمي أو نوع المبحوث وحتى سنه وهذه العوامل قد تكون أقوى من انخراط الشاب في مؤسسة شبابية، لأن الانخراط في حد ذاته يعتبر ممارسة ثقافية لا يمارسها معظم الشباب خاصة الإناث منهم وذلك حسب طبيعة المجتمع الجزائري خاصة المناطق الداخلية للوطن التي مازالت تعرف نوعاً من المحافظة التي لا تمنح للفتات الحرية في مثل هذه الممارسات، وهذا الأمر الذي جعل انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية لم يؤثر كثيراً على سبب بحثه عن المعلومات الصحية.

ويظهر بشكل واضح علاقة سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية حسب

الانخراط في مؤسسة شبابية في العرض البياني التالي:

شكل رقم (35): يبين العلاقة بين انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية وبحثهم عن المعلومات الصحية.



### 3 - تأثير ممارسة المبحوثين للرياضة بانتظام على عيهم الصحي:

ممارسة الرياضة تعد من أهم الممارسات الثقافية التي يستطيع الشخص من خلالها العناية بصحته والحفاظ عليها خلال مراحل حياته، لأنها تكسبه لياقة بدنية وتحسن من صحته النفسية بالدرجة الأولى وتقضي على الطاقة السلبية الموجودة في الجسم التي تسبب الاكتئاب، والذي هو بدوره يسبب عدة أمراض نفسية أخرى وعضوية، ولهذا نجد الأفراد الممارسون للرياضة أكثر سعادة من الآخرين غير الممارسين لها، كما نجد الشخص الذي يمارس الرياضة يعتني بمستويات الصحة الأخرى لديه خاصة الصحة الغذائية التي تساعد على ممارسة الرياضة بتوفير الطاقة الكافية، كما يرى العديد من المفكرين أن العقل السليم في الجسم فممارسة الرياضة تمكن الشخص من زيادة استيعابه للمعلومات ويزيد لديه حب المعرفة الاطلاع في شتى المجالات بما فيها المجال الصحي، ومن خلال هذه النقطة حاولنا أن نبين تأثير ممارسة

الرياضة بانتظام على كل من معرفة أحد الأمراض المنقولة جنسيا والبحث عن المعلومات الصحية وسبب البحث عنها، كما استعنا بمتغير المستوى التعليمي لنبرز العلاقة أكثر ونتائج العلاقات كانت كالتالي :

جدول رقم 52: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.

نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث						ممارسة الرياضة
المجموع		أكثر من مرض		السيدا		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	79	21,5	17	78,5	62	نعم
100	184	17,9	33	82,1	151	لا
100	263	19,0	50	81,0	213	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا بنسبة 81% وهي نسبة معتبرة وتعبّر على وعي الشباب الصحي لأن مرض السيدا أو الإيدز من الأمراض التي تحض باهتمام أغلبية المنظمات العالمية والهيئات الدولية للتعريف به في جميع أنحاء العالم وعبر مختلف وسائل الإعلام، وهذا لخطورته لأنه يعتبر مرض الموت وهو أيضا من الأسباب الرئيسية للوفيات التي تعرفها الدول المتقدمة، كما يخصص له يوم عالمي الذي يوافق يوم الأول من شهر ديسمبر من كل سنة ويتم التعريف به وبكيفية انتقاله من شخص إلى آخر وهذا الأمر الذي ساهمة في رفع هذه النسبة، أما نسبة المبحوثين الذين يعرفون أكثر من مرض منقول جنسيا بما فيه السيدا والسيلان والزهري والالتهابات المختلفة قدرت بـ: 19% وتدل هذه النسبة على ارتفاع في الوعي الصحي لدى الشباب، خاصة أن الأمراض الأخرى

المنقولة جنسيا ليست واسعة الانتشار ولا يعرفها العديد من أفراد المجتمع ومعرفة الشباب لها يدل على اتساع ثقافتهم الصحية.

وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في ممارسة الشاب للرياضة توصلنا من خلال معطيات الجدول أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يعرفون مرض السيدا عند كل من غير الممارسين للرياضة والممارسين لها بنسبة 82,1 %، 78,5 % على التوالي، ولم يؤثر كثيرا متغير ممارسة الشاب للرياضة لأن المبحوثين الذين يمارسون الرياضة معظمهم صغار في السن ولم يتعرف بعد على الأمراض المنقولة جنسيا.

ولاختبار درجة الارتباط بين ممارسة الرياضة ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر ب: 0,04 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين تكاد أن تكون منعدمة، وهذا ما يدل على أن ممارسة المبحوث للرياضة لم يؤثر كثيرا على نوع المرض المنقول جنسيا.

إن معامل الارتباط لم يظهر العلاقة القوية بين المتغيرين مما يدل على أن ممارسة الرياضة لم تؤثر على وعي المبحوث بالأمراض المنقولة جنسيا بحيث بينت معطيات الجدول أن النسب متقاربة بين كل من المبحوثين الممارسين للرياضة وغير الممارسين، وبالتالي يمكننا أن نستنتج من هذه المعطيات أن هناك عوامل أخرى تساهم في معرفة الأمراض المنقولة جنسيا، كالمسن مثلا الذي يعد من أهم العوامل المساعدة على زيادة الوعي في هذا المجال خاصة وأن معظم أفراد عينة بحثنا الممارسين للرياضة هم فئة الأقل من 20 سنة وبالتالي يعتبر مثل هذه المواضيع لديهم من الطبوهات التي لا يستطيعون فتح الحوار فيها مع أي شخص لصغر سنهم وخوفا من الوقوع في الشك من طرف الأشخاص المحيطين بهم، وهنا من المفروض تتدخل أطراف أخرى ومؤسسات

كالمدراس والأسرة لتوعي هذه الفئة من الشباب ليتقادوا الوقوع في ممارسات غير صحية من جراء جهلهم لها.

جدول رقم 53: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وبحثه عن المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						ممارسة الرياضة
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	123	17,1	21	82,9	102	نعم
100	277	27,4	76	72,6	201	لا
100	400	24,3	97	75,8	303	المجموع

عند إدراج متغير المستقل والمتمثل في ممارسة الشاب للرياضة تظهر معطيات الجدول أن ممارسة الشاب الرياضة تؤثر نوعاً ما على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، حيث سجلنا نسبة 82,9% من المبحوثين الذين يمارسون الرياضة صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية، مقابل 72,6% للمبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة بانتظام.

ولاختبار العلاقة بين ممارسة الرياضة وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 1 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,02 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن ممارسة الرياضة بانتظام أثرت على البحث عن المعلومات الصحية.

إن معظم الشباب في الوقت الراهن يبحثون عن حياة سعيدة مليئة بالفرح ولا يوجد شيء ينغص الحياة مثل المرض لذلك نجدهم يسارعون بالبحث عن المعلومات الصحية ليتجنبوا الوقوع فيه أو يبحثوا عن العلاج عند حالات المرض، كما نجدهم أيضا يسارعون في التحسين من شكلهم الخارجي خاصة عند غياب ممارسة الرياضة فيعوضون هذه الممارسة الثقافية بممارسات أخرى قد تعبر عن نشوء وعي صحي لديهم مثل البحث عن الغذاء الصحي لتقادي الوقوع في السمنة أو البحث عن النظام الغذائي المساعد على فقدان الوزن "الرجيم" وهذا الأمر الذي لم يبين التأثير القوي لممارسة الرياضة على البحث على المعلومات الصحية.

جدول رقم 54: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوعه وسبب بحثه على المعلومات حول الصحة.

سبب بحث الشاب على المعلومات حول الصحة						النوع	ممارسة الرياضة
المجموع		عند الإصابة بالمرض		للووقاية من المرض			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	67	14,9	10	85,1	57	ذكور	نعم
100	35	8,6	03	91,4	32	إناث	
100	102	12,7	13	87,3	89	المجموع	
100	64	23,4	15	76,6	49	ذكور	لا
100	137	9,5	13	90,5	124	إناث	
100	201	13,9	28	86,6	173	المجموع	
100	131	19,1	25	80,9	106	ذكور	المجموع
100	172	9,3	16	90,7	156	إناث	
100	303	13,5	41	86,5	262	المجموع	

من خلال معطيات الجدول يظهر لنا تقارب بين نسب المبحوثين الممارسين للرياضة وغير الممارسين لها بحيث صرح معظم المبحوثين أنهم يقومون بالفحص الطبي الدوري للوقاية من المرض، وبالتالي لم تظهر لدينا العلاقة القوية بين المتغيرين، ولهذا قمنا بإضافة متغير نوع المبحوث لنبرز العلاقة أكثر.

بعد إدخال المعامل الرائز والمتمثل في النوع بينت لنا معطيات الجدول أن الإناث هن أكثر وعيا من الذكور من حيث سبب بحثهن عن المعلومات الصحية، خاصة عند فئة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة بانتظام، بحيث صرح 90,7% من المبحوثين الإناث أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض مقابل 80,9% عند الذكور، ونجد كلا النسبتين مرتفعتين وتدلان على تمتع أفراد عينة بحثنا بالوعي الصحي.

أما عن ممارسة الرياضة بانتظام والتي تعتبر في حد ذاتها ممارسة ثقافية صحية لعدم الإصابة بالمرض والوقاية منه، فصرح 91,4% من الإناث الممارسات للرياضة بانتظام أنهم يقمن يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض وهي أعلى نسبة بينتها معطيات الجدول، مقابل 85,1% عند الذكور.

كما بينت معطيات الجدول أيضا أن المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة هم أيضا أكثر إقبال على البحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، وهذا ما يبين عدم التأثير القوي للممارسة الرياضة بانتظام على سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، بحيث صرح الإناث غير الممارسات للرياضة أنهم يقمن بالبحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض بنسبة 90,5% مقابل 76,6% عند الذكور وهي تمثل أدنى نسبة في الجدول التي تتوافق مع اتجاهه العام.

إن نوع المبحوث يعتبر من أهم المؤشرات الاجتماعية التي تؤثر على وعيه لأن الإناث نجدهن يسعين لعدم الوقوع في المرض والمحافظة على صحتهن عن طريق البحث عن المعلومات الصحية بهدف الوقاية من الأمراض، لأنهن لا يتوجهن إلى

الممارسات الصحية كممارسة الرياضة بانتظام مثلا، وذلك عكس الذكور الذين لا يبحثون كثيرا على المعلومات الصحية خاصة للوقاية من المرض مقارنة مع الإناث إلى أننا نجد معظم ممارساتهم صحية، وهذا ما يفسر معطيات هذا الجدول.

بصفة عامة إن المتغير الرائد الذي أدخل لاختبار علاقة ممارسة الرياضة وسبب البحث عن المعلومات الصحية، قد أكد على موضوعية هذا الارتباط، أما ممارسة المبحوث للرياضة فتبقى مساهمته ثانوية.

### ثانيا: تأثير الظروف الثقافية للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

إن الظروف الثقافية تلعب دورا كبيرا في توجيه سلوك الأفراد وممارساتهم بحيث تكون هذه الممارسات والسلوكيات من منطلق وعي وإدراك وليس عشوائيا فقط، كالمستوى التعليمي العالي والانخراط في مؤسسة شبابية وممارسة الرياضة بانتظام كلها مؤشرات وممارسات ثقافية تساعد الأفراد على أن تكون ممارساتهم صحية مما يكسبهم ثقافة صحية، ومن خلال هذا العنصر سنحاول التعرف على كيفية تأثير كل من المستوى التعليمي والانخراط في مؤسسة شبابية وممارسة الرياضة على الممارسات الصحية للمبحوثين.

### 1 - تأثير المستوى التعليمي للمبحوثين على ممارساتهم الصحية:

يعتبر المستوى التعليمي من أهم المؤشرات الثقافية التي توجه سلوك المبحوث وتساعد على اكتساب ثقافة صحية بحيث نجد الكثير من الشباب يمارسون ممارسات غير صحية بسبب جهلهم لأثارها السلبية على صحتهم وقد يجهلون بعض الأمور التي قد تؤدي بحياتهم ببساطة، كعدم معرفتهم بالأمراض المنقولة جنسيا وكيف ينتقل هذا المرض، فالمستوى التعليمي العالي يؤهل صاحبه ليكتسب مختلف المعلومات بما فيها الجانب الصحي ويساعده على سهولة استيعاب أي مصدر من مصادر المعلومات، وهذا ما حاولنا أن نبينه من خلال هذه النقطة بإبراز العلاقة بين تأثير المستوى التعليمي

للمبحوث على ممارساته الصحية، بحيث ربطنا المستوى التعليمي للمبحوث بكل من كمية الماء التي يشربها يوميا، بالإضافة إلى تعاطي المبحوث للمخدر ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 55: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث ونوعه وكمية الماء التي يشربها يوميا.

كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا								النوع	المستوى التعليمي
المجموع		لتر وأكثر		أقل من لتر		أقل من نصف لتر			
ك	100	%	ك	%	ك	%	ك		
06	100	50,0	03	33,3	02	16,7	01	ذكور	ابتدائي
02	100	50,0	01	50,0	01	-	-	إناث	
08	100	50,0	04	37,5	03	12,5	01	المجموع	
38	100	60,5	23	26,3	10	13,2	05	ذكور	متوسط
09	100	33,3	03	44,4	04	22,2	02	إناث	
47	100	55,3	26	29,8	14	14,9	07	المجموع	
49	100	55,1	27	42,9	21	2,0	01	ذكور	ثانوي
45	100	44,4	20	33,3	15	22,2	10	إناث	
94	100	50,0	47	38,3	36	11,7	11	المجموع	
107	100	65,4	70	25,2	27	9,3	10	ذكور	جامعي
144	100	44,4	64	33,3	48	22,2	32	إناث	
251	100	53,4	134	29,9	75	16,7	42	المجموع	
200	100	61,5	123	30,0	60	8,5	17	ذكور	المجموع
200	100	44,0	88	34,0	68	22,0	44	إناث	
400	100	52,8	211	32,0	128	15,3	61	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات هذا الجدول أن المستوى التعليمي ليس له التأثير على كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا بحيث معظم المبحوثين صرحوا أنهم يشربون لتر وأكثر من الماء يوميا مهما كان مستواهم التعليمي، وبالتالي لجأنا لمتغير النوع لنبرز العلاقة أكثر مما كانت عليه في السابق.

بعد إدخال المتغير الرئز على علاقة المستوى التعليمي بكمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا والمتمثل في النوع، فقد تبين لنا أن نوع المبحوث يؤثر على كمية شرب الماء أكثر من تأثير المستوى التعليمي، حيث سجلنا عند الفئة التي يشربون لتر وأكثر من الماء 61,5% للذكور مقابل 44% للإناث، ونفس المعطيات بالنسبة لكل المستويات التعليمية بحيث تميز الذكور عن الإناث بأنهم يشربون كميات كبيرة من الماء مما يبين ثقافتهم الصحية المتجسدة في ممارساتهم الصحية، وأيضا تدل هذه المعطيات أن المبحوثين الذكور أكثر إقبالا على ممارسة الرياضة والانخراط في مؤسسات شبابية، وهذه الممارسات الثقافية تؤثر هي الأخرى بطبيعة الحال على ممارساتهم الصحية بما فيها كمية الماء التي يشربونها يوميا، وهذا ما لم نلمسه عند فئة الإناث اللواتي صرحن معظمهن أنهن لا يقبلن لا على ممارسة الرياضة بانتظام ولا على الانخراط في مؤسسة شبابية وبالتالي قد يؤثر هذا على ممارساتهن الصحية.

إلا أن المستوى التعليمي أظهر تأثيره على كمية شرب الماء عند فئة الجامعين أكثر من المستويات الأخرى بحيث سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين يشربون لتر وأكثر من الماء يوميا عند الذكور ذوي المستوى التعليمي الجامعي وقدرت بـ: 65,4% مقابل 44% للإناث وهذا ما يدل على وعي فئة الذكور الجامعين بأهمية شرب الماء التي يجب أن تفوق اللتر يوميا لكي يكتفي جسم الإنسان ويلبي كل حاجاته.

جدول رقم 56: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	50,0	04	50,0	04	ابتدائي
100	47	44,7	21	55,3	26	متوسط
100	94	67,0	63	33,0	31	ثانوي
100	251	82,9	208	17,1	43	جامعي
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثين وجدنا أنه يؤثر وبقوة على تعاطي المبحوث للمخدر، بحيث سجلنا أعلى نسبة من الذين لم يسبق لهم أن تعاطوا أي مخدر عند الجامعيين وقدرت بـ: 82,9% مما يدل على وعيهم الصحي المتجسد في ممارساتهم الصحية، وكلما انخفض المستوى التعليمي للشباب كلما تزايد نوعا ما زيادة تعاطيه للمخدر بحيث قدرة نسبة المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الثانوي بـ: 67,0% مقابل نسبة 44,7% عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي وتعاطي المخدر قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 3 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للمبحوث يؤثر على تعاطيه للمخدر.

كما سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين سبق لهم تعاطي المخدر عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 55,3% هذا ما يدل على نقص وعيهم وثقافتهم الصحية المتجسدة في ممارساتهم الصحية، وبالتالي المستوى التعليمي للمبحوث أثر على تعاطيه للمخدر لأن ذوي المستوى التعليمي العالي يدركون جيدا مخاطر تعاطي المخدر وأضراره الصحية الحالية والمستقبلية ولذلك نجدهم لا يمارسون هذه الممارسات غير الصحية.

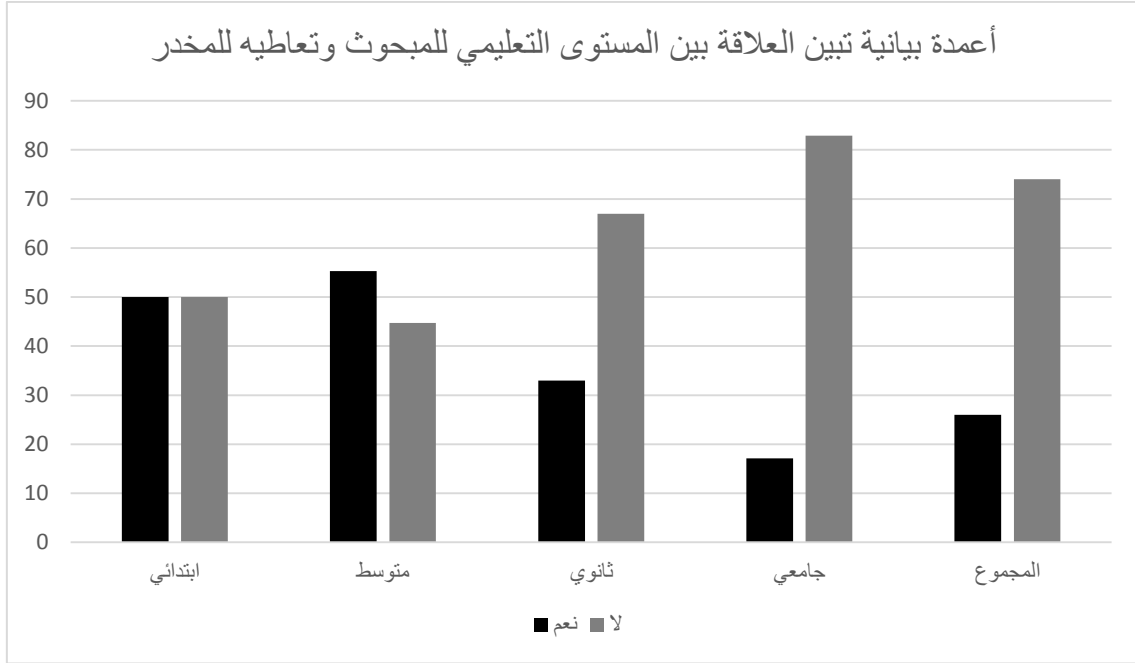
حيث يرى في هذا الصدد زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة أنه من أهم الأسباب التي تدفع الشباب إلى تعاطي أي نوع من المخدر هو الجهل بمضار هذا المخدر (ضعف التوعية والتثقيف)، بحيث نجد الكثير من المروجين يلجئون إلى خداع الشباب بالمخدرات من خلال إقناعهم بفائدتها لهم من حيث تقوية الجسم وتنشيطه ومنحه طاقة هائلة.. إلخ، مستغلين النقص الحاصل لدى هذه الفئة في المعرفة حول أضرار المخدرات.<sup>1</sup>

ويظهر بشكل واضح علاقة تعاطي المخدر حسب المستوى التعليمي في العرض

البياني التالي:

<sup>1</sup> زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: المرجع السابق، ص 170.

شكل رقم (36): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث وتعاطيه للمخدر.



## 2 - تأثير انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية على ممارساتهم الصحية:

يعتبر انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية من الممارسات الثقافية التي تساعد على اكتساب ثقافة صحية تتجسد في ممارساته الصحية، فالشاب المنخرط في مؤسسة شبابية مهما كان توجهها سواء ثقافي أو رياضي فهذه المؤسسة تساهم في رفع أدائه الفكري والجسمي في نفس الوقت، كما يرتبط انخراط الشاب في مؤسسة شبابية مع مكان إقامته بحيث قد تحول هذه الأخيرة من أن يتمكن من الانخراط بسبب عدم وجود هذه المراكز في المنطقة التي يسكن بها وهذا ما دفعه إلى عدم الانخراط مما قد يفقده الكثير من المهارات.

ومن خلال هذه النقطة حاولنا أن نبين العلاقة بين تأثير انخراط الشاب في مؤسسة شبابية وممارساته الصحية بحيث ربطنا انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية بكل من إجراء الشاب للفحص الطبي وكمية الماء التي يشربها يوميا.

جدول رقم 57: يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء الشاب للفحص الطبي						انخراط الشاب
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	57,9	33	42,1	24	نعم
100	315	77,1	243	22,9	72	لا
100	28	89,3	25	10,7	03	ليس لديهم مراكز
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في انخراط الشاب في مؤسسة شبابية وجدنا أنه يؤثر هو الآخر بقوة على الممارسات الصحية للشباب بحيث أظهرت معطيات الجدول أنه كلما كان الشاب غير منخرط في مؤسسة شبابية كلما زاد إقباله على عدم إجراء الفحص الطبي بشكل دوري، حيث سجلنا نسبة 89,3% من المبحوثين الذين ليس لديهم مراكز شبابية عند مكان إقامتهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري، و77,1% عند المبحوثين غير منخرطين، في حين نجد المبحوثين المنخرطين في مؤسسة شبابية صرح 57,9% منهم أنهم لا يقومون بالفحص الطبي بشكل الدوري، وهي توافق أقل نسبة في الجدول حتى أنها تقل عن الاتجاه العام للجدول بكثير.

ولاختبار العلاقة بين الانخراط في مؤسسة شبابية وإجراء الفحص الطبي الدوري قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية

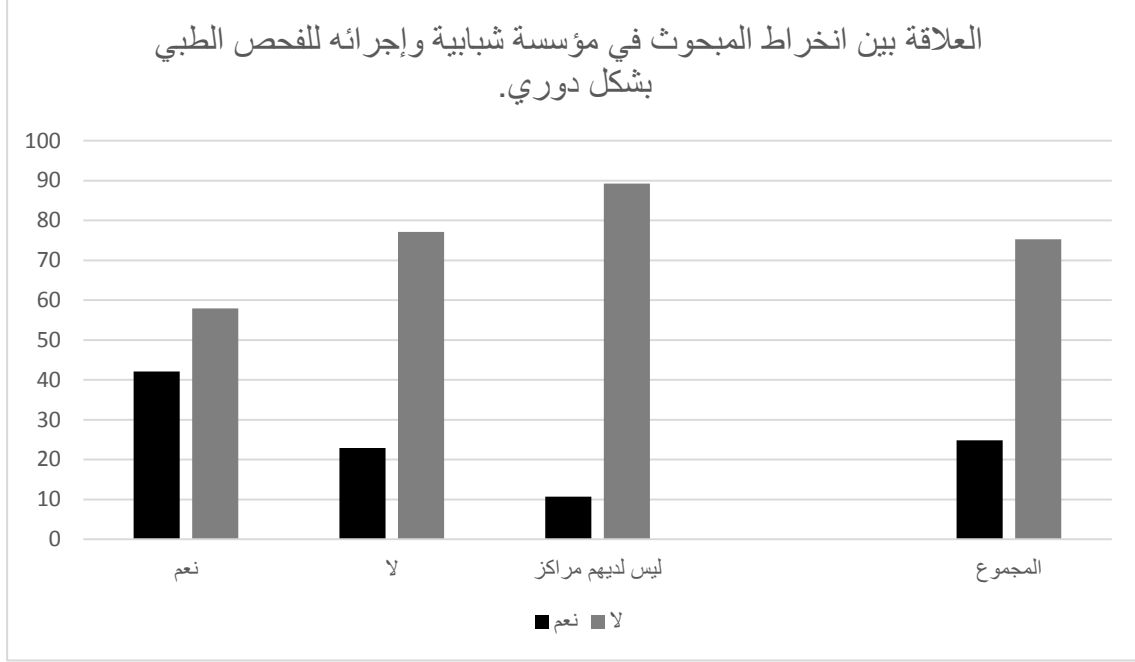
الصفيرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للمبحوث يؤثر على تعاطيه للمخدر.

إن الانخراط في مؤسسة شبابية مهما كان توجهها يعتبر من الممارسات الثقافية التي تساعد الشاب وتشجعه على أن يكون فردا إيجابيا في المجتمع ويستطيع أن يتكيف فيه بسهولة وأن يكتسب المعارف والخبرات في شتى المجالات بما فيه الجانب الصحي، خاصة وإن كان هذا الانخراط في بداية حياته وفي مراحل شبابه لذلك توصلنا إلى هذه المعطيات الموجودة في الجدول حيث صرح 42,1% من المبحوثين المنخرطين في مؤسسة شبابية أنهم يقومون بالفحص الطبي بشكل دور بالرغم من أن 87,7% منهم صرحوا أنهم لا يعانون من أي مرض<sup>1</sup>، مقابل 22,9% لدي المبحوثين غير المنخرطين و10,7% عند المبحوثين الذين ليس لديهم مراكز في مكان إقامتهم.

وهذا ما يدل على أن انخراط الشاب في مؤسسة شبابية كممارسة ثقافية تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحة والتي تجسدت في ممارساته الصحية، ويظهر بشكل واضح علاقة إجراء الفحص الطبي الدوري حسب الانخراط في مؤسسة شبابية في العرض البياني التالي:

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 17.

شكل رقم (37): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري.



جدول رقم 58: يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وكمية الماء التي يشربها يوميا.

كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا								انخراط الشاب
المجموع		لتر وأكثر		أقل من لتر		أقل من نصف لتر		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	63,2	36	21,1	12	15,8	09	نعم
100	315	50,5	159	34,6	109	14,9	09	لا
100	28	57,1	16	25,0	07	17,9	05	ليس لديهم مراكز
100	400	52,8	211	32,0	128	15,3	61	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية وجدنا أنه يؤثر نسبيا على الممارسات الصحية للمبحوثين، بحيث أظهرت معطيات الجدول أنه كلما كان الشاب منخرط في مؤسسة شبابية كلما زادت وتيرة كمية الماء التي يشربها يوميا بحيث سجلنا نسبة 15,8% لدى الذين يشربون أقل من نصف لتر يوميا و 21,1% كما سجلنا نسبة 63,2% مثلت المبحوثين الذين يشربون أكثر من لتر من الماء يوميا، وبالتالي يظهر لنا التأثير النوعي لانخراط المبحوث في مؤسسة شبابية على ممارساته الصحية.

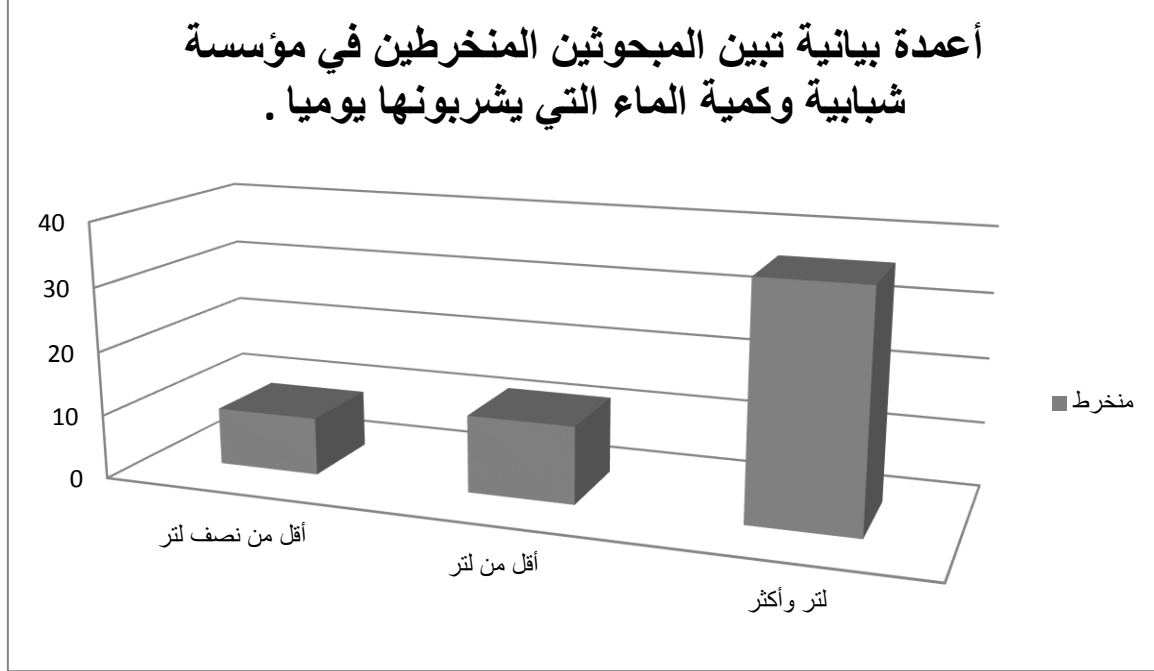
كما بينت أيضا معطيات الجدول أن معظم المبحوثين مهما كانوا منخرطين أو غير منخرطين يقبلون على شرب الماء بكميات ملائمة لجسمهم، بحيث صرح 50,5% من المبحوثين غير المنخرطين في مؤسسة شبابية أنهم يشربون أكثر من اللتر من الماء يوميا، و 57,1% مثلت المبحوثين الذين ليس لديهم مراكز شبابية عند مكان اقامتهم.

وذلك راجع إلى أن معظم أفراد عينة بحثنا يقبلون على شرب الماء بكميات تفوق اللتر يوميا وقد تتدخل عوامل أخرى مثل طبيعة العمل والمناخ الذي يعيش فيه المبحوث بحيث شملت عينة دراستنا المناطق الداخلية والجنوبية للوطن التي تتميز بالحرارة مما يدفع سكانها للعطش وشرب كميات كبيرة من الماء.

ويظهر بشكل واضح علاقة كمية شرب الماء حسب الانخراط في مؤسسة شبابية

في العرض البياني التالي:

شكل رقم (38): يبين العلاقة بين انخراط المبحوثين في مؤسسة شبابية وكمية الماء التي يشربونها يوميا.



### 3 - تأثير ممارسة المبحوثين للرياضة بانتظام على ممارساتهم الصحية:

تعتبر ممارسة الرياضة بانتظام من الممارسات الثقافية التي تؤثر على سلوك الشاب وتجعله أكثر حيوية ونشاط وتزيد من رغبته في الحياة، فممارسة الرياضة تعمل على امتصاص كل الطاقات السلبية من الجسم وتحويلها إلى طاقات إيجابية تكون حائل بينها وبين حدوث المرض مما يمد الشخص الممارس للرياضة بالصحة والعافية، كما تتأثر الممارسات الصحية لكل فرد يمارس الرياضة بحيث نجده يبتعد عن الممارسات غير الصحية كتعاطي المخدرات وتناول الأغذية المضرة بالصحة كالمشروبات الغازية والوجبات السريعة المليئة بالسكريات الضارة للجسم، ونجده يستبدلها بالغذاء الصحي المليء بالبروتينات ليعوض الطاقة التي فقدها، ونجده يشرب كميات معتبرة من الماء ليتخلص من السموم الموجودة في الجسم، وهذا ما يسمى بالثقافة الصحية التي قد يكون

اكتسبها من جراء ممارسته للرياضة، وبالتالي تكون كل ممارساته صحية، وهذا ما حاولنا إثباته من خلال هذه النقطة حيث سنبين تأثير ممارسة الرياضة على كل من إجراء الفحص الطبي الدوري وعدد مرات الاستحمام أسبوعيا وكمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا وتعاطيه للمخدر، كما أدرجنا متغير النوع كعامل رائز يبرز لنا العلاقة التي لم تكن واضحة من دونه ونتائج العلاقات جاءت كالتالي :

جدول رقم 59: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						ممارسة الرياضة
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	123	65,0	80	35,0	43	نعم
100	277	79,8	221	20,2	56	لا
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

عند إدخال ممارسة الرياضة كمتغير مؤثر على إجراء الفحص الطبي بشكل دوري للمبحوثين توصلنا من خلال معطيات الجدول أنه يؤثر نوعا ما على إقبالهم للفحص الطبي، ويظهر ذلك من خلال نسبة 79,8% التي مثلت المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة بانتظام ولا يقومون بالفحص الطبي الدوري، مقابل 65% من المبحوثين الذي يمارسون الرياضة بانتظام صرحوا أيضا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري، بالرغم من أن كلا النسبتين تتوافق مع الاتجاه العام للجدول إلا أنها تبقى نسبة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة بانتظام هم الأكثر إقبالا على عدم إجراء الفحص الطبي.

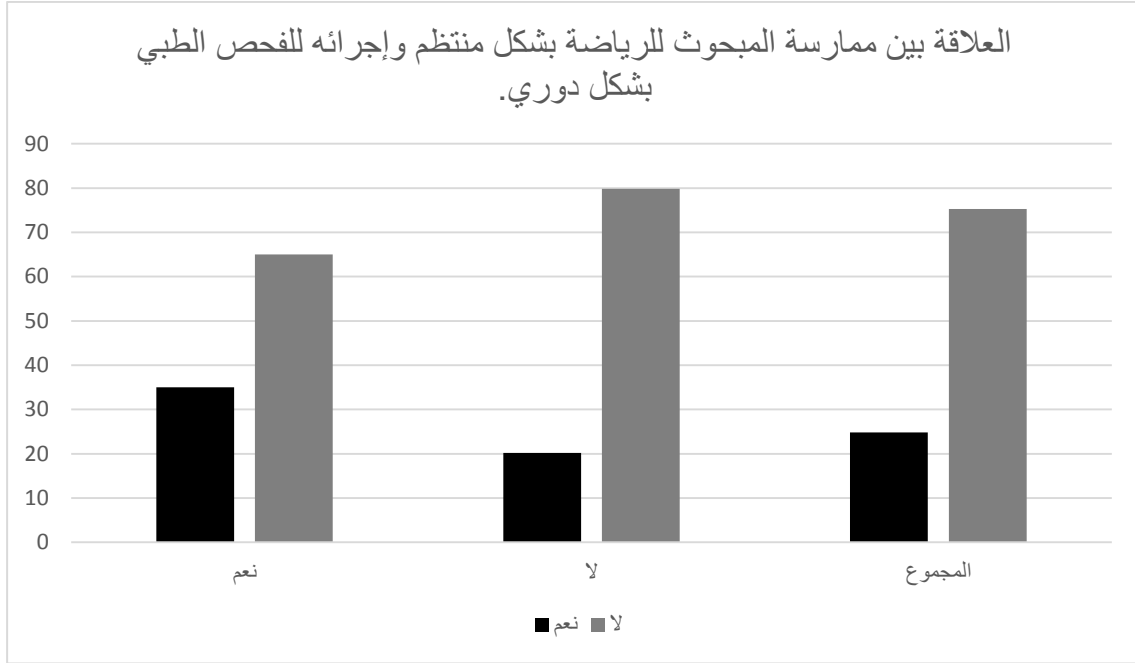
ولاختبار العلاقة بين ممارسة الرياضة وإجراء المبحوث للفحص الطبي طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 1 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن ممارسة المبحوث للرياضة بانتظام أثر على إجرائه للفحص الطبي.

إن ممارسة الرياضة بانتظام خاصة إذا صاحبها غذاء صحي وعناية بالصحة الشخصية بصفة عامة كاحترام أوقات النوم والراحة والأكل والاعتناء بنظافة الجسم والمكان الذي يسكن فيه هذا الشخص الممارس للرياضة، ويبتعد كل البعد عن كل الممارسات غير الصحية كالتدخين وتعاطي المخدرات والخمور بأنواعها، يجعله يتمتع بصحة جيدة وبهذا يبعد كل مسببات المرض خاصة أن هذا الشخص هو شاب وفي مقتبل العمر فنجده لا يتوجه إلى الطبيب لأنه يعلم أنه يتمتع بصحة جيدة بحيث صرح 91,1% من مجموع المبحوثين الذين يمارسون الرياضة بانتظام أنهم لا يعانون من أي مرض<sup>1</sup>، ورغم هذا بينت معطيات الجدول أن 35% منهم يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري وبهذا يظهر لنا تأثير ممارسة الرياضة على الممارسات الصحية للمبحوثين.

ويظهر بشكل واضح علاقة عدد إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري حسب ممارسة الرياضة بانتظام في العرض البياني التالي:

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 18.

شكل رقم (39): يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وإجرائه للفحص الطبي بشكل دوري.



جدول رقم 60: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وعدد المرات التي يستحم فيها في الأسبوع.

عدد مرات استحمام المبحوث في الأسبوع								ممارسة الرياضة
المجموع		4 مرات وأكثر في الأسبوع		من 2 - 3 مرات في الأسبوع		مرة أو أقل في الأسبوع		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	123	26,0	32	50,4	62	23,6	29	نعم
100	277	6,9	19	36,5	101	56,7	157	لا
100	400	12,8	51	40,8	163	46,4	186	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في ممارسة المبحوثين للرياضة توصلنا من خلال معطيات الجدول أن ممارسة الرياضة أثرت على عدد مرات التي يستحم فيها الشاب أسبوعياً، بحيث سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة

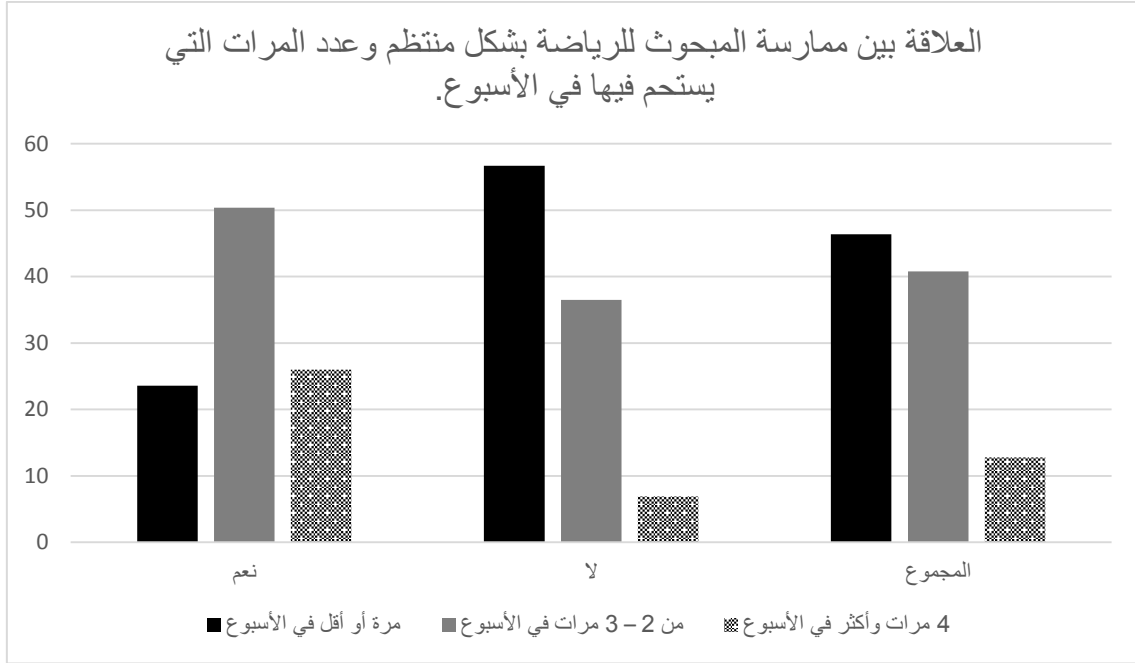
صرحوا بنسبة 56,7% أنهم يستحمون مرة أو أقل في الأسبوع، مقابل نسبة 23,6% فقط من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يستحمون مرة أو أقل ويمارسون الرياضة بانتظام، كما صرح 50,4% من هذه الفئة الأخيرة أنهم يستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع وهذا المعدل الطبيعي بحيث يتم الاستحمام بعد ممارسة الرياضة، كما صرحوا أيضا 26% منهم أنهم يستحمون 4 مرات وأكثر في الأسبوع وقد يرجع هذا إلى نوع الرياضة التي يمارسها المبحوث.

ولاختبار العلاقة بين ممارسة الرياضة وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن ممارسة المبحوث للرياضة بانتظام أثر على عدد المرات التي يستحموا فيها أسبوعيا.

إن ممارسة الرياضة تؤثر كثيرا على عدد مرات الاستحمام في الأسبوع لأن الشاب الذي يقوم بممارسة الرياضة بانتظام يملك درجة كافية من الوعي والثقافة الصحية التي مكنته من ممارسة الرياضة باعتبارها ممارسة ثقافية أيضا تؤثر على ممارساته الصحية بحيث نجد هذا الشاب مدرك جيدا ضرورة الاستحمام والنظافة الشخصية خاصة بعد ممارسة الرياضة، ولهذا جاءت معطيات الجدول بهذا الشكل الذي بينا لنا تأثير ممارسة الرياضة على عدد مرات الاستحمام أسبوعيا خاصة أن نزولنا للميدان كان في فترة الخريف وبداية الشتاء.

ويظهر بشكل واضح علاقة عدد مرات الاستحمام أسبوعيا حسب ممارسة الرياضة بانتظام في العرض البياني التالي:

شكل رقم (40): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وعدد المرات التي يستحم فيها في الأسبوع.



جدول رقم 61: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم وكمية الماء التي يشربها يوميا.

كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا								ممارسة الرياضة
المجموع		لتر وأكثر		أقل من لتر		أقل من نصف لتر		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	123	66,7	82	22,0	27	11,4	14	نعم
100	277	46,6	129	36,5	101	17,0	47	لا
100	400	52,8	211	32,0	128	15,3	61	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في ممارسة المبحوثين للرياضة وجدنا أنه يؤثر على كمية الماء التي يشربها المبحوث بحيث سجلنا أعلى نسبة لدى المبحوثين

الذي يمارسون الرياضة وفاقة كمية الماء التي يشربونها لتر وقدرت نسبتهم بـ: 66,7% وهذا لأنهم بحاجة إلى ذلك جراء الجهد الذي يقومون به، مقابل نسبة 46,6% من المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة صرحوا أنهم يشربون لتر وأكثر من الماء يوميا.

ولاختبار العلاقة بين ممارسة الرياضة وكمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن ممارسة المبحوث للرياضة بانتظام أثر على كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا.

فممارسة الرياضة لوحدها من الممارسات الثقافية التي تساعد الشاب على اكتساب ثقافة صحية وتجعله مثقف في مجال الصحة خاصة أنه يصبح يعتني بصحته الغذائية خاصة شرب الماء بكميات تتلاءم مع متطلبات الجسم بحيث يقضي على كل السموم الموجودة في الجسم.

جدول رقم 62: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بشكل منتظم ونوعه وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع	ممارسة الرياضة
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	100	70,0	70	30,0	30	ذكور	نعم
100	04	75,0	03	25,0	01	إناث	
100	104	70,2	73	29,8	31	المجموع	
100	100	46,0	46	54,0	54	ذكور	لا
100	194	80,6	158	19,4	38	إناث	
100	296	68,9	204	31,1	92	المجموع	
100	200	58,0	116	42,0	84	ذكور	المجموع
100	200	80,5	161	19,5	39	إناث	
100	400	69,2	277	30,8	123	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات هذا الجدول، أن ممارسة الرياضة ليس لها التأثير القوي على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث معظم المبحوثين بغض النظر لممارستهم أو عدم ممارستهم للرياضة لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، وبالتالي علاقة ممارسة المبحوث للرياضة وتعاطيه للمخدر لم تبرز أهميتها، لذلك استعنا بمتغير النوع لنبرز العلاقة أكثر.

بينت معطيات الجدول بعد إدخال المتغير الرئز أن نوع المبحوث يؤثر وبقوة على تعاطيه للمخدر، بحيث شكلت نسبت الإناث اللواتي لم يسبق لهن تعاطي المخدر 80,5% مقابل 58% عند الذكور وهذا ما يبين أن الإناث نجدهن يبتعدن عن الممارسات

غير الصحية خاصة في المجتمع الجزائري الذي مازال نوعا ما محافظا ومازالت الفتاة تحت الرقابة بحيث قدرت نسبة الإناث اللواتي يتعاطوا المخدرات في الجزائر 6% من مجموع المتعاطين<sup>1</sup>، كما أننا نجد التنشئة الاجتماعية في الجزائر تركز على الفتاة أكثر من الابن الذكر لأنها تحمل شرف العائلة على عاتقها.

لكن تبقى ممارسة الرياضة لها التأثير بحيث بينت معطيات الجدول أن المبحوثين الذي يمارسون الرياضة بانتظام لا يقبلون كثيرا على تعاطي المخدر بحيث سجلنا 75% و70% عند كل من الإناث والذكور على التوالي لم يسبق لهم أن تعاطوا أي نوع من المخدر، في حين نجد فئة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة 80,6% من الإناث لم يسبق لهم أن تعاطوا أي نوع من المخدر مقابل 46% فقط لدى الذكور، وهنا يظهر لدينا تأثير جنس المبحوث على تعاطيه للمخدر بحيث نجد الإناث دائما لا يقبلن على الممارسات غير الصحية مهما كن يمارسنا الرياضة أو لا، أما الذكور فنجدهم يتأثرون بممارسة الرياضة بحيث كلما كان المبحوثين الذكور يمارسون الرياضة نجدهم يبتعدون عن تعاطي المخدر.

ويرجع هذا أن ممارسة الرياضة تحول بينها وبين تعاطي المخدر بحيث هذا الأخير ينقص من اللياقة البدنية ويجعل الشخص غير قادر على التنفس بطلاقة مثلا، ويفقد الجسم طاقته الايجابية التي تساعد على ممارسة الرياضة، ولهذا سجلنا نسبة 38,7%<sup>2</sup> من مجموع المبحوثين الذين سبق لهم وأن تعاطوا المخدر ويمارسون الرياضة بانتظام قد أقلعوا عن تعاطيهم للمخدر.

<sup>1</sup>حسب تصريح السيد عبد الكريم عبيدات مدير مركز الوقاية والعلاج النفسي.

<sup>2</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 19.

## استنتاج الفرضية الثانية:

من خلال هذا الفصل حاولنا تحليل مختلف الظروف الثقافية للشباب وتوصلنا إلى

النتائج التالية:

1- بما يخص المستوى التعليمي وتأثيره على الوعي الصحي للمبحوث بينت النتائج أن المبحوثين ذوي المستوى التعليمي العالي أكثر وعياً من الذين مستواهم التعليمي منخفض، في مجال الصحة في العديد من العلاقات بما فيها معرفة المبحوثين لأمراض المنقولة جنسياً وعدد الأمراض التي يعرفونها وأيضاً بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، كلها علاقات كان للمستوى التعليمي للمبحوث تأثير نوعاً ما عليها، كما بينت العلاقة بين المستوى التعليمي وسبب بحث الشاب عن المعلومات الصحية بروز وعي المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي عالي أكثر بحيث معظمهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

- أما المستوى التعليمي للمبحوث وتأثيره على ممارساته الصحية، لم نلمس التأثير الكبير على كل المؤشرات الخاصة بها، بحيث أظهرت النتائج أن مستوى الشاب التعليمي لم يؤثر على كمية الماء التي يشربها يومياً بحيث معظمهم قدرت كمية الماء التي يشربونها لتر وأكثر مع تقدم طفيف لفئة الجامعيين في هذه الممارسة، إلا أن تأثير المستوى التعليمي ظهر جلياً في الممارسة الخاصة بتعاطي المبحوث للمخدر بحيث بينت نتائج هذه العلاقة أن فئة المبحوثين الذين يتميزون بمستوى تعليمي جامعي و ثانوي هم الأقل إقبالاً على مثل هذه الممارسات عكس المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي متدني، وبالتالي المستوى التعليمي للمبحوث أثر نوعاً ما على ممارساته الصحية لكن ليس بالدرجة الكبيرة إلا بما يخص تعاطي الشاب للمخدر.

وبهذا تبين لنا النتائج أن المستوى التعليمي للشباب أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على ممارساته الصحية، وهذا ما يدل على أن الممارسات الصحية للمبحوث قد تتأثر بعوامل أخرى خاصة بالشباب أو بأسرته كظروف ثقافية أخرى أو اجتماعية أو حتى اقتصادية.

2 - بما يخص انخراط الشاب في مؤسسة شبابية وتأثيره على الوعي الصحي للمبحوثين، توصلنا إلى أنه لم يكن له التأثير القوي خاصة بما يخص معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، إلا أنه أظهر تأثيره الطفيف على سبب البحث عن المعلومات الصحية بحيث صرح معظم المبحوثين المنخرطين في مؤسسة شبابية أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

أما عن انخراط الشاب في مؤسسة شبابية لم يكن له التأثير الكبير أيضا على كل العلاقات الخاصة بالممارسات الصحية للمبحوثين، بحيث أثر نوعا ما على إجراء المبحوث للفحص الطبي، بالرغم من أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي إلا أن فئة المنخرطين كانت أكثر إقبالا على إجراء هذا الفحص، لكنه لم يؤثر على كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا، وبالتالي انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية لم يكن له التأثير القوي على ممارسات المبحوثين الصحية.

ومنه نجد انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية أثر نوعا ما على كل من عي الشاب الصحي وممارساته الصحية بنفس الدرجة تقريبا.

3 - ممارسة الرياضة بانتظام أظهرت تأثيرها على معظم مؤشرات الوعي الصحي، حيث أثرت على نوع المرض المنقول جنسيا بحيث كلما كان المبحوث ممارسا للرياضة زادة معرفته لعدة أمراض منقولة جنسيا، كما أثرت أيضا ممارسة الرياضة على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، لكن لم تؤثر على سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية بحيث صرح معظم المبحوثين الممارسين للرياضة وغير الممارسين لها أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

أما بما يخص ممارسة الرياضة بانتظام وتأثيرها على ممارسات المبحوث الصحية، أظهرت النتائج أنه هو الآخر لم يكن له التأثير القوي على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، بحيث لم يؤثر على إجراء الفحص الطبي الدوري، بينما أثرى على عدد المرات التي يستحم فيها المبحوث بحيث كلما كان المبحوث ممارس

للرياضة كلما زادت عدد مرات استحمامه أسبوعيا، في حين لم يؤثر لا على كمية الماء التي يشربها المبحوث يوميا بحيث معظم المبحوثين يشربون أكثر من لتر يوميا ولا على تعاطي المبحوث للمخدر.

وبالتالي ممارسة الرياضة بانتظام أثرت نوعا ما على كل من الوعي الصحي للمبحوث وعلى ممارساته الصحية.

هذا بصفة عامة أهم النتائج الجزئية التي توصلنا إليها من خلال هذا الفصل.

## الفصل التاسع:

تأثير الظروف السوسيوثقافية

للأسرة على ثقافة المبحوثين

الصحية

## تمهيد:

تعتبر الظروف الاجتماعية والثقافية للأسرة من أهم العوامل المؤثرة على ممارسات ووعي أفرادها الصحي، بحيث تعتبر ثقافة الشباب الصحية هي عملية مكتسبة من طرف أسرهم دون أن نهمش تأثير ظروف الشباب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الخاصة بهم، لكن هذه الأخيرة أيضاً تتأثر بظروف أسرهم، ومن خلال هذا الفصل سنحاول تحليل الفرضية الثالثة للدراسة والتي تدور حول "الظروف السوسيو ثقافية للأسرة تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية".

ويتضمن المتغير المستقل لهذه الفرضية المتمثل في الظروف السوسيو ثقافية بعدين بُعد خاص بالظروف الاجتماعية وتضمن عدة مؤشرات تمثلت في الوضعية المعيشية للأسرة وصنفها إلى ثلاث مستويات، وضعية معيشية حسنة وضعية معيشية متوسطة ووضعية معيشية سيئة، كما اعتمدنا على عدة مؤشرات لكي نتمكن من تحديد هذه المستويات الثلاثة للوضعية المعيشية للأسرة، ويعد هذا المؤشر من أهم المؤشرات الاجتماعية الخاصة بالأسرة والتي تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية بحيث نجد كلما كانت وضعية الأسرة المعيشية جيدة كلما كان في إمكان الشاب أن يحصل على رعاية أكثر وبالتالي هذه الرعاية تصبح على شكل ممارسات صحية مما يكسب هذا الشاب ثقافة صحية، والعكس صحيح فقد تكون وضعية الأسرة المعيشية من المسببات الرئيسية لعدم اكتساب الشاب لثقافة صحية خاصة إذا كانت وضعيتها المعيشية سيئة وهذا ما سنحاول تبينه من خلال العناصر التالية للفصل، والمؤشر الثاني للظروف الاجتماعية للأسرة تمثل في لوازم الأسرة المنزلية وصنفناه إلى أربع مستويات، الأول هو امتلاك الأسرة على كل اللوازم المنزلية وتتمثل هذه اللوازم في الكهرياء وغاز المدينة وقنوات جلب الماء والصرف الصحي بالإضافة إلى وجود التلفاز الحديث والثلاجة وآلة

غسل الملابس وفرن الطبخ والهاتف الأرضي والنقل وامتلاك الأسرة أيضا على سيارة، واعتمدنا على هذا التصنيف حسب تصريحات المبحوثين وإجاباتهم على أسئلة الاستمارة، والتصنيف الثاني هو امتلاك الأسرة على كل اللوازم السابقة الذكر ماعدا السيارة، أما التصنيف الثالث فهو عدم امتلاك الأسرة في المنزل على غاز المدينة وباقي اللوازم كلها موجودة، كما تمثل التصنيف الرابع والأخير لهذا المؤشر في عدم امتلاك الأسرة في منزلها على غاز المدينة وقنوات جلب الماء، كما يؤثر هذا المؤشر على اكتساب الشاب لثقافة صحية بحيث كلما كانت الأسرة تملك كل اللوازم المنزلية كلما كانت الوضعية الاجتماعية لهذه الأسرة جيدة وبالتالي تستطيع أن توفر لأفرادها الاهتمام والرعاية في كل الجوانب بما فيه الصحي وبالتالي تمكن الشاب من ممارسات صحية وتساعده على اكتساب وعي صحي بما أن كل اللوازم موجودة التي قد تساعده على التثقيف في شتى المجالات وقد يشمل الصحة، وهذا ما يكسب هذا الشاب ثقافة صحية.

أما البعد الثاني للمتغير المستقل فتمثل في الظروف الثقافية للأسرة وتضمن مؤشرين خاصين بالمستوى التعليمي لكل من الأب والأم، وصنفناه إلى خمسة مستويات، أمي وابتدائي ومتوسط وثانوي وجامعي، ويعد مؤشر المستوى التعليمي للوالدين من أهم العوامل المؤثرة على اكتساب الشاب لثقافة صحية، بحيث يساعد المستوى التعليمي العالي للأب والأم أن يتبنوا ممارسات صحية في المنزل قد تنتقل إلى أطفالهم شباب المستقبل وتصبح ممارسة صحية من قبل الشباب، وأيضا يؤثر المستوى التعليمي للوالدين على وعي الشباب الصحي بحيث قد يستفيدوا من درجة وعي والأبوين بإرشادهم وتوجيههم إلى الثقافة الصحية السليمة.

ولقد تضمن هذا الفصل جزأين الأول حول تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية واحتوى بدوره هذا الجزء على عنصرين، الأول حول تأثير

الظروف الاجتماعية على وعي المبحوث الصحي وتضمن نقطتين الأولى حول تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على وعي المبحوث الصحي، والثانية حول تأثير لوازم الأسرة المنزلية على وعي المبحوث الصحي، أما العنصر الثاني لهذا الجزء فكان حول تأثير الظروف الاجتماعية على ممارسات المبحوثين الصحية، وكان لهذا العنصر هو الآخر نقطتين، الأولى تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على ممارسات المبحوث الصحية والثانية تأثير لوازم الأسرة المنزلية على ممارسات المبحوث الصحية.

أما الجزء الثاني لهذا الفصل فكان حول تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

### أولاً - تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية:

الظروف الاجتماعية للأسرة تعد من أبرز المؤثرات على اكتساب الشباب لثقافة صحية لأنها هي المتحكمة في توجهاتهم وممارساتهم وحتى وعيهم الصحي فكلما كانت هذه الظروف ملائمة كلما ساعدت الأسرة على إكساب أطفالها ثقافة صحية وقد يكون العكس، وهذا ما سنحاول أن نظهره من خلال هذا الجزء بالاعتماد على عنصرين، الأول تأثير الظروف الاجتماعية على وعي المبحوثين الصحي والثاني تأثير الظروف الاجتماعية على ممارسات المبحوثين الصحية.

#### 1- تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي:

تعد الظروف الاجتماعية للأسرة من أبرز العوامل المؤثرة على اكتساب الشاب لوعي صحي، بحيث تلعب دور كبير في توجيه أفكاره وخياراته اتجاه صحته، ومن خلال هذا العنصر حاولنا إبراز هذا التأثير من خلال نقطتين رئيسيتين، الأولى تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي والثانية تأثير لوازم الأسرة المنزلية على وعي المبحوثين الصحي.

### 1-1 - تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي:

من خلال هذه النقطة سنظهر تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي، بحيث تعتبر الوضعية المعيشية للأسرة من أهم الظروف الاجتماعية التي تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية، فهذه الوضعية تعتبر البيئة التي تحيط بهذا الشاب وتساعد على التمتع بحياته دون منغصات إذا كانت ملائمة مع ظروف الحياة الحالية، والعكس صحيح فإذا كانت غير ملائمة فقد تدفعه إلى الانحراف والذي يكون مصاحب لممارسات غير صحية تؤثر عليه وعلى صحته، ولهذا اعتمدنا لكي نحدد الوضعية المعيشية للأسرة على عدة مؤشرات كانت عبارة عن أسئلة تضمنتها الاستمارة التي طبقناها أثناء نزولنا إلى الميدان، وتمثلت أولاً في تصريح المبحوث حول الوضعية المعيشية لأسرته ونوع السكن الأسري وعدد الغرف فيه وعدد الأشخاص القاطنين به، وأيضاً اللوازم المنزلية التي تتوفر لدى الأسرة بالإضافة إلى الدخل الشهري للأسرة، ومن هذه المؤشرات تم تجزئة الوضعية المعيشية للأسرة إلى ثلاثة مستويات تمثلت في الوضعية المعيشية الحسنة للأسرة والوضعية المعيشية المتوسطة للأسرة والوضعية المعيشية السيئة التي تعرفها الأسرة.

كما حددنا الوضعية المعيشية الحسنة للأسرة حسب نوع السكن إذا كان فلا أو شقة لكن مع النظر إلى عدد الغرف وعدد الأشخاص القاطنين بهذا المسكن، بحيث يكون عدد الغرف أكثر من عدد الأشخاص، وأيضاً يجب أن تملك الأسرة في هذا المسكن كل من الكهرباء وغاز المدينة وقنوات جلب المياه، والصرف الصحي بالإضافة إلى التلفاز الحديث والثلاجة وآلة غسل الملابس والهاتف الأرضي والنقل، وفرن الطبخ وأيضاً يجب على الأسرة أن تمتلك سيارة ودخلها الشهري يفوق 45000 دج، وبالإضافة إلى تصريح المبحوث بحيث معظم المبحوثين عبروا على وضعية أسرهم المعيشية بكل صراحة وجاءت متوافقة مع الشروط التي وضعناها لتصنيف كل مستوى على حدي.

أما الوضعية المعيشية المتوسطة للأسرة فقمنا بتحديدنا من خلال نوع السكن شقة أو بيت تقليدي بشرط أن يكون عدد الغرف في هذا المسكن متساوي أو أكثر بقليل من عدد الأشخاص القاطنين فيه، وأيضا يجب أن تملك الأسرة كل اللوازم التي ذكرناها سابقا ماعدا السيارة فلم ندرجها في هذا المستوى، وأيضا يجب على الأسرة التي تعد وضعيتها المعيشية متوسطة أن لا يقل دخلها الشهري عن 35000 دج.

أما الأسرة التي تعد وضعيتها المعيشية سيئة فحددنا من خلال نوع السكن شقة أو بيت تقليدي الذي يفوق عدد الأشخاص فيه عدد الغرف، أو الذين يعد نوع مسكنهم بيت قصديري بالإضافة إلى النقص الكبير الذي تعرفه هذه الأسر من حيث لوازم المسكن من غاز المدينة وقنوات جلب الماء والصرف الصحي ومختلف الوسائل الأخرى التي ذكرناها سابقا، كما يعد دخلها الشهري أقل من 15000 دج.

للتعرف على نوع العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة والمؤشرات الخاصة بالوعي الصحي للمبحوثين، قمنا بربط متغير الوضعية المعيشية مع سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية ونتائج العلاقة جاءت كالتالي:

جدول رقم 63: يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وسبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة.

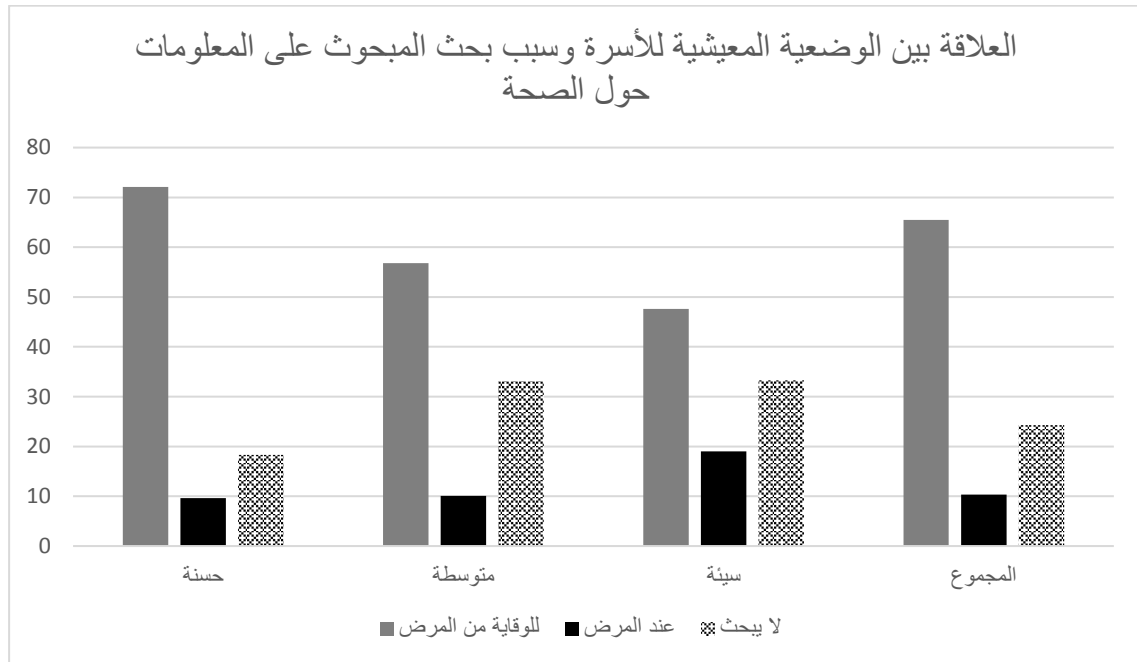
سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة								الوضعية المعيشية
المجموع		لا يبحث		عند المرض		للقاية من المرض		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	18,3	44	9,6	23	72,1	173	حسنة
100	139	33,1	46	10,1	14	56,8	79	متوسطة
100	21	33,3	07	19,0	04	47,6	10	سيئة
100	400	24,3	97	10,3	41	65,5	262	المجموع

لقد أدرجنا من خلال هذا الجدول فئة المبحوثين الذين لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية لأننا لم ندرج جدول خاص بالوضع المعيشية للأسرة وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية، فارتأينا أن ندمجها لنبين نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية حسب الوضع المعيشية لأسرهم، ومعطيات الجدول أظهر لنا أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض وقدرت نسبتهم بـ: 65,5 %، تليها نسبة 24,3 % صرحوا أنهم لا يبحثون عن المعلومات الصحية، لتأتي في الأخير نسبة 10,2 % والتي مثلت المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية عند إصابتهم بالمرض.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في الوضع المعيشية للأسرة توصلنا من خلال معطيات الجدول أن الوضع المعيشية تؤثر على ثقافة الشاب الصحية، وعلى ممارساته الصحية، بحيث كلما كانت الوضع المعيشية جيدة كلما زاد وعي المبحوثين الصحي، بحيث يزيد إقبالهم على البحث عن المعلومات الصحية من جهة، ومن جهة أخرى يرجع سبب بحثهم عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، وهذا ما بينته معطيات الجدول بحيث صرح 72,1 % من المبحوثين الذين تعد وضع أسره المعيشية حسنة أنهم يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، وهذا ما يدل على وعي هذه الفئة من المبحوثين الصحي بحيث نجدهم يسعون للحفاظ على صحتهم بتجنبهم للمرض عن طريق اكتساب ثقافة صحية، مقابل 56,8 % عند المبحوثين التي تعد وضع أسره المعيشية متوسطة و 47,6 % لدى المبحوثين الذين تعد وضع أسره المعيشية سيئة.

كما أن معطيات الجدول أظهرت أن للوضع المعيشية تأثير نسبي على بحث الشاب عن المعلومات الصحية، بحيث صرح أكثر من ثلث المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر تعد وضعيتهم المعيشية متوسطة وسيئة على أنهم لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية، وهذا ما يدل على الغياب النوعي للوعي الصحي لدى هذه الفئة من المبحوثين، وقد تتعدد أسباب عدم البحث عن المعلومات الصحية خاصة في ظل سوء الأوضاع المعيشية المصاحب لعدم وجود الوسائل المتطورة للبحث عن المعلومات الصحية، كالحاسوب والهاتف الذكي مثلا، أو عدم القدرة على اقتناء الكتب والمجلات التي تفيد في عملية التثقيف الصحي، فالظروف الاجتماعية للأسرة مرتبطة كل الارتباط بالظروف الاقتصادية وكلها تتفاعل فيما بينها لتكسب الشاب ثقافة صحية أو تحد من تحقق ذلك. ويظهر بشكل واضح علاقة سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية حسب الوضعية المعيشية للأسرة في العرض البياني التالي:

شكل رقم (41): أعمدة البيانات تبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وسبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة.



## 1 - 2- تأثير لوازم الأسرة المنزلية على وعي المبحوثين الصحي:

نقصد بلوازم الأسرة المنزلية في التصنيف الأول هو امتلاك الأسرة على كل اللوازم المنزلية وتتمثل هذه اللوازم في الكهرباء وغاز المدينة وقنوات جلب الماء والصرف الصحي، بالإضافة إلى وجود التلفاز الحديث والثلاجة وآلة غسل الملابس وفرن الطبخ والهاتف الأرضي والنقل وامتلاك الأسرة أيضا على سيارة، واعتمدنا على هذا التصنيف حسب تصريحات المبحوثين وإجاباتهم على أسئلة الاستمارة، والتصنيف الثاني هو امتلاك الأسرة على كل اللوازم السابقة الذكر ما عدا السيارة، أما التصنيف الثالث فهو عدم امتلاك الأسرة في المنزل على غاز المدينة وباقي اللوازم كلها موجودة، كما تمثل التصنيف الرابع والأخير لهذا المؤشر في عدم امتلاك الأسرة في منزلها على غاز المدينة وقنوات جلب الماء .

وكل هذه التصنيفات السابقة الذكر تبين المستوى الاجتماعي الذي تعيشه الأسرة في ظل تمكنها من امتلاك اللوازم الأساسية للمسكن أو عدم امتلاكها لها، وبالتالي تؤثر على ثقافة المبحوث الصحية لأنها عوامل مساعدة إن توفرت، وتصبح الحياة إذ لم تتوفر، ولمعرفة نوع تأثير لوازم المسكن التي تملكها الأسرة على وعي المبحوث الصحي، قمنا بربط لوازم الأسرة المنزلية لنظهر تأثيرها على سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية ونتائج العلاقة جاءت كالتالي:

جدول رقم 64: يبين العلاقة بين لوازيم المسكن وسبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة.

سبب بحث المبحوث على المعلومات حول الصحة								لوازم المسكن
المجموع		لا يبحث		عند المرض		للوفاية من المرض		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	203	21,7	44	10,3	21	68,0	138	كل اللوازم موجودة
100	49	36,7	18	12,2	06	51,0	25	ينقص سيارة
100	141	23,4	33	9,9	14	66,7	94	ينقص غاز المدينة
100	07	28,6	02	-	-	71,4	05	ينقص غاز المدينة وقنوات جلب الماء
100	400	24,3	97	10,3	41	65,5	262	المجموع

كما يظهر من خلال معطيات الجدول أننا أدرجنا فئة المبحوثين الذين لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية مع الجدول الخاص بسبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، وذلك لأننا لم نخصص جدول خاص ببحث المبحوث عن المعلومات الصحية على حدا، وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في لوازم المسكن وجنا أن معظم المبحوثين مهما كانت أسرهم تملك من لوازم لمسكنها صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات حول الصحة للوقاية من المرض، وأعلى نسبة سجلت عند المبحوثين الذين يعد المسكن الأسري غير مزود لا بغاز المدينة ولا بقنوات جلب الماء وقدرت بـ: 71,4% تليها نسبة 68% عرفها المبحوثين الذين تملك أسرهم كل لوازم المسكن، ثم تأتي فئة المبحوثين الذين يعد مسكن أسرهم غير مزود بغاز المدينة بنسبة 66,7%، لتأتي آخر نسبة 51% والتي مثلت المبحوثين الذين صرحوا أن أسرهم لا تملك سيارة فقط.

ولاختبار درجة الارتباط بين لوازم المسكن وسبب بحث الشاب عن المعلومات الصحية قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,13 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن لوازم المسكن للأسرة لم تؤثر على سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية.

وكما يظهر بشكل واضح تقارب النسب بين كل فئات المبحوثين وهذا يبين عدم التأثير الكبير للوازم المسكن على سبب بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، بحيث نجد معظم المبحوثين الذين تعد ظروفهم الاجتماعية جيدة والذين تعد ظروفهم الاجتماعية سيئة يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، وهذا ما يفسر الوعي الصحي الذي يتمتع به أفراد عينة بحثنا.

فالمبحوثين الذين تعد ظروف أسرهم الاجتماعية جيدة يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض بغرض المحافظة على مستوى الصحة لديهم، بما أن ظروفهم تدل على المستوى الجيد الذين يعيشون فيه بحيث المسكن مهياً وكل متطلبات الحياة موجودة فيه الأمر الذي يبين قدرة هؤلاء الأفراد على الاعتناء بصحتهم من كل الجوانب وهذا ما يكسبهم وعي وثقافة صحية مع مرور الوقت.

أما المبحوثين الذين تعد ظروف أسرهم الاجتماعية سيئة نجدهم هم أيضا يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض، الأمر الذي يبين عدم قدرة هؤلاء الأفراد على الاعتناء بصحتهم في حالة المرض خاصة أن ظروفهم لا تسمح، ومع سهولة البحث عن المعلومات الصحية عبر مختلف وسائل الإعلام نجد هذه الفئة من المبحوثين يفضلون تجنب المرض لعدم قدرتهم على المتابعة الصحية "الوقاية خير من العلاج" وهذا ما يكسبهم وعي وثقافة صحية وبهذا يكون قد استغلوا ظروفهم الاجتماعية القاسية لصالحهم وبشكل إيجابي.

أما بخصوص المبحوثين الذين لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية فأعلى نسبة عرفها المبحوثين الذين لا تملك أسرهم سيارة وقدرت نسبتهم بـ: 36,7%، وهذه نسبة معتبر تفوق الثلث نجدهم لا يبحثون عن المعلومات الصحية بالرغم من أن ظروفهم الاجتماعية تسمح بذلك، بحيث تعد متوسطة فمساكنهم الأسري يحتوي على كل اللوازم التي تساعدهم على البحث عن المعلومات الصحية كوسائل الإعلام المختلفة إلا أنهم لا يقومون بذلك، وقد تفسر هذه النسبة بأن هؤلاء المبحوثين لم يسبق لهم وأن عانوا من مشاكل صحية قد تدفعهم للبحث عن المعلومات الصحية لكن هذا إن دل على شيء فهو يدل على عدم وجود وعي صحي لدى هذه الفئة من المبحوثين.

## 2 - تأثير الظروف الاجتماعية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية:

بطبيعة الحال قد تتأثر الممارسات الصحية للشباب بظروف أسرهم الاجتماعية لأنها من أهم الظروف المتحكمة والمسيرة للممارسات التي قد ينتهجها الطفل شاب المستقبل فقد تكون صحية أو غير صحية حسب طبيعة الظروف الاجتماعية السائدة في الأسرة، ومن بين هذه الظروف اعتمدنا على الوضعية المعيشية للأسرة واللوازم التي يحتوي عليها المنزل وتملكها الأسرة لكي نبين كيفية تأثيرها على ممارسات المبحوث الصحية من خلال النقطتين التاليتين.

## 2 - 1 - تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية:

كما ذكرنا سابقا أن للوضعية المعيشية للأسرة تأثير على وعي المبحوثين الصحي، فهي أيضا تؤثر على ممارساته الصحية، ومن خلال هذه النقطة حاولنا أن نبرز تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على ممارسات المبحوث الصحية، حيث ربطناها بكل من إجراء الفحص الطبي الدوري وعدد مرات الاستحمام يوميا وتعاطي المخدر ونتائج العلاقات جاءت كالتالي.

جدول رقم 65: يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						الوضعية المعيشية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	70,8	170	29,2	70	حسنة
100	139	80,6	112	19,4	27	متوسطة
100	21	90,5	19	9,5	02	سيئة
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في الوضعية المعيشية للأسرة أظهرت لنا معطيات الجدول أن الوضعية المعيشية للأسرة أثرت على إجراء المبحوث للفحص الطبي، بحيث نجد أنه كلما كانت الوضعية المعيشية للأسرة غير مريحة كلما زاد عدم الإقبال على إجراء الفحص الطبي الدوري، بحيث صرح 90,5% من المبحوثين الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية سيئة أنهم لا يقومون بالفحص الطبي، مقابل 80,6% عند المبحوثين الذي تعد وضعية أسرهم المعيشية متوسطة و70,8% من المبحوثين الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية حسنة وبالتالي نجد التأثير النسبي للوضعية المعيشية للأسرة على إجراء الفحص الطبي الدوري.

ولاختبار العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وإجراء الفحص الطبي الدور طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين،

وهذا ما يدل على أن الوضعية المعيشية للأسرة تؤثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري.

إن الوضعية المعيشية للأسرة تتدخل فيها عدة عوامل قد تكون هذه العوامل اقتصادية بالدرجة الأولى، لكنها تمنح المناخ الاجتماعي للمبحوث لكي يتمكن من ممارساته الصحية مما يتكون لديه ثقافة صحية، وقد يحدث العكس إذا كان هذا المناخ غير ملائم كالوضعية المعيشية السيئة للأسرة، فلا تستطيع هذه الأخيرة أن توفر لأفرادها الأمور الضرورية كالفحص الطبي الدوري الذي يعد من الممارسات الصحية التي تحافظ على الصحة بالوقاية من المرض، لأن دخلها الشهري مثلا متدني أو عدد أفرادها كبير مما لا يمكنها من رعايتهم جميعا، وهذا ما يفسر نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بالفحص الطبي الدوري وهم ينتمون إلى أسر تعد وضعيتهم المعيشية سيئة.

في حين نجد نسبة 29,2% فقط من مجموع المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر تعد وضعيتهم المعيشية حسنة يقومون بالفحص الطبي الدوري، وهذه نسبة قليلة بالرغم من أنها هي الأعلى في الجدول، إذا قارناها بوضعية أسرهم المعيشية بحيث نجدهم يملكون الإمكانيات المادية التي تساعدهم على التوجه إلى الفحص الطبي الدوري دون عناء.

وقد يرجع عدم إقبال هذه الفئة إلى مثل هذه الممارسات الصحية جراء وضعية أسرهم المعيشية في حد ذاتها، بحيث تستطيع هذه الفئة من الأسر أن توفر لأفرادها المستوى المعيشي اللائق كالمسكن الصحي والغذاء الصحي واللباس الصحي، وتستطيع أيضا الاعتناء بصحتهم الشخصية بصفة يومية وهذا ما قد يجعلهم لا يصابون بالمرض، مما يكسب هؤلاء الأفراد عادات صحية تصبح ثقافة صحية في المستقبل.

جدول رقم 66: يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.

عدد مرات استحمام المبحوث في الأسبوع								الوضعية المعيشية
المجموع		4 مرات وأكثر في الأسبوع		من 2 - 3 مرات في الأسبوع		مرة أو أقل في الأسبوع		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	16,3	39	42,5	102	41,3	99	حسنة
100	139	7,2	10	38,8	54	54,0	75	متوسطة
100	21	9,5	02	33,3	07	57,1	12	سيئة
100	400	12,8	51	40,8	163	46,4	186	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في الوضعية المعيشية للأسرة بينت لنا معطيات الجدول أن الوضعية المعيشية تؤثر على ثقافة الشاب الصحية وعلى ممارساته الصحية، بحيث صرح 57,1% من المبحوثين الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية سيئة أنهم يستحمون مرة أو أقل في الأسبوع، مقابل 54% من المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر تعد وضعيتهم المعيشية متوسطة، كما صرح 41,3% من المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر تعد وضعيتهم المعيشية حسنة أنهم يستحمون مرة واحدة أسبوعياً أو أقل.

ولاختبار درجة الارتباط بين الوضعية المعيشية للأسرة وعدد مرات الاستحمام قمنا بتطبيق معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,16، مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جداً بين المتغيرين وبالتالي الوضعية المعيشية للأسرة لم تؤثر على عدد مرات استحمام المبحوث أسبوعياً.

لم يظهر تأثير الوضعية المعيشية للأسرة على عدد مرات الاستحمام أسبوعياً لأن معظم المبحوثين مهما كانت وضعيتهم المعيشية صرحوا أنهم يستحمون مرة أو أقل في

الأسبوع، إلا أن معطيات الجدول بينت أن أعلى نسبة من المبحوثين الذين تعد وضعيتهم المعيشية حسنة صرحوا أنهم يستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع بنسبة 42,5% وهي أعلى نسبة في الجدول وهو المعدل الطبيعي للاستحمام أسبوعياً، كما عرفة نفس الفئة نسبة 16,3% منهم صرحوا أنهم يستحمون 4 مرات وأكثر في الأسبوع، وهذا ما يدل على أن الوضعية المعيشية للأسرة عامل هام يؤثر على السلوك الصحي، فالأسرة ذات الوضعية المعيشية الحسنة تستطيع الاعتناء بصحة أفرادها الشخصية بصفة يومية وهذا ما قد يكسب هؤلاء الأفراد عادات صحية تصبح ثقافة صحية في المستقبل.

جدول رقم 67: يبين العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وتعاطي المبحوث للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						الوضعية المعيشية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	240	79,6	191	20,4	49	حسنة
100	139	65,5	91	34,5	48	متوسطة
100	21	66,7	14	33,3	07	سيئة
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في الوضعية المعيشية للأسرة توصلنا من خلال معطيات الجدول أن الوضعية المعيشية تؤثر نسبياً على ثقافة الشاب الصحية وعلى ممارساته الصحية، بحيث صرح 79,6% من المبحوثين الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية حسنة أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، مقابل 66,7% و65,5% عند كل من المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ذات وضعية معيشية سيئة وأسر ذات وضعية معيشية متوسطة على التوالي.

ولاختبار العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة وتعاطي المخدر طبقنا اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 2 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن الوضعية المعيشية للأسرة تؤثر نسبياً على تعاطي المبحوث للمخدر.

بالرغم من أن معظم المبحوثين مهما كانت وضعية أسرهم المعيشية صرحوا أنهم لم يسبق لهم وان تعاطوا أي نوع من المخدر، وقد يبين هذا الأمر الوعي الصحي الذي يتمتع به أفراد عينة بحثنا، إلا أنه يبقى بدرجات بحيث سجلنا أعلى نسبة من المبحوثين الذين صرحوا أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر عرفها فئة الشباب الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية سيئة وقدرت بـ: 33,3 %، فالتوجه إلى مثل هذه الممارسات غير الصحية من طرف الشباب تدل على رفضه لواقع يعيشه، وأيضا لعدم وعي بحيث الإدمان على مثل هذه الممارسات لا يحسن وضعيته المعيشية بل يزيد في تقاوم المشكل، ويصبح لديه مشكل صحي جراء تعاطي أي نوع كان من المخدر، وبهذا يظهر لنا التأثير النسبي للوضعية المعيشية للأسرة على الممارسات الصحية للمبحوث.

## 2 - 2 - تأثير لوازم الأسرة المنزلية على ممارسات المبحوثين الصحية:

تعد لوازم الأسرة المنزلية من المؤشرات التابعة للظروف الاجتماعية للأسرة التي تلعب دورا مهما في عملية اكتساب الشاب لثقافة صحية أو عدم اكتسابه لها، من خلال ممارساته الصحية التي بينتها معطيات الجداول، حيث قمنا بربط لوازم الأسرة المنزلية لنظهر تأثيرها على إجراء الفحص الطبي وتعاطي المخدر، كما استعنا بمتغير النوع كمتغير رائج، ونتائج العلاقة جاءت كالتالي.

جدول رقم 68: يبين العلاقة بين لوازيم المسكن ونوع المبحوث وإجراءه للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						النوع	لوازم المسكن
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	93	76,3	71	23,7	22	ذكور	كل اللوازم موجودة
100	110	67,3	74	32,7	36	إناث	
100	203	71,4	145	28,6	58	المجموع	
100	76	81,6	62	18,4	14	ذكور	ينقص سيارة
100	65	73,8	48	26,2	17	إناث	
100	141	78,0	110	22,0	31	المجموع	
100	02	100	02	-	-	ذكور	ينقص غاز المدينة
100	05	40,0	02	60,0	03	إناث	
100	07	57,1	04	42,9	03	المجموع	
100	29	86,2	25	13,8	04	ذكور	ينقص غاز المدينة وقتوات جلب الماء
100	20	85,0	17	15,0	03	إناث	
100	49	85,7	42	14,3	07	المجموع	
100	200	80,0	160	20,0	40	ذكور	المجموع
100	200	70,5	141	29,5	59	إناث	
100	400	75,3	301	24,3	99	المجموع	

يظهر لنا من خلال هذا الجدول أن لوازيم المسكن ليس له التأثير الكبير على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري، بحيث معظم المبحوثين مهما كان منزلهم الأسري

يحتوي على لوازيم صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري، وبالتالي لجأنا إلى متغير النوع لنبرز العلاقة أكثر مما كانت عليه في السابق.

بعد إدخال المتغير الرائز على علاقة لوازيم المسكن بإجراء المبحوث للفحص الطبي والتمثل في النوع، تبين أن النوع له التأثير على إجراء الفحص الطبي الدوري أكثر من لوازيم المسكن، بالرغم من أن معظم المبحوثين ذكور وإناث صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري إلا أنه تبقى بنسب متفاوتة بين الذكور والإناث، بحيث صرح 80% من المبحوثين الذكور أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري مقابل 70,5% لدى الإناث، وهذا ما يبين إقبال الإناث على الفحص الطبي الدوري أكثر من الذكور.

إن توفر اللوازيم الأساسية في المسكن يساعد على الحفاظ على الصحة، وبالتالي عدم الانتقال لإجراء الفحص الطبي، وهذا ما يفسر نسبة 42,9% التي مثلت المبحوثين الذين صرحوا أنهم يقومون بالفحص الطبي، ويعد منزل أسرهم غير مزود بغاز المدينة مما يجعلهم عرضة للأمراض خاصة في فصل الشتاء، الأمر الذي يعبر على ضرورة إجراءهم للفحص.

كما بينت لنا معطيات الجدول في كل الخانات ومهما كانت الأسرة تملك من لوازيم المسكن أن الإناث هن الأكثر إقبالا من الذكور على إجراء الفحص الطبي الدوري، مما يدل على تمتعهن بثقافة صحية تتجسد في ممارساتهن الصحية، وفي نفس الوقت تبين لنا هذه المعطيات أن لوازيم المسكن لم تؤثر كثيرا على إجراء المبحوث للفحص الطبي وبالتالي تبقى مساهمته ثانوية عكس المتغير الرائز المتمثل في النوع الذي أظهر تأثيره على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري.

جدول رقم 69: يبين العلاقة بين لوازيم المسكن ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع	لوازم المسكن
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	93	45,2	42	54,8	51	ذكور	كل اللوازم موجودة
100	110	98,2	108	1,8	02	إناث	
100	203	73,9	150	26,1	53	المجموع	
100	76	52,6	40	47,4	36	ذكور	ينقص سيارة
100	65	96,9	63	3,1	02	إناث	
100	141	73,0	103	27,0	38	المجموع	
100	02	100	02	-	-	ذكور	ينقص غاز المدينة
100	05	100	05	-	-	إناث	
100	07	100	07	-	-	المجموع	
100	29	55,2	16	44,8	13	ذكور	ينقص غاز المدينة وقنوات جلب الماء
100	20	100	20	-	-	إناث	
100	49	73,5	36	26,5	13	المجموع	
100	200	50	100	50	100	ذكور	المجموع
100	200	98,0	196	2,0	04	إناث	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أن متغير لوازيم المسكن لم يؤثر كثيرا على تعاطي المبحوث للمخدر، بحيث صرح معظم المبحوثين مهما كان منزلهم الأسري يحتوي

على لوازم صرحوا أنهم لم يسبق لهم تعاطي المخدر، ولهذا لجأنا إلى متغير النوع كي نفكك العلاقة الأولى ونبرز العلاقة الثانية معتمدين على المتغير الرائز.

بعد إدخال المتغير الرائز والمتمثل في نوع المبحوث على علاقة لوازم المسكن وتعاطي المبحوث للمخدر، توصلنا إلى أن جنس المبحوث أثر وبقوة على تعاطيه للمخدر بحيث سجلنا نسبة 98% من الإناث صرحنا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، مقابل 50% لدى الذكور، وهذا فرق شاسع مع العلم أن حجم الذكور والإناث في عينة بحثنا متساوي وبالتالي هذه المعطيات تبين الثقافة الصحية التي يتمتعن بها الإناث مقارنة مع الذكور الشباب وتتجسد في ممارساتهن الصحية، لأن الفتاة تكون تنشئتها الاجتماعية مختلفة عن الذكر من طرف الأسرة التي تمنح الحرية للذكر أكثر من الفتاة، التي تكون دائما تحت الرقابة مما يجعلها لا تتوجه إلى مثل هذه الممارسات غير الصحية، كما أن الفتاة تكوينها في الأسرة الجزائرية على أساس أنها زوجة وأم للأطفال في المستقبل لا محال وبالتالي هذا التكوين يلقي على عاتق الفتاة مسئولية تتطلب منها الاعتناء بصحتها، خاصة أن تعاطي المخدر قد يسبب العقم فنجدها لا تحبذ مثل هذه الممارسات.

لكن تبقى لوازم المسكن لها التأثير بحيث لم نسجل ولا حالة من المبحوثين الذين لا يحتوي مسكنهم على غاز المدينة سبق لهم أن تعاطوا المخدر، بحيث كل المبحوثين الذين ينتمون إلى هذه الفئة صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا المخدر، كما أن 100% من المبحوثات الإناث اللواتي ينتمين إلى فئة الذين لا يحتوي مسكن أسرهن على غاز المدينة وقنوات جلب الماء صرحن أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، وقد تبين هذه المعطيات تأثير الظروف الاجتماعية على ممارسات المبحوث

الصحية، بحيث انتماءه لهذه الفئة التي تعاني ظروف اجتماعية قاصية تحول بينها وبين الممارسات غير الصحية كتعاطيه للمخدر في ظل تعسر توفره على المال مثلاً.

كما لا نغفل على أن لمكان الإقامة تأثير على الممارسات الصحية خاصة تعاطي المخدر، بحيث نجد المساكن التي لا تحتوي على غاز المدينة وقنوات جلب الماء غالباً ما تكون في مناطق غير حضرية وبالتالي نجد الشباب في المناطق الريفية والشبه حضرية أكثر تحفظاً خاصة الإناث منهم، ولا يمكن أن يتوجهن إلى مثل هذه الممارسات. في حين نجد أيضاً أنه كلما كانت الظروف الاجتماعية ملائمة كتوفر المسكن على كل اللوازم كلما زاد إقبال المبحوثين الذكور على تعاطي المخدر، بحيث صرح 54,8% من المبحوثين الذين تملك أسرهم كل لوازم المسكن أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر وتعد هذه النسبة أعلى نسبة في الجدول سجلها الذكور، وهذا ما يدل على سوء الاستفادة من الظروف الاجتماعية الجيدة بحيث من المفروض هذه الظروف تخدم الشباب وتوجه سلوكياته توجه سليم يحافظ من خلاله على صحته، لكن ما يحدث العكس وتستغل هذه الظروف ضد الشباب ويتوجه إلى ممارسات غير صحية مثل تعاطي المخدر في ظل توفر المال لاقتنائه، أو قد تظهر ظروف أخرى هي التي تتحكم في التعاطي من غير لوازم المسكن كتأثير جماعة الرفاق مثلاً.

**ثانياً: تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية:**

### **1- تأثير الظروف الثقافية للأسرة على وعي المبحوثين الصحي:**

الظروف الثقافية للأسرة تؤثر بطبيعة الحال على وعي المبحوثين الصحي بما فيه المستوى التعليمي للوالدين، بحيث نجد الآباء المتعلمين تعليم عالي يسعون لكي يكون أطفالهم في أحسن صورة تعكس مستواهم التعليمي، فنجدهم حريصين على أن

يتمتع أطفالهم بصحة جيدة وأن يحافظوا على هذا المستوى من الصحة من خلال العادات الصحية التي يكتسبونها من عندهم ليصبح للمبحوثين وعي صحي، وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال تأثير المستوى التعليمي للأب والأم على وعي المبحوثين الصحي.

### 1-1 - تأثير المستوى التعليمي للأب على وعي المبحوثين الصحي :

المستوى التعليمي للأب بطبيعة الحال له التأثير خاصة إذا كان مستواه التعليمي عالي يستطيع أن يؤثر على وعي أطفاله وينقل المعارف الذي يعرفها إليهم ليكسبهم وعي وثقافة صحية، ومن خلال هذا العنصر سنحاول أن نظهر تأثير المستوى التعليمي للأب على وعي المبحوث الصحي من خلال ربطه مع متغير معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا ومتغير المصادر التي يلجأ إليها للبحث عن المعلومات الصحية ونتائج العلاقات جاءت كالتالي:

جدول رقم 70: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ومعرفة المبحوث أحد الأمراض المنقولة جنسيا.

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	59	33,9	20	66,1	39	أمي
100	81	37,0	30	63,0	51	يقرأ ويكتب
100	45	37,8	17	62,2	28	ابتدائي
100	80	33,8	27	66,3	53	متوسط
100	70	28,6	20	71,4	50	ثانوي
100	65	35,4	23	64,6	42	جامعي
100	400	34,3	237	65,8	263	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأب، معطيات الجدول جاءت متقاربة بحيث صرح معظم المبحوثين أنهم يعرفون الأمراض المنقولة جنسيا مهما كان مستوى الأب التعليمي، بحيث سجلنا نسبة 71,4% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون الأمراض المنقولة جنسيا ويعد مستوى الأب التعليمي ثانوي، ثم تليها نسبة 66,3% و 66,1% من المبحوثين الذين صرحوا أن المستوى التعليمي لوالدهم متوسط وأمي، ثم تأتي كل من نسبة 64,6% و 63% و 62,2% مثلت المبحوثين الذين صرحوا أن المستوى التعليمي لوالدهم جامعي ويقرأ ويكتب وابتدائي على التوالي.

ولاختبار درجة الارتباط بين المستوى التعليمي للأب ومعرفة البحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر ب: 0,06 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين تكاد تنعدم، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأب لم يؤثر كثيرا على معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

لم يظهر التأثير القوي للمستوى التعليمي للأب على معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، لأنه من الصعب أن يفتح الأبناء مواضيع خاصة بالأمراض المنقولة جنسيا أماما الوالدين وبالأخص الأب، خاصة في المجتمع الجزائري الذي تعتبر فيه مثل هذه المواضيع بمثابة طابوا، وبالتالي المستوى التعليمي للأب لم يؤثر على معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، لأن الشباب يستمدون معارفهم الخاصة بالصحة الإنجابية كمعرفة الأمراض المنقولة جنسيا وكيف تنقل هذه الأمراض من خلال وسائل الإعلام وجماعة الرفاق وحتى في المدارس والجامعات تقام حملات توعاوية موجهة للشباب لتقادي الوقوع في خطر هذه الأمراض جراء الجهل بها وكيفية نقلها، ومع هذا يبق الجهل بالأمراض المنقولة جنسيا موجود في عينة بحثنا بحيث صرح 34,3%

أنهم لا يعرفون هذه الأمراض الأمر الذي يستدعي تكاتف كل الهيئات من أجل نشر وعي خاص بفئة الشباب وتوجيههم في مجال الصحة الإيجابية.

جدول رقم 71: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة.

المصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة														المستوى التعليمي
المجموع		لا يبحث		وسائل الإعلام والأسرة		الأسرة		الأصدقاء		الكتب والمجلات		وسائل الإعلام		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	59	33,9	20	-	-	-	-	-	-	8,5	05	57,6	34	أمي
100	81	21,0	17	4,9	04	3,7	03	3,7	03	7,4	06	59,3	48	يقرأ ويكتب
100	45	33,3	15	2,2	01	4,4	02	4,4	02	2,2	01	53,3	24	ابتدائي
100	80	22,5	18	10,0	08	3,8	03	5,0	04	3,8	03	55,0	44	متوسط
100	70	22,9	16	15,7	11	2,9	02	1,4	01	4,3	03	52,9	37	ثانوي
100	65	16,9	11	27,7	18	10,8	07	4,6	03	4,6	03	35,4	23	جامعي
100	400	24,3	97	10,5	42	4,3	17	3,3	13	5,3	21	52,5	210	المجموع

لقد أدرجنا من خلال هذا الجدول فئة المبحوثين الذين لا يقومون بالبحث عن المعلومات الصحية، وذلك لأننا لم نخصص جدول خاص يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية، وبينت نتائج الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الشباب الذين يعتمدون على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية بنسبة 52,5%، وتبين هذه النسبة ميل الشباب إلى وسائل الإعلام خاصة مواقع الانترنت التي أصبحت متوفرة بكثرة لسهولة استخدامها في أي وقت أراد الشاب البحث عن معلومات صحية، تليها نسبة 24,3% والتي مثلت المبحوثين الذين لا يبحثون عن المعلومات الصحية، ثم تلتها نسبة 10,5% والتي سجلت عند الشباب الذين صرحوا أنهم يعتمدون على وسائل الإعلام والأسرة في بحثهم عن المعلومات الصحية، كما سجلنا

النسب التالية 5,2% و 4,2% و 3,3% والتي مثلت الشباب الذين صرحوا أنهم يعتمدون على الكتب والمجلات والأصدقاء والأسرة على التوالي.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأب توصلنا من خلال نتائج الجدول أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على ثقافة الشاب الصحية بما فيها وعيه الصحي، حيث سجلنا أعلى نسبة للذين لا يبحثون عن الصحية عرفها المبحوثين الذين يعد الأب أمي وقدرت ب: 33,9% مقابل 16,9% لدى المبحوثين الذين يعد المستوى التعليمي للأب جامعي، بحيث نجد الأب الذي يحضاً بمستوى تعليمي عالي حريص على أفراد أسرته أن يكتسبوا المعارف في جميع المجالات بما فيه المجال الصحي عكس الأب الذي ليس لديه مستوى تعليمي بحيث نجده يجهل لما يوجد في وسائل الإعلام وكيف يتم البحث أساساً.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات الصحية قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 25 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على المصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات الصحية.

أما بخصوص الوسائل التي يلجأ إليها المبحوث عند بحثه عن المعلومات الصحية وتأثير المستوى التعليمي للأب عليها، بينت معطيات الجدول أن معظم المبحوثين يعتمدون على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية خاصة عند المبحوثين الذين يعد المستوى التعليمي للأب منخفض، أما المبحوثين الذين يعد المستوى التعليمي لوالدهم عالي فنجدهم يعتمدون مع وسائل الإعلام على الأسرة أيضاً، بحيث صرح

المبحوثين الذين يعتمدون على وسائل الإعلام والمستوى التعليمي لوالدهم عالي نسبتهم 35,4% والذين يعتمدون على وسائل الإعلام والأسرة قدرت نسبتهم بـ: 27,7% أما الذين يعتمدون على الأسرة فقط في بحثهم عن المعلومات الصحية فقدرت نسبتهم بـ: 10,8%، وهذا ما يبين تأثير المستوى التعليمي للأب على مصادر البحث عن المعلومات الصحية بحيث عندما يكون مستوى الوالدين عالي نجد الأطفال يثقون في معلومات التي يقدمونها لهم ويرجعون إليهم في كل الاستشارات بحيث يشعرون بثقة حول المعلومات التي يحصلون عليها من قبل الوالدين، إلى جانب الرجوع لوسائل الإعلام نظرا لما تتوفر عليه من سرعة تدفق المعلومات.

### 1-2 - تأثير المستوى التعليمي للأم على وعي المبحوثين الصحي:

يعتبر مستوى الأم التعليمي من أهم المؤشرات التي تلعب دورا مهما في التأثير على وعي الشباب الصحي، بحيث نجد الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي عالي أكثر حرصا على أطفالهم وعلى ممارساتهم وثقافتهم التي يحاولن أن يزرعنها في أطفالهن منذ الصغر إلى غاية وصولهم إلى مرحلة الشباب، فيكونون قد اكتسبوا ثقافة صحية، ومن خلال هذه النقطة سنحاول أن نبرز هذا التأثير من خلال بناء علاقات بين مستوى الأم التعليمي ومعرفة أحد الأمراض المنقولة جنسيا والبحث عن المعلومات الصحية والمصادر التي يعتمدون عليها في بحثهم، ونتائج العلاقات جاءت كالتالي :

جدول رقم 72: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومعرفة المبحوث أحد الأمراض المنقولة جنسيا.

معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	121	42,1	51	57,9	70	أمي
100	79	35,4	28	64,6	51	تقرأ وتكتب
100	30	43,3	13	56,7	17	ابتدائي
100	62	24,2	15	75,8	47	متوسط
100	74	27,0	20	73,0	54	ثانوي
100	34	29,4	10	70,6	24	جامعي
100	400	34,3	237	65,8	263	المجموع

بعد إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأم على معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، توصلنا من خلال معطيات الجدول أن معظم المبحوثين مهما كان مستوى أمهاتهم التعليمي صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا بحيث أعلى نسبة عرفها المبحوثين الذين صرحوا أن مستوى أمهاتهم التعليمي متوسط وقدرت بـ: 75,8% تليها نسبة 73% و 70,6% مثلت كل من المبحوثين الذين يعدوا مستوى التعليمي لأمهاتهم ثانوي وجامعي على التوالي، في المقابل نجد المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي يقرآن ويكتبن والأميات وذوات المستوى الابتدائي صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا بالنسب التالية على التوالي 64,6% و 57,9% و 56,7%.

ولاختبار درجة الارتباط بين المستوى التعليمي للأم ومعرفة البحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسياً، قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,15 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جداً بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأم لم يؤثر على معرفة المبحوث لأحد الأمراض المنقولة جنسياً.

لم يظهر تأثير مستوى الأم التعليمي على معرفة المبحوث لأمراض المنقولة جنسياً لأن المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية للشباب لا يستمدونها بالاعتماد على أسرهم، لأن الأسرة الجزائرية تعتبر عدة مواضيع بمثابة طابوا لا يمكن فتحه أو الاستشارة عليه كالأزمات المنقولة جنسياً بسبب الحياء، وهذا ما زاد الفجوة بين الأجيال جيل الآباء وجيل الشباب، وانعدام الاتصال المباشر بينهما بحيث بينت الدراسة الخاصة بمعارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية لجامعة العربية من أهم نتائجها وجود أزمة تواصل بين الأجيال وضعف أو انعدام الحوار بين الكبار عموماً والآباء بشكل خاص، مما يستوجب اعتماد سياسات مناسبة لمعالجة هذه الظاهرة، باعتبار أن الأسرة مازالت هي المؤسسة الرئيسية في تربية النشء وأن المراهقين والشباب يقضون غالب أوقاتهم داخلها.<sup>1</sup>

وبهذا ينعدم تأثير المستوى العالي للأبوين خاصة الأم في ظل المحافظة على العادات والتقاليد القديمة التي لا تتوافق مع الوقت الراهن، بحيث بإمكان الشباب الحصول على المعلومة مهما كلفه الأمر فلماذا لا تكون الأسرة هي التي تقوم بنقل هذه المعارف لشباب أسرتها دون إثارة لديهم الرغبة الجنسية، ودون خطر الوقوع في الخطأ من أجل التعرف على الجوانب الخاصة بالصحة الإنجابية للشباب بما فيها الأمراض المنقولة جنسياً.

<sup>1</sup> دراسة سابقة.

جول رقم 73: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وبحث المبحوثين عن المعلومات حول الصحة.

بحث المبحوث عن المعلومات حول الصحة						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	121	32,2	39	67,8	82	أمي
100	79	26,6	21	73,4	58	يقرأ ويكتب
100	30	16,7	05	83,3	25	ابتدائي
100	62	21,0	13	79,0	49	متوسط
100	74	17,6	13	82,4	61	ثانوي
100	34	17,6	06	82,4	28	جامعي
100	400	24,3	97	75,7	303	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأم بينت لنا معطيات الجدول أنه أثر نسبيا على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية بحيث صرح معظم المبحوثين مهما كان مستوى أمهاتهم التعليمي أنهم يقبلون على البحث عن المعلومات الصحية وبنسب عالية، بحيث سجلنا نسبة 82,4% مثلت كل من المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي وجامعي وصرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية، مقابل 67,8% مثلت المبحوثين الذين تعد أمهاتهم أميات.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 5 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض

الفرضية الصفريّة التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية.

بالرغم من أن اختبار كاتربيع أثبت على وجود العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وبحث المبحوث عن المعلومات الصحية، إلا أن هذه العلاقة نسبية بحيث نجد تقارب في نسب المبحوثين الذين يبحثون عن المعلومات الصحية مهما كان مستوى أمهاتهم التعليمي، بحيث تميز أفراد عينة بحثنا بوعيهم الصحي لأن معظمهم يبحثون عن المعلومات الصحية، وقد يتأثر المبحوث بظروف أخرى غير الظروف الثقافية للأسرة مثل مستواه هو التعليمي أو غيرها من العوامل الخاصة به هو أو بأسرته.

جدول رقم 74: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة.

المصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات حول الصحة												المستوى التعليمي
المجموع		وسائل الإعلام والأسرة		الأسرة		الأصدقاء		الكتب والمجلات		وسائل الإعلام		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	82	9,8	08	2,4	02	2,4	02	8,5	07	76,8	63	أمي
100	58	5,2	03	5,2	03	5,2	03	6,9	04	77,6	45	يقرأ ويكتب
100	25	-	-	4,0	01	12,0	03	4,0	01	80,0	20	ابتدائي
100	49	18,4	09	4,1	02	4,1	02	4,1	02	69,4	34	متوسط
100	61	24,6	15	8,2	05	1,6	01	6,6	04	59,0	36	ثانوي
100	28	25,0	07	14,3	04	7,1	02	10,7	03	42,9	12	جامعي
100	303	13,9	42	5,6	17	4,3	13	6,9	21	52,5	210	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأُم بينت لنا معطيات الجدول أنه أثر على مصادر بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، خاصة عند فئة المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي وجامعي، وجاءت النسب كالتالي.

معظم المبحوثين صرحوا أنهم يلجئون في بحثهم عن المعلومات الصحية مهما كان مستوى أمهاتهم التعليمي إلى وسائل الإعلام بالدرجة الأولى، لكن بنسب متفاوتة وترتفع هذه النسب كلما انخفض مستوى الأم التعليمي، بحيث سجلنا نسبة 42,9 % من المبحوثين صرحوا أنهم يعتمدون على وسائل الإعلام في بحثهم عن المعلومات الصحية ويعد مستوى أمهاتهم التعليمي جامعي، كما سجلنا نسبة 59 % مثلت المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي ويعتمدون على وسائل الإعلام بالدرجة الأولى في بحثهم عن المعلومات الصحية، مقابل 76,8 % تعد أمهاتهم أميات و 77,6 % تعد أمهاتهم يقرأن ويكتبن صرحوا أنهم يعتمدون على وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية.

وبالتالي يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أنه كلما ارتفع مستوى الأم التعليمي، كلما تقلصت نسبة الرجوع لوسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للأُم والمصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات الصحية، قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج SPSS) عند درجة الحرية 20 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأُم يؤثر على المصادر التي يلجأ إليها المبحوث للبحث عن المعلومات الصحية.

لقد بينت معطيات الجدول السابقة الذكر أن المستوى التعليمي العالي للأُم أثر على مصادر بحث المبحوثين عن المعلومات الصحية، بحيث نجد كلما كان مستوى الأُم التعليمي عالي زاد الإقبال على الاعتماد على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام في البحث عن المعلومات الصحية، حيث صرح 25% من المبحوثين أنهم يعتمدون على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية وتعد أمهاتهم جامعيات، ونسبة 24,6% صرحوا أيضا أنهم يعتمدون أيضا على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية ويعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي، مقابل 9,8% فقط من المبحوثين أبناء الأميات صرحوا أنهم يعتمدون على أسرة إلى جانب وسائل الإعلام في البحث عن المعلومات الصحية، إذا زيادة المستوى التعليمي للأُم يؤدي إلى زيادة الإقبال على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام في الحصول على معلومات صحية.

كما أن هذه النسب تبين ثقة المبحوثين بأفراد أسرته خاصة الأُم بحيث يعتمدون عليها في استشاراتهم الخاصة بالصحة، وهذه الثقة مستمدة من مستوى الأُم التعليمي العالي، وهذا ما يبين وعي المبحوثين بحيث يدركون جيدا على أي وسيلة يعتمدون في بحثهم عن المعلومات الصحية، لأن المستوى التعليمي العالي للأُم يجعلها مثقفة في شتى المجالات بما فيه مجال الصحة، كما أن الأُم التي تحضي بمستوى تعليمي عالي يمكنها البحث عن المعلومات الصحية في حالة عدم معرفتها لبعض الأمور، عكس الأُم الأمية مثلا أو التي لم تحضي بمستوى جيد من التعليم، بحيث نجد المبحوثين الذين يعد أمهاتهم أميات صرح 2,4% منهم فقط أنهم يعتمدون على الأسرة في بحثهم عن المعلومات الصحية وقد تكون استشارات هؤلاء الشباب حول التداوي بالأعشاب مثلا أو حول الوصفات القديمة التي كن يستعملنها الأميات قديما للتجميل والحفاظ على جمالهن بطرق طبيعية، وبهذا نصل في الأخير أن لمستوى الأُم التعليمي تأثير نسبي على وعي المبحوثين الصحي خاصة على مصادر البحث عن المعلومات الصحية.

## 2 - تأثير الظروف الثقافية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية:

إن الظروف الثقافية للأسرة بطبيعة الحال لها تأثير على اكتساب الشاب لثقافة صحية بحيث نجد الثقافة دائماً مرتبطة بالمستوى التعليمي ومن خلال هذا الجزء سنتطرق إلى تأثير كل من المستوى التعليمي للأب والأم على ممارسات المبحوثين الصحية.

### 2 - 1 - تأثير المستوى التعليمي للأب على ممارسات المبحوثين الصحية:

من المفروض يعد المستوى التعليمي للأب من أهم المؤشرات المؤثرة على ممارسات المبحوث الصحية، بحيث كلما كان الأب مستواه التعليمي عالي كلما زادت ثقافته الصحية وقد ينقل هذه الثقافة إلى أعضاء أسرته بحثهم على الممارسات الصحية التي تضمن لهم حياة سعيدة صحية، ولكي نتعرف على تأثير المستوى التعليمي للأب على ممارسات المبحوثين الصحية قمنا بربطه مع كل من متغير إجراء المبحوث للفحص الطبي وتعاطي المبحوث للمخدر كما اعتمدنا على المتغير الرائد المتمثل في النوع لنبرز العلاقة أكثر ونتائج العلاقات كانت كالتالي:

جدول رقم 75: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	59	81,4	48	18,6	11	أمي
100	81	76,5	62	23,5	19	يقرأ ويكتب
100	45	86,7	39	13,3	06	ابتدائي
100	80	71,3	57	28,7	23	متوسط
100	70	78,6	55	21,4	15	ثانوي
100	65	61,5	40	38,5	25	جامعي
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

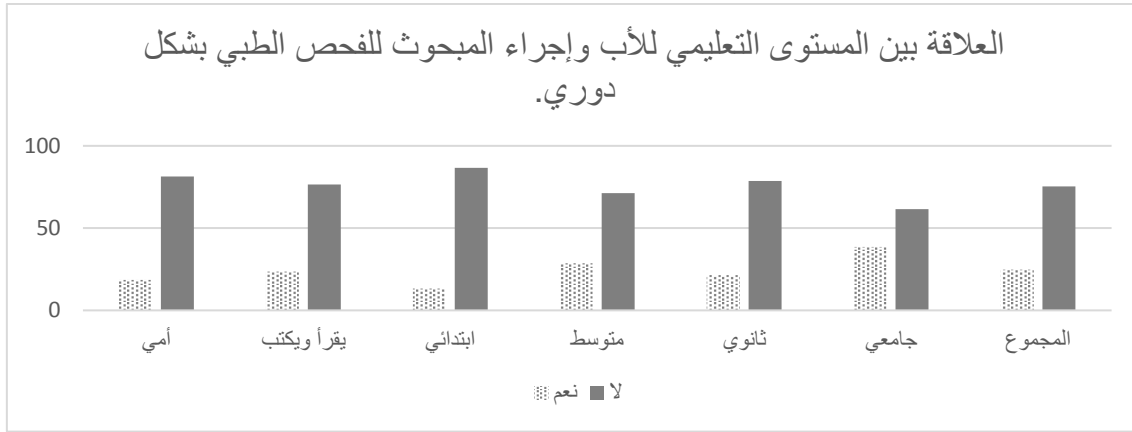
يظهر لنا من خلال معطيات الجدول بعد إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأب أنه يؤثر نسبيا على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري، بالرغم من أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري إلا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب كلما زاد نوعا ما إقبال المبحوثين لإجراء الفحص الطبي الدوري، حيث قدرة نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بالفحص الطبي الدوري ويعد والدهم أمي ب: 81,4% مقابل 61,5% من المبحوثين الذين يعد المستوى التعليمي لوالدهم جامعي وهذا ما يظهر تأثير المستوى التعليمي للأب على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وإجراء الفحص الطبي الدوري قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 5 وجدنا مستوى دلالة الاختبار 0,02، وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين، وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري.

الثقافة مهما كان توجهها دائما مرتبطة بالمستوى التعليمي سواء للشباب أو أفراد أسرته، والمستوى التعليمي العالي للأسرة بالتحديد للوالدين عامل إيجابي ومؤثر على ثقافة الشاب الصحية، لأن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل شاب المستقبل، فأغلب الممارسات والسلوكيات الصحية التي يتبناها الشاب تكون من خلال الأسرة التي ينتمي إليها، فتصبح عملية التثقيف الصحي عملية مورثة من جيل إلى آخر، وهذا ما بينته معطيات الجدول بحيث سجلنا نسبت 38,5 من مجموع المبحوثين الذين يعد مستوى التعليمي لوالدهم جامعي صرحوا أنهم يقومون بالفحص الطبي الدوري،

ويظهر بشكل واضح علاقة إجراء الفحص الطبي حسب المستوى التعليمي للأب في العرض البياني التالي :

شكل رقم (42): أعمدة بيانية تبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.



جدول رقم 76: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع	المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	30	56,7	17	43,3	13	ذكور	أمي
100	29	96,6	28	3,4	03	إناث	
100	59	76,3	45	23,7	14	المجموع	
100	44	43,2	19	56,8	25	ذكور	يقرأ ويكتب
100	37	97,3	36	2,7	01	إناث	
100	81	67,9	55	32,1	26	المجموع	
100	24	50,0	12	50,0	12	ذكور	ابتدائي
100	21	95,2	20	4,8	01	إناث	
100	45	71,1	32	28,9	13	المجموع	
100	34	55,9	19	44,1	15	ذكور	متوسط
100	46	100	46	-	-	إناث	
100	80	81,2	65	18,8	15	المجموع	
100	40	45,0	18	55,0	22	ذكور	ثانوي
100	30	100	30	-	-	إناث	
100	70	68,6	48	31,4	22	المجموع	
100	28	53,6	15	46,4	13	ذكور	جامعي
100	37	97,3	36	2,7	01	إناث	
100	65	78,5	51	21,5	14	المجموع	
100	200	50,0	100	50,0	100	ذكور	المجموع
100	200	98,0	196	2,0	04	إناث	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

من خلال هذا الجدول بينت لنا معطياته أن هناك تقارب بين نسب المبحوثين مهما كان المستوى التعليمي للأب وتعاطيهم للمخدر وبالتالي لجأنا لنوع المبحوث كمتغير رائز لنبرز العلاقة أكثر بحيث يعد هذا الأخر أكثر تأثيراً على تعاطي المخدر من مستوى الأب التعليمي.

وعند إدخالنا للمتغير الرائز والمتمثل في النوع أظهرت لنا معطيات الجدول أن له تأثير قوي جداً على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث صرح 98% من المبحوثين الإناث أنهن لم يسبق لهن وأن تعاطوا المخدر مقابل 50% عند الذكور، وهذا ما يظهر جلياً

تأثير النوع على اكتساب الشاب لثقافة صحية من خلال ممارساته الصحية، فالإناث نجدهن أكثر وعياً من الذكور في الممارسات الصحية بحيث لا يتوجهن إلى التدخين أو تعاطي المخدرات مقارنة مع الذكور الذين تستهويهم مثل هذه الممارسات، وتتولد لديهم رغبة التجريب لتقليد الكبار والإحساس بالرجولة، وهذا ما يفسر هذه المعطيات.

ونفس الشيء نجده عند كل فئات المبحوثين مهما كان مستوى التعليمي للأب بحيث يعد الذكور أكثر إقبالاً على تعاطي المخدر من الإناث، وهذا ما يبين غياب تأثير المستوى التعليمي للأب على ممارسات المبحوثين الصحية خاصة تعاطي المخدر، بحيث تتدخل عوامل أخرى تكون أكثر تأثيراً مثل التنشئة الاجتماعية، بحيث تختلف تنشئة الفتاة عن تنشئة الذكر في المجتمع الجزائري بحيث الذكور يتمتعون بنوع من الحرية والاستقلالية في التصرفات عكس الإناث، فنجد الشباب الذكور يخرجون من المنزل ويرجعون أي وقت أرادوا، كما لهم الحرية التامة في اختيار الأصدقاء ويحصلون على مصروف يومي أعلى من الإناث، كل هذه العوامل قد تكون محفز لكي يتوجه الذكور إلى الممارسات غير الصحية بما فيها تعاطي المخدر.

## 2 - 2 - تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارسات المبحوثين الصحية:

يعتبر المستوى التعليمي للأم من أبرز المؤشرات المؤثرة على ممارسات المبحوث الصحية، لأن الأم هي أكثر الناس حرصاً على رعاية أطفالها والمحافظة على صحتهم خاصة إذا كان مستواها التعليمي عالي بحيث يمكنها من التنقيف في مجال الصحة، ويمكنها من نقل هذه الثقافة لأطفالها وقد تتجسد هذه الثقافة في ممارساتهم الصحية، ولمعرفة تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارسات المبحوثين الصحية قمنا بربطه مع كل من متغير إجراء الفحص الطبي الدوري وعدد مرات استحمام المبحوث أسبوعياً

وتعاطيه للمخدر، كما لجأنا لمتغير النوع كرائز لنفكك العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وتعاطي المبحوث للمخدر ونتائج العلاقات جاءت كالتالي :

جدول رقم 77: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	121	79,3	96	20,7	25	أمي
100	79	78,5	62	21,5	17	يقرأ ويكتب
100	30	80,0	24	20,0	06	ابتدائي
100	62	77,4	48	22,6	14	متوسط
100	74	73,0	54	27,0	20	ثانوي
100	34	50,0	17	50,0	17	جامعي
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأم توصلنا من خلال معطيات الجدول أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على ثقافة المبحوثين الصحية بما فيها ممارساتهم الصحية، حيث سجلنا نسبة 79,3% من المبحوثين الذين تعد أمهاتهم أميات صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري، مقابل 50% من المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي جامعي صرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري.

ولاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإجراء الفحص الطبي الدوري قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 5 وجدنا مستوى

دلالة الاختبار 0,00 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري.

إن المستوى التعليمي العالي للأسرة وبالتحديد للوالدين عامل إيجابي ومؤثر على ثقافة الشاب الصحية، لأن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل شاب المستقبل، فأغلب الممارسات والسلوكيات الصحية التي يتبناها الشاب تكون من خلال الأسرة التي ينتمي إليها، فتصبح عملية التنقيف الصحي عملية منقولة من جيل إلى آخر، خاصة مستوى الأم التعليمي إذا كان عالي لأن الأم هي أحرص الناس على رعاية أطفالها حتى ولم كانوا في سن الشباب، وهذا ما بينته معطيات الجدول بحيث صرح 50% من المبحوثين أنهم يقومون بالفحص الطبي بشكل دوري ويعد مستوى التعليم لأمهاتهم جامعي، وهذا ما يدل على تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارسات المبحوثين الصحية فإجراء الفحص الطبي الدوري يعد من أهم المؤشرات الدالة على ثقافة المبحوث الصحية التي حصل عليها من خلال دعم الأم، فإذا كانت الأم حريصة على الاعتناء بصحة أفراد أسرتها والمحافظة على مستوى الصحة لديهم، تصبح هذه العناية بممارسات صحية يتعود عليها أفراد أسرتها ويكتسبون من خلالها ثقافة صحية.

جدول رقم 78: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.

عدد مرات استحمام المبحوث في الأسبوع								المستوى التعليمي
المجموع		4 مرات وأكثر في الأسبوع		من 2 - 3 مرات في الأسبوع		مرة أو أقل في الأسبوع		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	121	8,3	10	27,3	33	64,5	78	أمي
100	79	11,4	09	45,6	36	43,0	34	يقرأ ويكتب
100	30	10,0	03	60,0	18	30,0	09	ابتدائي
100	62	11,3	07	41,9	26	46,8	29	متوسط
100	74	17,6	13	47,3	35	35,1	26	ثانوي
100	34	26,5	09	44,1	15	29,4	10	جامعي
100	400	12,8	51	40,8	163	46,4	186	المجموع

عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأم توصلنا من خلال نتائج الجدول أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على ثقافة الشاب الصحية بما فيها ممارساتهم الصحية، حيث سجلنا أعلى نسبة للذين يستحمون مرة أو أقل في الأسبوع عند الذين صرحوا أن أمهاتهم أميات بنسبة 64,5%، مقابل 35,1% عند المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي و 29,4% عند الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي جامعي.

إن مستوى الأم التعليمي أظهر تأثيره على ممارسات المبحوثين الصحية من خلال عدد مرات الاستحمام أسبوعياً، بحيث لو قارنا المعطيات الخاصة بالمبحوثين الذين أمهاتهم أميات والذين يعد المستوى التعليمي لأمهاتهم ثانوي وجامعي يظهر لنا

الفرق وبقوة، حيث صرح 44,1% من المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي جامعي أنهم يستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع و 47,3% من المبحوثين الذين يعد مستوى أمهاتهم التعليمي ثانوي ويستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع، مقابل 27,3% من المبحوثين الذين تعد أمهاتهم أميات صرحوا أنهم يستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع، وهذا ما يبين تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارسات المبحوثين الصحية.

لأن الأم تبقى أكثر وقت في البيت مع أعضاء أسرتها، هي التي تراقب ممارساتهم وتعتني بصحتهم الشخصية من نظافة واستحمام، ومع تعود الأطفال على هذه الممارسات تصبح عادات صحية في المستقبل لا يمكن أن يتخلوا عنها مما يكسبهم ثقافة صحية، ويزيد حرص الأم على أن تعتني بصحة أطفالها خاصة في ظل تمتعها بمستوى تعليمي عالي مما يساعدها على زرع هذه الثقافة ببساطة وسط أفراد أسرتها عكس الأم التي ليس لديها مستوى تعليمي عالي أو منعدمة التعليم.

جدول رقم 79: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع	المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	63	50,8	32	49,2	31	ذكور	أمي
100	58	96,4	56	3,4	02	إناث	
100	121	72,7	88	27,3	33	المجموع	
100	43	27,9	12	72,1	31	ذكور	تقرأ وتكتب
100	36	97,2	35	2,8	01	إناث	
100	79	59,5	47	40,5	32	المجموع	
100	14	64,3	09	35,7	05	ذكور	ابتدائي
100	16	93,8	15	6,3	01	إناث	
100	30	80,0	24	20,0	06	المجموع	
100	35	65,7	23	34,3	12	ذكور	متوسط
100	27	100	27	-	-	إناث	
100	62	80,6	50	19,4	12	المجموع	
100	32	50,0	16	50,0	16	ذكور	ثانوي
100	42	100	42	-	-	إناث	
100	74	78,4	58	21,6	16	المجموع	
100	13	61,5	08	38,5	05	ذكور	جامعي
100	21	100	21	-	-	إناث	
100	34	85,3	29	14,7	05	المجموع	
100	200	50,0	100	50,0	100	ذكور	المجموع
100	200	98,0	196	2,0	04	إناث	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات هذا الجدول، أن المستوى التعليمي للأم ليس له التأثير القوي على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث معظم المبحوثين بغض النظر للمستوى التعليمي للأم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، وبالتالي علاقة مستوى التعليمي للأم وتعاطي المبحوث للمخدر لم تبرز أهميتها ولذلك استعنا بمتغير النوع لنبرز العلاقة أكثر.

بينت معطيات الجدول بعد إدخال المتغير الرائز أن نوع المبحوث يؤثر وبقوة على تعاطيه للمخدر، بحيث شكلت نسبت الإناث اللواتي لم يسبق لهن تعاطي المخدر 98% مقابل 50% عند الذكور وهذا ما يبين أن الإناث نجدهن يبتعدن عن الممارسات غير الصحية، خاصة في المجتمع الجزائري الذي مازال نوعا ما محافظا ومازالت الفتاة تحت الرقابة بحيث قدرت نسبة الإناث اللواتي يتعاطوا المخدرات في الجزائر 6% من مجموع المتعاطين<sup>1</sup>، كما أننا نجد التنشئة الاجتماعية في الجزائر تحرص على الفتاة أكثر من الابن الذكر لأنها تحمل شرف العائلة على عاتقها.

كما تبين معطيات الجدول أن مستوى الأم التعليمي أثرى أكثر على المبحوثين الإناث من الذكور مما يدل على قدرت الأم في التحكم في الفتاة أكثر من الذكر، بحيث نجد الأم تستطيع فتح حوارات مع أطفالها الفتيات أكثر من الذكور وبالتالي تؤثر في ميوولاتهن وخياراتهن وتستطيع زرع ثقافة صحية تتجسد في ممارساتهن الصحية، فالفتاة تبقى أكبر وقت في المنزل مع الأم وهذا ما يجعلها تتأثر بممارسات أمها الصحية، فإذا كانت الأم تعتني بصحتها الشخصية وبنظافة المحيط الأسري نجد البنت تنقل هذه العادات وتقلد أمها ولهذا يكون المستوى التعليمي العالي للأم مهم جدا في عملية التنقيف الصحي ونقل هذه الثقافة إلى الأطفال.

<sup>1</sup>حسب تصريح السيد عبد الكريم عبيدات مدير مركز الوقاية والعلاج النفسي.

## استنتاج الفرضية الثالثة:

من خلال هذا الفصل حاولنا تحليل مختلف الظروف السوسيو ثقافية للأسرة وتأثيرها على اكتساب ثقافة صحية لدى المبحوثين، توصلنا إلى النتائج التالية:

بما يخص الظروف الاجتماعية للأسرة وتأثيرها على ممارسات المبحوثين الصحية وعلى وعيهم الصحي توصلنا إلى النتائج التالية:

1 – الوضعية المعيشية للأسرة أثرت على الوعي الصحي للمبحوث بحيث بينت النتائج أنها أثرت على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية وعلى سبب البحث عن هذه المعلومات، بحيث معظم المبحوثين الذين تعد وضعية أسرهم المعيشية حسنة نجدهم أكثر إقبالا على البحث عن المعلومات الصحية وسبب بحثهم عن هذه المعلومات هو للوقاية من المرض.

بما يخص الوضعية المعيشية للأسرة وتأثيرها على الممارسات الصحية للمبحوثين نجدها أثرت على كل المؤشرات الخاصة بها، بحيث بينت النتائج أنه كلما كانت الوضعية المعيشية للأسر حسنة كلما زاد الإقبال المبحوثين على إجراء الفحص الطبي الدوري والعكس صحيح وبالتالي أثرت هذه الأخيرة على إجراء الفحص الطبي الدوري، كما أثرت أيضا وضعية الأسرة المعيشية على عدد مرات الاستحمام أسبوعيا من قبل المبحوث بحيث ترتفع عدد مرات الاستحمام كلما كانت وضعية الأسرة حسنة، كما نجدها أيضا أثرت على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث كلما كانت وضعية الأسر المعيشية حسنة يقل إقبال المبحوثين على تعاطي المخدر.

وبالتالي نستنتج أن الوضعية المعيشية للأسرة أثرت على كل من وعي المبحوثين الصحي وعلى ممارساتهم الصحية وبالتالي تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية.

بما يخص الظروف الثقافية للأسرة وتأثيرها على وعي المبحوثين الصحي وعلى ممارساتهم الصحية توصلنا إلى النتائج التالية:

1 – المستوى التعليمي للأب لم يكن له التأثير الكبير على كل العلاقات الخاصة بالوعي الصحي للمبحوثين، خاصة بما يخص معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا بحيث معظمهم صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا مهما كان مستوى الأب التعليمي، في حين نجد تأثيره النوعي على بحث الشاب عن المعلومات الصحية وعلى مصادر البحث عن هذه المعلومات، بحيث نجد كلما كان مستوى الأب التعليمي عالي كلما زاد الإقبال على البحث عن المعلومات الصحية وزاد نوعا ما الاعتماد على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام في عملية البحث من طرف المبحوثين.

أما عن المستوى التعليمي للأب وتأثيره على الممارسات الصحية للمبحوثين توصلنا إلى أنه لم يكن له التأثير القوي على كل المؤشرات، بحيث أثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي بالرغم من أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي إلا أن فئة المبحوثين الذين يعد مستو آبائهم التعليمي جامعي هم الأكثر إقبالا على إجراء هذا الفحص، في حين لم يؤثر على تعاطي المبحوث للمخدر.

وبالتالي مستوى الأب التعليمي أثر نسبيا على كل من وعي الشباب الصحي وعلى وممارساتهم الصحية بنفس الدرجة تقريبا.

2 – بما يخص المستوى التعليمي للأم وتأثيره على الوعي الصحي للشباب أظهرت النتائج أنه لم يؤثر على معظم مؤشرات الوعي الصحي، بحيث لم يؤثر على معرفة المبحوثين للأمراض المنقولة جنسيا حيث معظم المبحوثين مهما كان مستوى أمهاتهم التعليمي صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، كما لم يؤثر أيضا على بحث المبحوث عن المعلومات الصحية، في حين نجده أظهر تأثيره على مصادر البحث عن المعلومات الصحية بحيث كلما كان مستوى الأم التعليمي عالي كلما زاد إقبال المبحوثين على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية، لكن مصدر وسائل الإعلام هو الأهم بنسبة للمبحوثين.

المستوى التعليمي للأم أثر وبقوة على معظم المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، بحيث أثر كثيرا على إجراء الفحص الطبي الدوري حيث نجد المبحوثين الذين يتمتعن أمهاتهن بمستوى تعليمي عالي هم الأكثر إقبالا على إجراء الفحص الطبي، كما أثر المستوى التعليمي العالي للأم على عدد مرات استحمام المبحوثين أسبوعيا بحيث نجد هذه الفئة أكثر إقبالا على تكرار الاستحمام أسبوعيا، في حين لم يؤثر على تعاطي الشاب للمخدر.

وبالتالي المستوى التعليمي للأم أثر هو الآخر على كل من الوعي الصحي للمبحوثين وعلى ممارساتهم الصحية.

هذا بصفة عامة أهم النتائج الجزئية التي توصلنا إليها من خلال هذا الفصل.

الفصل العاشر:

تأثير الظروف الاقتصادية  
للأسرة على ثقافة المبحوثين  
الصحية

تمهيد:

تعتبر الظروف الاقتصادية للأسرة من أهم العوامل المؤثرة على ممارسات ووعي أفرادها الصحي، بحيث الأسرة ذات الظروف الاقتصادية الجيدة تمكن أفرادها من توفير الوسائل اللازمة لاكتساب ثقافة صحية، ومن خلال هذا الفصل سنحاول تحليل الفرضية الرابعة للدراسة والتي تدور حول "الظروف الاقتصادية للأسرة تؤثر على اكتساب الشباب لثقافة صحية".

ويتضمن المتغير المستقل لهذه الفرضية المتمثل في الظروف الثقافية للأسرة عدة مؤشرات، تمثلت في نوع المسكن وصنفناه إلى أربع أنواع، مسكن نوع فلا وشقة وبيت تقليدي وآخر تصنيف بيت قصديري، ويعد هذا المؤشر من أهم المؤشرات الاقتصادية الخاصة بالأسرة والتي تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية بحيث نجد كلما كان نوع السكن جيد ولائق كلما كان في إمكان الشاب أن يحصل على رعاية أكثر وبالتالي هذه الرعاية تصبح على شكل ممارسات صحية مما يكسب هذا الشاب ثقافة صحية، والعكس صحيح فقد يكون نوع المسكن من المسببات الرئيسية لعدم اكتساب الشاب لثقافة صحية خاصة إذا كان نوع المسكن قصديري وهذا ما سنحاول تبينه من خلال العناصر التالية للفصل، والمؤشر الثاني تمثل في الحالة المهنية للأب وصنفناها إلى أربع تصنيفات، فئة الآباء العاملين وفئة الآباء غير العاملين والمتقاعدين والآباء المتوفين، كما يؤثر هذا المؤشر على اكتساب الشاب لثقافة صحية، بحيث كلما كان الأب يعمل وكان عمله جيد كلما كانت الظروف الاقتصادية للأسرة حسنة، وبالتالي تستطيع أن توفر لأفرادها الاهتمام والرعاية في كل الجوانب بما فيه الصحي، وبالتالي تمكن الشاب من ممارسات صحية وتساعده على اكتساب وعي صحي، أما المؤشر الثالث لهذا المتغير فتمثل في الحالة المهنية للأم ولقد تم تصنيفها حسب المؤشر السابق والمتمثل في الحالة المهنية للأب، وهذا المؤشر أيضا يؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية بحيث كلما تكون الأم عاملة

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

تكتسب معارف وخبرات من خلال عملها بالإضافة إلى اكتسابها للمال الذي يحسن ظروف الأسرة الاقتصادية وبالتالي تستطيع هذه الأسرة العناية بأفرادها وبصحتهم، أما آخر مؤشر للظروف الاقتصادية للأسرة تمثل في الدخل الشهري للأسرة وتم تصنيفه إلى خمس تصنيفات الأول قدر بـ: أقل من 15 ألف دج والثاني ما بين 15 - 25 ألف دج والتصنيف الثالث فقدر بـ: ما بين 25 - 35 ألف دج أما التصنيف الرابع فصنف ما بين 35 - 45 ألف دج وآخر تصنيف لهذا المؤشر فقدر بـ: أكثر من 45 ألف دج، ويدل هذا المؤشر على أنه كلما كان مرتفع كلما كانت ظروف الأسرة الاقتصادية حسنة، وبالتالي تستطيع أن توفر لأفراد أسرتها الرعاية في كل المجالات بما فيها الصحة وهذا ما يساهم في اكتساب ثقافة صحية عند الشباب.

كما تضمن هذا الفصل والمتمثل في تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية فتضمن هو الآخر بدوره على عدة نقاط، تمثلت في تأثير نوع المسكن على ممارسات المبحوثين الصحية تأثير الحالة المهنية للأم على ممارسات المبحوثين الصحية وأخيرا تأثير الدخل الشهري للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية.

أولاً: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية:

الظروف الاقتصادية للأسرة تعد من أبرز المؤثرات على اكتساب الشباب لثقافة صحية لأنها هي المتحكمة في توجهاتهم وممارساتهم وحتى وعيهم الصحي، فكلما كانت هذه الظروف ملائمة كلما ساعدت الأسرة على إكساب أطفالها ثقافة صحية وقد يكون العكس، وهذا ما سنحاول أن نظهره من خلال هذا الجزء بالاعتماد على عنصرين الأول تأثير الظروف الاقتصادية على ممارسات المبحوثين الصحية والثاني تأثير الظروف الاقتصادية على وعي المبحوثين الصحي.

1 - تأثير نوع المسكن على ممارسات المبحوثين الصحية:

يعتبر نوع المسكن من أهم الظروف الاقتصادية التي تؤثر على اكتساب الشاب لثقافة صحية فهذا المسكن يعتبر البيئة التي تحيط بهذا الشاب ويساعده على التمتع بحياته دون منغصات إذا كان ملائم مع ظروف الحياة الحالية، والعكس صحيح فإذا كان غير ملائم فقد يدفعه إلى عدم اعتماد ممارسات صحية، وهذا ما حاولنا أن نبرزه من خلال ربط متغير نوع المسكن مع كل من إجراء المبحوث للفحص الطبي وعدد مرات استحمام المبحوث يومياً وتعاطيه للمخدر، ونتائج العلاقات جاءت كالتالي:

جدول رقم 80: يبين العلاقة بين نوع المسكن وعدد المرات التي يستحم فيها المبحوث في الأسبوع.

عدد مرات استحمام المبحوث في الأسبوع								نوع المسكن
المجموع		4 مرات وأكثر في الأسبوع		من 2 - 3 مرات في الأسبوع		مرة أو أقل في الأسبوع		
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	103	21,4	22	40,8	42	37,9	39	فلا
100	185	13,0	24	45,4	84	41,6	77	شقة
100	87	5,7	05	35,6	31	58,6	51	بيت تقليدي
100	25	-	-	24,0	06	76,0	19	بيت قصديري
100	400	12,8	51	40,8	163	46,4	186	المجموع

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

يظهر لنا جليا تأثير المتغير المستقل المتمثل في نوع المسكن على الممارسات الصحية للمبحوث لأنه يعكس المستوى الاقتصادي للأسرة، حيث بينت معطيات الجدول أن أعلى نسبة للذين يستحمون مرة أو أقل في الأسبوع عند الذين صرحوا أن نوع سكنهم بيت قصديري بنسبة 76 %، مقابل 58,6% عند المبحوثين الذين يعد نوع سكنهم بيت تقليدي، أما المبحوثين الذين يسكنون في شقة فقدرت نسبتهم بـ: 41,6% مقابل 37,9% عند المبحوثين الذين صرحوا أن نوع سكنهم فلا.

كما بينت معطيات الجدول أن أعلى نسبة من المبحوثين الذين يستحمون من 2 - 3 مرات في الأسبوع عرفها الذين يعد نوع مسكنهم شقة وقدرت بـ: 45,4%، والشقة تساعد ساكنيها على الاعتناء بصحتهم الشخصية لأنها تتوفر على حمام وقنوات جلب الماء والصرف الصحي، كما يستطيع الساكن بالشقة توفير الحرارة المناسبة للمسكن خاصة في فصل الشتاء لصغر حجمها وتوفرها على غاز المدينة، أما المبحوثين الذين صرحوا أنهم يستحمون 4 مرات وأكثر في الأسبوع فعرفها المبحوثين الذين يعد نوع مسكنهم فلا، وهنا يظهر لنا تأثير نوع المسكن على عدد مرات الاستحمام فالمسكن الجيد يسهل على ساكنه ويمكنه من الاعتناء بصحته الشخصية، فكلما كان الفرد يستحم عدة مرات في الأسبوع كلما كانت الوقاية من الأمراض بحيث يمنع تواجد وتكاثر الجراثيم على السطح الخارجي لجسم الإنسان<sup>1</sup>، فمن المهم غسل الجلد عن طريق الاستحمام بشكل دوري مع تنظيف الأماكن بين الثنايا مثل السرة وتحت الإبط وتنظيفهما بعناية أكثر لأنها عرضة لتجمع الجراثيم أكثر من غيرها<sup>2</sup>، وبهذا تصبح ممارسات هذا الشخص صحية لكن لا يستطيع أي شخص العناية بصحته الشخصية إلا إذا كان نوع المسكن الذي يعيش فيه يساعده على ذلك مما يخلق نوع من الثقافة الصحية لديه، حيث بينت معطيات الجدول أننا لم نسجل ولا حالة من المبحوثين الذين يعد نوع مسكنهم بيت قصديري يستحمون 4 مرات أو أكثر في الأسبوع.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 91.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 102.

جدول رقم 81: يبين العلاقة بين نوع المسكن وتعاطي المبحوث للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						نوع المسكن
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	103	74,8	77	25,2	26	فلا
100	185	77,8	144	22,2	41	شقة
100	87	69,0	60	31,0	27	بيت تقليدي
100	25	60,0	15	40,0	10	بيت قصديري
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في نوع المسكن بينت لنا معطيات الجدول أن لنوع المسكن تأثير نسبي على الممارسات الصحية للمبحوث، بحيث ظهرت لنا علاقة عكسية تبين أنه كلما كان نوع المسكن جيد تقل نسبة إقبال المبحوثين على تعاطي المخدر والعكس صحيح، بحيث قدرت نسبة المبحوثين الذين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر ويعد نوع مسكنهم فلا وشقة بـ 77,8% و 74,8% على التوالي مقابل 60% عند المبحوثين الذي يعد نوع مسكنهم بيت قصديري.

ولاختبار درجة الارتباط بين نوع المسكن وتعاطي المخدر قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,11 أي أن هناك ارتباط طردي ضعيف جدا بين المتغيرين، وبالتالي نوع المسكن لم يؤثر على تعاطي المبحوث للمخدر.

بحيث معظم المبحوثين مهما كان نوع سكنهم صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، وهنا يظهر لنا أن الظروف الاقتصادية للأسرة كنوع المسكن نسبيا فقط على الممارسات الصحية للمبحوثين، لأن أعلى نسبة من المبحوثين الذين يتعاطون المخدر من خلال معطيات الجدول عرفها المبحوثين الذين يعد نوع مسكنهم بيت قصديري والتي قدرت بـ: 40%، وقد ترجع هذه النسبة إلى أن نمط السكن القصديري أكثر تحررا من الأنماط الأخرى بحيث يستطيع الشاب أن يتعاط أي نوع من المخدر وأفراد أسرته لا يستطيعون اكتشاف ذلك لأن المساكن ملتصقة مع بعضها

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

---

البعض مثلاً، عكس الذي نجده في نمط السكن نوع شقة مثلاً حيث لا يستطيع الشاب القاطن بها أن يمارس مثل هذه الممارسات غير الصحية داخل المسكن لأنه يكتشف بسهولة من طرف أفراد أسرته، وهذا ما يفسر نسبة 22,2% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يتعاطوا المخدر ويعد نوع سكنهم شقة وهي أدنى نسبة في الجدول التي مثلت الذين سبق لهم وأن تعاطوا المخدر.

2 - تأثير الحالة المهنية للأب على ممارسات المبحوثين الصحية:

إن الحالة المهنية للأب تعد من أهم المؤشرات الخاصة بالظروف الاقتصادية للأسرة خاصة بالنظر إلى الدخل الشهري فهي تعكس المستوى الاقتصادي للأسرة، وقد تأثر بالإيجاب وتجعل الشاب يكتسب ثقافة صحية إذا كانت الحالة المهنية للأب عامل بحيث له تأثير اجتماعي واقتصادي في نفس الوقت، وهذا ما نحاول إظهاره من خلال هذه النقطة بحيث ربطنا الحالة المهنية للأب بتعاطي المبحوث للمخدر مع الاستعانة بالمتغير الرائد والمتمثل في النوع لنبرز العلاقة أكثر والنتائج جاءت كالتالي:

جدول رقم 82: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأب ونوع المبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						النوع	الحالة المهنية للأب
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	179	50,8	91	49,2	88	ذكور	يعمل
100	190	97,9	186	2,1	04	إناث	
100	369	75,1	277	24,9	92	المجموع	
100	09	33,3	03	66,7	06	ذكور	لا يعمل
100	08	100	08	-	-	إناث	
100	17	64,7	11	35,3	06	المجموع	
100	06	16,7	01	83,3	05	ذكور	متقاعد
100	-	-	-	-	-	إناث	
100	06	16,7	01	83,3	05	المجموع	
100	06	83,3	05	16,7	01	ذكور	متوفى
100	02	100	02	-	-	إناث	
100	08	87,5	07	12,5	01	المجموع	
100	200	50,0	100	50,0	100	ذكور	المجموع
100	200	98,0	196	2,0	04	إناث	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات هذا الجدول، أن الحالة المهنية للأب ليس لها التأثير القوي على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث معظم المبحوثين بغض النظر للحالة المهنية للأب لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، وبالتالي علاقة الحالة المهنية للأب وتعاطي المبحوث للمخدر لم تبرز أهميتها ولذلك استعنا بمتغير النوع لنبرز العلاقة أكثر.

بينت معطيات الجدول بعد إدخال المتغير الرائز أن نوع المبحوث يؤثر وبقوة على تعاطيه للمخدر، بحيث شكلت نسبت الإناث اللواتي لم يسبق لهن تعاطي المخدر 98% مقابل 50% عند الذكور، وهذا ما يبين أن الإناث نجدهن يبتعدن عن الممارسات غير الصحية خاصة في المجتمع الجزائري الذي مازال نوعا ما محافظا ومازالت الفتاة تحت الرقابة، بحيث قدرت نسبة الإناث اللواتي يتعاطوا المخدرات في الجزائر 6% من مجموع المتعاطين<sup>1</sup>، كما أننا نجد التنشئة الاجتماعية في الجزائر تحرص على الفتاة أكثر من الابن الذكر لأنها تحمل شرف العائلة على عاتقها.

لكن تبقى الحالة المهنية للأب لها التأثير بحيث بينت معطيات الجدول أن المبحوثين الذكور الذين يعد آباؤهم عاملين صرح 49,2% منهم أنهم سبق لهم وأن تعاطوا المخدر مقابل 66,7% عند فئة المبحوثين الذين يعد آباؤهم غير عاملين و83,3% عند المبحوثين الذين يعد آباؤهم متقاعدین، ويظهر لنا من خلال هذه المعطيات أن الحالة المهنية للأب أثرت على تعاطي الذكور للمخدر بحيث نجد كلما كان الأب يعمل يقل نوعا ما تعاطي المبحوثين الذكور للمخدر، خاصة فئة المبحوثين الذكور الذين يعد آباؤهم متقاعدین بحيث قد تدل هذه النسبة على أن آباءهم كبار في السن ولا يستطيعون مراقبة أولادهم، الأمر الثاني تعكس هذه النسبة انتماء هذه الفئة من المبحوثين إلى الفئة الذين يفوق سنهم 25 سنة بحيث يعدوا كبار في السن وقد سبق لهم

<sup>1</sup>حسب تصريح السيد عبد الكريم عبيدات مدير مركز الوقاية والعلاج النفسي.

وأن جربوا تعاطي المخدر وليس بالضرورة مازالوا مستمرين على ذلك بحيث صرح 80% منهم أنهم أقلعوا أن تعاطي المخدر.<sup>1</sup>

كما بينت معطيات الجدول أن غياب الأب لم يكن بالأمر السلبي على الأسرة بحيث صرح 16,7% فقط من المبحوثين الذكور الذين يعد آباؤهم متوفين سبق لهم وأن تعاطوا المخدر في حين لم نسجل ولا حالة من الإناث ضمن هذه الفئة صرحوا أنهم سبق لهم تعاطي المخدر، وبالتالي غياب الأب على الأسرة جراء الوفاة كان إيجابيا بحيث قد يتحمل الذكور مسؤولية الأسرة وهم في سن صغيرة مما قد يجعلهم يبتعدون عن عدة ممارسات غير صحية قد تكلفهم مبالغ مالية وتؤثر على صحتهم وهذا ما قد يكسبهم ثقافة صحية.

### 3 - تأثير الحالة المهنية للأم على ممارسات المبحوثين الصحية:

إن الحالة المهنية للأم تعد أيضا من أهم المؤشرات التابعة للظروف الاقتصادية للأسرة وهي أيضا لها التأثير على اكتساب الشاب لثقافة صحية، بحيث عمل الأم يمكنها من عدة امتيازات كإكتسابها لعلاقات اجتماعية تمكنها من الاستفادة من خبرة الآخرين بالإضافة إلى الدخل الذي يرجع من عملها والذي يزيد من رفع الدخل الشهري للأسرة، وهذا ما قد يجعلها تؤثر على ثقافة الشاب الصحية من الجانب الاقتصادي والمتمثل في توفير البيئة المناسبة للممارسات الصحية لأفراد أسرتها، في نفس الوقت الجانب التوعوي لهم، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال ربط الحالة المهنية للأم مع كل من متغير إجراء المبحوث للفحص الطبي وتعاطيه للمخدر ونتائج العلاقات جاءت كالتالي:

<sup>1</sup>كما يوضحه ملاحق رقم 02 جدول رقم 20.

الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

جدول رقم 83: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	56	62,5	35	37,5	21	تعمل
100	336	77,7	261	22,3	75	لا تعمل
100	06	50,0	03	50,0	03	متقاعدة
100	02	100	02	-	-	متوفية
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

بعد إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للأم على إجراء الفحص الطبي الدوري، بينت معطيات الجدول أن الحالة المهنية للأم أثرت نسبياً على إجراء الفحص بحيث معظم المبحوثين مهما كانت الحالة المهنية لأمهاتهم صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري، لكن بنسب متفاوتة حسب الحالة المهنية للأم، حيث صرح 77,7% من المبحوثين الذين تعد أمهاتهم غير عاملات أنهم لا يقومون بالفحص الطبي مقابل 62,5% لدى المبحوثين الذين تعد أمهاتهم عاملات، لم نقرأ النسب الخاصة بالمبحوثين الذين تعد وضعياً أمهاتهم المهنية متقاعدات واللواتي توفين لأن عددهم قليل جداً ونسبهم لا تؤثر على العلاقة بين المتغيرين.

ولاختبار العلاقة بين الحالة المهنية للأم وإجراء الفحص الطبي الدوري قمنا بتطبيق اختبار كا تربيع (حسب نتائج برنامج spss) عند درجة الحرية 3 وجدنا مستوى دلالة

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

الاختبار 0,03 وبالتالي هو أقل من 0,05 بمعنى أنه ترفض الفرضية الصفرية التي تنفي العلاقة بين المتغيرين وتقبل الفرضية البديلة التي تؤكد العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يدل على أن الحالة المهنية للأم تؤثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري. إن الحالة المهنية للأم أثرت نسبياً على إجراء الفحص الطبي الدوري بحيث سجلنا نسبة 37,5% من المبحوثين الذين تعد أمهاتهم عاملات صرحوا أنهم يقومون بإجراء الفحص الطبي مقابل 22,3% لدى المبحوثين الذين أمهاتهم غير عاملات، وبالتالي عمل المرأة يدل على حصولها على دخل شهري وبالتالي تساهم في الدخل الأسري وأيضاً يمكنها أن توفر الأمور التي لا يستطيع الأب توفيرها بما فيها دفع أجرة الفحص الطبي الدوري، كما أن عمل المرأة يمكنها من الحصول على مكانة اجتماعية تخلق لها عدة علاقات اجتماعية في شتى القطاعات بما فيها قطاع الصحة والتي قد تحضي بمعاملة خاصة لها ولأطفالها من خلال أصدقائها.

جدول رقم 84: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم وتعاطي المبحوث للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	56	80,4	45	19,6	11	تعمل
100	336	73,2	246	26,8	90	لا تعمل
100	06	50,0	03	50,0	03	متقاعد
100	02	100	02	-	-	متوفية
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

بعد إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للأم على تعاطي المبحوث للمخدر بينت معطيات الجدول أن الحالة المهنية للأم لم تؤثر على تعاطي المبحوث للمخدر بحيث معظم المبحوثين مهما كانت حالة أمهاتهم المهنية صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، بحيث سجلنا 80,4% من المبحوثين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا المخدر وتعد أمهاتهم عاملات، مقابل 73,2% من المبحوثين الذين تعد أمهاتهم غير عاملات.

ولاختبار درجة الارتباط بين الحالة المهنية للأم وتعاطي المخدر قمنا بتطبيق معامل التوافق والذي قدر ب: 0,10 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين وبالتالي الحالة المهنية للأم لم يؤثر على تعاطي المبحوث للمخدر.

لم تظهر الحالة المهنية للأم تأثيرها على تعاطي المخدر وهذا يدل على غياب دور الوالدين المؤثر على وعي وتنشئة أطفالهم، بحيث من المفروض أن الأم العاملة تكون أكثر وعيا من الأم الماكثة في البيت، حيث نجد الأم العاملة متطلعة على كل ما يحدث في العالم الخارجي خارج نطاق الأسرة، الأمر الذي يجعلها تكتسب معرفة من خلال الاحتكاك بأفراد جدد والتعرف على أسر تستفيد من تجاربهم دون التعرض لها، وبالتالي تستطيع حماية أفراد أسرتها وتعرف كيف تتعامل مع عدة مواقف من بينها تعاطي الشاب للمخدر، وهذا عكس الأم الماكثة في البيت التي تكون معرفتها أقل بقله علاقاتها الاجتماعية خارج نطاق العائلة، لكننا لم نلمس هذا التأثير بحيث معظم المبحوثين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا المخدر بغض النظر على حالة أمهاتهم المهنية وبالتالي قد تبين لنا هذه المعطيات أن الشباب يعتمدون أكثر في اكتسابهم لثقافة صحية على وسائل الإعلام التي قد تقنعهم فتصبح ممارساتهم صحية وقد تفشل في ذلك فيكون العكس.

4 - تأثير الدخل الشهري للأسرة على ممارسات المبحوثين الصحية:

يعد الدخل الشهري أيضا من أهم المؤشرات الخاصة بالظروف الاقتصادية للأسرة التي تؤثر بدورها على اكتساب الشاب لثقافة صحية، بحيث الدخل الشهري المرتفع للأسرة يعكس المستوى الاقتصادي المناسب الذي تستطيع من خلاله الأسرة توفير المسكن المناسب والغذاء المناسب والاعتناء بالصحة الشخصية بصفة عامة لكل أفرادها، وبالتالي يكتسب أفرادها ثقافة صحية من خلال ممارساتهم الصحية، وهذا ما حاولنا تبينه من خلال ربط علاقة الدخل الشهري للأسرة بإجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري ونتائج العلاقة كانت كالتالي:

جدول رقم 85: يبين العلاقة بين الدخل الشهري للأسرة وإجراء المبحوث للفحص الطبي بشكل دوري.

إجراء المبحوث للفحص الطبي						الدخل الشهري
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	51	78,4	40	21,6	11	أقل من 15 ألف دج
100	108	79,6	86	20,4	22	بين 15-25 ألف دج
100	82	76,8	63	23,2	19	بين 25-35 ألف دج
100	75	73,3	55	26,7	20	بين 35-45 ألف دج
100	84	67,9	57	32,1	27	أكثر من 45 ألف دج
100	400	75,3	301	24,8	99	المجموع

بعد إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الدخل الشهري للأسرة على إجراء المبحوث للفحص الطبي الدوري بينت معطيات الجدول أنه لم يؤثر على إجراء

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

المبحوثين للفحص الطبي بحيث معظم المبحوثين مهما كان الدخل الشهري لأسرهم صرحوا أنهم لا يقومون بإجراء الفحص الطبي، لكن بنسب نوعا ما متفاوتة وذلك حسب الدخل الشهري الأسري لكل أسرة، حيث قدرت نسب المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي الدوري حسب دخل الشهري لأسهم في المعطيات التالية: سجلنا نسبة 79,6% و 78,4% عند كل من المبحوثين الذين يقدر دخل أسرهم من بين 15 – 25 ألف دج وأقل من 15 ألف دج على التوالي، كما قدرت نسبة المبحوثين الذين أيضا صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي ويقدر دخل أسرهم الشهري ما بين 25 – 35 ألف دج و 35 – 45 ألف دج بالنسب التالية 76,8% و 73,3%، مقابل 67,9% عند المبحوثين الذين يعد دخل أسرهم الشهري أكثر من 45 ألف دج.

ولاختبار درجة الارتباط بين الدخل الشهري للأسرة وإجراء الفحص الطبي قمنا بتطبيق معامل التوافق والذي قدر بـ: 0,10 مما يدل على علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين وبالتالي الدخل الشهري للأسرة لم يؤثر على إجراء المبحوث للفحص الطبي.

إن الدخل الشهري للأسرة لم يؤثر كثيرا على ممارسات الشاب الصحية بالأخص على إجراء الفحص الطبي لأننا لم نلمس فرق كبير بين نسب المبحوثين حسب الدخل الشهري للأسرة، وأيضا معظمهم صرحوا أنهم لا يقومون بالفحص الطبي وهنا قد تتدخل عوامل أخرى مثل أن أفراد عينة بحثنا مازالوا صغار في السن ويشعرون بصحة جيدة تجعلهم لا يفكرون في إجراء الفحص الطبي الدوري، متجاهلين أن الفحص الطبي ليس فقط عند المرض بل للحفاظ على مستوى الصحة الذي يتمتعون به، وهذا ما يبين ثقافتنا المحلية التي تدفعنا للفحص الطبي فقط في حالة المرض.

استنتاج الفرضية الرابعة:

من خلال هذا الفصل حاولنا تحليل مختلف الظروف الاقتصادية للأسرة وتوصلنا

إلى النتائج التالية:

1- فيما يخص تأثير نوع المسكن على وعي المبحوثين الصحي فهو لم يؤثر على كل المؤشرات الخاصة بالوعي الصحي، بحيث نوع المسكن أثرى على بحث المبحوثين عن المعلومات الصحية، حيث وجدنا كلما كان المسكن جيد يزيد إقبال المبحوثين على البحث عن المعلومات الصحية، لكنه لم يؤثر على نوع المصدر الذي يلجأ إليه الشاب في بحثه عن المعلومات الصحية بحيث معظم المبحوثين مهما كان نوع مسكنهم صرحوا أنهم يلجئون لوسائل الإعلام في هذه العملية، كما أنه لم يؤثر أيضا على سبب البحث عن المعلومات الصحية بحيث صرح معظم المبحوثين مهما كان نوع مسكنهم أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

فيما يخص نوع المسكن وتأثيره على الممارسات الصحية للمبحوثين أظهرت المعطيات أنه أثر على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، بحيث نجده أثرى نسبيا على إجراء الفحص الطبي الدوري حيث كلما كان المسكن لائق والذي يعكس الظروف الاقتصادية الحسنة للأسرة كلما زاد نسبيا الإقبال على إجراء الفحص الطبي، كما نجده أيضا أثرى كثيرا على عدد مرات الاستحمام أسبوعيا، بحيث وجدنا أن المبحوثين الذين يعد نوع مسكنهم فلا وشقة هم الأكثر إقبالا على الاستحمام، بالإضافة أيضا أنه أثر على تعاطي المخدر بحيث نجد كلما كان المسكن غير جيد كلما زاد الإقبال على تعاطي المخدر من قبل المبحوثين.

وبهذا يكون نوع المسكن أثرى على ممارسات المبحوثين الصحية أكثر من تأثيره على وعيهم الصحي.

2- بما يخص الحالة المهنية للأب وتأثيرها عن الوعي الصحي للمبحوثين بينت لنا المعطيات أنها لم تؤثر على وعي المبحوثين الصحي، بحيث لم تؤثر لا على بحث الشاب عن المعلومات الصحية ولا على سبب البحث عن هذه المعلومات، حيث صرح

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

معظم المبحوثين مهما كانت حالة الأب المهنية أنهم يقبلون على البحث عن المعلومات الصحية وسبب بحثهم للوقاية من المرض.

أما عن الحالة المهنية للأب وتأثيرها على ممارسات المبحوثين الصحية ظهر لنا من خلال المعطيات أنها أيضا لم تؤثر عليها، بحيث لم نلمس أي تأثير بما يخص الحالة المهنية للأب وتعاطي المبحوث للمخدر.

وبالتالي الحالة المهنية للأب لم تؤثر لا على الوعي الصحي للمبحوثين ولا على ممارساتهم الصحية.

3- فيما يخص تأثير الحالة المهنة للأم على وعي المبحوثين الصحي نجدها أثرت نسبيا على بحث المبحوث على المعلومات الصحية لكنها لم تؤثر على سبب البحث عن المعلومات الصحية، بحيث وجدنا أنه كلما كانت الأم عاملة زادت نسبة إقبال المبحوثين على البحث عن المعلومات الصحية.

الحالة المهنية للأم هي الأخرى لم تؤثر كثيرا على الممارسات الصحية للمبحوثين، بحيث لم تؤثر على إجراء المبحوثين للفحص الطبي الدوري ولا على تعاطي المبحوث للمخدر.

وبالتالي الحالة المهنية للأم أثرت نسبيا على وعي المبحوثين الصحي لكن ليس على كل المؤشرات، بينما نجدها لم تؤثر على ممارسات المبحوثين الصحية.

4- بما يخص الدخل الشهري للأسرة وتأثيره على وعي المبحوثين الصحي، نجده أثرى نسبيا على معرفة المبحوثين لأحد الأمراض المنقولة جنسيا، بحيث كلما كان دخل الأسرة الشهري جيد كلما زادت معرفة المبحوثين للأمراض المنقولة جنسيا، كما نجده أيضا أثرى نسبيا على نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث بحيث كلما كان الدخل الأسري جيد كلما زادت معرفة المبحوثين بأكثر من مرض، بحيث تعد فئة المبحوثين الذين يقدر دخل أسرهم الشهري أكثر من 45 ألف دج هم أكثر معرفتنا بالأمراض المنقولة جنسيا بما فيها السيدا والسيلان والزهري والالتهابات المختلفة.

## الفصل العاشر: تأثير الظروف الاقتصادية للأسرة على ثقافة المبحوثين الصحية

---

أما بما يخص الدخل الشهري للأسرة وتأثيره على ممارسات المبحوثين الصحية، بينت لنا المعطيات أنه أثرى نسبيا على إجراء المبحوث للفحص الطبي، بحيث نجد فئة المبحوثين الذين يفوق دخل أسرهم الشهري 45 ألف دج هم الأكثر إقبالا على إجراء الفحص الطبي مقارنة بالفئات الأخرى.

وبالتالي الدخل الشهري للأسرة أثرى نسبيا على كل من وعي المبحوثين الصحي وعلى ممارساتهم الصحية أيضا تقريبا بنفس الدرجة، وبهذا نكون قد قدمنا أهم النتائج الخاصة بهذا الفصل.

الاستنتاج العام للدراسة

### الاستنتاج العام للدراسة:

بعد عرضنا لمختلف الفرضيات والتعمق في تحليل متغيراتها من خلال الأبعاد والمؤشرات السوسيو اقتصادية والثقافية للشباب ولأسرهم، التي ارتأينا أنها تساعدنا للوصول إلى بعض النتائج التي تزيل الإبهام انطلاقاً من هذه الدراسة والخروج بإجابات عن الإشكالية المطروحة توصلنا إلى ما يلي:

يتضح أن الثقافة الصحية هي ظاهرة موجودة في مجتمعنا ونحن من خلال دراستنا قمنا بتوجيهها إلى فئة الشباب لكي نتعرف على الظروف التي تساهم في اكتسابهم لها، ويمكن ملاحظة الثقافة الصحية عند الشباب من خلال مظهرهم الخارجي الذي يعكس ممارساتهم الصحية كصحتهم الجيدة وجسمهم النظيف ونفس الشيء بما يخص الملابس وكل ما يخص الاعتناء بالصحة الشخصية الذي ينعكس على المظهر الخارجي للشباب. وللتعرف على بعض عناصر الثقافة الصحية وظفنا بعدين بعد خاص بالوعي الصحي للمبجوثين وتضمن عدة مؤشرات تمثلت في معرفة المبجوثين لأحد الأمراض المنقولة جنسيا وسجلنا أعلى نسبة عند المبجوثين الذين صرحوا أنهم يعرفون هذه الأمراض ومعظمهم يعرفون مرض السيدا، وأيضا بحث المبجوث عن المعلومات الصحية وكان معظم المبجوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية، ومعظمهم يعتمدون على وسائل الإعلام في البحث عن المعلومات الصحية، ومعظم المبجوثين صرحوا أنهم يبحثون عن المعلومات الصحية للوقاية من المرض.

أما البعد الثاني للثقافة الصحية فكان موجه إلى بممارسات المبجوثين الصحية، وتضمن هو الآخر عدة مؤشرات تمثلت في إجراء المبجوث للفحص الطبي بشكل دوري وسجلت أعلى نسبة عند المبجوثين الذين لا يقومون بالفحص الطبي، وأيضا عدد المرات التي يستحم فيها المبجوث في الأسبوع فعرفنا أعلى نسبة عند المبجوثين الذين يستحمون مرة أو أقل من مرة في الأسبوع، وإدمان المبجوث على تناول المنبهات (القهوة والشاي)

فكان معظم المبحوثين لا يصرفون في تناول المنبهات، وأيضا الكمية التي يشربها المبحوث من الماء يوميا ف سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يشربون لتر وأكثر يوميا، ومؤشر تعاطي المبحوث للمخدر ف سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثين الذين صرحوا أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا أي نوع من المخدر، والمبحوثين الذين سبق لهم تعاطي المخدر فمعظمهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ وأكثر من نصف المبحوثين الذين سبق لهم التعاطي المخدر مازالوا مستمرين في التعاطي.

الأمر الذي يميز أفراد عينة بحثنا أنهم يتمتعون نوعا ما بثقافة صحية وتتجسد هذه الثقافة في ممارساتهم الصحية ووعيهم الصحي، ومن خلال ربط المؤشرات الخاصة بالثقافة الصحية للمبحوثين مع مختلف الظروف السوسيو اقتصادية والثقافية للمبحوثين والظروف السوسيو ثقافية والاقتصادية لأسرهم توصلنا إلى النتائج التالية :

1 - انطلاقا من توزيع المبحوثين حسب ظروفهم الاجتماعية، ونبدأ بنوع المبحوثين والذي كان متساوي بين الذكور والإناث ونحن نعلم أن يكون متساوي ليظهر لنا تأثيره الجيد على اكتساب الشباب لثقافة صحية، وبالتالي تأثيره على كل من وعيهم الصحي و ممارساتهم الصحية، ونبدأ بنوع المبحوثين وتأثيره على وعيهم الصحي حيث بينت النتائج أن الإناث أكثر وعيا من الذكور في مجال الصحة في العديد من العلاقات. أما بما يخص تأثير النوع على ممارسات المبحوثين الصحية أظهرت النتائج أن نوع المبحوث أثر نسبيا على ممارساته الصحية لكن ليس بالدرجة الكبيرة إلا بما يخص الإدمان على تناول المنبهات وتعاطي المخدر.

وهذا ما يبين أن الثقافة السائدة في مجتمعنا التي تهتم بتنشئة الفتاة الاجتماعية الجيدة أكثر من اهتمامها بتنشئة الفتى، الذي يمنح له نوع من الحرية والاستقلالية عكس الفتاة التي تكون محل المراقبة الدائمة والمستمرة من قبل الأسرة بما يخص الخروج والدخول إلى المنزل وجماعة الرفاق التي تلتف حولهم وغيرها من السلوكيات التي تقوم

بها يوميا، وهذا أمر إيجابي قد يطبق على الذكر والأنثى في نفس الوقت، إلا أننا نجد هذه الرقابة تسلط فقط على الفتاة، خوفا من أن تقوم بشيء مسيئة للعائلة، لكن هذا الحرص من الأسرة يجب أن يكون موجه إلى الجنسين لنتقادي وقوع الشباب الذكور في الممارسات غير الصحية كالإدمان على تناول المنبهات التي تحتوي على مادة الكافيين والتي هي مضرّة بالصحة خاصة إذا بالغ الشاب في تناولها بكميات كبيرة يومية، ونفس الشيء بما يخص تعاطي المخدر وهذا أخطر بحيث أضراره لها تأثير كبير على صحة الشاب على المدى القصير والطويل وذلك حسب طبيعة المخدر.

وبهذا تبين لنا النتائج أن نوع الشاب أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على ممارساته الصحية، وهذا ما يدل على أن الممارسات الصحية للمبحوث قد تتأثر بعوامل أخرى خاصة بالشباب أو أسرهم كالظروف الاجتماعية أو الثقافية أو حتى الاقتصادية. بما يخص سن الشاب خلال مرحلة شبابه والذي صنفناه إلى ثلاثة فئات الأول من 15 - 19 سنة والفئة الثانية من 20 - 24 سنة وأخر فئة من 25 - 29 سنة، وكانت تحتوي عينة بحثنا على مبحثين من جميع الفئات العمرية لكن معظمهم كانوا ينتمون إلى الفئة العمرية الثانية، أما عن تأثير السن على الوعي الصحي للمبحوثين توصلنا إلى أنه كلما ارتفع سن المبحوث كلما زاد وعيه الصحي وتجسد ذلك في معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا.

أما عن السن وتأثيره على الممارسات الصحية للمبحوثين لم يظهر تأثيره الكبير هو الآخر على ممارساتهم الصحية.

وبالتالي سن المبحوث أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على ممارساته الصحية. فما يخص الحالة الزوجية للمبحوث والتي صنفناها إلى ثلاث فئات، فئة غير المتزوجين وفئة المتزوجين وثالث فئة، فئة المطلقين والأرامل، وكان أفراد عينة بحثنا

معظمهم غير متزوجين، أما عن تأثير الحالة الزوجية على الوعي الصحي للشباب لم تبين لنا التأثير الكبير على الوعي الصحي. كما لم يؤثر على ممارساتهم الصحية. وبالتالي الحالة الزوجية ليس لها تأثير على اكتساب الشاب لثقافة صحية، مع العلم أن معظم أفراد عينة بحثنا صرحوا أنهم غير متزوجين بالإضافة إلى أننا سجلنا نسبة جد ضئيلة مثلت فئة المطلقين والأرامل وكانت لا تؤثر على العلاقة بين المتغيرين. هنا يظهر لنا أن الظروف الاجتماعية للمبحوث أثرت على وعيه الصحي أكثر من تأثيرها على ممارساته الصحية، خاصة بما يخص النوع والسن، وهذا ما يدل على أن ممارسات المبحوث الصحية ليس هو المسئول عليها بالدرجة الأولى بحيث تتدخل فيها عدة ظروف قد تكون مرتبطة به أو بأسرته، خاصة نحن بدراسة حول الشباب سنهم يقل عن 29 سنة كما يعد معظمهم غير عاملين، وبالتالي مازالوا مرتبطين ماديا بأسرهم، أما وعي المبحوثين الصحي كما بينت النتائج أنه تأثر بظروف المبحوثين الاجتماعية وهذا ما يدل على أن أفراد عينة بحثنا يحاولون أن يكتسبوا ثقافة صحية خاصة الإناث منهم وذلك كلما زاد سنهم خلال مرحلة شبابهم.

بما يخص الظروف الاقتصادية للمبحوثين والتي شملت مؤشر واحد فقط وتمثل في الحالة المهنية للمبحوث، وذلك لأن معظم المبحوثين بطالين وليس لهم دخل شهري ارتأينا توظيف هذا المؤشر والذي صنفناه إلى ثلاث فئات، الأولى مثلت فئة الطلبة والثانية فئة العاملين، وثالث فئة عرفها البطالين، وكان معظم المبحوثين طلبة وتقاربت نسبة كل من المبحوثين العاملين والبطالين، وبما يخص النتائج فتوصلنا إلى أن الحالة المهنية للمبحوثين أثرت على وعيهم الصحي أكثر من تأثيرها على ممارساتهم الصحية. وبهذا تحققت معظم العلاقات الخاصة بالفرضية الأولى لدراستنا والتي تؤكد على أن الظروف السوسيو اقتصادية للشباب تؤثر على اكتسابهم لثقافة صحية.

2 - انطلاقاً من توزيع المبحوثين حسب ظروفهم الثقافية، ونبدأ بالمستوى التعليمي والذي تضمن أربع مستويات تعليمية، الابتدائي والمتوسط والثانوي والجامعي، لكن معظم المبحوثين كانوا ذوي مستوى تعليمي عالي والمتمثل في المستوى الجامعي، أما عن تأثيره في اكتساب ثقافة صحية لدى المبحوثين، بينت النتائج أن المبحوثين ذوي المستوى التعليمي العالي أكثر وعياً من الذين مستواهم التعليمي منخفض في مجال الصحة في العديد من العلاقات، كما أن المستوى التعليمي للمبحوث لم يكن له التأثير الكبير على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، إلا بما يخص الممارسة الخاصة بتعاطي المبحوث للمخدر بحيث بينت نتائج هذه العلاقة أن فئة المبحوثين الذين يتميزون بمستوى تعليمي جامعي وثنوي هم الأقل إقبالاً على مثل هذه الممارسات عكس المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي متدني، وبالتالي المستوى التعليمي للمبحوث ساهم في اكتسابه لثقافة صحية بحيث عدم الإقبال على الممارسات غير الصحية هو في حد ذاته دليل على وعي صحي تجسد في ممارسة صحية خاصة بما يتعلق بتعاطي المبحوث للمخدر.

وبهذا تبين لنا النتائج أن المستوى التعليمي للشباب أثر على وعيه الصحي أكثر من تأثيره على الممارسات الصحية، وهذا ما يدل على أن الممارسات الصحية للمبحوث قد تتأثر بعوامل أخرى خاصة بالشباب أو بأسرته كظروف ثقافية أخرى أو اجتماعية أو حتى اقتصادية.

أما عند توزيعنا للمبحوثين حسب انخراطهم في مؤسسة شبابية بينت النتائج أن انخراط الشاب في مؤسسة شبابية كان تأثيره نسبياً على الوعي الصحي للمبحوثين وعلى ممارساتهم الصحية.

بما يخص ممارسة الرياضة بانتظام وتأثيرها على الوعي الصحي للشباب أظهرت تأثيرها على معظم مؤشرات الوعي الصحي، إلا أنه لم يكن له التأثير القوي على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية.

وبالتالي ممارسة الرياضة بانتظام أثرت نسبيا على كل من الوعي الصحي للمبحوثين وعلى ممارساتهم الصحية.

من خلال النتائج المتوصل إليها والخاصة بالفرضية الثانية للدراسة، والمتعلقة بالظروف الثقافية للمبحوث توصلنا إلى أن الظروف الثقافية أثرت على اكتساب الشاب لثقافة صحية خاصة بما يخص مؤشر المستوى التعليمي، وممارسة الرياضة بانتظام وبهذا تحققت معظم العلاقات والتي تؤكد على أن الظروف الثقافية للشباب تؤثر على اكتسابه لثقافة صحية.

3 - عند توزيعنا للمبحوثين حسب الظروف الاجتماعية لأسرهم وتأثيرها على اكتسابهم لثقافة صحية توصلنا إلى عدة نتائج، ونبدأ بالوضع المعيشية للأسرة والتي صنفنا إلى ثلاث مستويات، وضعية معيشية حسنة ومتوسطة وسيئة وكان معظم المبحوثين تعد وضعية أسرهم المعيشية حسنة، بما يخص الوضعية المعيشية للأسرة وتأثيرها على الوعي الصحي للمبحوثين وعلى ممارساتهم الصحية، نستنتج أن الوضعية المعيشية للأسرة أثرت على كل من ممارسات المبحوثين الصحية وعلى وعيهم الصحي وبالتالي أثرت على اكتسابهم لثقافة صحية، هنا يظهر لنا جليا أن الشباب يتأثرون بظروف أسرهم الاجتماعية وعلى رأسها الوضعية المعيشية أكثر من تأثرهم بالظروف الاجتماعية الخاصة بهم، خاصة في ما يتعلق بالممارسات الصحية وذلك لأنهم مازالوا تابعين لأسرهم فمعظم المبحوثين يسكنون في المنزل العائلي وأيضا غير متزوجين وغير عاملين وأيضا معظمهم مازالوا طلبة، وبالتالي ظروف أسرهم الاجتماعية أثرت على اكتسابهم لثقافة صحية وهذا ما يثبت صدق فرضية بحثنا.

أما عند توزيعنا للمبحوثين حسب المؤشر الثاني للظروف الاجتماعية للأسرة والمتمثل في لوازم المسكن التي تملكها الأسرة وصنفناها إلى أربع فئات، أول فئة هي الأسرة التي تمتلك كل اللوازم، والفئة الثانية هي التي تمتلك كل اللوازم ما عدا سيارة، أما

الفئة الثالثة فهي الأسرة التي يعد مسكنها غير مزود بغاز المدينة، أما آخر فئة وهي الأسرة التي يعد مسكنها غير مزود لا بغاز المدينة ولا بقنوات جلب الماء، بما يخص تأثير هذا المؤشر على اكتساب الشباب لثقافة صحية، نستنتج أن لوازم المسكن لم تؤثر كثيرا لا على الوعي الصحي للشباب ولا على ممارساتهم الصحية.

عند توزيعنا للمبحوثين حسب ظروف أسرهم الثقافية وكيف أثرت على اكتساب الشاب لثقافة صحية، وتمثلت هذه الظروف في مستوى كل من الأب والأم التعليمي وصنفاه إلى ستة مستويات أمي ويقراً ويكتب وابتدائي، ومتوسط وثانوي وجامعي، كما صرح معظم المبحوثين أن مستوى آبائهم التعليمي بين يقرأ ويكتب ومتوسط، أما بما يخص مستوى الأم التعليمي فمعظم المبحوثين صرحوا أن أمهاتهم أميات وتوصلنا إلى النتائج التالية:

بما يخص المستوى التعليمي للأب وتأثيره على الوعي الصحي للمبحوثين توصلنا إلى أنه لم يكن له التأثير القوي خاصة بما يخص معرفتهم لأحد الأمراض المنقولة جنسيا بحيث معظمهم صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا مهما كان مستوى الأب التعليمي، في حين نجد تأثيره النوعي على بحث الشاب عن المعلومات الصحية وعلى مصادر البحث عن هذه المعلومات، بحيث نجد كلما كان مستوى الأب التعليمي عالي كلما زاد الإقبال على البحث عن المعلومات الصحية وزاد نسبيا الاعتماد على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام في عملية البحث من طرف المبحوثين.

كما توصلنا أيضا أن المستوى التعليمي للأب لم يكن له التأثير الكبير على كل العلاقات الخاصة بالممارسات الصحية للمبحوثين، وبالتالي مستوى الأب التعليمي أثر نسبيا على كل من وعي الشباب الصحي وعلى ممارساتهم الصحية بنفس الدرجة تقريبا. بما يخص المستوى التعليمي للأم وتأثيره على الوعي الصحي للشباب أظهرت النتائج أنه لم يؤثر على معظم مؤشرات الوعي الصحي، في حين نجده أظهر تأثيره على

مصادر البحث عن المعلومات الصحية بحيث كلما كان مستوى الأم التعليمي عالي كلما زاد إقبال المبحوثين على الأسرة إلى جانب وسائل الإعلام للبحث عن المعلومات الصحية، لكن مصدر وسائل الإعلام هو الأهم بنسبة للمبحوثين.

إلا أن مستوى الأم التعليمي أثر وبقوة على معظم المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية، وبالتالي المستوى التعليمي للأُم أثر على الممارسات الصحية للمبحوث أكثر من تأثيره على وعيهم الصحي.

من خلال النتائج الخاصة بالظروف الثقافية للأسرة وتأثيرها على اكتساب الشاب لثقافة صحية بينت النتائج، أن هناك فجوة وعدم اتصال بين الآباء والأبناء سواء الأب أو الأم بالرغم من مستواهم التعليمي العالي، ويظهر ذلك خاصة فيما يتعلق بوعي الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، بالرغم من أن معظم المبحوثين صرحوا أنهم يعرفون أحد الأمراض المنقولة جنسيا، لكن هناك نسبة منهم صرحوا أنهم لا يعرفون هذه الأمراض ولا يعرفون كيفية نقلها ومن بينهم فئة يعد مستوى أوليائهم التعليمي عالي، وهذا ما يدل على أن الأسرة الجزائرية مازالت متحفظة على عدة مواضيع، ومازالت لم تستعد من الدرجة العلمية التي توصلت إليها وتحاول أن ترفع من شأن أفرادها لكي يستطيعوا أن يواجهوا الحياة وهم لديهم ثقافة يستطيعون من خلالها مواجهة كل العراقيل التي تواجههم على رأسها المشاكل الصحية، الأسرة اليوم مسئولة على تنشئة أطفال يكونوا شباب واعين بكل المخاطر التي قد تواجههم عند خروجهم من المنزل واحتكاكهم بالعالم الخارجي، فجهل الشاب مثلا بمرض السيدا وكيفية نقله قد يؤدي بحياته.

4 - وعند توزيعنا للمبحوثين حسب الظروف الاقتصادية لأسرهم والتي تضمنت عدة مؤشرات بينت تأثيرها على اكتساب الشاب لثقافة صحية، وتمثلت هذه المؤشرات في نوع المسكن الأسري والذي صنفناه إلى أربع أنواع، نوع فلا وشقة، بيت تقليدي وبيت قصديري، وكان معظم المبحوثين يعد نوع سكن أسرهم شقة، وأيضا الحالة المهنية للأب والحالة

المهنية للأُم وتضمن هو الآخر أربع تصنيفات، الأب أو الأم يعمل لا يعمل، متقاعد ومتوفى، كما صرح معظم المبحوثين أن الأب عامل والأم ليست عاملة، أما آخر مؤشر للظروف الاقتصادية للأسرة فتمثل في الدخل الشهري للأسرة، وصنفناه بطبيعة الحال إلى عدة تصنيفات حسب الدخل الشهري في الجزائر وتصريح المبحوثين، وكان أقل من 15 ألف دج، ما بين 15-25 ألف دج، ما بين 25-35 ألف دج وما بين 35-45 ألف دج، وأكثر من 45 ألف دج، ومعظم المبحوثين صرحوا أن يعد دخل أسرهم الشهري ما بين 15-25 ألف دج والنتائج جاءت كالتالي :

فيما يخص تأثير نوع المسكن على ممارسات المبحوثين الصحية فهو أثر على كل المؤشرات الخاصة بالممارسات الصحية للمبحوثين.

وبهذا يكون نوع المسكن أثرى على ممارسات المبحوثين الصحية ولم يؤثر على وعيهم الصحي، وذلك لأن الممارسات الصحية للشباب لا يستطيع القيام بها إلا في ظل تواجد الإمكانيات التي توفرها الأسرة التي تصبح في ما بعد عادة وثقافة صحية يكتسبها هذا الشاب ولا يستطيع تغييرها أو الاستغناء عنها، ونوع المسكن أكبر دليل على الوضعية الاقتصادية للأسرة والتي تساهم في اكتساب الشباب لثقافة صحية تتجسد في ممارساتهم الصحية.

بما يخص الحالة المهنية للأب وتأثيرها عن الوعي الصحي للمبحوثين بينت لنا المعطيات أنها لم تؤثر أيضا لا على وعي المبحوثين الصحي ولا على ممارساتهم الصحية.

أما عن تأثير الحالة المهنة للأُم على وعي المبحوثين الصحي نجدها أثرت نوعا ما على بعض المؤشرات الخاصة بالوعي الصحي، لكنها لم تؤثر على الممارسات الصحية للمبحوثين.

بما يخص الدخل الشهري للأسرة وتأثيره على وعي المبحوثين الصحي، نجده أثرى نسبيا على كل من وعي المبحوثين الصحي و ممارساتهم الصحية تقريبا بنفس الدرجة.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها الخاصة بكل فرضيات دراستنا توصلنا إلى أن الظروف السوسيو اقتصادية والثقافية الخاصة بالشباب أثرت على وعيهم الصحي أكثر من تأثيرها على ممارساتهم الصحية، بينما الظروف السوسيو ثقافية والاقتصادية الخاصة بالأسرة أثرت على ممارسات الشباب الصحية أكثر من تأثيرها على وعيهم الصحي، وبالتالي يظهر لنا أن الوعي الصحي مرتبط بالشباب وبالظروف المحيطة بهم بينما الممارسات الصحية مرتبطة بالأسرة وقدرتها على توفير الوسائل التي تسهل هذه الممارسات الصحية، لكن هذا يبين أن كل من الظروف السوسيو اقتصادية والثقافية الخاصة بالشباب وأسره أثرت على اكتسابهم لثقافة صحية وهذا ما يثبت صدق كل فرضيات بحثنا.

خاتمة:

إن الثقافة الصحية هي ظاهرة جد مهمة يتطلب على كل المجتمعات أن تولي لها الأهمية البالغة لتفادي عدة مشاكل صحية قد تؤثر على جميع فئات المجتمع مهما كان سنهم، ونحن من خلال بحثنا سلطنا الضوء على الثقافة الصحية لدى الشباب لأنهم من الفئات المهمة في المجتمع، بحيث يتأثرون بأسرهم ومن خلالهم نستطيع أن نكشف عن مستوى ثقافتهم الصحية الذي يعكس مستوى وعي أسرهم الصحي، وأيضا نكشف عن العوامل والظروف المحيطة بهم التي تساهم أكثر في اكتسابهم لثقافة صحية سليمة. كما نجد معظم الشباب خلال مرحلة شبابهم يسعون للزواج وتكوين أسر وبالتالي يصبحون مسئولين على أفراد جدد، الأمر الذي يتطلب أن يكونوا مثقفين في مجال الصحة ليستطيعوا أن يرعوا أبناءهم، الذين يصبحون شبابا في المستقبل وبالتالي الثقافة الصحية عملية مستمرة من جيل إلى آخر.

فمن خلال دراستنا اتضح لنا أنه لا يوجد اتصال بين أفراد الأسرة الواحدة مما يصعب عملية نقل الثقافة الصحية من الآباء إلى أطفالهم، خاصة فيما يخص المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا وكيفية نقلها.

كما توصلنا من خلال دراستنا أن الأسرة الجزائرية مازلت تمنح نوع من الحرية للذكر أكثر من الأنثى، مما تولد من خلال هذه التنشئة ممارسات غير صحية من قبل الشباب الذكور، كتعاطي المخدرات الذي يؤثر على صحتهم أو يؤدي بحياتهم نهائيا. وأهم نتيجة توصلنا إليها من خلال دراستنا أن معظم الشباب الجزائري في الوقت الراهن يتمتعون بنوع من الثقافة الصحية، وأساس اكتسابهم لهذه الثقافة الصحية هي وسائل الإعلام التي يعتمدون عليها بالدرجة الأولى خاصة الانترنت وذلك لسهولة استخدامها في أي وقت ساعدهم ذلك، وظهر لنا ذلك من خلال وعيهم الصحي، أما ممارساتهم الصحية فقد تأثرت كثيرا، خاصة بالظروف السوسيو اقتصادية لأسرهم فلو

حتى أنهم كانوا يدركون أهمية الفحص الطبي الدوري والغذاء المناسب لهم والاهتمام بصحتهم الشخصية، لكن ظروف أسرهم لا تساعدهم على القيام بهذه الممارسات الصحية وبالتالي لا يستطيعون القيام بها، وبهذا يتأثر مستوى الثقافة الصحية لديهم إذا أردنا أن نقيسه.

ولا يسعنا أن ننهي هذا العمل دون أن نخرج بتوصيات أساسها ما يلي:

- فعلى الأسرة الآن أن تكون متفتحة أكثر ولا تضع أي موضوع مهما كان محرر قيد الكتمان لكي تستطيع أن تكون مسيطرة على كل زمام الأمور الخاصة بأفراد أسرتها.  
- كما يجب أن يعامل كلا الجنسين من الشباب بنفس المعاملة وتسلط عليهم نفس الرقابة من قبل الأسرة لكي لا يتجه هؤلاء الشباب إلى الممارسات غير الصحية التي تؤثر على صحتهم.

- يجب على الدولة أو الهيئات الخاصة بهذا المجال أن تنظم دورات تدريبية للشباب المقبلين على الزواج ضمن برنامج الإرشاد الزواجي، فيخصص مواد تكون موجهة إلى الثقافة الصحية لتجنب عدة مشاكل في المستقبل قد يتعرض لها الزوجان.

- كما يجب على الدولة أن تكثف من الحملات التوعوية الموجهة للأسرة الخاصة بالنظافة والصحة الشخصية بصفة عامة من خلال كل وسائل الإعلام المعتمدة.

وآخر توصية يمكننا ذكرها أنه يجب على كل الهيئات الحكومية والخاصة بما فيها المدرسة والوزارات المهمة بالصحة والسكان، وحتى الأسرة أن تتكاتف وتضع اليد في اليد لكي تعم الثقافة الصحية جميع فئات وشرائح المجتمع مهما كان سنهم أو جنسهم أو ظروفهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

وختاماً لهذه الدراسة المتواضعة التي وضعنا فيها عصاره كل جهدنا لكي نصل إلى هذه المرحلة التي تعتبر نقطة لنهاية مشروع وبداية لمشاريع أخرى تابعة للبحث العلمي ليفتحوا مجال واسعاً من أين انتهينا نحن، خدمة للتنمية الاجتماعية الشاملة.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1 - القرآن الكريم .

2 - كتب خاصة بالمنهجية:

2 - أحمد عياد: مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005.

3 - الحسن إحسان محمد: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، ط2، 1986.

4 - الساعاتي حسن: تصميم البحوث الاجتماعية، نسق منهجي جديد، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1982.

5 - السرياقوسي محمد أحمد مصطفى: التعريف بمناهج العلوم، دار الثقافة للطباعة والنشر القاهرة 1986.

6 - العربي محمد عبد الكريم: دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط2، 1990.

7 - العيادي محمد عوض: إعداد وكتابة البحوث والرسائل الجامعية مع دراسة عن مناهج البحث، شمس المعارف، مصر، ط1، 2005.

8 - أنجريس موريس: مناهج البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، تر بوزيد صحراوي وكمال بوشرف وسعيد سبعون، دار القصبه للنشر والطبع، الجزائر، 2004.

9 - حجاب محمد منير: الأسس العلمية لكتابة الرسائل الجامعية، دار الفجر، مصر، ط1، 1997.

10 - عريفج سامي: في منهج البحث العلمي وأساليبه، دار مجدلاوي للنشر، عمان، ط2، 1999.

12 - محمد عبد المنعم خفاجي وعبد العزيز شرف: كيف تكتب بحثا جامعا، دار الجيل، بيروت، ط1، 1998.

## قائمة المراجع

- 13 - عبد الباقي زيدان: قواعد البحث الاجتماعي، دار المعارف، مصر، ط2، 1974.
- 14 - محمد زيان عمر: البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1987.
- 3 - كتب خاصة بالثقافة الصحية :
- 15 - الإصفهاني محمد مهدي: موسوعة الثقافة الصحية، دار الهادي، بيروت، ط1، 2007.
- 16 - الدويبي عبد السلام بشير: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 2005.
- 17 - الشاعر حسين عبد الواحد: الطب الاجتماعي والأمراض المهنية، دار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، 1966.
- 18 - الشاعر عبد المجيد وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 2005.
- 19 - الصديقي سلوى عثمان: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2002.
- 18 - القمش مصطفى وآخرون: مبادئ الصحة العامة، تقديم أدم العبلات، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000.
- 20 - الكيلان نجيب: التثقيف الصحي للطلاب وأفراد المجتمع، دار الصحوة للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2013.
- 21 - الوحشي أحمد وعبد السلام بشير الدويبي: مقدمة في علم الاجتماع الطبي، دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلام، ط1، طرابلس، 1989.
- 22 - بدح أحمد محمد وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2009.

## قائمة المراجع

- 23 - بدر زين حسن و ماهرة أيمن سليمان: الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة، عمان، 2009.
- 24 - بن سعيد دريس وهراس المختار، الثقافة والخصوبة، دار الطليعة، بيروت، 1996.
- 25 - بهاء الدين سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار المعارف العربية، القاهرة، 2007.
- 26-بوتفوشنت مصطفى: العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، تر دهري محمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
- 27 - جاد فوزي على: الصحة والرعاية الصحية، دار المعارف، مصر، 1995.
- 28 - رشوان حسين عبد الحميد: دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض (دراسة في علم الاجتماع الطبي)، مكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ط2، 1989.
- 29 - رمضان فوزي أيوب: علم اجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985.
- 30 - ماهرة أيمن وآخرون: علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2002.
- 4 - كتب عامة حول الموضوع :
- 31 - أبو الحسن عبد الموجود: التنمية وحقوق الإنسان - نظرة اجتماعية -، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2006.
- 32 - أبيض ملكة: الثقافة وقيم الشباب، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 1984.
- 39 - أحمد كمال أحمد: الخدمة الاجتماعية والمجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1963.
- 40 - الزيود ماجد: الشباب والقيم في عالم متغير، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.

## قائمة المراجع

- 41 - السيد عبد العاطي السيد: صراع الأجيال - دراسة سوسولوجية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987.
- 46 - سيد فهمي محمد: العولمة والشباب من منظور اجتماعي، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر، 2007.
- 47 - عزت حجازي: الشباب العربي ومشكلاته، سلسلة علم المعرفة التي يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مطابع اليقظة، الكويت، 1985.
- 48 - عمران كمال: التنمية والتخطيط في الوطن العربي، منشورات جامعة دمشق، 1995.
- 49 - غباري محمد سلامة: الخدمة الاجتماعية ورعاية الشباب في المجتمع الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط2، 1989.
- 50 - محمد على محمد: الشباب العربي والتغيير الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985.
- 5 - القواميس والمعاجم :
- 51 - ابن منظور: لسان العرب، دار صادر للطبع والنشر، لبنان، المجلد، 3.
- 53 - عدنان أبو مصلح: معجم علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، دار المشرق الثقافي، عمان، ط1، 2006.
- 53 - غيث محمد عاطف: قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1989.
- 54 - فريدريك معتوق: معجم العلوم الاجتماعية، دار أكاديميا، بيروت، 1993.

6 - المقالات والرسائل الجامعية والملتقيات :

55 - الحسن رجاء محمد: اتجاهات الشباب في سورية نحو تنظيم أوقات الفراغ، نموذج مدينة دمشق، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم الاجتماع، جامعة دمشق، 1996.

59 - السباعي زاهر: (التثقيف الصحي السهل الممتنع)، زاوية الرعاية الصحية الأولية، الطبية السعودية، وزارة الصحة، الرياض، العدد 73.

60- تريز علي: دور هيئات دعم المؤسسة الصغيرة والمتوسطة في معالجة البطالة - دراسة تقييمية بولاية سطيف، ملتقى إستراتيجية الحكومة للقضاء على البطالة، جامعة مسيلة، يوم 15-16 نوفمبر.

61 - زرقة دليلة: سياسة السكن والإسكان بين الخطاب والواقع، دراسة ميدانية بمدينة وهران، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في علم الاجتماع، كاية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة وهران - 2 - محمد بن أحمد، الجزائر، 2015./2016.

62 - سي الطيب فا. الزهرة: معارف ومواقف الفتاة اتجاه الصحة الإنجابية، دراسة ميدانية على عينة من الشابات القاطنات بالجزائر العاصمة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة بوزريعة، الجزائر، 2010 - 2011.

63 - شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2005 - 2006.

64 - علوني عمار: دور هيئات دعم المؤسسة الصغيرة والمتوسطة في معالجة البطالة - دراسة تقييمية بولاية سطيف، ملتقى إستراتيجية الحكومة للقضاء على البطالة، جامعة مسيلة، يوم 15-16 نوفمبر.

## قائمة المراجع

### 6 - وثائق رسمية :

65 - الفرج رضا: شرح قانون العقوبات الجزائري، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، ط 2، 1983.

69 - الجريدة الرسمية: الجزائر، 1981.

### 7 - المنشورات والتقارير :

70 - جامعة الدول العربية وحدة البحوث والدراسات السكانية: معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية، دراسة كيفية حالت تونس، سلسلة تقارير حول السكان والتنمية، مارس 2002.

71 - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر، الجزائر، 2015.

73 - الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2015، الجزائر.

74 - الديوان الوطني للإحصائيات: النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة خلال سبتمبر 2016، الجزائر.

75 - الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، نتائج 2014 - 2016، الجزائر، رقم 47، 2017.

76 - الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان على المخدرات، (ONLDT).

78 - وزارة التربية الوطنية: التعليم، حوصلة إحصائية 1962 - 2011.

79 - منظمة الصحة العالمية تقرير حول الفقر، 1998

80 - تقرير منظمة الصحة العالمية: جمعية الصحة العالمية التاسع والأربعون، 20 مارس 2000.

8 - المراجع باللغة الأجنبية :

- 01- Angers Maurice : Initiation pratique à la méthodologie des sciences sociales ,Casbah univercité ,Alger ,1997.
- 02 - Ali Kouaouci : la question de la population en Algérie ,F.N.U.A.P(Fonds de nations unies pour la population) ,Alger ,1991.
- 03 - <sup>1</sup> Adam. N. A: The economic problem of housing , ed Land ,Me camillion ,England ,1975 , p ,189.
- 04 - DelandSheere (G) : introduction à la recherche en éducation ,5eme Ed ,Armand colin bouverlier ,paris ,1982.
- 05 - Gravitz Madeline : lexique des sciènes sociales ,4eme Ed ,paris ,Dalloz ,1998.
- 06 - John Bryant : santé publique et développement ,les éditions internationales ,paris ,1970.
- 07 - Jules Gilbert M. D : éducation sanitaire ,les presses de l'université de Montréal ,1963.
- 08 - Luis Paul Aujoulat : santé et développement en Afrique ,librairie armand colin ,paris 2eme tirage ,1970.
- 09 - André don art et Jacques bourneuf: 819
- 10 - SAHWA: You th Survey 2016 2017. Elaborated by the outhor.

الملاحق

الملحق رقم 01:

استبيان

هذا الاستبيان يدخل ضمن بحث علمي حول العوامل سوسيو اقتصادية وعلاقتها بالثقافة الصحية لدى الشباب الجزائري، لهذا نرجو منكم ملئه على أن تكون الإجابة محددة وحقيقية، مع العلم أن هذه المعلومات تستعمل بهدف البحث العلمي فقط وليس لدينا أي أغراض أخرى.

وشكرا لكم مسبقا.

**- المحور الأول : البيانات الشخصية للمبحوث ووضعته السوسيو ثقافية:**

1 - ما هو جنسك ؟ ذكر  أنثى

2 - ما هو سنك ؟

3 - ماهي حالتك المدنية ؟ غير متزوج  متزوج  آخر

4 - هل عندك أطفال ؟ نعم  لا

5 - ما هو مستواك التعليمي ؟ أمي  تقرأ وتكتب  ابتدائي

متوسط  ثانوي جامعي

6 - أين تسكن ؟

اسم الولاية..... اسم الدائرة..... اسم البلدية..... اسم القرية.....

7 - في المنطقة التي تسكن فيها هل يوجد ؟ قاعة متعددة الرياضة  دار الثقافة

8 - إذا كان نعم هل أنت منخرط في إحدى هذه المؤسسات ؟ نعم  لا

9 - إذا كان نعم هل يقدم لكم معلومات حول الصحة والممارسات الصحية ؟

نعم  لا

10 - حول ماذا تدور هذه المعلومات بصفة خاصة؟..

.....

- المحور الثاني : البيانات الخاصة بالوضع الاقتصادية للمبحوث :

11 - هل أنت ؟ طالب  تعمل  بطل

12 - ما هو نوع العمل ؟ تشغيل الشباب (ANEM)

عامل عند رب عمل  حرفي

موظف عند الدولة  آخر  أذكره

13 - ما هو دخلك الشهري ؟ دج

ليس لديك دخل  اقل من 15 ألف دج  ما بين 15 - 25 ألف

ما بين 25 - 35 ألف دج  ما بين 35 - 45 ألف دج أكثر من 45 ألف دج

- المحور الثالث: البيانات الخاصة بالوضع السوسيو ثقافية للأسرة :

14- ما هو مستوى الأب التعليمي ؟ أمي  يقرأ ويكتب  ابتدائي

متوسط  ثانوي  جامعي

15- ما هو مستوى الأم التعليمي ؟ أمي  تقرأ وتكتب  ابتدائي  متوسط

ثانوي  جامعي

16- هل تملكون في المنزل؟ غاز المدينة  قنوات جلب المياه

قنوات الصرف الصحي  آلة غسل الملابس  الهاتف النقال

فرن الطبخ  سيارة

17 - ما رأيك في الوضعية المعيشية التي تعيشها أسرتك؟

حسنة  متوسطة  سيئة

- المحور الرابع: البيانات الخاصة بالوضع الاقتصادية للأسرة :

18 - هل الأب ؟ يعمل  لا يعمل  متقاعد  متوفي

19 - هل الأم ؟ تعمل  لا تعمل  متقاعدة  متوفية

20 - ماهو دخل أسرته الشهري ؟

أقل من 15 ألف دج  ما بين 15 - 25 ألف دج  ما بين 25 - 35 ألف دج   
ما بين 35 - 45 ألف دج  أكثر من 45 ألف دج

21 - ما نوع المسكن الذي تسكن فيه حاليا ؟

فيلا  شقة  بيت تقليدي  بيت قصديري

22 - ماهو عدد الغرف في المسكن ؟

23 - ماهو عدد الأشخاص في المسكن ؟

- المحور الخامس: البيانات الخاصة بثقافة المبحوث الصحية حول الوعي الصحي:

24 - هل تعرف أحد الأمراض المنقولة جنسيا؟ نعم  لا

25 - إذا كان نعم ماهو هذا المرض الذي تعرفه ؟

السيدا  السيلان  الزهري  الالتهابات المختلفة

26 - هل تبحث عن المعلومات حول الصحة ؟ نعم  لا

27 - ما مصادر المعلومات التي ترجع إليها عند الرغبة في الحصول على معلومات حول الصحة مع ترتيب المصادر حسب ثقتك بمعلوماتها ؟

وسائل الإعلام  الكتب والمجلات  الأصدقاء  الأسرة  آخر   
أذكره.....

28 - ما الأسباب التي تدفعك للقراءة أو البحث عن معلومات صحية ؟

لوقاية من المرض  عند الإصابة بالمرض

- المحور السادس: البيانات الخاصة بثقافة المبحوث الصحية حول الممارسات الصحية :

29 - هل تجري فحص طبي دوري ؟ نعم  لا

30 - ماهو سبب إجرائك للفحص الطبي ؟ بسبب المرض  الاطمئنان على صحتك

31 - إذا كنت تقوم بفحص بسبب مرض تعاني منه ما هو ؟

.....

32 - هل تمارس الرياضة بانتظام ؟ نعم  لا

33 - مانوع الرياضة التي تمارسها ؟ العدو  رياضة عنيفة

رياضة جماعية  السباحة  أخرى  حددها .....

34 - كم مرة تستحم في الأسبوع ؟ مرة أو أقل في الأسبوع  من 2 - 3 مرات

في الأسبوع  أربع مرات أو أكثر أسبوعيا

35 - ماهي كمية الماء التي تشربها يوميا ؟ أقل من نصف لتر  أقل من لتر

لتر أو أكثر

36 - هل تصرف في تناول المنبهات (القهوة و الشاي) ؟ نعم  لا

37 - هل سبق لك أن تعاطيت التبغ أو الخمر أو المخدرات ؟ نعم  لا

38- إذا كان نعم ماهو النوع الذي سبق لك أن تعاطيته ؟

التبغ  الخمر  المخدرات  أخر  أنكره .....

39 - هل ما زلت تتعاط ؟ نعم  لا

ملحق رقم 02:

جدول رقم 01: يبين توزيع المبحوثين حسب دخلهم الشهري .

النسبة	التكرار	الدخل الشهري
79,0	316	ليس لديه دخل
4,0	16	أقل من 15 ألف دج
6,8	27	ما بين 15 - 25 ألف دج
5,8	23	ما بين 25 - 35 ألف دج
2,8	11	ما بين 35 - 45 ألف دج
1,8	07	أكثر من 45 ألف دج
100	400	المجموع

جدول رقم 02: يبين العلاقة بين جنس المبحوث ونوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه.

نوع المرض المنقول جنسيا الذي يعرفه المبحوث								الجنس
المجموع		لا يعرف ولا مرض		يعرف أكثر من مرض		السيدا		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	32,0	64	16,0	32	52,0	104	الذكور
100	200	36,5	73	9,0	18	54,5	109	الإناث
100	400	34,3	137	12,5	50	53,2	213	المجموع

جدول رقم 03: يبين توزيع المبحوثين حسب سبب إجرائهم للفحص الطبي الدوري.

النسبة	التكرار	سبب إجراء الفحص الطبي
17,2	69	للاطمئنان على صحته
7,5	30	بسبب المرض
75,3	301	لا يقوم بالفحص الطبي
100	400	المجموع

جدول رقم 04: يبين توزيع المبحوثين حسب نوع المرض الذي يعانون منه.

النسبة	التكرار	نوع المرض الذي يعاني منه المبحوث
4,8	19	مرض مزمن
2,8	11	مرض عابر
92,4	370	لا يعاني من أي مرض
100	400	المجموع

جدول رقم 05: يبين العلاقة بين جنس المبحوث ونوع المخدر الذي سبق له أن تعاطاه.

نوع المخدر الذي سبق للمبحوث أن تعاطاه												الجنس
المجموع		جميعهم		التبغ والخمر		المخدرات		الخمر		التبغ		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	100	17,0	17	7,0	07	13,0	13	8,0	08	55,0	55	الذكور
100	04	-	-	-	-	25,0	01	-	-	75,0	03	الإناث
100	104	16,3	17	6,7	07	13,5	14	7,7	08	55,8	58	المجموع

جدول رقم 06: يبين العلاقة بين جنس المبحوث واستمراره في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في تعاطي المخدر						الجنس
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	100	44,0	44	56,0	56	الذكور
100	04	75,0	03	25,0	01	الإناث
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع

جدول رقم 07: يبين توزيع المبحوث حسب السن واستمراره في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في التعاطي						السن
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	75,0	06	25,0	02	19 – 15 سنة
100	33	39,4	13	60,6	20	24 – 20 سنة
100	63	44,4	28	55,6	35	29 – 25 سنة
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع

جدول رقم 08: يبين العلاقة بين سن المبحوث ونوع المخدر الذي سبق له وان تعاطاه.

نوع المخدر الذي سبق للمبحوث أن تعاطاه												السن
الجموع		جميعهم		التبغ والخمر		المخدرات		الخمر		التبغ		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	12,5	01	12,5	01	25,0	02	-	-	50,0	04	19-15 سنة
100	33	21,2	07	6,0	02	21,2	07	3,0	01	48,5	16	24-20 سنة
100	63	14,3	09	6,3	04	7,9	05	11,1	07	60,3	38	29-25 سنة
100	104	16,3	17	6,7	07	13,5	14	7,7	08	55,8	58	المجموع

جدول رقم 09: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث ووجود أطفال عنده.

وجود أطفال لدى المبحوث						الحالة الزوجية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	332	100	332	-	-	غير متزوج
100	61	18,0	11	82,0	50	متزوج
100	07	71,4	05	28,6	02	مطلق/أرمل
100	400	87,0	348	13,0	52	المجموع

جدول رقم 10: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث نوع المخدر الذي سبق له وأن تعاطاه.

نوع المخدر الذي سبق للمبحوث أن تعاطاه												الحالة الزوجية
الجموع		جميعهم		التبغ والخمر		المخدرات		الخمر		التبغ		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	75	17,3	13	6,7	05	17,3	13	8,0	06	50,7	38	غير متزوج
100	26	11,5	03	7,7	02	3,8	01	7,7	02	69,3	18	متزوج
100	03	33,3	01	-	-	-	-	-	-	66,7	02	مطلق / أرملة
100	104	16,3	17	6,7	07	13,5	14	7,7	08	55,8	58	المجموع

جدول رقم 11: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث واستمراره في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في التعاطي						الحالة الزوجية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	75	40,0	30	60,0	45	غير متزوج
100	26	61,5	16	38,5	10	متزوج
100	03	33,3	01	66,7	02	مطلق / أرملة
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع

جدول رقم 12: يبين علاقة جنس المبحوث وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						الجنس
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	200	50,0	100	50,0	100	الذكور
100	200	2,0	04	98,0	196	الإناث
100	400	26,0	104	74,0	296	المجموع

جدول رقم 13: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوث وجنسه وتعاطيه للمخدر.

تعاطي المبحوث للمخدر						الجنس	الحالة الزوجية
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	158	53,8	85	46,2	73	ذكور	غير متزوج
100	174	98,9	172	1,1	02	إناث	
100	332	77,4	257	22,6	75	المجموع	
100	36	33,3	12	66,7	24	ذكور	متزوج
100	25	92,0	23	8,0	02	إناث	
100	61	57,4	35	42,6	26	المجموع	
100	06	50,0	03	50,0	03	ذكور	مطلق/أرمل
100	04	100	01	-	-	إناث	
100	07	57,1	04	42,9	03	المجموع	
100	200	50,0	100	50,0	100	ذكور	المجموع
100	200	98,0	196	2,0	04	إناث	
100	400	74,0	296	26,0	104	المجموع	

جدول رقم 14: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث ونوع المخدر الذي سبق له أن تعاطاه.

نوع المخدر الذي سبق للمبحوث أن تعاطاه												الحالة المهنية
الجموع		جميعهم		التبغ والخمر		المخدرات		الخمر		التبغ		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	33	21,2	07	9,1	03	21,2	07	9,1	03	39,4	13	طالب
100	47	17,0	08	6,4	03	10,6	05	4,3	02	61,7	29	يعمل
100	24	8,3	02	4,2	01	8,3	02	12,5	03	66,7	16	بطل
100	104	16,3	17	6,7	07	13,5	14	7,7	08	55,8	58	المجموع

جدول رقم 15: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوث واستمراره في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في التعاطي						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	33	57,6	19	42,4	14	طالب
100	47	38,3	18	61,7	29	يعمل
100	24	41,7	10	58,3	14	لا يعمل
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع

جدول رقم 16: يبين توزيع المبحوثين حسب مستواهم التعليمي.

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
2,0	08	ابتدائي
11,8	47	متوسط
23,5	94	ثانوي
62,7	251	جامعي
100	400	المجموع

جدول رقم 17: يبين العلاقة بين انخراط المبحوث في مؤسسة شبابية ونوع المرض الذي يعاني منه.

نوع المرض الذي يعاني منه المبحوث								الانخراط في مؤسسة شبابية
المجموع		لا يعاني من أي مرض		مرض عامر		مرض مزمن		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	87,7	50	5,3	03	7,0	04	نعم
100	315	93,3	294	2,2	07	4,4	14	لا
100	28	92,9	26	3,6	01	3,6	01	ليس لديهم مراكز
100	400	92,5	370	2,8	11	4,8	19	المجموع

جدول رقم 18: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة ونوع المرض الذي يعاني منه.

نوع المرض الذي يعاني منه المبحوث								ممارسة الرياضة
المجموع		لا يعاني من أي مرض		مرض عابر		مرض مزمن		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	123	91,1	112	2,4	03	6,5	08	نعم
100	277	93,1	258	2,9	08	4,0	11	لا
100	400	92,5	370	2,8	11	4,8	19	المجموع

جدول رقم 19: يبين العلاقة بين ممارسة المبحوث للرياضة بانتظام واستمراره في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في تعاطي المخدر						ممارسة الرياضة
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	31	38,7	12	61,3	19	نعم
100	73	47,9	35	52,1	38	لا
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع

جدول رقم 20: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأب واستمرار المبحوث في تعاطي المخدر.

استمرار المبحوث في التعاطي						الحالة المهنية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	92	45,7	42	54,3	50	يعمل
100	06	16,7	01	83,3	05	لا يعمل
100	05	80,0	04	20,0	01	متقاعد
100	01	-	-	100	01	متوفى
100	104	45,2	47	54,8	57	المجموع