وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر2 ابو القاسم سعد الله كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

معهد علم الاجتماع و الديمغرافيا

واقع المراة المتعايشة بفيروس العوز المناعي البشري في المجتمع الجزائري

"دراسة وصفية تحليلية لبعض النساء المتعايشات بفيروس السيدا(VIH/ sida)"

بمستشفى الهادي فليسي للامراض المعدية

أطروحة مقدمة لنيـــــــــــل شهـــــــــــادة الدكتوراه في علم الاجتمـــــــــــاع ثقافي

إعداد الطالبة:

مليكة خاوص

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

احمد رميتة

السنة الجامعية

2017-2016

بسم الله الرحمان الرحيم

كلمـة شـكر

نتقدم بشكرنا الجزيل إلى الأستاذ المشرف احمد رميتة الذي أفادنا بتوجهاته وصبره علينا ,كما لا ننسى شكرنا إلى الأستاذ جمال معتوق والأستاذة اوصديق فاطمة الذين لم يبخلوا علينا بمساعدتهم لتقرب للموضوع وكذا الأستاذة بالقايد والأستاذة عميرة جويدة على مساعدتهما لنا في بناء و تصحيح للاستمارة كذا جمعية تضامن ايدز التي قدمت لنا يد المساعدة في انجاز هذا البحث ولا ننسى أيضا كل من السيدة جلواح سامية و الانسة ب . كريمة اللواتي يعتبرنا اخصائين نفسانين على مستوى مستشفى الهادي فليسي والذين قاموا بملئ وتوزيع واسترجاع الاستمرة والى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد ولو بكلمة أو ابتسامة طيبة والى أساتذة معهد علم الاجتماع الذين شجعونا في الاستمرار والمثابرة في الموضوع .

الإهداء

اهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من اتخذ العلماء منهجا و العلم سلاحا و النجاح مفتاحا و

الله وكيلا

الفهـــــرس

كلمة شكر

الإهداء

المقدمة

القسم الأول:الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار المنهجي لدراسة

- اولا:الإشكاليـة.....29

- ثانيا: الفرضيات.....35

-ثالثا: تحديد المفاهيم.....36

-رابعا: صعوبات البحث.....44

الفصل الثاني: المراة و الواقع الاجتماعي

مدخل.....46

- **المبحث الاول :مفهوم المراة من منظور الاجتماعي و المجتمعي**.....46

1- مفهوم المراة من منظور النوع الاجتماعي.....47

2- مفهوم المراة من منظور المجتمعي..... 48

-تعريف المراة لغة 48

-تعريف المراة في ذاكرة التاريخ الانساني.....49

-تعريف المراة في الامثال الشعبية.....53

-تعريف المراة في علم النفس.....54

-تعريف المراة في علم الاجتماع.....55

3- الفوارق بين المراة و الرجل.....56

♦**المبحث الثاني :لمحة عن حياة المراة عبر التاريخ.....**63

اولا:وضعية المراة في الحضارات و المجتمعات القديمة.....64

1- وضعية المراة في الحضارة اليونانية و الرومانية.....64

2- المراة في الحضارة الفرعونية.....67

3- المراة في الحضارة الصنية 68

4- المراة في الحضارة الفارسية.....69

5-المراة في الحضارة الهندية.....70

6-المراة في المجتمعات العربية قبل الاسلام.....71

7- المراة في المجتمعات الغربية 72

ثانيا : المراة في الديانات السماوية.....74

1- المراة في الديانة اليهودية.....74

2-المراة في الديانة النصرانية.....75

3-المراة في الاسلام.....78

ثالثا : المراة في المجتمعات المعاصرة 81

- **المبحث الثالث :واقع ومكانة المراة في المجتمع الجزائري**.....84

اولا: وضع ومكانة المراة في الاسرة الجزائرية 84

1- مكانة و وضع المراة في الاسرة الجزائرية التقلدية.....86

2-مكانة و وضع المراة في الاسرة الجزائرية الحديثة.....90

ثانيا:وضع و مكانة المراة في المجتمع.....92

1- لمحة عن المجال الاحصائي لتطور النمو السكاني للمجتمع الجزائري.....93

2- واقع تعليم المراة في.....97

3-واقع عمل المراة في الجزائر.....104

4-الواقع السياسي للمراة في الجزائر.....109

5-واقع المراة في اطار قانون الاسرة الجزائري و المؤتمرات الدولية.....116

- وضعية المراة في ظل قانون رقم 84-11.....117

- وضعية المراة في القانون الدولي و المؤتمرات الخاصة بها.....121
- المؤتمرات الخاصة بالمراة 123

ثالثا: مشكلات المراة في المجتمع الجزائري.....132

اولا: السيرورة التارخية للاسرة الجزائرية 133

- مفهوم الاسرة 134
- دراسات حول الاسرة الجزائرية 142
- التطور التاريخي للاسرة الجزائرية 145

1- الاسرة الجزائرية قبل الاستعمار.....145

2- الاسرة الجزائرية اثناء الاستعمار.....146

3- الاسرة الجزائرية بعد الاستقلال الى يومنا هذا.....148

- اشكال الاسرة الجزائرية 152
- وظائف و مقومات الاسرة الجزائرية 156

1- الوظيفة البيولوجية 156

2- الوظيفة الاجتماعية 158

3- الوظيفة الاقتصادية 160

4- الوظيفة الترفهية و التروحية 162

5- الوظيفة الدينية.....162

6- الوظيفة النفسية و الصحية 163

ثانيا :مشاكل الاسرة 165

1- مشاكل الاسرية 166

2- اسباب المشاكل الاسرية 166

3- بعض انواع المشاكل الاسرية 168

أ- المشكلات الصحية (الفسيولوجية و الوراثية 168

ب- المشكلات النفسية 168

ت- المشكلات الزواجية 168

ث- المشكلات الاقتصادية 171

ثالثا:اهم مشكلات المراة في المجتمع الجزائري.....172

ملخص الفصل.....176

الفصل الثالث: المراة و الواقع الصحي

مدخل.....179

- **المبحث الاول :المراة و الصحة** 180

-بداية الاهتمام بصحة المراة 180

1- مفهوم الصحة واهم مؤشراتها.....183

2-مؤترات والاخطار التي تهدد الصحة 188

- **المبحث الثاني :الواقع الصحي في الجزائر**.....197

اولا : الوضعية الصحية بالجزائر.....197

ثانيا: التطور التاريخي لسياسة الصحية في الجزائر.....201

- المرحلة الاولى :مرحلة الاستعمار الفرنسي (1954-1962).....201

- المرحلة الثانية :المرحلة الانتقالية (1962-1973).....204

- المرحلة الثالثة:مرحلة التقويم و الاصلاحات (1973-1999).....206

- المرحلة الرابعة: مرحلة الانتقال السياسي و الاقتصادي(1999-2012)...211

ثالثا: الوصف الهايكلي و الوظيفي لنظام الصحي 212

1- مفهوم النظام الصحي 213

2- المستشفى كمورد لرعاية الصحية 215

3- الهياكل الصحية في الجزائر.....221

- **المبحث الثالث: واقع الصحي للمراة في الجزائر**.....225

اولا :مؤشرات الواقع الصحي للمراة 225

ثانيا :الاحتياجات الصحية للمراة 229

خلاصة الفصل.....232

الفصل الرابع: المراة و فيروس السيدا

مدخل.....235

- **المبحث الاول:حقيقة مرض السيدا وطروق انتقاله**.....237

اولا : مرض السيدا (تعريفه وخصائصه و مظاهره).....237

ثانيا:طروق وانتقال فيروس السيدا 243

ثالثا: طروق التي لا ينتقل بها 247

- **المبحث الثاني: لمحة تاريخية لتطور وانتشار السيدا**.....248

اولا: لمحة تاريخية لسيدا.....248

ثانيا:انماط والصور الوبائية لمرض السيدا.....253

ثالثا:الوضعية الوبائية لسيدا.....257

1- وضعية السيدا في العالم 257
2- وضعية السيدا في العالم العربي.....260
3- وضعية السيدا في المجتمع الجزائري.....267

- **المبحث الثالث: اشكالية تانيث السيدا**.....273

اولا: نبذة تاريخية لتطور نسبة فيروس السيدا لدى المرأة.....273

- نسبة تطور فيروس السيدا لدى المراة في العالم.....273
- نسبة تطور فيروس السيدا لدى المراة في الجزائر.....276

ثانيا: العوامل التي تساعد على تانيث الوباء.....280

ثالثا :الاثار الاجتماعية لفيروس السيدا على حياة المراة 281

1- عوامل واسباب الاصابة و انتشار فيروس السيدا في المجتمع الجزائري....283
2- اثر السيدا على المجتمع 304
3- اثر السيدا على المراة 311

رابعا : اهم الخدمات الصحية للمراة المتعايشة بفيروس السيدا 312

1- تحديد بعض المفاهيم الخاصة بالخدمة الاصحية 313

2- اهمية الخدمة الصحية 321

3- اهم الجهود و البرامج التوعوية الموجهة للمراة المتعايشة بفيروس السيدا.....323

-الجهود والبرامج العلمية لمواجهة مشكلة السيدا عالميا.....323

- الجهود و البرامج العلمية لمواجهة مشكلة السيدا في الجزائر.....324

خلاصة الفصل.....331

القسم الثاني : الجانب الميداني لدراسة

مدخل.....334

الفصل الاول :الاجرءات المنهجية لدراسة الميدانية

المبحث الاول: نوع الدراسة و منهجها 336

المبحث الثاني :تقنيات المستعملة 338

المبحث الثالث :مجالات البحث 342

المبحث الرابع :العينة و طرق اختيارها 345

المبحث الخامس : المعالجة الاحصائية 347

الفصل الثاني عرض البيانات الكمية و الكيفية

المبحث الاول :عرض البيانات الكمية وتحليلها.....350

تمهيد 350

اولا: عرض خصائص الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث 352

1-الخصائص الديموغرافية و الجغرافية لعينة البحث 352

2- الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث.....361

ثانيا :عرض بيانات خاصة بالمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا.....372

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا 372

2- بيانات خاصة بالحالة الصحية والثقافة الصحية للمراة العازبةالمتعايشة بفيروس السيدا 382

ثالثا :عرض بيانات خاصة بالمراة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا.....392

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للاسرة المراة التي سبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا 392

2- بيانات خاصة الحالة الصحية و الثقافة الصحية للمراة التي سبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا 403

المبحث الثاني : عرض البيانات الكيفية و تحليلها.....413

تمهيد.....413

اولا:عرض و تحليل المقابلة مع حالات لم يسبق لهم الزواج (العزباء).....413

ثانيا:عرض وتحليل المقابلة مع الحالات التي سبق لها الزواج.....423

ثالثا:تحليل عام لمحتوى المقابلات 433

استنتاج.....434

الفصل الثالث :تحليل الفرضية الاولى.....437

الفصل الرابع :تحليل الفرضية الثانية.....494

الفصل الخامس :تحليل الفرضية الثالثة.....546

الفصل السادس : اهم نتائج الدراسة.....571

الخاتمة 582

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

فهرس الجداول

جدول رقم (01): يمثل تطور عدد السكان في الجزائر في وسط السنة بالآلاف
من سنة1990الى سنة 2013.....93
جدول رقم (02) يمثل بعض مؤشرات تطور سكان الجزائر من 1990الى سنة2013.....95
جدول رقم (03) :يمثل تطور عدد المتمدرسين في الجزائر في الفترة
الممتدة مابين 2000-2010.....100
جدول رقم (4):يمثل تزايد نسبة الإناث في مرحلة التدرج مابين المرحلة(1972-2011).....102
جدول رقم (05): يمثل توزيع السكان الناشطين حسب الجنس و الأصل الجغرافي
مابين فترة (2009-2010).....105
جدول رقم (06) :يمثل إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر.....186
جدول رقم (07) :يمثل عدد الأطباء و الممرضات لكل 100.000نسمة.....187
جدول رقم (08) :يمثل الاتجاهات في الإحصاءات الحيوية لسكان (المواليد، العمر ،العمر المتوقع
،الخصوبة ، الوفيات).....187
جدول رقم (09): يمثل نسبة الأمراض المتنقلة في الجزائر لكل 100000 نسمة.....199
جدول رقم (10): يمثل نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة.....200
جدول رقم (11) : توزيع حالات الإصابة بفيروس السيدا و مرض السيدا و الأنماط الوبائية
في مناطق العالم لسنة 2001م و2010م.....255
جدول رقم (12):تطور عدد الأشخاص المتعايشين بفيروس السيدا في العالم خلال الفترة
ما بين 1990م إلى 2010 م.....258
جدول رقم (13):يمثل توزيع عدد الأشخاص الحاملين لفيروس السيدا حسب طرق العدوى من
سنة1985م إلى سنة2011م.....272
جدول رقم (14): يمثل تطور عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا مابين سنة

2002م–2011م.....277

جدول رقم (15): يمثل توزيع عدد المتعايشات بفيروس السيدا حسب العمر خلال فترة مابين 2002–2011.....278

جدول رقم (16):يمثل توزيع طرق العدوى لفيروس السيدا لدى المرأة خلال فترة مابين 2002م–2011م.....279

جدول رقم (17):وصف عينة الدراسة الاستطلاعية.....341

جدول رقم (18):يمثل توزيع العينة حسب المصلحة الاستشفائية.....347

جدول رقم (19) توزيع عينة البحث حسب السن.....352

جدول رقم (20) :توزيع أفراد حسب مدة الإصابة.....353

جدول رقم (21) : توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال.....354

جدول رقم(22): توزيع أطفال المصابين بفيروس السيدا للمبحوثات حسب السن.....355

جدول رقم(23): توزيع أفراد العينة حسب عدد أسرتهن.....356

جدول رقم (24): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدة الاستشفاء.....357

جدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.....358

جدول رقم (26): تصنيف مكان الإقامة حسب منطقة الولاية (الجهة)التي تقطن بها المرأة المتعايشة بفيروس السيدا.....359

جدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب منطقة السكن.....360

جدول رقم (28) :توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....361

جدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.....362

جدول رقم (30): توزيع أفراد العينة حسب مدى عملهن.....363

جدول رقم (31): توزيع أفراد العينة حسب نوعية المهنة التي تمارسها.....346

جدول رقم (32): توزيع أفراد العينة حسب مقدار دخل الأسرة.....364

جدول قم (33): توزيع أفراد العينة حسب مقدار الدخل وطبيعته.....365

جدول رقم (34) :توزيع أفراد العينة حسب مقدار الدخل و عدد أفراد الأسرة.....366

جدول رقم (35):توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن وصيفته.....367
جدول رقم (36):توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف.....368
جدول رقم (37):توزيع أفراد العينة حسب نوعية السكن و المنطقة السكنية.....369
جدول رقم (38):توزيع أفراد العينة حسب مستوى الحي.....370
جدول رقم (39):توزيع أفراد العينة العزباء حسب السن و المستوى التعليمي.....372
جدول رقم (40):توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و منطقة السكن.....373
جدول رقم (41):يمثل الوضع العائلي لأفراد العينة العزباء.....375
جدول رقم (42): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مهنة الأب 376
جدول رقم (43):توزيع أفراد عينة العزباء حسب مهنة الأم.....376
جدول رقم (44):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية الدخل الأسري.....377
جدول رقم (45):توزيع أفراد العينة العزباء حسب رتبتها داخل الأسرة..... 377
جدول رقم (46):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الإقامة..... 378
جدول رقم (47):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى و نوع العمل..... 378
جدول رقم (48):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الحي الذي تسكنه..... 379
جدول رقم (49) : توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الانحرافات الموجودة في الحي..... 379
جدول رقم (50): توزيع أفراد العينة حسب أسباب عدم الزواج..... 380
جدول رقم (51): توزيع أفراد العينة العزباء حسب سبب إقدامها
لعلاقات غير شرعية (غير محمية)..... 381
جدول رقم (52):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدة الإصابة بفيروس السيدا..... 382
جدول رقم (53): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدة حسب مدة الاستشفاء..... 382
جدول رقم (54):طرق اكتشاف المرض لأفراد عينة العزباء..... 383
جدول رقم (55):توزيع أفراد العينة العزباء حسب طرق تعرضها للإصابة فيروس السيدا.... 384
جدول رقم (56):توزيع أفراد العينة العزباء حسب عدد الشركاء في العلاقات الجنسية..... 384
جدول رقم (57):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى معرفتهم للسيدا قبل الإصابة..... 385

جدول رقم (58): توزيع أفراد العينة العزباء حسب أهم مصدر التي تلقت فيها النصيحة و الإرشادات الصحية و الوقائية بعد الإصابة..... 385
جدول رقم (59):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقة مع الطبيب المعالج..... 386
جدول رقم (60): يوضح مدى التزام أفراد عينة العزباء بمواعيد العلاج..... 387
جدول رقم (61): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى تعرضهن لأمراض أخرى قبل وبعد الإصابة بفيروس السيدا..... 388
جدول رقم (62):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الأمراض التي تعرضوا لها بعد الإصابة بفيروس السيدا..... 388
جدول رقم (63): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى استمرارهم في العلاقات الجنسية الغير شرعية بعد الإصابة..... 389
جدول رقم (64): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى استعمال الواقي
خلال العلاقات الجنسية..... 389
جدول رقم (65):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى إمكانية الحصول على الواقي..... 390
جدول رقم (66):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى اللجوء إلى مساعدات غير طبية..... ... 391
جدول رقم (67): يوضح أهم الصعوبات التي تواجها المبحوثات (العزباء) بعد الإصابة..... 391
جدول رقم (68): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة الاجتماعية و السن..... 392
جدول (69) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي..... 393
جدول رقم (70):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الزواج بالسنوات..... 394
جدول رقم (71) : توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الأصل الحضري..... 395
جدول رقم (72): يمثل توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب صلة القرابة بين أزواجهن..... 395
جدول رقم (73): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب كيفية اختيار الزوج..... 396
جدول رقم (74):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعدد الزواج
بالنسبة لزوج..... 397
جدول رقم (75) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى وطبيعة العمل..... 398
جدول رقم (76): توزيع أفراد العينة حسب مدى عمل الزوج بالنسبة للمتزوجات..... 398
جدول رقم (77): توزيع أفراد العينة المتزوجة حسب طبيعة العمل و مهنة الأزواج..... 399
جدول رقم (78):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل..... 400
جدول رقم (79):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تلبية

متطلبات الأسرة ماديا..... 400

جدول رقم (80):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الإقامة..... 401

جدول رقم (81) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي الذي تسكنه..... 401

جدول رقم (82) : توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الانحرافات الموجودة
في الحي..... 402

جدول رقم (83): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الإصابة

و الحالة الاجتماعية 403

جدول رقم (84): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الاستشفاء..... 404

جدول رقم (85): يوضح طرق اكتشاف المرض لأفراد العينة التي سبق لها الزواج..... 404

جدول رقم (86): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب تعرضها

للإصابة بفيروس السيدا..... 405

جدول رقم (87) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى معرفتهم

لسيدا قبل الإصابة..... 406

جدول رقم (88): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب أهم مصدر التي تلقت فيها النصيحة
والإرشادات الصحية و الوقائية بعد الإصابة..... 406

جدول رقم (89):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية العلاقة

مع الطبيب المعالج..... 407

جدول رقم (90): يوضح مدى التزام أفراد عينة التي سبق لها الزواج بمواعيد العلاج..... 408

جدول رقم (91): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعرضهن لأمراض أخرى قبل
وبعد الإصابة بفيروس السيدا..... 408

جدول رقم (92):توزيع أفراد العينة حسب نوع الأمراض التي تعرضوا لها بعد الإصابة بفيروس
السيدا..... 409

جدول رقم (93):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى اللجوء إلى مساعدات
غير طبية..... 409

جدول رقم (94): يوضح أهم الصعوبات التي تواجهها المبحوثات التي سبق لهم الزواج بعد الإصابة.....410
جدول رقم (95): توزيع أفراد العينة حسب إمكانية استعمال الواقي في العلاقات الجنسية الطبيعية 411
جدول رقم (96):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب رأيهن حول أهم طرق للحد من انتشار فيروس السيدا.....412
جدول رقم (97) :توزيع أفراد العينة العزباء حسب الوضع المعيشي للوالدين وطرق الإصابة.....440
جدول رقم (98) :توزيع أفراد العينة العزباء حسب طبيعة العلاقة بالوالدين.....442
جدول رقم (99):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقات داخل الأسرة.....442
جدول رقم (100) :توزيع أفراد العينة العزباء حسب تغيب الأب عن البيت.....443
جدول رقم (101):توزيع أفراد العينة العزباء حسب سبب تغيب الوالد.....444
جدول رقم (102):توزيع أفراد العينة العزباء حسب إحساسهن بالرقابة الأسرية.....444
جدول رقم (103):توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي للوالدين.....445
جدول رقم (104): توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و طرق الإصابة.....446
جدول رقم (105) :توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و نوع العلاقات داخل الأسرة.....448
جدول رقم (106):توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و الرقابة الأسرية.....449
جدول رقم (107):توزيع أفراد العينة العزباء حسب طرق الإصابة ومدى وجود انحراف داخل الأسرة.....451
جدول رقم (108): يوضح تصنيف أنواع الانحرافات داخل الأسرة للمبحوثة العزباء.....452
جدول رقم (109):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الانحرافات داخل الأسرة و نوع قرابة المنحرف..... 453
جدول رقم (110):توزيع أفراد العينة العزباء حسب عدم الزواج و منطقة السكن.....455

جدول رقم (111): توزيع أفراد العينة العزباء حسب سبب الإقدام على العلاقات الغير شرعية و طرق الإصابة بفيروس السيدا.....457

جدول رقم (112):توزيع أفراد العينة العزباء حسب سبب إقدام على العلاقات الغير شرعية و نوع العلاقات داخل الأسرة.....459

جدول رقم (113):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقات داخل

الأسرة و طرق الإصابة.....460

جدول رقم (114):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية وطرق الإصابة.....463

جدول رقم (115):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة الاجتماعية و طريقة الاختيار 464

جدول رقم (116):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و صلة القرابة بين أزوجهن.....466

جدول رقم (117):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و نوع الإقامة..... 467

جدول رقم (118): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و حجم الأسرة.....468

جدول رقم (119):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة بين الأهل و أهل الزوج قبل الإصابة..... 469

جدول رقم (120): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و علاقتهن بالزوج قبل الإصابة..... 470

جدول رقم (121): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة مع الزوج قبل الإصابة و طرق الإصابة..... 471

جدول رقم (122): يوضح المستوى التعليمي للزوجين 472

جدول رقم (123):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي وطريقة اختيار الزواج..... 474

جدول رقم (124): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي ونوع العلاقة مع الزوج قبل الإصابة.....175

جدول رقم (125): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي

و طرق الإصابة.....176

جدول رقم (126) : توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب وجود وعدم وجود انحرافات لدى الزوج.....178

جدول رقم (127): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب وجود او عدم وجود انحرافات ونوع العلاقة مع الزوج قبل الإصابة.....179

جدول رقم (128): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب طريقة اختيار الزواج و السن عند الزوج.....181

جدول رقم (129): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية

والسن عند الزواج.....483

جدول رقم (130): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعدد

الزواج بالنسبة لزوج.....484

جدول رقم (131): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الخلافات مع الزوج

أو الشريك قبل الإصابة.....484

جدول رقم (132): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعرضهن للعنف من قبل الزوج أو الشريك قبل الإصابة.....486

جدول رقم (133): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العنف الممارس عليها.. 486

جدول رقم (134):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة مع الزوج قبل الإصابة وسبب الإصابة.....487

جدول رقم (135) : توزيع أفراد العينة العزباء حسب الوضع المهني للأب و طرق الإصابة.... ...496

جدول رقم (136) : توزيع أفراد العينة العزباء حسب مهنة الأم و طرق الإصابة..... 498

جدول رقم (137): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مهنة الأم وحجم الأسرة..... 499

جدول رقم (138):توزيع أفراد العينة العزباء حسب العمل وطبيعته وطرق الإصابة..... 501

جدول رقم (139): توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الإقامة و نوعية دخل الأسرة..... 502

جدول رقم (140):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مقدار الدخل ومدى تلبية الحاجيات..... 503

جدول رقم (141):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية الدخل ونوع الإقامة 504

جدول رقم (142):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية دخل الأسرة

وطرق الإصابة بفيروس السيدا 505

جدول رقم (143):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية السكن ومنطقة السكن..... 506

جدول قم (144):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع السكن و حجم الأسرة.....507

جدول رقم (145):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مستوى الحي ومنطقة السكن..... 509

جدول رقم (146):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مستوى الحي

ونوع الانحرافات التي تتواجد فيه..... 510

جدول رقم (147): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مستوى الحي وطرق الإصابة..... 511

جدول رقم (148):توزيع أفراد العينة العزباء حسب منطقة السكن وطرق الإصابة 512

جدول رقم (149): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى العمل والحالة المدنية... ...514

جدول رقم (150):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى العمل و منطقة السكن... ...514

جدول رقم (151): توزيع أفراد العينة حسب مدى العمل و طرق لإصابة..... 516

جدول رقم (152): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب

نوعية الدخل و العمل وطبيعته..... 517

جدول رقم (153): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل وحجم الاسرة.. ...518

جدول رقم (154): توزيع فراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل و مدى تلبية حاجات
الأسرة..... 520

جدول رقم (155):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل ونوعية الإقامة.. ...521

جدول رقم (156): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل وطرق الإصابة.....522

جدول رقم (157): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن وعدد أفراد الأسرة.....524

جدول رقم (158): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن ومنطقة الإقامة....525

جدول رقم (159):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن و نوعية الإقامة....526

جدول رقم (160):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن و المستوى المعيشي.....527

جدول رقم (161):توزيع الحالة المدنية لأفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع المسكن ونوعية العلاقة مع الزوج قبل الإصابة.....528

جدول رقم (162):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية السكن وطرق الإصابة..531

جدول رقم (163): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي ونوع المسكن.....533

جدول رقم (164):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي ونوع الانحرافات الموجودة في الحي.....535

جدول رقم (165):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي وسبب التعرض للإصابة.....537

جدول رقم (166):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب منطقة السكن وطرق الإصابة..538

جدول رقم (167): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وفئات السن.....548

جدول رقم (168): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي ومدى معرفة المرض قبل الإصابة.....549

جدول رقم (169):توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة و مدى معرفة المرض.....551

جدول رقم (170):توزيع أفراد العينة حسب مدى معرفة المرض قبل الإصابة والحالة المدنية....552

جدول رقم (171):توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وطرق

معرفة المرض قبل الإصابة.....554

جدول رقم (172):توزيع أفراد العينة حسب مستوى التعليمي ومدى التزام بمواعيد العلاج.....556

جدول رقم (173):توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاقة مع الطبيب ومدى الالتزام بمواعيد العلاج.....557

جدول رقم (174):توزيع أفراد العينة حسب مدى الالتزام بمواعيد العلاج ونوع المرض.....558

جدول رقم (175) :توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي ومدى اللجوء

الى مساعدات غير طبية.....559

جدول رقم (176):توزيع أفراد العينة حسب مدى معرفة المرض قبل الإصابة وطرق الإصابة...561

جدول رقم (177):توزيع أفراد العينة حسب مدى استمرارهم في العلاقة الجنسية بعد الإصابة

وطرق الإصابة.....562

جدول رقم (178):توزيع أفراد العينة حسب مدى استعمال الواقي بعد الإصابة و طرق الإصابة..563

جدول رقم (179):توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية و مدى تغيير

نظرة المجتمع نحو المرض 565

فهرس الأشكال البيانية

1- شكل رقم (01):يمثل تطور عدد سكان الجزائر.....94

2- شكل رقم (02):وضعية الوباء لسنة 2010م.....261

3- شكل رقم (03):يمثل توزيع حالات الإصابة بفيروس السيدا حسب مناطق الفحص.....268

4- شكل رقم (04): يمثل تطور عدد الأشخاص المصابين بفيروس السيدا مابين (2004-2014)م.....269

5- شكل رقم (05): يمثل تطور عدد الإصابات الجديدة لفيروس السيدا (VIH)مابين(1985-2014).....270

6- شكل رقم (06):يمثل توزيع الأشخاص المصابين بفيروس السيدا(VIH) حسب الجنس و فئات السن 271

7- شكل رقم (07): يمثل نسبة النساء البالغات [15 سنة فأكثر] المتعايشات بفيروس السيدا حسب المناطق الجغرافية خلال فترة ما بين1990-2010.....275

مقدمـــــــــــــــة

يشهد العالم اليوم مشكلات اجتماعية واقتصادية وسلوكية وصحية خطيرة ،بل إن العالم اليوم برغم من فتوحاته العلمية ،وانجازاته التقنية يشهد من مشكلات ما لم يشهده الإنسان في أي عصر من عصوره الماضية و تجعله يقع في دوامة من الأمراض المعدية،التي من شانها أن تكون من مسببات الموت لتعقدها وصعوبة اكتشافها.

قد ينظر البعض لمرض السيدا كظاهرة بيولوجية بحثه سواء في أسبابه أو علاجه و يخص المجال الطبي فقط ولا يمكن أن يشكل موضوع دراسة سوسيولوجية ، إلا أن الواقع يثبت تقارب بين الطب وعلم الاجتماع خاصة في تشخيص الأمراض الاجتماعية الناجمة عن التغيرات الاجتماعية التي تحصل دائما وبشكل مستمر داخل المجتمع سواء كان ذالك بتأثيرات خارجية أو داخلية .

وتعد مشكلة السيدا من أهم المواضيع التي يتناولها هذا العلم كحقل في الدراسات المعدية و الخطيرة المستجدة على المجتمع الجزائري في ظل التغيرات الكبرى التي تعرفها المجتمعات المتقدمة والمتخلفة فقد استنبطنا من خلال الدراسات الاجتماعية المتضافرة في هذا المجال ، إن الحديث عن مشكلة السيدا يكشف عن وجود علاقة جدلية بين التغير الاجتماعي و المشكلات الاجتماعية خاصة منها مشكلة الانحراف التي تعتبر من مسببات ظهور وتفشي مرض السيدا في المجتمعات .

وعلى العموم إن التعرض للإصابة بالسيدا ترجع لأسباب متعددة ومتنوعة العوامل المتشابكة والمتفاعلة مع بعضها البعض والتي ترتبط بأسلوب حياة الفرد في محيطه الاجتماعي وبالأخص أدق أسرار حياته الجنسية ، وقد تعددت وجهات النظر واختلفت الآراء في تفسير أسباب الإصابة وانتشار السيدا ، فقد يرى البعض أن الإصابة وانتشار المرض نتيجة عوامل سياسية و البعض الأخر يرجعها إلى عوامل الاجتماعية وثقافية ترجع إلى حرية الجنس بالغرب،والشذوذ الجنسي سببه الرئيسي لدى يثير التعرض لسيدا لنوع من الحساسية عند بعض الثقافات وخاصة الثقافة الإسلامية العربية التي تنظر إلى المريض على انه منبوذ وذليلا حتى الموت بينما قد تكون العدوى قد حدثت عبر نقل الدم الملوث بالفيروس وهذا ما أدى إلى انتشار الخوف والقلق والاضطراب عندا المصابين وجعلهم أمام تحدي كبير لمواجهة المرض نتيجة سوء التكيف الاجتماعي والنفسي وقد تكون هته المؤثرات الثقافية سبب من أسباب انتشار المرض .

مما لاشك فيه أن مشكلة السيدا ترتبط مباشرة بالمصاب و مدى اندماجه في حياة مجتمعه لدى تبدو من أكثر المشاكل الصحية خطورة وأهمية التي عرفتها المجتمعات النامية والمتقدمة على حد سوى مع اختلاف في درجة انتشارها من مجتمع إلى أخر تبعا للظروف السياسية والاجتماعية،الاقتصادية الثقافية القانونية لكل مجتمع ،بل ومع الاختلاف أيضا في البيئة الريفية والحضرية للمجتمع الواحد

ونظرا لارتفاع حجم مشكلة السيدا وتزايدها باستمرار في جل المجتمعات خاصة حين اتخذت الشكل الأنثوي الذي يظهر واضحا في ارتفاع معدل إصابة المرأة بفيروس السيدا بمعدل 49% من مجموع

الإصابات في نفس السنة[1]، لهذا كان من الجدير أن يتصدى لها من يبحثها ويبين أسبابها وأثارها الاجتماعية و الاقتصادية،والإصابة بفيروس السيدا كواقع تعيشه المرأة في الأسرة والمجتمع لم يمس بطبعه أي نظرية .

وعليه تعد دراسة واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا من أهم القضايا الأساسية التي بحاجة ماسة إلى الاهتمام من مختلف المستويات سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية وذالك لرفع وعي المجتمع لحقوقها في الحماية من التعرض للإصابة بفيروس السيدا و للحد من انتشاره من جهة لكونها من أهم الفئات المهمشة أو المعرضة لخطر التعرض للإصابة ،ومن جهة أخرى تعتبر شريحة هامة في المجتمع التي تعني سلامتها من سلامة واستقرار المجتمع ، فواقع المرأة ما هو إلا إنتاج لواقع اجتماعي واقتصادي وسياسي للمجتمع .

وهنا جاء شعورنا أن هناك الحاجة الماسة إلى دراسة واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري والتعرف على أسباب التي تقف وراء تعرضها للإصابة به ، وبعد اختيارنا للموضوع بدأنا البحث عن المعلومات إلا أننا لم نحصل إلا على دراستين غربيتين عبر ألنت بحيث تتناول الدراسة الأولى للباحثة الاجتماعية سوزان ترازل Susanne trachsel من جامعة مونتريال حول نظرة المرأة الكامرونية المتعلمة لخطر التعرض للإصابة بفيروس السيدا من خلال دراسة 28 مقابلة مع نساء كامرونيات متعلمات لفهم خصائص تعرض النساء لفيروس السيدا إذا لاحظت أن المرأة المتعلمة هي أكثر تضررا وتعرضا للإصابة بفيروس السيدا وان التعليم وحده لا يكفي لحماية المرأة ضد فيروس السيدا في بيئة اجتماعية غير مواتية وان تعرض المرأة المتعلمة يأخذ أبعاد متعددة منها اجتماعية واقتصادية وثقافية والتي ترجع في الأساس إلى عوامل فردية تتعلق بالتجارب الشخصية[2] .

أما الدراسة الثانية كانت لماري سلين فورتنmarie –Céline fortin من جامعة لفال كوبيك حول اختلال توازن القوى في العلاقات بين الجنسين ونوعية الحياة دراسة حالة نساء مهاجرات متعايشات بفيروس السيدا من كوبيك و مونتريال، فاستندت الباحثة في تحليلها السوسيولوجي على نظرية التفاعل الرمزي والنظرية البنائية،واعتمدت على فرضيتين الفرضية الأولى تتعلق بالصلة بين نوعية حياة النساء المهاجرات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ودرجة القوة الممارسة على حياتهم والفرضية الثانية على اثر التعليم في تمكين النساء المهاجرات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وعلاقته بازدياد درجة القوة الممارسة على حياتهم نظرية التفاعل الرمزي ، إذ لاحظت أن جذور إصابة المرأة بفيروس السيدا يرجع إلى اللامساواة القائمة على أساس النوع والعنف ضد المرأة وذالك لاتصالها بما يسمى النشاط الجنسي المنحرف والتي تأتي من الفئات المهمشة حيت تبين أن المرأة بأمريكا تعاني كثيرا من الضغوط و التوترات رغم مستواها التعليمي التي تعود سبب تعرضهن للإصابة[3] .

[1] Source: Institut national de la santé publique (I.N.S.P.)

[2] لمعرفة المزيد حول الدراسة ارجع إلى www.archipel.uqam.ca/1404/1/M10340.pdf

[3] لمعرفة المزيد حول الدراسة ارجع إلى www.theses.ulaval.ca/2007/24418/24418.pdf

ونظرا لاختلاف خصائص الاجتماعية والثقافية للمرأة الجزائرية عن باقي نساء العالم بالإضافة لانعدام الدراسات في علم اجتماع حول هذا الموضوع في الجزائر والدول العربية، فمن الضروري التطرق لهذا الموضوع من خلال هذه الدراسة التي تعتبر دراسة استكشافية لهذا الموضوع من بابه الواسع ويرجع الفضل لتلك الأعمال السوسيولوجية السابقة فتمكنا من وضع خطة لدراسة.

وبما أن موضوع أطروحاتنا تحت عنوان واقع المرأة المتعايشة بفيروس العوز المناعي البشري في المجتمع الجزائري "دراسة وصفية تحليلية لبعض النساء المتعايشين بفيروس السيدا " فإننا ارتأينا الالتزام ببعض الضوابط المعرفية لإعطاء البحث صرمته المنهجية والنظرية بهدف إنتاج معرفة علمية من خلال تفسير أهم العوامل التي تقف وراء انتشار السيدا و كذا أثاره و انعكاساته على المرأة وبالتالي على المجتمع ، وللاقتراب من هذه الحقيقة تم تقسيم البحث إلى قسمين ، قسم الأول يحتوي على أربع فصول ندرجها حسب الخطة التالية:

الفصل الأول :يضمن هذا الفصل الاطار المنهجي لدراسة ،بحيث يحتوي على طرح الإشكالية،صياغة الفرضيات و تحديد المفاهيم، صعوبات البحث

الفصل الثاني:ويتناول المرأة و الواقع الاجتماعي تطرقنا فيه إلى أوضاعها و مكانتها عبر التاريخ وكذا أهم مشكلاتها

الفصل الثالث:و يتمثل في المرأة و الواقع الصحي تناولنا فيه الواقع الصحي في الجزائر وكذا واقع الصحي للمرأة واهم احتياجاتها

الفصل الرابع : ويتناول المرأة و فيروس السيدا حيث قمنا في هذا الفصل بطرح كامل حول السيدا وإشكالية التأنيث وكذا أهم جهود وبرامج توعوية بالنسبة للمرأة .

بينما القسم الثاني فقد خصصناه للجانب الميداني وقسمناه لستة فصول وقمنا فيه بعرض وتحليل الفرضيات بطريقة قمنا من خلالها الفصل بين العينة من حيث الحالة المدنية (عزباء والتي سبق لها الزواج) وذالك لإعطاء لكل فئة الحق لظهور والكشف عن خصائصها و مميزاتها كمحاولة لتقديم عمل سوسيولوجي يعالج الظاهرة بطريقة علمية موضوعية .

القسم الاول: الجانب النظري

الفصل الاول :الاطار المنهجي لدراسة

الإشكالية:

إن الحديث عن مشكلة السيدا كظاهرة اجتماعية يثير في الدهن عدة مشكلات أخرى لا تقل أهمية كالخيانة الزوجية ،التفكك الأسرى ،التفكك الاجتماعي،الفقر وانهيار القيم الأخلاقية و البطالة و التشرد وغير ذالك ،و من ثم يمكن القول أن مشكلة السيدا هي ظاهرة مركبة ذات أبعاد متعددة تتصل من جهة بالصحة الجسمانية والنفسية للمصاب ومن جهة أخرى بأوضاع و ظروف المجتمع العامة والتغيرات الجارية فيه ومدى السيطرة على انتشار المرض.

لدى تمثل مشكلة السيدا إحدى الإشكاليات التي تهتم بها المنظمات الدولية و هيئات المجتمع المدني في الآونة الأخيرة ،و قد أصبح الاهتمام بها من أهم القضايا الإنسانية ،بهذا تبقى مشكلة السيدا ظاهرة اجتماعية شمولية شانها شان ظواهر المجتمع الأخرى لارتباطها بمختلف أجزاء وعناصر البناء الاجتماعي وتتصل بحياة الجنسية للأفراد والجماعات الذين يشكلون التنظيم الاجتماعي للمجتمع ككل ،كما لها اثر وعواقب على الصحة الأسر و المجتمع .

وبناءا على هذه النظرة الشمولية لمشكلة السيدا فهي تعد من اخطر الأمراض المعدية وتكمن خطورة هذا المرض في القدرة على الدوام والانتشار، فالمصاب بفيروس السيدا يظل يعاني مرضه حتى مواجهة الموت، فهو مرض دائم ، كذالك له القدرة على الانتشار وما يزيد من عملية انتشاره إن أغلبية آلياته تتم في الخفاء ، وليست لها صفة العلانية ، فممارسة الجنس ، وتعاطي المسكرات والمخدرات،يتم التستر عليها و في هذا الخفاء لا نستطيع التعرف على الأشخاص المصابين ولا حتى الأكثر عرضة للإصابة ومن تم لا يمكن تحديد حجم الحقيقي للمشكلة ، ومع ارتفاع حجم مشكلة السيدا و تزايدها باستمرار بالرغم من وضوح سبب التعرض للإصابة بفيروس السيدا(VIH) و كفاءة أجهزة مكافحته ، أصبحت جل المجتمعات وبالأخص المجتمعات العربية تتعرض لأثارها(الوفاة ،التشرد،الأيتام ،الطلاق ،..الخ)حيث أصبح ينظر البعض إليها على أنها حقيقة إنسانية ، لا يمكن نفيها بوصفها تعكس خللا واضحا في أجهزة وأساليب التنشئة من خلال مؤسساتها المختلفة وما تعكسه بكل واقعية عدم التكيف الاجتماعي والنفسي

ومشاكل الأسرة والبيئة في كل مظاهرها و عواملها، كما تعمل على إبراز الصفة الاجتماعية غير السوية من خلال بعض عادات سلوك الأشخاص في علاقاتهم الاجتماعية بالأخص علاقاتهم الجنسية لان ذالك السلوك يعتبر جزء من ثقافة الوسط الاجتماعي المعاش.

وعليه فان الطرح السوسيولوجي لمشكلة السيدا كظاهرة اجتماعية شمولية تجعلنا أمام عدة عوامل متداخلة ومتشابكة ومتفاعلة مع بعضها البعض، التي تعمل على كشف الصعوبات والتناقضات الاجتماعية التي تعاني منها فئة من المجتمع المتعايشة بفيروس السيدا والمندمجة في إطار السرية نتيجة الوصمة التي يفرضها المجتمع عليها وذالك لارتبط ظاهرة السيدا بالسلوك ألانحرافي وبالأخص الانحرافات الجنسية ، مما يجعل الطرح الاجتماعي لهذا الوباء له اثر عميق على سيرورة مجتمعنا والتعرض له يثير نوع من الحساسية عند بعض الثقافات بالأخص الثقافة الإسلامية التي تنظر إلى بعض الأمراض ومنها الجنسية خاصة مرض السيدا عبارة عن وصمة عار و تنبذ صاحبها، بينما قد يكون المصاب ضحية علاقة جنسية طبيعية (من الزوج إلى الزوجة أو العكس) كما قد تكون العدوى قد حدثت نتيجة إهمال طبي، فبرغم من اختلاف نوعية الإصابة(ضحية ،شاذ) بين الأشخاص إلا أن أمام هته المؤثرات الثقافية تجعل المصابين أمام تحدي كبير لمواجهة المرض فنجد أن عدد كبير من الأشخاص قد نجح في التكيف والتعايش مع المرض من اجل البقاء حيث يستند هذا التكيف و التعايش على نظام السرية و الكتمان من اجل الاستقرار والمحافظة على التكامل الاجتماعي .

فمن هذه الزاوية نستطيع أن ندرك أن السيدا كظاهرة اجتماعية لها عدة إشكالات خاصة منها مشكل عدم القبول الاجتماعي و الذي يعني تهميش و رفض والوصمة التي تعد من بين أهم العوامل السوسيولوجية التي تقف كعائق أمام الوقاية و الحد من انتشار فيروس السيدا(VIH) كما تخلق وضعيات اجتماعية مختلفة مرتبطة بالخصائص التي تميزها مما يجعلها موضوعا ثريا للدراسات السوسيولوجية .

نظرا لتزايد انتشار مشكلة السيدا في حياة بعض الأفراد و الشرائح الاجتماعية المختلفة حضيت المرأة بالنصيب الأكبر من أثارها و أصبحت تعاني وضعا حرجا من حيث الصحة العامة لان العدد الأكبر منهم

اكتشفوا أنهم مصابين بفيروس السيدا خلال فترة الحمل في حين أن هناك العديد من الرجال هم مسئولون عن العدوى بدون أن يعرفوا أنهم حاملون للفيروس وهم يستمرون في نقل العدوى للنساء وقد قدرت تقارير الأمم المتحدة عدد النساء والشابات اللاتي أصبن في العام 2011 بـــ1.2 مليون، والجزء الأكبر منهن في دول نامية، أو ذات دخل متوسط، والإصابة بفيروس السيدا هو السبب الرئيسي للوفيات لدى النساء اللواتي هن في سن الإنجاب،إذ نجد أن النساء في دول إفريقيا هم الأكثر عرضة للإصابة حيث سجلت دول غرب أفريقيا أكثر من 30% من النساء الحوامل مصابات بالسيدا، كما أن في أفريقيا جنوب الصحراء يشكل النساء 55% من عدد المصابين بالسيدا أما على المستوى العربي فقد تم تسجيل 20 ألف وفاة و52% من عدد المصابات بالسيدا بينما في المجتمع الجزائري فقد أصيب حوالي 60% من جنس الذكورو47% من جنس الإناث أي ما يقارب امرأة مقابل 2.5رجال عرضة للإصابة لسنة 2011 بعدما كان سنة2010 قد أصيب 70% من جنس الذكور و30% من جنس الإناث أي اقل من ثلاث رجال مقابل امرأة واحدة عرضة للإصابة و الفئة الأكثر عرضة هي مابين 20-49سنة التي تمثل 80% من مجموع الحالات باعتبارها الأكثر نشاطا جنسيا و حسب نفس التقرير يعد طريق الاتصال الجنسي (الاتصالات الجنسية الطبيعية ،و الزنا) بشخص يحمل فيروس السيدا الأكثر الطرق شيوعا لانتقال السيدا بنسبة 90% من حالات العدوى و أن شريحة النساء هم الأغلبية من يتحملوا أثار المرض ويمثلوا نصف نسبة الأشخاص المتعايشين بفيروس السيدا (vih) [1] ، وعلى هذا الأساس أصبح فيروس السيدا جزء لا يتجزأ من واقع المرأة مما يجعل الحديث عن مشكلة السيدا عند المرأة من اهم المشكلات الصحية التي تهتم بها المجتمعات المتقدمة والمنظمات الدولية ، المؤسسات الحكومية و هيئات المجتمع المدني في الآونة الأخيرة لوضع سياسات واستراتجيات الوقاية والحد من انتشاره عند المرأة وكذا ضمان حقوقها.

كما أن تلك المعطيات و الأرقام رغم أنها ليست ضخمة و دقيقة إلا أنها في نفس الوقت يمكن أن تلفت النظر إليهم على أنهم فئة ضعيفة تواجه مشاكل و صعوبات يوميا من اجل أن تحافظ على استمرار نمط

[1] ONUSIDA 2010: l'épidémie de sida dans le monde، rapport sur l'épidémie mondiale de sida، chapitre 2، p8-15

حياتها الاعتيادي ،وتخفي الاختلاف الذي يتعرض له النساء لمرض السيدا والملاحظ أن بعض هذه الاختلافات هي ليست فقط نتيجة الخصوصية البيولوجية ولكن في بعض الحالات ما هي إلا انعكاس لرؤية المجتمع و قيمه و أوضاعه التاريخية.

فإذا نظرنا إلى التغير الاجتماعي الذي يشهده المجتمع ،ولاسيما بعد الاستقلال كنتيجة لتحضر و التمدن السريع ،وما صاحبه من انتقال الأفراد من الريف نحو المدينة ،سعيا وبحثا عن ظروف معيشية أحسن وأفضل ،وكذا سياسة التصنيع التي أدت للنهوض بالاقتصاد الوطني والخروج من بوتقة التخلف و فتح أبواب العمل والتعلم دون استثناء أو تمييز للجنس كل هذا كان وراء تغيير وضعية المرأة وحصولها بذالك على عدة حقوق ، كحق الخروج لطلب العلم والعمل ،المساواة....الخ، فمن خلال هذا الواقع الاجتماعي التي ألت إليه المرأة وحصولها على بعض الحقوق و نحن نعلم أنها كانت تعاني من جراء القوانين والعادات الاجتماعية التي لم تنصفها،بالإضافة أنها تعيش في محيط اجتماعي واقتصادي متدهور هل أن التغير الاجتماعي وعملية التثقيف التي تعرضت لها المرأة الجزائرية خاصة في السنوات الأخيرة قد غيرت من وضعها الاجتماعي ولاسيما في اتخاذ القرار الذي يضمن لها صحتها وصحة أسرتها أم أن هذا جعلها ضحية الموروث الثقافي أمام الأوبئة والأمراض بالأخص مرض السيدا ؟ أو جعلها مسئولة لتبنيها سلوكيات معادية لثقافة المجتمع؟ و بالتالي تصبح المصدر الأساسي لنشر المرض خاصة وان مجتمعنا أصبح مفتوح لتوفير الظروف التي تساعد على نشر المرض كالبطالة، العزوبة, أزمة سكن، تفشى الآفات الاجتماعية كدعارة والمخدرات...لخ .

لدى كان من الأهمية تسليط الضوء على مشكلة السيدا عند المرأة كنوع ،بما له من خصائص و سيمات محددة ،فالمرأة كنوع في مجتمعنا لها ادوار محددة و تمنح لها فرصة حياتية هي بدورها محددة و تجعل لمشكلاتها خصائص خاصة ،و تأتي مشكلة السيدا في مقدمة هذه المشكلات ،فهي في الواقع ترتبط بإشكاليات مختلفة تكون احد المسببات وقوعها أو تعرضها للإصابة للسيدا و ذلك إلى الحد الذي يجعل من

الصعب أن نركز على الأسباب البيولوجية للإصابة فقط و نهمل العوامل الاجتماعية التي أدت لبروز مشكلة السيدا عند المرأة .

و بما أن المرأة تعد ركيزة الأسرة و عمدة المجتمع وعاملا رئيسيا في تنمية المجتمع وذالك لما تمثله المرأة من ثقل في ميزان حماية المجتمع فهي الأم والأخت، الزوجة، البنت،فقد أصبحت مشكلة السيدا كعائق يحد من عطاءها و أدورها و مكانتها في الأسرة وفي المجتمع ،إذ يظهر ذالك العائق من خلال الضرر الذي يلحقه بالمرأة سواء كان ضرر جسديا أو نفسيا أو اجتماعيا أو الكل معا ،والأخطر من ذالك فان مرض السيدا يخلق لدى المرأة الضحية صدمة نفسية التي تنجر عنها جملة أعراض نفسية، جسدية ، اجتماعية وعلائقية ،هذه الأعراض يمكن أن تحطم حياة المرأة إذ لم بكن هنالك تكفل ورعاية نفسية واجتماعية كافية لتجاوز تلك الصدمة .

وبالتالي فان دراسة موضوع المرأة وعلاقته بالأمراض المعدية و لا سيما مرض السيدا يمكن النظر إليه من زاويتين رئيسيتين تكمل كل منهما الأخرى فمن ناحية طرحنا كموضوع سوسيولوجي ضعف المرأة وحساسيتها اتجاه المرض و الذي يعتبر نتاجا للسلوكيات الاجتماعية الثقافية ،التي يمكن استقراءها في بحثنا هذا من خلال سلطة المجتمع على أفراده والتي تظهر بوضوح من خلال سلطة القيم التي تفرضها مختلف الميادين والتي تمثل بصفة عامة مشروعية الثقافة التي لا تسمح للنساء تامين الوقاية ضد الأمراض المعدية وتجعلهم الأغلبية من يتحملوا أثارها،ذالك من خلال العلاقات الاجتماعية التي يسودها الخضوع وخاصة خضوع المرأة سواء كانت بنتا أو أختا أو زوجة لكل من الأب و الأخ والزوج وبالتالي فهي تعاني من عدة مشاكل منها الزواج المفروض سوء العلاقات الزوجية ...العنف الجسدي أو الجنسي ونفسي سواء داخل الأسرة أو خارجها ذالك باعتبار الرجل مركز قوة وسلطة واخذ القرارات مما أدى إلى ظهور تناقض في المجتمع بما يسمى بالرجل والمرأة تحت سيطرة التميز الجنسي .

و من ناحية أخرى نطرح الوصمة الاجتماعية من خلال تصورات المجتمع للمصاب ومرض السيدا والتي تحمل معاني عدم قبول أو رفض و ذالك باعتبار أن الوصمة الاجتماعية يمكن أن تخلق لدى المصاب آليات إستراتجية تجعل منه يتبنى صفة انتقامية أوصفة فعالة في نشر المرض.

ومنه عند دراسة المرأة المتعايشة بفيروس السيدا يجب الأخذ بعين الاعتبار كل من التناقض والتشابه في تحليل شخصية المرأة في إطارها الاجتماعي المختلف والذي يشكل نمط معيشي متغيرا ،فالمرأة تشكل جانب للثقافة و قيم المجتمع و حتى للوصمة الاجتماعية التي تعتبر من أهم أسباب الوضع الصحي لها و ذالك بسبب الأمية و نقص الوعي في العلاقات الجنسية لدى نجدها مستعدة أن تقبل مواجهة المرض على أن تخسر مكانتها في الأسرة أوفي المجتمع، لهذا لا يمكن درستها بمعزل عن أوضاع المجتمع الذي تعيش فيه لكونها تعيش في وسط مجموعة من العوامل الاجتماعية، لدى فان وضعها ما هو إلا إنتاج لواقع اجتماعي ثقافي واقتصادي و سياسي معين،وعليه فان إشكالية بحثنا ترتكز على دراسة مشكلة السيدا كسلوك اجتماعي وإنتاج اجتماعي من خلال الواقع الاجتماعي للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا لكون معايشة المرض كواقعة اجتماعية تمثل مظهر من مظاهر الحياة الاجتماعية وتعتبر المؤشر الأساسي للاندماج لاجتماعي،التي لها فعالية كبيرة على تطور الحالة المرضية للمصاب وانتشار المرض للآخرين كما انه يكشف عن خصوصية التركيبة الاجتماعية للمجتمع الجزائري وهذا ما يطرح مشكلة بالغة التعقيد نظرا لارتباطها بالتفاوت وعدم المساواة بين الجنسين و سلطة المجتمع و انطلقا من هذه العناصر حولنا من خلال هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ماهي الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا ؟

-ماهي الاسباب التي تقف وراء تعرض المراة لفيروس السيدا في المجتمع الجزائري ؟

- ما مدى تأثير المرض على الحياة الاجتماعية للمرأة الجزائرية ؟

- ما مدى وعي المرأة المتعايشة بفيروس السيدا بوسائل وشروط الوقاية و الحد من انتشار السيدا؟

– ماهي اهم المشكلات الاجتماعية و الصحية التي تواجهها المرأة المتعايشة بفيروس السيد والتي تقف كعائق أمام الحد من انتشار السيدا؟

و للإجابة على هذه التساؤلات قمنا بطرح ما يلي:

الفرضيات:

في ضوء طرحنا للمشكلة البحثية المتعلقة بواقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري وكذالك تحديد أهداف التي نسعى إلى تحقيقها من خلال هذه المحاولة النظرية والميدانية ، ومن اجل التوصل إلى إعطاء حلول لتلك التساؤلات التي جاءت في الإشكالية فان المنهجية تحتم علينا صياغة الفروض كإطار منهجي يساعدنا على تحديد المتغيرات المستقلة والتابعة لدراسة علاوة على أن الفروض تعتبر ترجمة دقيقة لكل من الإشكالية والأهداف قد تصيب أحيانا وقد يكون العكس وعليه فإن دراستنا هذه موجهة بأهم الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: يعتبر المستوى الاجتماعي للمراة بما يحتويه من علاقات وسلوكيات ومستوى تعليمي عاملا اساسيا في تعرضها لفيروس السيدا

الفرضية الثانية: يساهم المستوى الاقتصادي لاسرة المراة المتعايشة بفيروس السيدا في تحديد سبب تعرضها للاصابة للفيروس

الفرضية الثالثة: عدم وعي المراة ازاء وسائل الوقائية لنتقال فيروس السيدا وخطورته يجعلها اكثر عرضة للاصابة للفيروس ونشره

تحديد المفاهيم:

تمهيد

يلجا الباحث في هذه المرحلة إلى استعمال مفاهيم و مصطلحات ،التي يمكن تأويلها بصورة مختلفة تبعا للتفكير المختلف للقراء ،في لإزالة الغموض والالتباس،كما أن هذه المرحلة تمثل نقطة اتصال بين الإشكالية وبين عملية التفسير والإدراك،وعليه فان عملية تحديد المفاهيم لا تعني مجرد تعريف اصطلاحي يستخرجه الباحث من مختلف قواميس ومعاجم علم الاجتماع أو العلوم الاجتماعية بصفة عامة ،لكنه بناء نظري و امبريقي للمفاهيم المركزية في الدراسة ،لهذا يعتبر طريقة للتصور،و لتنظيم الواقع بالحفاظ على الخصائص المميزة والدالة للظواهر فهو يمارس أول فرز في وسط الانطباعات التي تحيط بالباحث[1]، وبالتالي يلجا الباحث إلى تحديد مفاهيمه عن طريق إجراءات معينة تساعد على إيضاح دلالات مفاهيمه و تعتبر هذه الإجراءات قيدا جديدا يفرضه الباحث على نفسه، فقمنا على هذا الأساس بتحديد المفاهيم الآتية :

-**الصحة:** تعتبر من اهم الشواغل الأساسية التي تشغل الناس أفرادا و جماعات

و يختلف مفهومها حسب التصور و الأطر النظري الذي تنتمي إليه.

تعريف الصحة لغة:الصحة في اللغة العربية هي البرء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سالم من العيوب والأمراض، و الصحة و البيئة حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي"[2].

وجاء تعريف الصحة في القواميس الطبية. كما يلي: الصحة هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليما من الأمراض ،و الأعضاء و تؤدي وظائفها بطريقة عادية"[3]

---

[1] Grawitz (Madelin) : méthodes des sciences sociales, paris, Edit Dalloz ,8ème édition, 1990, p425

[2] أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية و النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1997، ص16

[3] André donart et la jaque bourneuf : petit Larousse de la médecine, 1983 ,tome2, p819

كما أنها:"السير الحسن للجسم"[1] .

تعريف الصحة اصطلاحا:بما أن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية فلقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريف للصحة ، فلقد عرفها بركنز perkins :" الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه "[2] .

ويرى الدكتور فوزي جاد الله:" الصحة من الناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس احد طرفيه الصحة المثالية، و الطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) و بين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة"[3]، كما نجد كل من دوبو Dubos و بعض تلاميذه أمثال اليش Illich وكارلسون Carlson وماكيوون mckeown و آخرون الذين طوروا وجهة نظر جديدة للصحة باعتبارها" توازنا بين العوامل البيولوجية و العوامل البيئية ،وليس قاصرا فحسب على التدخل الطبي"[4].

أما هيئة الصحة العالمية WHO عرفت الصحة على انه "حالة السلامة و الكفاية الجسمية والعقلية و الاجتماعية و ليس مجرد خلو من المرض و الضعف "[5] .

بينما منظمة العالمية للصحة فتعرف الصحة:« على أنها الحالة التي يكون فيها الإنسان يتصف بحالة متكاملة من الناحية النفسية و الطبية والاجتماعية وليس مجرد عدم وجود أي مرض »[6]فالشخص الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع انجاز واجباته وأدواره الاجتماعية التي يحتملها عليه الموقف فهو يستطيع التكيف مع البيئة التي يعيش فيها كما لا يشكو من أي علامة أو عرض من أعراض المرض[7].

---

[1] Larousse médicale, paris, Edition Larousse, 2000, P917

[2] نجلاء عاطف خليل : في علم الاجتماع الطبي- ثقافة الصحة و المرض-، القاهرة ،مكتبة الانجلو مصرية ،2002،ص25

[3] إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية ،دار المعرفة الجامعية ،1999،ص(74-48)

[4] علي المكاوي:علم الاجتماع الطبي –مدخل نظري -،الإسكندرية،دار المعرفة الجامعية ،1997،ص402

[5] أيمن مزاهرة ،عصام الصفدي ،ليلى أبو الحسن :علم اجتماع الصحة، الأردن ،دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع ،ط1 ،2003،ص42

[6] محمد رشاد عامر: الموجز في علم الصحة و التربية الصحية، دار القلم، الكويت، الطبعة الأولى، 1974، ص169

[7] عبد المجيد الشاعر و الآخرون: علم اجتماع طبي ، دار البازوري ،عمان،2000، ص48

تعريف الصحة إجرائيا:من خلال مناقشة التعارف السابقة و إسقاطها على التصور الميداني،

نعرف الصحة إجرائيا بأنها قدرة الفرد على القيام بوظائفه المتعددة بما فيها مواجهة كل ما يتهدد هذه القدرة من معوقات أو مشكلا ت سواء كان مصدرها البيئة الطبيعية أو البيئة الاجتماعية بحيث تكون مؤشراتها هي :الوقاية ،الوعي الصحي ، الاطلاع على المحيط الصحي

-**تعريف المرض:** ينال موضوع المرض اهتمام جميع الأشخاص، حتى في المحادثات اليومية ، لان حياة الأفراد تعتمد على حالتهم الجسمية و العقلية و الاجتماعية الجيدة ، تشير العديد من الأدبيات المفسرة للمرض أن تعريف المرض يتنوع بتنوع و تعداد تعريفات الصحة و من التعريفات المهمة و المتشابهة المستخرجة للمرض نجد:

تعريف المرض لغة:المرض هو "كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة و الاعتدال، من علة أو نفاق أو تقصير في أمر ما مثل:مرض باطني،مرض جلدي، مرض عقلي،مرض صدري، مرض متوطن ، مرض مزمن، مرض معدي،مرض نفسي،مرض وبائي"[1] و في اللغة العربية يتخذ المرض مفاهيم متعدد تختلف في تحديدها له ،ويأخذ المرض مفهوم السقم بمعنى" تعب وطال مرضه أو بمعنى قام عليه في مرضه، والتمارض أن يرى الإنسان من نفسه المرض وليس به مرض"[2].

تعريف المرض اصطلاحا: في علم الاجتماع الطبي نجد أن التعريفات و القيم المتعلقة بالصحة والمرض تحكمها وتحددها اعتبارات اجتماعية في المقام الأول تنبثق عن خبرة الناس نتيجة لعضويتهم في جماعات مختلفة، علاوة على أن السن و النوع و الظروف الأسرية و الأصول الاجتماعية و الطبقة، تلعب دورها البارز في تحديد المرض.

المرض في احد معانيه" تكيف بيولوجي"؛ إذ انه تعبير عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية و الظروف الخارجية الخطرة"، وفي هذا الصدد أوضح أوبري لويس Aubrey Lewis ثلاث محكات طبية تقليدية

[1] جماعة من كبار اللغويين العرب:المعجم العربي الأساسي،المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم،طبعة لاروس ،مجلد واحد ،1989 ،ص1130

[2] احمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ:المصباح المنير معجم عربي- عربي، بيروت، مكتبة لبنان، 1987، ص107

في تحديد المرض وهي خبرة المريض، واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم، والأغراض التي تتوافق مع (النمط الإكلينيكي) نظرية تنميط المرض.

ومن هنا نقول إن المرض مفهوم يشير إلى" الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها في ضوء العلامات والأعراض[1]" ، عليه يعرف علم اجتماع الطبي المرض على انه "حالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد على مواجهة اقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة"[2].

كما ميز علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا بين المرض بمعنى disease كتعبير علمي طبي عن حالة المرض أي عملية باثولوجية و حالة بيولوجية و بين المرض بمعنى illness أي كتعبير اجتماعي عن حالة المرض أوتجربة تتأثر شخصيا أواجتماعيا أوثقافيا بإصابة الجسم بالمرض وباثولوجية المرض"[3] ، والتمييز بين هذه المفاهيم يلفت الانتباه إلى الخبرة الشخصية بالمرض و علم أسباب المرض ووظائف الأعضاء كعماليات منطقية مترابطة، كما يؤدي إلى ترسيخ الرأي بعدم ضرورة انفصال البيولوجي عن الثقافة والجسد عن الشخص.

ويمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية على انه "انحراف ضارا مؤذيا عن البناء الطبيعي أوالحالة الوظيفية للكائن الحي ،حيث تظهر عليه علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية لذالك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على سيمات المميزة لحالة المرض"[4]

ويعرف قاموس وليبستر المرض على انه "حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة وان يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، و المعنى الحرفي للمرض الاحتياج للراحة"[5].

و تعرف إقبال إبراهيم و الآخرون المرض على انه " يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير مقام ،كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها"[1] ،و من خلال التعاريف السابقة يمكن تقسيم مفهوم المرض كما يلي:

---

[1] كمال التابعي، على المكاوي: علم الاجتماع العام، دار النشر الالكتروني، القاهرة، ص288

[2] نادية محمد السيد عمر:علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق،ص261

[3] فوزية رمضان أيوب:دراسات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985، ص51

[4] نجلاء عاطف خليل: مرجع سابق، ص30

[5] إقبال إبراهيم مخلوف :مرجع سابق،ص44

أ – النظرة الطبية العلمية للمرض: يعني الفشل أو اضطراب في عملية النمو والتطور وأداء الوظائف و التكيف سواء بالنسبة للجسم ككل أو لأي من أعضائه و أجهزته[2] وقد حدد أو بري لويس ثلاث محكات طبية تقليدية لتحديد المرض هي :

-إحساس المريض بمشاعر ذاتية بالمرض

– اكتشاف خلل في وظيفة عضو ما

– ظهور بعض الأعراض التي تتطابق مع نموذج إكلينيكي معين، أو مع نظرية إكلينيكية للمرض يعتنقها الطبيب.

ب– النظرة الاجتماعية الطبية للمرض:تعتبر المرض بأنه حالة من التغيرات تضعف أو تقلل بطريقة مختلفة و بدراجات مختلفة من قدرة الفرد المريض على أداء وظائفه بطريقة مقبولة أو كما اعتاد تأديتها بمعنى انه انحراف سواء كان فيزيقيا أو نفسيا أو اجتماعيا عن الأداء الوظيفي السليم و السوي ،و قد يكون لهذا الانحراف نتائج غير مرغوب فيها ،فالمرض ليس مجرد اضطراب بيولوجي لنظام الفرد ككائن حي و لكنه يخلق أزمة اجتماعية و فترة لإعادة التوافق أو التنظيم للجماعة ككل .

ج– المنظور الثقافي للمرض : يرى هذا المنظور إن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة إذن ثقافة الجماعة تؤثر في كل جانب من جوانب نمو الفرد و تطوره واكتساب أساليب الحياة وتحديد الأهداف و التطلعات و عوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد وأساليب استجابته لهذه الأخطار و توافقه معها [3].

وتعبر مفاهيم المرض عن اتجاهات عديدة في الثقافات المختلفة ،فمنها ما يعبر عن وصف العام للمرض ، ومظاهره و أعراضه، وتصنيفه، وأسبابه، و الأحكام الأخلاقية، وغيرها من الأحكام التقييمية للمرض . كما هو الحال في مرض السيدا ،على أنه نقمة إلهية تنصب على الفجرة و الشواذ وهي أحكام تهم الفرد

---

[1] نفس المرجع،ص49

[2] فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق ، ص42

[3] محمد علي محمد و آخرون : دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،1983 ،ص 65-66

كما تهم المجتمع، و تتصل بأسباب المرض ومظاهره و معناه و نتائجه ،فالمرض إذن ظاهرة من صنع المجتمع و سيضل دائما كذالك ،علاوة على رسوخ حقيقة الخلفية الثقافية وراء المرض[1] .

كما أن هناك فرق بين المرض و الاعتلال و السقم ،فالمرض يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة ،أما الاعتلال فهو حالة من الاختلال الوظيفي و التي يتأثر بها الجانب الاجتماعي و تؤثر على علاقة الفرد بالآخرين ،أما السقم فهو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي يؤثر على شخصية الفرد و بهذا يكون المرض عبارة عن إقلال قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته و مجتمعه و زيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق و الخوف.

التعريف الإجرائي للمرض : انطلاقا من التعاريف السابقة نستخلص أن المرض لم يعد مفهوما يقتصر على المجال الطبي ،المتمثل في الحالة البيولوجية ،بل هو يحمل بعدا اجتماعيا وثقافيا يعكس نسق القيم وعادات الفرد في تحديد تصوراته واتجاهاته كما هو الحال لدى المصابين بفيروس أو مرض السيدا و قبل تحديد المفهوم الإجرائي للمرض يجب تحديده عند كل من الطبيب و المريض و السليم كما يلي:

فالطبيب يعرف المرض على انه " مجرد اضطراب بيولوجي لنظام الفرد ككائن حي نتيجة لسبب معين تثير حماسة لاكتشاف السبب و القضاء عليه"[2] ،فالطبيب يبحث عن المرض الذي سبق أن درس أن أعراضه تتفق و ما يشكو منه المريض.

أما المريض فيعرفه على انه" هو شعور بالألم الذي يؤثر على قدرته على تحمل الألم وتعبيره عنه أو هو مجموعة من أضرار أو معوقات جسمية أو نفسية"

بينما السليم (الأصحاء) يعرف المرض انه "فقدان الإنسان لحالته الصحية لعدة أسباب منها عضوية أوعقلية لكونه عقاب الهي ،من خلال هذا التعريف إن نظرة الأصحاء للمرض تختلف أيضا فيما بينهم فهذه النظرة ترتبط بسبب الإصابة بالمرض و كدا طبيعة المرض لدى عند تعريف المرض إجرائيا يجب التميز بين تعريف الشخص المريض(أن يكون مريض) وبين الشخص الحامل للمرض(لديه مرض).

---

[1] كمال التابعي، على المكاوي: علم الاجتماع العام، مرجع سابق، ص289

[2] بتصرف من فوزية رمضان أيوب:مرجع سابق، ص43

فالشخص المريض هو شخص معتل يحتاج للعلاج أو فحوصات دورية أي شخص يظهر عليه المرض كما يمكن أن يكون ميئوس منه .

أما **الشخص الحامل للمرض** يكون تلقّى الفيروس وقادر على نقله لغيره ولكن لا تظهر عليه أعراض مرضية كأن تكون فترة كمون أو حضانة ربما تمتد لسنوات عديدة ، المصاب هو شخص تلّقى الفيروس كذلك وقادر على نقله أيضاً ولكن ظهرت عليه الأعراض المعروفة للمرض والتي تنتهي بتدمير جهازه المناعي.

وعليه فتعريف المرض في بحثنا هذا ما هو إلا مظهر من مظاهر رد فعل داخلي للجسم ضد البيئة الاجتماعية، و مدى قدرته و تكيفه لمواجهتها (البيئة الاجتماعية) سواء كان ذالك وراثيا أو عضويا الذي يؤدي إلى فقدان الصحة كليا أو جزئيا .

ونقصد "بالبيئة الاجتماعية ذلك الإطار من العلاقات الذي يحدد ماهية علاقة حياة الإنسان مع غيره، ذلك الإطار من العلاقات الذي هو الأساس في تنظيم أي جماعة من الجماعات سواء بين أفرادها بعضهم ببعض في بيئة ما، أو بين جماعات متباينة أو متشابهة معاً وحضارة في بيئات متباعدة، وتؤلف أنماط تلك العلاقات ما يعرف بالنظم الاجتماعية، وقد عرفها محمد عاطف غيث في قاموس علم الاجتماع " بأنها كل ما يثير سلوك الفرد أو الجماعة ويؤثر فيها وقد أدخل علماء النفس في تعريفهم للبيئة الاجتماعية المصادر الداخلية للمثيرات، أما علماء الاجتماع بوجه عام يؤكدون دراسة الظروف والحوادث الخارجة عن الكائن العضوي سواء كانت فيزيقية أو اجتماعية أو ثقافية"[1].

- تعريف السيدا :

هو مرض يطرأ على الجسم إما وراثيا أو عدوى يسببه فيروس وهو كائن دقيق لا يرى بالمجهر الالكتروني يطلق عليه اسم فيروس العوز المناعي البشري (VIH) و ينجم عنه عجز الإنسان عن مجابهة سائر أنواع الجراثيم ، كما يطلق عليه اسم الايدز أو فقدان المناعة البشري.

[1] محمد عاطف غيث:قاموس علم الاجتماع ،القاهرة ،الهيئة المصرية للكتاب ،1976 ،ص160

- الشخص الحامل لفيروس العوز المناعي البشري(VIH) :

هو الشخص الذي ثبت مخبريا إصابته بفيروس العوز المناعي البشري و لا يظهر عليه ما يشير إلى الإصابة بالمرض ،و يبقى المصاب ناقلا لها مدى الحياة .

-الشخص المتعايش بفيروز العوز المناعي البشري(VIH):

هو الشخص المدرك و لديه قبول لمرضه كشخص حامل لفيروس السيدا من خلال تكيفه مع المرض والتغيرات التي تحدث في سلوكه و نمط معيشته و متطلبات علاجه .

صعوبات البحث

لقد وجهتنا عدة صعوبات خلال القيام بالبحث نذكر أهمها

- انعدام دراسات سابقة حول الموضوع او شبيهة تخص المراة المتعايشة بفيروس السيدا
- انعدام أوعدم توفر المراجع الأساسية الخاصة بالبحث بالمكتبات الجامعية وكذا صعوبة الحصول على بعض المراجع الثانوية التي لها علاقة بالبحث لعدم تواجدها بالمكتبة الجامعية عند طلبها في كل مرة. ومن اجل الأمانة العلمية فان بعض المراجع الأساسية ثم العثور عليها عبر ألنت NET على شكل pdf بمساعدة بعض الاصدقاء وكذا توفورها في المكتبات الالكترونية والتي سوف باذن الله تكون مصحوبة في قرص ضاغط مع الرسالة
- صرامة الاجراءات داخل المستشفى للقيام ببحث حول أي مرض وذالك المرور بعدة مصالح مختصة كالوزارة الصحة و وزارة التعليم العالي لهذا اقتصرت باجراء 30 مقابلة سرية بمساعدة الاصدقاء وكذا جمعية التضامن لمكافحة السيدا في ملئ الاستمارة واسترجاعها

الفصل الثاني:المراة و الواقع الاجتماعي

مدخل:

إن معالجة وقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا ،هو لمس أو التطرق لأحد المشاكل الصحية والاجتماعية الأكثر صعوبة في العلوم الاجتماعية لما لها من اتجاهات و اديولوجيات مختلفة في تفسير مفهوم المرأة و كشف عن أوضاعها ، قبل تناول جانب واحد من واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا يجب النظر في واقع المرأة كأكل والكشف عن مكانتها و دورها ومشاكلها في المجتمع .

على هذا الأساس سوف نتطرق في هذا الفصل إلى تشخيص واقع المرأة الاجتماعي كما يلي :

المبحث الاول:مفهوم المرأة من منظور النوع الاجتماعي والمجتمعي

تمهيد

ياخذ مفهوم المراة مختلف الابعاد و يختلف تحيده باختلاف اللغة الاصلية التي ينتمي اليها التعريف في حد ذاته(فرنسية ،انجلزية ،عربية)لكن هذا لا يعني ان التفسيرات التي عرفت بها المراة بعيدة عن بعضها البعض بالعكس فهي كثيرا ماتكون مشتركة و موحدة ، لهذا عندما نتحدث عن مفهوم المرأة فإننا نتحدث عن صفات أساسية التي تدخل في التعرف على الأشياء وتصنيفها و التميز بينها و بين غيرها وعليه نجد مفهوم المرأة يختلف من شخص لأخر رغم استعمال الدائم لمفهوم المراة لدي المفكرين والادباء الا انهم يختلفون في تعريفهم و نظرتهم لها وذالك حسب اختلاف المراحل التاريخية وحسب اختلاف المجتمعات ، اذا نجد مفهوم المراة من المفاهيم الاكثر جدالا في العلوم الاجتماعية و الانسانية باعتبارها وليدة البنية الثقافية و الايديولوجية و اسياق التاريخي الاجتماعي، لما لها من قيمة اجتماعية التي تجسد المجتمع كمعطى عالمي ولم تعد مفهوم ساكن يقتصر على المعنى السلبي و النظرة الدونية بل اصبح يحمل بعدا اشمل يتضح من خلال التعريف التي وضعته المنضمة العالمية لصحة (OMS) لمفهوم الجندر (النوع الاجتماعي) لنهوض بالمراة ، لهذا عندما نتكلم عن المرأة يخطر لنا عادة معنيان مترادفان الأول المرأة كونها جنسا أو نوعا يختلف عن الرجل و المعنى الأخر كون المرأة كزوجة نتحدث عنها بعد مرحلة

الطفولة إي أنها نصف المجتمع و مع ذالك فان مفهوم المراة من منظور النوع الاجتماعي يختلف عن مفهوم الجنس فهذا الاخير يشير الى اختلافات بيولوجية بحتة في حين يشير مفهوم النوع الاجتماعي الى التفرقة بين الذكر و الأنثى على اساس الدور الاجتماعي لكل منهما وهو مفهوم ثقافي نسبي لانه يختلف من زمان لزمان ومن مجتمع لاخر ويشكل نظرة المجتمع لادوار و امكانيات و حقوق و وجبات كل من المراة و الرجل بمعنى هو الهوية الجنسية للفرد كذكر او انثى كما تحددها الثقافة و المجتمع ، ومن زاوية أخرى هناك (الذكر والأنثى)، وهي تقسيمات تخص الجنس، وهناك (الذكورة والأنوثة)، وهي تقسيمات تخص النوع، وليست هناك اختلافات جوهرية في مظاهر الجنس بين المجتمعات المتعددة، ولكن هناك اختلافات كبيرة بين هذه المجتمعات في مظاهر النوع.

ومن هنا يظهر مفهوم المراة كعنصر اساسي لفهم مختلف الجوانب التي تتماشى معها و تؤثر فيها باعتباره من القضايا **المجتمعية** التي تناولها كثير من الباحثين والدارسين وعليه سوف نحاول عرض بعض التعاريف كالأتي :

1-مفهوم المراة من منظور النوع الاجتماعي

ان مصطلح جندر النوع الاجتماعي استخدام لاول مرة من قبل ان اوكلي و زملائها من كتاب في سبعنيات القرن الماضي وذالك لوصف خصائص الرجال و النساء المحددة اجتماعيا في مقابل تلك الخصائص المحدد بيولوجيا غير ان البعض يرجع استخدام المصطلح و انتشاره يعبر عن حقيقة مضمونه وتطبيقاته حاليًّا في قضايا المرأة وقضايا الشواذ[1].

[1] فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم :الجندر..غزو ثقافي" مواجهة تربوية من منظور اسلامي"، القاهرة ،عالم الكتاب،ط1، 2008 ،ص26

وكاتجاه عام فان مصطلح النوع الاجتماعي تعرفه منظمة "الصحة العالمية" على أنه "المصطلح الذي يفيد استعماله في وصف الخصائص التي يحملها الرجل والمرأة كصفات مركبة اجتماعيًّا، لا علاقة لها بالاختلافات العضوية"[1].

و في هذا السياق يرى انصار مفهوم الجندر او النوع الاجتماعي ان الادوار الاجتماعية تحدد النوع الاجتماعي كاطار يفسر قضية المراة من خلال اعادة توزيع القوة و النفوذ بين الجنسين وذالك بمراجعة توزيع الادوار و الفرص .

وبالتالي انصار النوع الاجتماعي يرو ان مفهوم المراة هو نتاج حتمي لتوقعات المجتمع حسب رموز اجتماعية لدورها فهي تعتبر أما تربي الأطفال و تنظف البيت و توفر الراحة لرجلها سواء عبر تربية أبناءه أو جنسياً.... ورغم كل هذا، لم تحصل المرأة على المكانة المثالية التي تضعها في مقام الرجل .

2- مفهوم المراة من منظور مجتمعي :

هناك العديد من التعاريف في الواقع المجتمعي للمراة والتي تضعف من معناها و ترسخ دونيتها ضمن الموروث الثقافي من اجل انتزاع حقوقها واخضاعها لرجل في اطار صراع معنوي ومن بين تلك التعاريف نجد:

- **تعريف المرأة لغة :**

المراة لغة مشتقة من مرأ ومرئ الطعام أي ساغ له وهنأ، والمرأة ما يقابل الرجل أصله امرأة وسقطت الهمزة وجوبا عند التعريف ، وجمعها النساء(من غير لفظها)، هذا باختصار هو التعريف الذي نجده في جل المعاجم العربية، أما في معاجم اللغات الأجنبية الفرنسية منها على وجه الخصوص فان هذا التعريف لا يتجاوز هو الآخر كون المرأة شخص من جنس الإناث أو زوجة أو رفيقة للرجل، كما انها من فعل "مرأ "ومصدرها المروءة ونعني كمال الرجولة أو الإنسانية ومن هذا كان الإنسان،والمرأة مؤنث الإنسان

[1] فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم :مرجع سابق، ص ص45-48

..ويعرفها **معن خليل عمر** :" أنها الشق الثاني من الإنسان المعمر على وجه الأرض"[1] ؛ و لا يوجد في اللغة العربية جمع لكلمة امرأة لدى استخدمو لفظ نساء يخص المراة دون الرجل ، وقد جاءت من نسأ ينسأ ونسيء هي المراة المضنون بها الحمل و يقال :مراة نسئ كالنسوء على فعول و نسوء و نسوة ونساء اي تاخر حيضها ورجي حملها و النسوة و النسوة و النسوان جمع المراة على غير قياس[2]، فهي حالة فصاحة في اللغة العربية بينما في اللغة الغربية وبالاخص في اللغة الانجلزية ليس للمراة من وجود الا داخل مصطلح الفحولة ولننظر في هذه الكلمات :

Main { wo–man, Hu–man, Man–kind }

حيث تكون المراة مجرد اضافة لفضية الى الرجل ولو حذفنا كلمة رجل (man) لضاعت وسائل المراة من الوجود في اللغة ،و كذا مصلح انسان (hu–man) ومصطلح البشريةman–kind [3].كما تظهر المراة في كل الثقافات العالم على انها مجرد (معنى)من معاني اللغة نجدها في الامثال والحكايات وفي المجزات و الكنايات[4] .

– تعريف المراة في ذاكرة التاريخ الانساني :

ان الحديث عن المراة في البعد الانساني المتنوع والمتحرك المواقع، يثير الكثير من المفاهيم التي يحملها الناس في النظرة إليها مما ادى الى نوع من القسوة و الاحتقار في التعامل معها على صعيد الواقع، أو إلى فقدان ثقتها بنفسها من خلال الإيحاءات المختلفة المؤثرة في شعورها وإحساسها بالحياة من حولها ونظرتها إلى المسئولية الملقاة على عاتقها، و من المفاهيم التي يشتد حولها النقاش هي تلك النظرة العامة الى المراة انها اداة للخدمة داخل او خارج البيت اكثر منها انسانة لها عقل وكيان لهذا تظهر المراة كانها

---

[1] معن خليل عمر : علم الاجتماع الأسرة ، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ط1 ، 1994 ، ص170

[2] عبد الرحمان البرقوقي:دولة النساء،معجم ثقافي اجتماعي لغوي عن المراة ،بيروت،دار ابن حزم للطباعة و النشر و التوزيع،الطبعة الاولى، 2004،ص39

[3] عبدالله محمد الغذامي :المراة و اللغة ،المركز الثقافي العربي ،بيروت /الدار البيضاء ،الطبعة الثالثة ،2006،ص22

[4] نفس المرجع ،ص8

هي (كائن طبيعي) مطلق الدلالة وتام الوجود من حيث الاصل ولكنها تحولت بفعل الحضارة و التاريخ الى (كائن ثقافي) جرى استلابها و بخس حقوقها لتكون ذات دلالة محددة و نمطية ليست جوهرا وليست ذاتا وانما هي مجموعة صفات تطلق على المراة لتعرفها [1] .

وعليه فان التصور الاعتقادي القديم لمفهوم المراة كاالهة و جنس مقدس اعطى السيادة الشرعية للام في المجتمعات ما قبل العبودية لكن الطور الجديد كان يفرض تحويلها و تشويها الى جنس تابع عند ظهور مفهوم المراة على انها خطيئة الجسد واستمر هذا المفهوم عبر الزمن مقيم في ضمير كل البشر على اختلاف عقائدهم و دياناتهم، هذا ماتعلن عنه كل الكتابات سقراط و افلطون و دروين و شوبنهور و نيتشيه و المعري و العقاد ،و وفق العصور التارخية تارجح مفهوم المراة حسب النظرة و التصور لكينونتها الى وقتنا هذا فمنهم من عرفها على انها مخلوق للتكاثر والإنجاب , وتتلقى البذرة كالأرض , ويجب عليها التقشف في الممارسة الجنسية , وهي ناقصة عقل ودين , تعتبر موضوعا وليس ذاتا , متعلقة اقتصاديا بالرجل المفضل عليها بما ينفقه من مال , حيث يجب أن تخضع لسيطرته وإشرافه وحمايته .

ومنهم من يرها مصدر للشهوة والإثارة والشرور, ولهذا فلا بد من التزامها وإبقاء الحاجز بينها وبين مجتمع الرجال وكل تعدي من أحد الجنسين على دائرة الآخر يغير اجتماع يؤدي للهلاك الأبدي وخراب المجتمع كما يرون أن ما يحل بالمسلمين والعرب يعود بالدرجة الأولى إلى شرود النساء عن هذه الأفكار[2] بأن المراة مخلوق تابع وضعف ومحكوم وناقص عقل وعدم قدرتها على مجارات الرجل الا ان عندما جاء الاسلام كانت اول مهماته بعد نشر الايمان بالاله الواحد خالق السموات و الارض هي حد من

[1] عبدالله محمد الغذامي :مرجع سابق، ص 16

[2] عبد الهادي عباس : المراة و الأسرة في حضارات الشعوب و أنظمتها , الجزء الثالث , ط1،دمشق،دار طلاس للدراسات و الترجمة و النشر1987 , ص326 -321

جبروت الرجل و تحجيم امتيازاته و تهديب بعض سلوكياته و تهدئة عصبيته وإخراجه من عالم غلظة الطبع وجفاء المعاملة الى عالم الرافة و الرحمة و التعاطف و خلق جديد بمرتكزات و منطلقات جديدة من خلال تشريعاته و من خلال اعادة صياغة بعض الاعراف و المفاهيم التي تبناها من مجتمع الذي سبقه ،لتلائم دعوته وتطلعاته فالاسلام يعرف المراة على انها انسان و هذه الكلمة وردت في اللغة العربية كما ذكرنا سابقا ،وقد وردت كلمة انسان في القرآن اكثر من خمسة و ستين مرة وهذا من باب تاكيد على ان الاسلام خاطبة الانسان بصفة عامة ،ولا يضع فارق بين الذكر و الانثى الا في بعض الاختلافات في تطبيق العبادات وعقائد و معاملات وذالك حسب التكوين الجسماني لكل منهم.

وبما اننا نحاول اعطاء مفهوم المراة في الاسلام ،فلا يمكن ان نغفل الدور السلبي الذي مارسه بعض المتحدثين ،ولاسيما ان الدين يلعب دور كبير وفاعلا في تكوين شخصية الفرد و بنيته الفكرية و الثقافية وعلاقاته الاجتماعية ،فقد ادخلو في عقول شريحة كبيرة من الاشخاص مفاهيم مغلوطة نتيجة تفسيراتهم وتاويلاتهم التي تحمل سمة ذكورية بعيدا عن الدين و منهجه.

فالمراة كانثى في نظام الحياة مخلوق اصيل اصالة الذكر تتمتع بالانسانية باهلية روحية و اخلاقية كاملة هي و الذكر يصنعان الوجود و يحافظان على استمرارية الحياة لهذا نجد بعض الكتاب من يسترجع اهميتها ونهوض بها في تعريفاتهم لها ، اذ نجد" فاطمة المرنيسي تصف النساء في الخطاب الانثوي كجنس من العملاقات يتصارعن يوميا وبطريقة مباشرة ضد الوحوش المدمرة التالية : البطالة , الفقر , والعمل المنحط ثم تضيف" باختصار لا تعثر في الخطاب الأنثوي على حالة واحدة تقدم الرجل على أنه الكائن القوي الراعي , والمراة على أنها الكائن الضعيف الذي ينتظر من الرجل الوقاية والكرم[1] .

[1] علي أفرقار : صورة المراة بين المنظور الديني و الشعبي و العلماني ، ،دار الطليعة، بيروت،ط1 ، 1996 ،ص 106

كما نجد نوال السعداوي ترى " أن الأنثى هي الأصل باعتبار أن الجنين ينشأ أصلا أنثى وليس مزدوج الجنس , ومن ثم فلا يحق لأي امرئ أن يعتبر الذكر هو الأصل بغض النظر عن من الأسبق في الوجود . كما أن الأنثى تماثل الذكر بيولوجيا لكون الهرمونات المؤنثة والمذكرة تجري في الجنسين في مختلف مراحل العمر , إلا أنه نتيجة للتربية الذكورية فإن الرجل يعاني من عقد نفسية متعددة تجاه المراة ,والجنسان متماثلان على المستوى البيولوجي , ومن حق المراة المطالبة بالمساواة بين الجنسين على المستوى الاجتماعي والقانوني , وخاصة أن " نوال السعداوي " تضن أن كل مشاكل النساء أساسها الرجال وليس شيء آخر. تملك المراة صفات القوة أكثر من غيرها في الجوانب الجسمية والعقلية والعاطفية والجنسية ... فهي مصدر الخصوبة وتحديد النسب ومصدر الخلق , ولذلك كانت تقدس وتعبد في العصور القديمة , بالإضافة إلى ذلك أن الرجل يعيش تحت رحمتها العاطفية والجنسية , وبالتالي فلا مبرر لعدم مشاركتها الرجل في كل نشاطاته والمساواة بينها وبينه على المستوى الاجتماعي[1]

و نتيجة هذا التاريخ الراسخ تقلص مفهوم المراة واصبح مجرد جسد وتم استثمار هذا الجسد ثقافيا ودفع المراة لان ترى نفسها على انها جسد مثير وصارت تسعى الى ابراز هذا المعنى فيها و تهتم بجسمها اكثر من عقلها فالنظرة االسائدة عنها انها جسد يمتلكه الرجل ،جسد يغطى حسب بعض القيم الدينية السائدة في البلاد العربية ،او جسد يعرى ليلبي احتياجات الاستهلاك و تغير موضة الازياء و انتاج المصانع الراسمالية من مساحيق زينة و تجميل وسواء تغطت او تعرت فالمعنى واحد هو انها جسم فقط ،لهذا يعتبرونها مفهوما ثقافيا و تصورا ذهنيا وليس قيمة طبيعية جوهرية و يتم تغييره من اجل اعادة تشكيله مثلما يفعل الصنيون الذين يثنون اقدام البنات في الصغر حتى تكبر باقدام مثنية و تظل تمشي مشية القطاة الى الغذير[2].

[1] علي أفرقار : مرجع سابق ،ص112-117
[2] عبدالله محمد الغذامي :المراة و اللغة،مرجع سابق،ص57

و تناولت الكاتبة الفرنسية سيمون دي بوفوار مسالة الذكورة و الانوثة في كتابها الجنس الاخر تستعرض فيه وجهات نظر البيولوجيا و التحليل النفسي و المادية التاريخية حول المرة فهي تعرف المرة : فالمراة اذن :تعني السلبية المعاكسة للنشاط و التعداد المهدد للوحدة ،و المادة المقاومة للقاعدة ،و الفوضى المناوئة للنظام[1] .

- تعريف المراة في الامثال الشعبية

نقرا هنا وهناك كتبا ومقالا و حكايات و اقاصيص حول المراة وطبائعها والتي تصفها بالضعف،التبعية ،الحيون ،الشريرة .....التي تلتصق بالمراة .فهذه الصور اصبحت تنقل بين الافراد في مختلف المجتمعات عبر الامثال الشعبية التي هي بمثابة الموروث الثقافي ،وهذا الامر يستدعي منا تفسير مفهوم الامثال الشعبية لاستنطاق مفهوم او تعريف المراة .

وعليه أخذت كلمة الامثال الشعبية من اللغة العبرية و معناها الحكاية و الاسطورة ،و تكمن اهميتها كجزء من تراث الشعب في قدرتها على تصوير البيئة الروحية و الفكرية و التربوية للمجتمع بالمعنى الظاهري و الباطني فهي تعكس المضامين الدلالية لقيم المجتمع، و حسب راي مالينوفسكي فهي ليست مجرد شكل من اشكال الفكلور او مستند اثنوغرافي خاصا باحوال الشعوب وانما هي في الواقع عمل كلامي يدعو قوة معينة التي التحرك في اعتقاد الذين يصدر عنهم هذا الكلام انه يؤدي الى اقوى انواع التاثير على مجرى السلوك الانساني [2]وعليه فان تعريف المراة من خلال الامثال الشعبية قد لا تبتعد عن هذا التصور ،وقد عرفت المراة في عدة محاور سواء كانت اقتصادية او اجتماعية و هي في الغالب تتضمن معاني باطنية وظاهرية تعطي وصفا لها مستوحى من تراث ديني و قيمي يتميز بصفة ذكورية واضحة وتوصف وتعرف على انها جارية حمقاء و خرقاء و خائنة و صانعة مكائد و سيئة الخلق و مستهترة وعلى انها تصدر الكيد و الفتنة وهذه التعاريف و الصفات مثبوثة في كل ركن من اركان الأدب الشعبي،في الأساطير

[1] سيمون دي بوفوار: الجنس الاخر، تر:لجنة من أساتذة الجامعة،دار الاهلية لنشر و التوزيع ، عمان ،2008 ،ص46
[2] خديجة صبار:المراة في الميثولوجيا و الحداثة،بيروت ،افرقيا الشرق،1999،ص43

والحكايات و القصص والأمثال فمنها من تسخر من المرأة و تنقدها نقدا لاذغا و مستهجنا وتجعل منها مخلوق لا قيمة لها مهما بلغت من المراتب، ومنها من تضعها في مرتبة الحيوانات و الأشياء لإعطائها الصفة الدونية ،وعليه فالأمثال تعرف المرأة بأسلوب وصيغ سجعية سهلة للحفظ تجعلها تستقر في الذاكرة الشعبية كالتراث مأثور .

- تعريف المراة في علم النفس

يرى علم النفس ان المراة انسان وهي ذات جهاز نفسي معقد لتعرضها لضغوط هائلة لهذا يعتبرها من الناحية النفسية قوية وجبارة فهي تختلف في سلوكها وبنيتها عن الرجل كما يرى فرويد أن النساء أشباه رجال لا يملكن حياة الرجال ويحسدن الرجال بشكل دائم، ونتيجة ذالك فهي تختزل كل ماهي سلبي ،ولا تساهم في قيام الحضارة الانسانية بشيء ،فهي لا ترى نفسها الا من خلال الرجل ،بمعنى انها لا تملك استقلالا ذاتيا في تقيم وضعيتها النفسية والجنسية و الاجتماعية[1] ،وبعد مرور خمسين عاما من ممارسته التحليل النفسي فإن موقفه من تحرر المرأة لم يختلف، فقد أجاب عن سؤال وجهه إليه أحد طلبته حول مساواة الرجل بزوجته في العمل، بأن تلك مسألة مستحيلة عملياً،لأن تفوق الرجل أمر حتمي،ولمعرفة المراة يجب تشخيص ماهية البنية النفسية لها .

-البنية النفسية للمراة :

حسب علم النفس تتكون البنية النفسية للانسان من المكونات التالية :

1- الانا ، 2- الهو ، 3- الانا الاعلى وبهذا يكون زعيم مدرسة التحليل النفسي فرويد قد قسم النفس ومكوناتها "فالانا الأعلى و الانا و الهو ،تلكم هي الامبرطوريات،الاقاليم،المناطق التي تقسم الجهاز النفسي بينها "[2] .

[1] عز الدين بوشيخي :المراة العربية المعاصرة ،الانتماء الحضاري و البعد السيكولوجي،مطبعة مكاتب مكناس،المغرب ،ط1 ،1984،ص23

[2] مجموعة من المؤلفين :مراجع الشخصية ،تر:وجيه اسعد،منشورات وزارة الثقافة ،دمشق ،2004،ص119

وعليه فالنفس البشرية تعمل وفق آليات محددة ،وهي ذات تركيب متفاعل ومعقد تصطدم فيه الانفعالات و الصراعات الداخلية لذالك تكون المرأة مضطر للدفاع عن نفسها لتحقيق الامن و الاستقرار ضد نزعاتها الغريزية الدفينة من جهة ،وضد التطاولات الخارجية من جهة أخرى وهي كذالك تيار انفعالي يسير دائما نحو الاعتدال، في الحالة العامة السوية تحت إمارة الأنا الأعلى الذي ينهض بها لتكون محافظة على كرامتها و توجهها، للحفاظ على القيم و المثل الاجتماعية مما جعل الأنا في حالة جحيم ،وهذا ما يفسر القلق الدائم الذي يعتري المرأة في حياتها و وجودها الاجتماعي .

ويقرر فرويد ان البنية النفسية للمراة بنية معقدة بحكم طبيعتها الانثوية ولعل اهمها عقدة الخصاء التي تعتبر نقطة تحول هامة في حياتها وهي مركب النقص الناتج عن فقدنها مايملكه الذكر و حسدها اياه وينشب منها ثلاث مجار من التطور ،اولها يعود الى الكبح الجنسي او العصاب وثانيها يقود الى تعديل الخلق باتجاه العقدة الذكرية ،وثالثها يقود الى الانوثة السوية[1] ، وكذالك العقدة الدونية المثمتلة في ثلاث انوع من الشعور بالدونية الشعور الاول شعور شخصي بالدونية تثيره ظروف الحياة والثاني شعور جماعي بدونية من جراء انتمائها الى سلالة انثوية و الثالث عقدة الحصر الناجمة عن الوضع الاوديبي التي تعود الى تربية المراة تربية قوامها الكبت و المنع و الترهيب مما يزيد من ازماتها العصبية بتطور المجتمع وتقدمه مما افسد نظرتها الى الحياة ولا تعرف ماتصنع حيالها .

وتبقى المراة ذالك الكائن المستعصى على علم النفس لغموضها وعمق نفسيتها وهذا ما اعترف به فرويد "بانها لغز عجز الرجال عن اكتشافه "[2] فهو لا يرى في المراة كائنا انسانيا .

-تعريف المراة في علم الاجتماع

تبدو المراة في علم الاجتماع انسانا فارقا ،لذالك تحفل مكتبة علم الاجتماع بوفرة الدراسات المختلفة حول المراة وقضاياها في المجتمع ،ويعرفها علم الاجتماع على انها كائن مشحون بمعطيات ثقافية التي ينتجها

[1] عز الدين بوشيخي :المراة العربية المعاصرة،مرجع سابق ص23
[2] نفس المرجع،ص34

المجتمع وقد قبلت بما اطلق عليها من ضعف و تدني ،كما يرى الباحث الاجتماعي" ان اضطهاد المراة وتهميشها لم يكونا في الحقيقة بسبب العامل البيولوجي او الديني او النفسي وانما بسبب العوامل الاجتماعية والطبقية و الاعراف و القيم الذكورية التي تنتج عن مصالح الرجل في الهيمنة و الاستحوذبها واخضاعها لمشيئته وهو اساس عدم المساواة بين الجنسين و الصراع الازلي بينهما" [1] ،وقد تعددت تسميات هذا الاضطهاد وتنوعت مصطلحاته باختلاف المجتمعات ،لهذا كثيرا ما تظهر صورة المراة في مجتمع ذو ثقافة ذكورية (مجتمعات بطريركية) ظهورا ثانويا في بعض ادورها التي يحتاجها المجتمع على انها امراة قاصرة ومستغلة وبالاخص على صعيد المجتمعات الشرقية فقد كشفت الدرسات على ان المراة انسانا داخليا لا يستقيم خروجه من بيته،وان خرجت من بيتها حتى تلاحقها الشكوك وتعتريها الظنون ،عكس الرجل الذي هو انسان الخارج ،وهذا ما جاء به جون جاك رسو بقوله "فطر الرجل طبيعة على الحياة الخارجية ،بينما فطرت المراة على مكانها داخل الاسرة "[2]

مما يعود ذالك على المراة بالخيبة ويشعرها بعدم جدواها في المجتمع ويجعلها معرضة لكل الامراض الاجتماعية و النفسية و الجسدية.

3-الفوارق بين المراة و الرجل :

تأتي أهمية التطرق إلى هذا الاختلاف من باب الكشف عن واقع المراة ومدى اختلافه عن الرجل في المجتمع من خلال فهم العلاقة المتبادلة بين الرجل والمرأة من جهة، والقدرة على إدراك مدى تأثير الاختلاف بين الرجل والمرأة على بناء المجتمع و سلوك الحياة الاجتماعية و الصحية من جهة اخرى.

قبل التطرق للفروق الجنسية بين الرجل و المراة، يجب التمييز في البداية بين بين كلمة الجنس(sex) والجندر ، فيقصد بالأولى :الذكر والأنثى،و يحتوي المعنى الواسع لكلمة جنس وجنسانية (Sex,sexuality)على مجموع الطبائع الجسمية والفسيولوجية الخاصة بالذكور(جنس ذكر) والاناث

[1] ابراهيم الحيدري:النظام الابوي واشكالية الجنس عند العرب،دار الساقي للنشر و التوزيع،بيروت،ط1، 2003 ،ص13
[2] منيرة حيدر:المراة هموم وتطلعات ،دار يعرب للدرسات و النشر و التوزيع ،دمشق سوريا،الطبعة الاولى ،2000 ،ص64

(الجنس الانثوي) كما أنها تخلق وتناسل فرقاً وفوارق ليس على مستوى البيولوجي فحسب، بل سيكولوجيا أيضا[1] في حين يقصد بمصطلح الجندر :الذكورة والأنوثة،و بأنه مجموعة من المواصفات، أو الأدوار الإجتماعية، والثقافية التي يتصف بها الرجل والمرأة، والتي تشكل حالة غير ثابتة وفقًا لمجموعة من المؤثرات الإجتماعية والسياسية والإقتصادية والزمانيةوالمكانية.و يعرفه قاموس

(The American Heritage Dictionary of English Language, Forth Edition,2011)

بأنه الهوية الجنسية الخاصة التي ترتبط بالمجتمع أو الثقافة وكلمة جندر (Gender) بوصفها كلمة مرتبطة بالفروع الإجتماعية،أو الثقافية تشير الى منظومة الخصائص و السلوك المتوقع من النساء والرجال في مجتمعاتهم[2]، و يعني الأدوار المحددة اجتماعيا لكل من الذكر والأنثى وهذه الادوار التي تكتسب بالتعليم تتغير بمرور الزمن وتتباين تباينا شاسعاً داخل الثقافة الواحدة ومن ثقافة الى أخرى ، وعليه تعتبر الاختلافات الجنسية بشكل عام اختلافات طبيعية لا يمكن تغييرها، في حين تعتبر الاختلافات الجندرية على الرغم من أنها تعتمد على الاختلافات الجنسية، اختلافات ناتجة عن عوامل اجتماعية وثقافية وتاريخية، قابلة للتغيير بتغير الزمان والمكان .ويمكن تلخيص هذا المصطلحين في الجدول التالي:

الجنس	النوع الاجتماعي
الفروقات البيولوجية بين الرجال والنساء	الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها الرجال والنساء
لا يتغير مع الزمن	يتغير مع الزمن و يتأثر بعوامل كثيرة
الفروقات بين النساء والرجال هي نفسها في جميع أنحاء العالم	تختلف الفروقات باختلاف العرق واللون والطبقة الاجتماعية والدّين والثّقافة والعمر والحالة الاجتماعية

[1] ربى حسن مفتاح، عبد الرحمان ابو شمالة:مسرد مفاهيم و مصطلحات"النوع الاجتماعي"، المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية" مفتاح" ،الطبعة الاولى، 2006،ص9

[2] معهد العناية بصحة الاسرة :دليل تمكين المرأة من الطفولة إلى الشيخوخة ،مؤسسة ملك حسين،بيروت،الطبعة الاولى ،2011،ص25

وقد اظهرت العديد من الدراسات ان هناك اختلاف في المقاربات التي ينتهجها البحثون في تفسيرهم لأصل الفروق الجنسية بين المراة و الرجل و يمكن تصنيفها في ثلاث مقاربات أو اتجاهات متعارضة ، ويتمثل **الاتجاه الاول:** في التفسير البيولوجي الذي يعتبر الاختلافات العضوية –البايولوجية اساس اختلاف بين الرجل و المراة التي يمكن توضيحها على الشكل التالي[1] :

– من الجانب التشريحي فيشير إلى التركيب الداخلي للأعضاء التناسلية وخاصة التي يمكن تشخيصها منذ الولادة

– من الجانب الفسيولوجي يشير إلى وظائف هذ الأعضاء ومن ضمنها يمكن ذكر القدرة الجنسية والتناسلية (المميزات الجنسية الثانوية.)

– ومن الجانب الهرموني يعني الغدد الصماء التي تسمح بتنشيط هذ الأعضاء وتطويرها منذ ظهور المميزات الجنسية الثانوية وتشغيلها حتى آخر الحياة، عبر المراحل المختلفة التي يمر بها الإنسان وأهمها يتمثل في الولادة، البلوغ، وسن اليأس.

وكان ابرز من استخدم هذه الاختلافات لدراسة شخصية المراة و الرجل من الناحية النفسية هو سيجموند فرويد الذي ربط بين العماليات العاطفية و الفكرية و المزاجية بالاختلافات الجنسية [2]، بينما في علم الاجتماع نجد بيار بورديوا يرى" ان الاختلافات البيولوجية اي بين الاجساد الذكورية و الانثوية وبشكل خاص الاختلاف التشريحي بين الجنسين ، يمكن ان يظهر اذا وكانه تبرير طبيعي المبنين structuré اجتماعيا بين النوعينGenres وبشكل خاص التقسيم الجنسي للعمل"[3] اي ان الفروق القائمة على اساس نفسي وفيزيولوجي مرهون بالمجتمع فهو مرتبط بوظيفة الحمل و الانجاب اي الي الفرق التشريحي في الاعضاء الجنسية وكذالك الفرق الهرموني و الصبغي ،فالبرغم من وجود فروق بيولوجية و فزيولوجية

[1] معهد العناية بصحة الاسرة :دليل تمكين المرأة من الطفولة إلى الشيخوخة،مرجع سابق ،ص26
[2] سامية مصطفى الخشاب،المراة و العمل المنزلي دراسة اجتماعية ميدانية،مكتبة الانجلو مصرية ،الاسكندرية،1983،ص185
[3] بيار بورديو:الهيمنة الذكورية ،تر:سلمان قعفراني،مركز دراسات الوحدة العربية ،بيروت ،2009،ص8

بين المراة والرجل الا انها لا تحدد انماط السلوك بينهما لانها تعتبر صفات تابثة و واضحة ،ولا يمكن العبث بيهما علما انه كانت هناك محاولات للتغيير في هذه الفسيولوجية بالنسبة للرجل و المراة ،فكانت النتيجة انتاج منسوخ بشري من المتحولين جنسيا لا يعرف مصيرهم و بالتالي فهي تقف كعلامة استفهام كبير امام دعاة المساواة المطلقة بين الرجل و المراة ومن هنا تم التركيز على الجندر Genre في التيارات النسوية المتعددة و التي ظهرت في أمريكا، ضمن مرحلتها الثانية من التطور(الستينيات والسبعينيات) حيث ركزت الحركة في تلك المرحلة على فهم أسباب الاختلاف بين الرجل والمرأة من الناحية الفيزيائية والنفسية، بدلا من الانشغال بكيفية حصول المرأة على المساواة مع الرجل؛ إدراكا منها بأن السبيل إلى محاربة التمييز والحصول على المساواة هي فهم أسباب هذا التمييز .وعلى الرغم من ظهور عدة محاولات لإدراك أسباب اختلاف المرأةعن الرجل، إلا أن الاختلافات الجنسية بين الرجل والمرأة كانت تعتبر السبب الرئيسي في الظلم الواقع على أجسام النساء و توضح اسس الاختلافات الحياتية و ما تعكسه من اختلافات في المجالات النفسية و الاجتماعية .

ولعل دراسة المراة بيولوجيا تجعلنا نكتشف الفرق بين الرجل والمراة من خلال مقال علمي بعنوان دماغه ودماغها في اهم النقاط التالية [1]:

- وجد الباحثون سلسلة مذهلة من الاختلافات البنيوية والكميائية و الوظيفية بين دماغ الذكر ودماغ الانثى
- ان اجزاء من القشرة الدماغية الامامية مركز كثير من الوظائف الادراكية العالية هي اكبر عند النساء مما هي عند الرجال كما هي الحال في اجزاء من القشرة الدماغية الطرفية التي ترتبط بالاستجابات الانفعالية
- ان اجزاء القشرة الدماغية الجدارية الخاصة بجدار الراس الخلفي الاعلى التي تستخدم في ادراك

[1] كهيل لارى:دماغه ودماغها،تر:جعفر جميل ابو ناصر،مجلة الثقافة العلمية،العدد136،ماي –جوان2006،صص(66-75)

الفضاء (الحيز) هي اكبر عند الرجال مما هي عند النساء كما هي الحال في الاميجدالا وهي النتواء اللوزي و هو المكان المخصص في المخ للاحتفاظ بالمشاعر المتعددة وهو الجزء المتخصص في الامور العاطفية وهي الحالات التي يطلق عليها احينا (العمى الانفعالي Affective Blindness) ويؤدي العجز عن المشاعر العاطفية الى ان يفقد الانسان القدرة على التواصل مع الاخرين وان قرن امون the hippocampus هو المكان المخصص في المخ للحفاظ بالمعلومات و الارقام وان لدماغ المراة قدرات رفيعة .

- ان عند النساء خلايا عصبية بكثافة اعلى في اجزاء من الفص الصدغي من القشرة الدماغية ذات العلاقة بالصياغة اللغاوية و القدرة على الفهم.
- ان حجم قرن امون اكبر عند النساء منه عند الرجال ،هذه الفوارق التشريحية قد يكون لها علاقة باختلاف طرق الملاحة عند الذكور و الاناث
- وجد الباحثون ان النسبة الامامية بين المدار الامامي و الاميجدالا orbitofrontal-to amygdal ratio (OAR) عند النساء اكبر منها عندالرجال، مما يمكن المرء ان يخمن بان النساء عموما اكبر قدرة على السيطرة على ردة فعل و انفعالات من الرجل.
- ولقد لاحظ العلماء ان القدرة التي تصرفها المراة في اعمالها تختلف عن القدرة التي يصرفها الرجل في الاعمال ذاتها وصنفها الان نورس في الجدول التالي[1] :

عدد الحرارات حسب الجنس / الاعمال المنجزة	نساء	رجال
في الاستلقاء اثناء الراحة	0.98	1.19
في الوقوف	1.11	1.25
في اعمال المكتب	1.72-1.31	1.6

[1] نورس الان:جسم الانسان،تر :حسن قطراوي،منشورات وزارة الثقافة ،دمشق ،1970،ص307

في تقشير البطاطة	1.29	2.7
في غسل الصحون	1.53	3.3
في غسل الملابس	3.3	3.56
في المشي	2.9	5.1
في ترتيب السرير	5.4	7
في التزلج على الجليد	10.8	9.9

كما قدم لنا الان نورس قائمة ببعض الاختلاف كالاتي[1] :

القياس	نساء	رجال
وزن القلب	227غ	284غ
كمية الدم	0.875غالون	1.5غاليون
مساحة سطح الجلد	1.21 م2	1.85 م2
نسبة الماء من وزن الجسم	%54	%60
نسبة العضلاة من وزن الجسم	%36	%24
نسبة الشحوم من وزن الجسم	%28	%18
نسبة العظام من وزن الجسم	%18	%18
متوسط طول العمود الفقري	21سم	71سم
عدد الحركات التنفسية في الدقيقة اثناء النوم	20-22	14-18
عدد كريات الحمراء في المتر المكعب من الدم	2400000-	4600000-

اما **الاتجاه الثاني** :فيتمثل في التفسير المؤسسي للاختلافات بين الذكر و الانثى القائم على الاختلافات الجنسية التي تنتجها و تعيد انتاجها مجموعة من المؤسسات الاجتماعية كالأسرة ، المدرسة ، وسائل الاعلام... من خلال تحديد الادوار الاجتماعية لهذا تعتبر الاسرة مؤسسة اجتماعية الاولى و الهامة التي تعمل على ترسيخ الاختلافات بين المراة و الرجل[2] من خلال عملية التنشئة الاجتماعية القائمة على نظام

[1] مرجع سابق ،ص308-309
[2] معن خليل عمر :علم اجتماع الأسرة، مرجع سابق، ص186

تقسيم العمل لهذا تعتبر وحدة منظمة و محافظة لكل انواع السلوك التي يخضع له الافراد من معتقدات دنية و خلقية و سلوكات اجتماعية بحيث يتعرض كل من الذكور و الاناث منذ الطفولة الى عماليات تربوية متباينة ومعاملات مختلفة تعكس الى حد كبير ادورهما المستقبلية كما انها تتضمن اعترافا بالاختلاف الكائن بين الرجل والمرأة إلى درجة انه يوجد ميل يؤكد ان الذكورة هي مقياس السلطة، الرئاسة و القوة التي ترتب عنها التمييز الجنسي[1] وعليه فاذا قام الفرد بممارسات الجندرية لا تناسب نوعه البيولوجي أي بسلوك منحرف فان تفسير هذا السلوك يكمن في قصور او خلل في التنشئة الاجتماعية وعليه فان التنشئة الاجتماعية تحدد هوية الفرد الجندرية .

الاتجاه الثالث:الاتجاه النفسي الاجتماعي للاختلافات الذكر و الانثى التي ترى ان الفروق الجنسية بين المراة و الرجل ماهي الا نتيجة لتصورات الاجتماعية و تعتبر ان كل من الجنس والجندر نتاجا اعيد بناؤه او تصوره اجتماعيا مثل ما جاء في تفاسير الظاهرياتين (الفينومينولوجيين)لاقاعات مفردات الحياة الاجتماعية اليومية المستحدثة في الشارع و الاماكن العامة[2] من خلال معانيها ورموزها لكلا الجنسين ،وبعبارة اخرى فان الهويات الجندرية والفوارق الجنسية مرتبطان بشكل لا فكاك منه داخل الجسم البشري لان الجسد الانساني وكذالك الخصائص البيولوجية لم تعد معطيات مفروغا منها بل انها اصبحت عرضة لتغيرات تحدثها المؤثرات الانسانية و الخيارات الشخصية ذات دلالة اجتماعية مختلفة [3] يعني ان الاختلاف القائم بين الرجل و المراة يرجع الى تصور و نظرة المجتمع والى الاسلوب الذي يتوقعه في تفكيرهم وتصرفاتهم اثناء التعايش اليومي ،كما اعتبر المنظرون تحت هذا الاتجاه ان الاختلاف بين الجنسين و الاختلاف العمري يمثلان اهم انواع الاختلاف نظرا الى ارتباطهما الوثيق بواقع الحياة اليومية و تاثيرهما في نسيج العلاقات المتبادلة وقد افادت الدراسات الانثروبيولوجية و الدراسات النسوية و

---

[1] سامية مصطفى الخشاب،المراة و العمل المنزلي دراسة اجتماعية ميدانية،مرجع سابق،ص28

[2] نفس المرجع ،ص186

[3] انتوني غدنز:علم اجتماع "مع مدخلات عربية" ،تر:فايز الصياغ،مركز دراسات الوحدة العربية،بيروت ،الطبعة الرابعة،2004،ص190

الدراسات الجندرية من هذا الاتجاه و ارتات تفكيك البنية الثقافية و الاجتماعية لفهم ظاهرة الاختلاف و الكشف عن واقع المراة .

ومن هنا لبد علينا من تسليط الضوء على واقع المراة مع عدم اغفال قضية المراة بشكل عام وواقع المراة الجزائرية بشكل خاص من خلال المباحث التالية:

المبحث الثاني : لمحة عن حياة المراة عبر التاريخ

مدخل

ا ن اول خطوة للكشف عن واقع المراة في المجتمع هو البحث عن سيرورتها التاريخية لهذا فان الحديث عن واقعها من خلال بعض القراءات التي تطلعنا عليها يقودنا الى القول ان معانات المراة والواقع المرير الذي تعيشه ماهو الا نتيجة الرواسب الثقافية التي خلفتها من جهة ظواهر المجتمع الذكوري الذي سلب الانثى كل مقومات السلطة لتصبح تابعة لذكر و لا يمكنها الخروج على سلطته لانها تعتبر شر وفتنة يجب الاحتراس منها والا سوف تفسد المجتمع ، ومن جهة اخر فهي نتيجة ظواهر دينية اعطتها حريتها واصبحت بذالك كائن قويا وخطيرا يستطيع ان يفتك بالرجل و يذهب بدينه و يوقعه في الخطيئة ، ولاستقراء هذا الواقع وفهمه يستدعي منا ان نعطي صورة عن ماكانت عليه وضعية المراة في الماضي سواء في الحضارات السابقة او من خلال نظرة الدين لها وهذا الامر يمكننا من فهم الواقع التي الت اليه في هذا العصر واثاره خاصة على جانبها الصحي .

أولا: وضعية المراة في الحضارات و المجتمعات القديمة

تمهيد :

اختلفت نظرة الشعوب إلى المرأة عبر التاريخ في تحديد قيمة المرأة وفى تقدير مكانتها الاجتماعية فهي تختلف من عصر لعصر، فاحيانا يحسنون إليها واحيانا يسيئون إليها، ففي المجتمعات البدائية الأولى كانت غالبيتها "أمومية"، وللمرأة السلطة العليا. ومع تقدم المجتمعات وخصوصاً الأولى ظهرت في حوض الرافدين، مثل شريعة ارو نامو[1] التي شرعت ضد الاغتصاب، وحق الزوجة بالوراثة من زوجها.

شريعة اشنونا[2] . إضافت إلى حقوق المرأة حق الحماية ضد الزوجة الثانية.

شريعة بيت عشتار[3] حافظت على حقوق المرأة المريضة والعاجزة وحقوق البنات غير المتزوجات.

وفي الألفية الثانية قبل الميلاد عرفت قوانين حمورابي[4] بعدم الاعتدال نتيجة لضعفها لانها كانت تعامل المراة كماشية حتى ان من قتل بنتا لرجل كان عليه ان يسلم ابنته ليقتلها او يمتلكها ففى هذه الحضارات حرمت المرأة من حقها في الحياة الاجتماعية، وعدت رقيقا تباع وتشترى ولبيان مكانة المرأة في الحضرات القديمة ينبغي الرجوع إلى السيرورة التاريخية كتالي :

1.وضعية المرأة في الحضارة اليونانية و الرومانية

كانت المرأة في غاية الذل والمهانة وسوء الحال في الحضارة اليونانية ، في كل جانب من جوانب الحياة الاجتماعية، والرجل هو الذي يتفرد بمنازل العز والكرامة، وكانت الأساطير اليونانية تعتبر المراة رجسا من عمل الشيطان وهي سبب المصائب و الفشل فكانو يقدمون البنات قربانا لالهتهم لرفع المصيبة [5]. ولم تكن وظيفة المرأة عند الرجل اليوناني إلا إنجاب الأولاد الأصحاء، فإذا أنجبت ولداً دميماً أو ضعيفاً كان

[1] انظر كتاب : مجموعة من المؤلفين :شريعة حمورابي و اصل التشريع في الشرق القديم دراسة مقارنة مع النصوص الكاملة ،تر:اسامة سراس ،دمشق ،دار علاء الدين ،ط2،1993 ،ص136

[2] نفس المرجع ،ص(152-153)

[3] نفس المرجع ،ص(159-168)

[4] نفس المرجع ،ص(57،59)

[5] ابو النصر مبشر الطرزي الحسيني : المراة وحقوقها في الاسلام ، الإسكندرية، مصر : مكتبة حميدو، 1990، ص 11

جزاؤها القتل، لذا كانوا يسمحون للمراة بتعداد الزواج كما تشاء لحفظ و تحسين النسل[1] ، و كانت تباع في الاسواق مثلها مثل أي حاجيات ،ولكن مع ظهور النهضة وبداية التحضر ارتفعت مكانة المرأة قليلاً فأصبحت أفضل حالا، وأرفع منزلة من ذي قبل، وكانت محصنة عفيفة، فهي ربة البيت، لا تغادره، وتقوم فيه بكل ما تحتاج إليه الأسرة من رعاية، لكنها حرمت من الثقافة العامة، ولا تشارك في المجالس والأندية المختلطة، ولا تبرز في الأماكن العامة، واذا اصابها مرض تعزل في البيت حتى تفارق الحياة ،ولكن عندما انشغل الرجال في الحروب اضطرت أن تحل محل الرجل في بعض مجالات العمل الخاصة بالرجال، ومن هنا كانت المرأة في إسبرطة أكثر خروجاً إلى الشارع وأوسع حرية من أختها في أثينا وسائر مدن اليونان[2]،واختلطت بالرجال في الأندية والمجتمعات،مما جعل الشهوات النفسية تتغلب على أهل اليونان، فتبوأت العاهرات مكانة عالية لا نظير لها في تاريخ البشرية كلها، وأصبحت دور البغايا مراكز يلجأ إليها الأدباء والشعراء والفلاسفة، وصاروا يرجعون في المسائل الرئيسة التي تحدد مصير الأمة إلى المرأة،وأصبحت المرأة لا ترضى أن تعاشر رجلاً بعينه أكثر من ليلة أو ليلتين، وشاعت الفواحش،وزاد حب أهل اليونان للجمال، ومالوا إلى جسد المرأة فصنعوا تماثيل عارية حركت فيهم الشهوة، وأصبح عامتهم ينظرون إلى عقد الزواج نظرة لامبالاة، ولا يرى إليه حاجة ، مما أدى إلى خضوع ديانتهم لأخلاقهم وغرائزهم،بحيث قامو بتصوير إلهاً يزني، ويسرق ويشرب الخمر، واتخذوا من (أفروديت) مثال مقدس بعتبارها زوجة لإله، ومع ذلك عاشرت ثلاثة ءالهة آخرين، ولم تكتف بذلك فعاشرت رجلاً من عامة الشعب، ونتيجة لذلك ولدت من بطنها (كيوبيد) إله الحب[3] ، فاصبحت بذالك آلهة يقدم لها جميع آداب العبودية والتذلل والخضوع،ومن تم انتشرت عبادة أفروديت في اليونان، وأصبحت الفحشاء والدعارة ينظر إليها بعين التقديس والإجلال، وأصبحت أماكن الفجور مراكز للعبادة، وعمت الفاحشة بين الناس حتى انتشر الاتصال الشاذ بين الرجل والرجل، وأقاموا تمثالاً لرجلين وهما في علاقة

[1] ابو النصر مبشر الطرزي الحسيني : المراة وحقوقها في الاسلام ،مرجع سابق ،ص9
[2] مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،بيروت ،دار الورق للنشر و التوزيع،ط7 ،1999،ص13
[3] نفس المرجع ،ص14

آثمة،مما أدى في النهاية إلى انهيار تلك الحضارة والتي ارجعها ارسطو الى التساهل و الحرية التي اعطيت للمراة لانه كان ينظر اليها كما ينظر للعبيد [1].

مما يدل أن المرأة عند اليونان مصنفة ضمن المخلوقات الحقيرة, لا وظيفة لها سوى الإنجاب ورعاية شؤون البيت, تكره على الإستبضاع من غير زوجها, وعلى البغاء فهي , تعامل معاملة الخدم, لأنّها كائن ناقص, ضعيف الشخصية, مسلوبة الإرادة,وان الصورة الشائعة بيننا عن المرأة هي التي رسمها الفلاسفة في بلاد اليونان ،ثم وجدت أرضا خصبة لترديدها و دعمها من الناحية الدينية ،وأصبحت فكرة مقدسة ثابة في الادهان .

أما الحضارة الرومانية هي سليلة الحضارة اليونانية، لذا فهم ليسوا أحسن حالاً من اليونان في معاملتهم للمرأة، التي لم تحظ عندهم بأي شيء من التكريم ،بحيث تنوعت أوضاعها تبعا للمراحل السياسية والاقتصادية و الثقافية ،عموما يعد العصر الروماني عصر الرجل أو العصر الأبوي ،ففيه أخذت الأسرة الأبوية سمتها المتميزة من خلال وضع القوانين المدنية التي تخص البيت و الأسرة و التي جعلت من الأب أو الزوج نوع من السلطة المطلقة على المرأة إن شاء قتلها وان شاء تركها، فكان على الولي أن يزوجها في سنوات مبكرة دون الأخذ برأيها وبالنسبة لحقوقها ،لها ما للقاصر من حقوق ،حتى ميراث أبيها كانت تتحصل عليه أسوة بأشقائها مع نظام المهر[2]،وهذا لاعتقادهم أن المرآة أداة لإغواء و وسيلة الخداع و إفساد قلوب الرجال ،ومن اغرب ما يروي التاريخ في شؤون المرأة عند الرومان أن المرأة لا روح لها ولا خلود، ولكن يتحتم عليها العبادة والخدمة، وكانوا يعدونها شراً يجب تجنبه، وأنها مثار للشهوة، وأنها شيطانة، وهي رجس، لا سلطان لها على أنوثتها، ويجب ألا تأكل اللحم، وألا تضحك، وألا تتكلم، لأن كلامها أداة للإغراء، وكأن الله حرم عليها النطق ولو بخيرٍ، أو تدل عليه، وعليها أن تمضي

[1] مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،مرجع سابق، ص15
[2] محمد الحسيني الشيرازي :المراة في مجتمع المعاصر ،مؤسسة الجتبي للتحقيق و النش ،بيروت ،ط1، 2005،ص23

أوقاتها في الخدمة والخضوع[1]، الا انها في عصر روما الذهبي تحررت بحيث اصبح الرجال اسرى النساء و كانت النتيجة الحتمية هو اتلاف اخلاقهن و تدنيس طهرتهن و هتك حيائهن حتى عم الفساد وانتشرت بيوت الدعارة ونتيجة لانغماسهم في الشهوات زالت دولة الرومان ، مما يدل أن الرومان بالغوا في إحتقارها لدرجة أنها أصبحت معاملتهم لها لا تقل عن معاملة الحيوان على الإطلاق .

2- المراة في الحضارة الفراعونية :

تركت لنا الحضارة المصرية كما كبيرا من الادب الذي لعب دورا كبيرا في مسيرة المراة المصرية قديما و تعد « كريستيان ديروش نوبلكور » (1913 – 2011م)الفرنسية الاصل واحدة من أبرز وأشهر علماء الدراسات المصرية القديمة واهم الباحثة التي كشفت اسرار المراة المصرية قديما ومن بين اهم الافكار التي طرحتها في كتابها المراة الفرعونية ، أن المرأة المصرية قديما لعبت دوراً كبير فى تربية أولادها وتهذبهم وتعليمهم وتوفير سبل الراحة سواء فى المنزل والأعمال المنزلية أو مساعدة زوجها أوالعمل خارج المنزل ، فحازت بحرية وأحترام وحقوق لم تحصل عليها أية امرأة فى أى مجتمع أخر وهذا ما خول الحضارة الفرعونية ان تتبوأ المرتبة الاولى بين الحضارات الانسانية بالنسبة لاحترامها للمرأة وحقوقها ففي عهد الفراعنة قد وصلت للحكم وجعلت بطلة الاساطير بنصب تماثيل مختلفة تعظيما لشانها وبرغم ما نالته المراة المصرية من حقوق و احترام لم يكن لها نفوذ او تأثير خارج الاسرة الا اذا كانت كاهنة او عاهلة كما انها لم تكن لها ثقافة ،الا في الاسرة النبلاء ،كن ينلن نصيبهن من الفن والشعر والمسيقى و الرقص ونادرا ما كن يجدنا الكتابة ، فكانت تخضع لسلطة الاب وللزوج فيما بعد ، فكانت تتزوج في السن التاسعة و الثاني عشر، الا ان الرجل كان يتزوج في مرحلة مبكرة ، وكان يتزوج من أخته وذلك خشية أن تنتقل أملاك الاسرة الى الأغراب، وكان للزوج حق تطليق زوجته اذا كانت عاقر وفي حالة خيانة الزوجية كانت تعاقب بالموت عكس الزوج فلا ينال أي عقاب، كما عرف المصريون

[1] فاروق عبده فليه،احمد عمر هاشم :الجندر غزو ثقافي مواجهة تربوية من منظور اسلامي،القاهرة ،عالم الكتاب ،ط1 ،2008 ،ص134

القدماء تعدد الزوجات ، وكانت الزوجة تحمل التمائم خلال أشهر الحمل ، لتقي حملها من الأرواح الشريرة، وكانت تصادف مشاكل صحية خاصة بالرضاعة و مرض طفلها، كما كان الفراعنة يفرضون عملية ختان معقدة على النساء باستخدام أعواد الثقاب وبالأخص في عصر رمسيس وكانت هذه العملية تتسبب بآلام وأضرار جسدية فادحة[1] .

3 – المراة في الحضارة الصنية :

اما في الحضارة الصنية لم تكن المراة محظوظة مثل ماكانت عليه في الحضارة المصرية

فقد اجبرها القانون على طاعة الزوج طاعة عمياء ولم يكن لها راي حتى قبل الزواج بحيث كان الاب والاخ هم اللذين يتكفلون بتزويجها لمن شاءوا دون مشورتها و دون اعلامها بمن قد اختير لها ، والامر من ذالك كانت تحتل مكانة مهينة و ذليلة لانه مجرد وجود بنت في الأسرة، يُعد بمثابة نذير شئوم لتلك الأسرة، لدرجة جعلت تلك الأسر تتخلص من بناتها من خلال بيعهن أو تركهن في الحقول ليقضي عليهن الصقيع، أو الحيوانات الضالة أو المفترسة ، وهذا ما اكذه التراث الصيني في أغنية صينية قديمة أوضح في العبارة و الدلالة عن هذه المكانة تقول : "ما أتعس حظ المرأة ... ليس شيء في العالم اقل قيمة منها .... إن البنت لا يسر احد بمولدها .... إنها إذا كبرت تختبئ في حجرتها حتى لا تنظر في وجه إنسان وأما إذا اختفت من منزلها فلن يبكيها احد "[2]، كما انتشرت عادة تكسيح البنات في بلاد الصين، وذلك للرغبة في جعلهن عديمات الحيلة، كما كانت المرأة تسمى في كتب الصين القديمة بالمياه المؤلمة، التي تغسل المجتمع، أو تكنسه من السعادة والمال، فهي شر يستبقيه الرجل بمحض إرادته، حتى كان بالصين حوالي ثلاثة ملايين جارية عام 937م[3] .

---

[1] بتصرف من كتاب :كريستيان ديروش نوبلكور : المراة الفرعونية ،تر:فاطمة عبد الله محمود ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 1995،ص(177-285)

[2] فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم ،الجندر..غزو ثقافي" مواجهة تربوية من منظور اسلامي"مرجع سابق ،ص138

[3] عبد الهادي عباس : المراة و الأسرة في حضارات الشعوب و أنظمتها , مرجع سابق ،ص 420

ومن الأمور المألوفة في بعض شرائع الصين: أنه كان يُسمح بتعدد الزوجات، ولكن تظل الزوجة الثانية تحت سلطة الزوجة الأولى التي تكون وحدها الزوجة الشرعية، بل إن أبناء الزوجة الثانية، يكونون ملكا للزوجة الثانية ، و يجوز للرجل أن يجمع ما بين ثلاثين أو مائة زوجة في وقت واحد، وأفرط بعض الملوك حتى جمع في قصره نحو ثلاثين ألف جارية.و لا يسمح لهن باجتياز عتبة القصر بل يحجر عليهن واذا اقتضت الضرورة في الخروج فان ذالك لا يكون الا باذن و في عربات محكمات الغلق ،اما اللوتي ينحدرن من اسر فقيرة فانهن يخرجن سافرات ،و تسلط عليهن اقسى الاعمال و اشقاها وهذا ماجاء في كلمات سيدة صنية القائلة : نحن النساء نشغل آخر مرتبة في الجنس البشرى ولذلك كان نصيبنا أحقر الأعمال[1]

4 – المراة في الحضارة الفارسية

أما في بلاد الفرس وهم الذين قبضوا على ناصية الحكم في كثير من البلاد وسنوا القوانين والأنظمة ، لم يكن وضع المرأة عندهم أحسن مما كانت عليه في بلاد النيل والبلاد الصينية والملاحظ ان المرأة الفارسية القديمة خضعت للتيارات الدينية الثلاثة، فمن الزرادشتية، إلى المانوية، إلى المزدكية، وقد تركت كل ديانة من هذه الديانات بصمتها الواضحة على كيان الاسرة، تعيش في ذل، وقهر، واستعباد[2].

وكانت المراة تحت سلطة الرجل المطلقة الذي يحق له أن يحكم عليها بما يشاء ،لانها في نظرهم سلعة يتصرف فيها في أي شيء من متاعه ، ولا حظ لها من العلم ،ولا تخرج من بيتها الا لخدمة الرجل [3]، كما كانت بخسة في الأدوار الطبيعية "كالحيض والنفاس"، فكانت تبعد عن المنازل، و تقيم في خيام صغيرة تضرب لها في ضواحي المدينة أو البلدة، ولا يجوز مخالطتها قطعا، بل كانوا يعتقدون أنهم يتنحسون إذا مسوها أو مسوا الخيام أو الأشياء المحيطة بها ،كما أن الإباحية انتشرت في بلاد فارس،

[1] عمر رضا كحلة :المراة في القديم و الحديث ،سلسلة البحوث الاجتماعية ،ج1،بيروت،مؤسسة الرسالة ،ط1، 1979،ص155
[2] محمد الصادق عفيفي:المراة وحقوقها في الاسلام ،سلسلة دعوة الحق ، سلسلة شهرية، العدد17،ظهران ،مطبوعات رابطة العالم الاسلامي ، 1981،ص12
[3] منصور الرفاعي عبيد: المراة ماضيها وحاضرها،بيروت ،اوراق شرقية للطباعة و النشر و التوزيع،ط1، 2000،ص66

فأصبح الزواج بالمحرمات من النسب مباحا: كالزواج بالأمهات والأخوات والبنات والعمات والخالات، وبنات الأخ، وبنات الأخت، وقد كان ظهور (المانوية) في القرن الثالث المسيحي، يعتبر رد فعل ضد النزعة الإباحية السائدة في البلاد، حيث كانت المناداة بحياة العزوبة لحسم مادة الفساد والشر من العالم[1].

5- المراة في الحضارة الهندية

لقد أنكرت الحضارة الهنديه إنسانية المرأة ولم تعترف بقيمتها الاجتماعية ولم تنظم لها حقاً، أو واجبا حيث إنها كانت تابعة للرجل طوال حياتها. تقدم له فروض الطاعة بل كانت سلعة فى يد أبيها وكالرقيق عند زوجها ،هذا كان حال المرأة الهندية كزوجة وكبنت فهى كما تذكرها التشريعات البراهمة في قونينها اذ تنص انه "لا يحق للمراة في أي مرحلة من مراحل حياتها أي سواء في طفولتها وفي و شبابها وفي شيخوختها ان تجري أي امر وفق مشيئتها و رغبتها الخاصة ،حتى لو كان ذالك الامر من الامور الداخلية لمنزلها .

ففي مراحل طفولتها تتبع ولدها ،و في مرحلة شبابها تكون تابعة لزوجها فاذا مات زوجها تنتقل الولاية عليها الى رجال عشيرته الاقربين،.....،فليس للمراة في اي مرحلة من مراحل حياتها حق في الحرية ،ولا في الاستقلال ،ولا في التصرف وفق ما تشاء "[2] ، ممايدل ان المرأة في الهند لم يكن لها حق الحياة بعد وفاة زوجها، بل يجب أن تموت يوم موت زوجها، وأن تحرق معه، وهي حية على موقد واحد، واستمرت هذه العادة حتى القرن17 وإذا رضيت أن تعيش بعد زوجها، فهي قد تخففت من الموت المادي إلى نوعٍ من أنواع الموت المعنوي، فعليها أن تحلق رأسها، أو تجدع أنفها أو تصم أذنها، أو تشوه وجهها لكي تضمن ألا ينظر الرجال إليها بعد زوجها، وقد منعت ذلك الحكومات المسلمة التي تولت إدارة الهند قبل استعمارها من الإنجليز عام 1857م.

[1] عمر رضا كحلة :المراة في القديم و الحديث،مرجع سابق ،ص153
[2] محمد الصادق عفيفي:المراة وحقوقها في الاسلام،مرجع سابق 12

كما ان كتب الهنود و تاريخهم لا سيما اساطير "مانو"وهي من الشرائع الدينية الهندية التي تقول :"ان المانو عندما خلق النساء فرض عليهن حب الفراش و المقاعد و الزينة و الشهوات الدنسة و الغضب والتمرد من حب الشرف و سوء السلوك" ؛ وتقول ايضا " ان المراة اذا خلت برجل قدر ما تنضج البيضة فهي زانية ،وان المراة يجب ان تحرق بعد وفاة زوجها او يحكم عليها بالموت حتى ان الاستعمار البريطاني وجد صعوبة في ازالة هذه العقدة الوثنية منهم "[1] ،فالمرأة عندهم مادة الإثم، وعنوان الانحطاط الخلقي والروحي، ولا خير فيها وأن الوباء والموت والجحيم والسم والأفاعي والنار خير من المرأة كما جاء في شريعتهم.

6- المراة في المجتمعات العربية قبل الاسلام (العصر الجاهلي)

في عصر ما قبل الاسلام تباين الوضع الاجتماعي للمراة العربية حسب الطبقة الاجتماعية التي تنتمي المراة اليها فكان هناك المراة الشريفة الحرة التي ظفرة بالاحترام و الطاعة و المراة الجارية الرقيقة المستعبدة التي لم تنال غير المهانة و الامتهان لذا يمكننا القول بان قيمة المراة تختلف باختلاف الزمن وباختلاف المكانة الاجتماعية[2] فمن اهم ادوار المراة العربية في الجاهلية هي تشجيع الرجال على القتال حتى النهاية اثناء الحرب ؛ برغم من هذه الادوار و المكانة الا ان العرب في الجاهلية كانو لا يرون في المراة استقلالا و لا حرمة ولا شرف بحيث كانت تعاني وطاة القيود التي كانت تفرضها عليها بعض التقاليد و العادات الهمجية فعلى سبيل المثال[3] :كانوا يحرصون على كثرة إنجاب البنين، في حين يكرهون ولادة الإناث لأنهن لا يستطعن أن يمنعن الحمى، ويحمين الديار، ولا فائدة منهن عندما تتأزم الأمور، وهن بعد ذلك هدف للعدو إذا أغار يقصدهن أول ما يقصد، فيكون السبي الذي يورث القبيلة الذل والقهر ويجللها بالعار، حيث كانت تؤخذ غنيمة حرب فتصبح ملكا لمن أسرها، له أن يبيعها أو يحتفظ بها كما كان الرجل اذا مات وله زوجة و اولاد من غيرها كان الولد الاكبر احق بزوجة ابيه من غيره ،و يعتبرها

[1] فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم:الجندر..غزو ثقافي" مواجهة تربوية من منظور اسلامي"،مرجع سابق ،ص136
[2] نفس المرجع ،ص140
[3] نفس المرجع ص142

ارثا كبقية اموال ابيه [1]، واذا انجبت المراة و ولدت انثى فيتشاءمون ولا يرحبون بميلادها لاعتقادهم انها مجلبة للعار لعائلتها و قبيلتها ،وكان الوالد في اكثر الاحيان يذهب بطفلته و هي حية ويحفر لها حفرة ويدفنها فيها وبذالك يرتاح باله من العار المتوقع وهذه العادة لم تكن متفشية في كل قبائل العرب بل في بعض القبائل المتواجدة في ذالك العصر والا اندثر النسل المتواجد بين الذكر و الانثى على مر العصور وبصفة عامة كانت المراة في ذالك العصر تتمتع بحرية واسعة لا تختلف كثيرا عن حرية الرجل من حيث الخروج والاختلاط و ممارسة الجنس و الطلاق و يعود وجود هذه الحرية الى غياب السلطة في مفهومها القمعي و سيطرتها على سلوك الفرد و رغباته لذا كانت المراة تستخدم في اللهو والفجور حيث كان بعض العرب في الجاهلية يكرهون فتياتهم على الزنا من اجل المال بالاضافة الى كل ذالك نجد كل حقوقها مهضومة فليس لها حق الإرث، وليس لها على زوجها اي حق، وليس للطلاق عدد محدود، ولا لتعداد الزوجات حد معين ،ولم يكن عندهم نظام يمنع تمكين الزوج من النكاية بها كما لم يكن لها حق في اختيار زوجها.....وكل ما كانت تعتز به المراة العربية في تلك العصور هي حماية الرجل لها و الدفاع عن شرفها والثار لامتهان كرامتها [2].

7- المراة في المجتمعات الغربية

عاشت المراة في المجتمعات الغربية بشكل عام سنوات من القهر و الدونية ،دامت زمنا طويلا فقد كانت للموروثات الثقافية اليونانية و الرومانية ومبادئ الكنيسة انعكاسا سلبيا على وضع المراة بحيث اصبحت مهانة و مختلفة في كافة مرافق الحياة ففي الجانب القانوني نجد انه في سنة 1500م شكل مجلس اجتماعي في برطنيا خصيصا لتعديب النساء ،وكان ضمن مواده تعذيب النساء وهن احياء بالنار [3]،كما نص القانون المدني الفرنسي بعد الثورة الفرنسية على ان القاصرين هم الصبي و المجنون و المراة ،حتى

[1] مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،مرجع سابق، ص20
[2] فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم:الجندر..غزو ثقافي" مواجهة تربوية من منظور اسلامي"،مرجع سابق ،ص(143-144)
[3] تسير فتوح حجة :حقوق المراة في الشريعة الاسلامية و المواثيق الدولية "دراسة مقارنة "،مركز اعلام حقوق الانسان و الديمقرطية -شمس،رام الله ،2009 ،ص28

عدل عام 1983،ولا تزل فيه بعض القيود على تصرفات المراة المتزوجة ،لذلك لم يكن لهن حقوق شخصية ،ولا حق في الاموال التي يكسبونها ،ولا حق في ملكية شيء حتى الملابس التي كن يلبسنها بالاضافة الى ذالك كان القانون الانجليزي في عام 1801م يبيح للرجل ان يبيع زوجته والغي عام 1805م بقانون يحكم على بائع زوجته بالسجن عشرة اشهر ، اما في الجانب الاجتماعي نجد ان المراة الغربية في مجتمعات العصور الوسطى كانت[1] :

– إما حبيسة في قصور الأمراء ورجال الإقطاع، تعيش في فراغٍ تام، حيث الخدمة موكولة إلى الخدم، وذلك في الطبقة الراقية.

– وإما غذاء للشهوات في بيوت الدعارة، أو زينة في السهرات.

– وإما مستذلة فلا هي من طبقة الأشراف، ولا هي مرتبطة بالمجتمع تفر من مطاردة رجال الاقطاع

اما في عصر النهضة الصناعية فكان لهذا العصر تأثير بالغ على المرأة فى أوروبا بوجه خاص إذ دخلت المرأة سوق لعمل بجانب الرجل لتساعده ولكى تضمن لنفسها مورداً للرزق واضطرت لترك بيتها والخضوع لسلطة رجل آخر ليس زوجا ولا أبا ولا أخا بل صاحب عمل فقد كانت مجرد أداة فى مجتمع الإنقلاب الصناعى الذي فرض عليها لون من الوان الرق والسيطرة في غياب الرعاية الاجتماعية والانسانية ، فتولدت شعارات تنادي بتحرير المرأة وحقوقها ،وانتشرت بصورة واسعة وتغيرت وضعية المراة الغربية بصفة خاصة والمراة بصفة عامة في الوقت الحاضر عما كانت تعانيه قديما وسف نوضح هذا لاحقا.

من خلال العرض السابق يتضح أن المرأة ومكانتها في المجتمعات الغربية قد انتقلت من الظلم الاجتماعي الذي فرض عليها باسم الدين والعادات والتقاليد في العصور الوسطى وعصر النهضة الأوروبية التي

[1] البهي الخولي: الإسلام وقضايا المرأة المعاصرة،دار العلم ،الكويت ،1994،ص201

فقدت فيها حقوقها كانسان واعتبرتها رجس ونجس لا يجوز الاقتراب منها ، وعاملوها على هذا الأساس إلى الانفتاح والتحرر الذي جعل منها سلعة ومبتذلة وارتكبت بحقها أفظع الجرائم الإنسانية .

ثانيا- المراة في الديانات السماوية (اليهودية –النصرانية – الإسلام)

1- المراة في الديانة اليهودية :

الشريعة اليهودية تجرد المرأة من معظم حقوقها المدنية وتجعلها تحت وصاية أبيها وأهلها وزوجها وتنزلها فى كلا الحالتين منزلة الرقيق ، فهى كانت تسبى وتباع وتورث كبقية المتاع وسائر الحيوانات وإعتبرتها القوانين اليهوديه خطيئه منكره .

فحالها كحال المجتمعات البدائيه فهى مملوكه لابيها قبل زواجها وبعده لزوجها،وعاشت المرأة اليهوديه دون ان تتكون لها شخصية مستقله بل هى تابعه للرجل [1]،و وصفها بعض فلاسفة اليهود بأنها «لعنة »وبأنها مسؤولة عما يفعل الرجل من أفعال شريرة ،لذالك فانها عندما تقع فريسة المرض ينبغي عليها ان تسجن نفسها في بيتها ولا تلمس أي انية من اوني البيت حتى لا ينتقل الشر الى تلك الاواني ،و برع كتاب اليهود في تصوير المرأة اليهودية كغانية أو مومس، كما كانت المرأة في اليهودية هى المحرض الأول لجرائم الملوك والقادة ، بل كانت صديقة للشيطان في حوادث القتل ، وكانت المرأة إذا أنجبت فتاة تظل نجسة لمدة 80 يوما او 40 يوماإذا أنجبت ولدا[2].

فالمرأة في المجتمع اليهودي حقوقها مهضومة كلياً في الديانة اليهودية ، وتعامل كالصبي أو المجنون وزوجها له حقوق لا تكاد تقابلها واجبات تتناسب مع ماله من سلطات وسلطان على زوجته ، وكتب اليهود المقدسة تعتبر المرأة مجرد متعة جسدية ، والمرأة في التلمود وهو الكتاب الثاني من كتب اليهود بعد التوراة يقول » : إن المرأة من غير بني إسرائيل ليست إلا بهيمة لذلك، فالزنا بها لا يعتبر جريمة لأنها من نسل الحيوانات « وكذلك يقرر التلمود أن المرأة اليهودية ليس لها أن تشكو من زوجها إذا

[1] فاروق عبده فليه،احمد عمر هاشم :الجندر.. غزو ثقافي مواجهة تربوية من منظور اسلامي، مرجع سابق،ص132
[2] تسير فتوح حجة :حقوق المراة في الشريعة الاسلامية و المواثيق الدولية "دراسة مقارنة"،مرجع سابق ، ص20

ارتكب الزنا في منزل الزوجية ، وضرورة تسلط الرجل عليها واستبعادها لتلد له الأولاد ، فكل ما دخلت به من المال على ذمة الزوجية ، وكل ما تلتقطه، وكل ما تكسب من سعي وعمل ،وتتيح الشريعة اليهودية للرجل الحق المطلق في طلاق زوجته دون قيود أو شروط متى شاء وكيفما شاء[1] ».

2- المراة في الديانة النصرانية:

لقد جاءت المسحية لتكون امتدادا لليهودية فقد ولدت في كنف المجتمع اليهودي حيث ان المسيح عليه السلام بعث لبني اسرائل بعد ان اغرقتهم الحياة المادية حيث كان من الصعب اسقاط التاثيرات اليهودية عنها فالديانة المسيحية اعطت للمراة حقوقها لكن ما كان معمول به عكس ذالك حتى من رجال الدين انفسهم .

ويذكر التاريخ ان اليهود كانو يعتبرون المراة لعنة استنادا على ما وردا في تورتهم وبعض كتبهم المقدسة لذلك نرى ان بعض الطوائف اليهودية اعتبرت المراة دون مرتبة فلم تكن شيئا يذكر فهي المسؤولة عن انتشار الفواحش و المنكرات في المجتمع وصبو جام غضبهم عليها وبلغ بيهم العنت ان انقسم والى اتجاهين : اتجاه ماكون في القرن الخامس ميلادي[2] وكان قاسيا في رايه وبحث في حقيقة المراة واعلنو انها باب للشيطان و ينبوع المعاصي وأصل السيئة والفجور، وهي للرجل باب من أبواب جهنم من حيث مصدر تحريكه وحمله على الآثام، فيكفيها ندامة وخجلاً أنها امرأة، وينبغي لها أن تستحي من حسنها وجمالها؛ لأنه سلاح إبليس الذي لا يوازيه سلاح، وعليها أن تكفر ولا تنقطع عن أداء الكفارة أبدا، لأنهاهي التي أتت بما أتت به من الشقاء للأرض وأهلها لانها سبب اغواء ادم وخروجه من الجنة وذكر "ترتوليانس "أحد أقطاب المسيحية" :أنها مدخل الشيطان إلى نفس الإنسان، وأنها دافعة بالمرء إلى الشجرة الممنوعة، ناقضة لقانون الله، ومشوهة لصورة الله، أي صورة الرجل فهي الخطيئة مجسمة، وهي باب

[1] تسير فتوح حجة :مرجع سابق، ص21
[2] نفس المرجع ،ص17

للجحيم، ويجب أن نلعن المرأة؛ لأنها سبب الغواية[1]، وكما تقول دائرة المعارف البريطانية "الديانة المسيحية تنظر الى المراة كمغوية ،ومسؤولة عن خروج ادم من الجنة وكائن بشري من الدرجة الثانية "[2] ولهم أقوال كثيرة يهينون فيها المرأة، ويعتبرونها شراً وآفة،حتى كان من موضوعاتهم التي تدارسونها:هل لها روح وهل هي روح شيطانية وهل هي على مستوى روح الرجل ام ادنى منه؟ [3]،فكانت النتيجة بعد البحث و التحقيق انها خلو من الروح الناجية وليس هنك استثناء بين جميع بنات حواء من هذه الوصمة الا مريم ام المسيح عليه السلام ،لقد انطلقت نظرتهم هذه للمرأة من واقع الإيمان والتسليم بما جاء في العهد القديم من اتهام حواء بالخطيئة.

و اتجاه قرطاجة [4]:الذي ذهب انها ليست انسانة وانها شر لبد منه وسوسة وافة مرغوب فيها وخطر على الاسرة و البيت وما خلقت الا لخدمة الرجل وان العلاقة بالمراة رجس في ذاتها وان الزواج جانس يجب الابتعاد عنه ولو كانت عن طريق نكاح وعقد رسمي مشروع؛لذا شجعوا على عدم الزواج، ونفروا من الارتباط بالمرأة، لأنه يجر إلى الخطيئة،ومن أراد ملكوت السماء فطريقه تبدأ بالبعد عن المرأة، وأصبحت حياة العزوبة مقياسا لسموالأخلاق، والعازب هو التقي الورع والخلوق، اما الحياة العائلية فقد أصبحت من أمارات انحطاط الأخلاق ومهانة الطباع، ومن أراد أن يعيش عيشة نزيهة فلا يتزوج أصلا، أو لا يعاشر امرأته معاشرة الزوج لزوجته، وبذلوا كل جهد ليثبتوا في قلوب الناس الشعور ببشاعة العلاقة الزوجية وتنجسها[5].

---

[1] فاروق عبده فليه،احمد عمر هاشم :الجندر.. غزو ثقافي مواجهة تربوية من منظور اسلامي،مرجع سابق ،ص133

[2] وحيد الدين خان:المراة بين شريعة الاسلام و الحضارة الغربية ،تر:سيد رئيس احمد النداوي،دار الصحوة ودار الوفاء للطباعة والنشر و التوزيع،القاهرة ط1،1994،ص54

[3] مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،مرجع سابق،ص18

[4] تسير فتوح حجة :حقوق المراة في الشريعة الاسلامية و المواثيق الدولية "دراسة مقارنة"،مرجع سابق ،ص17

[5] فاروق عبده فليه،احمد عمر هاشم :الجندر.. غزو ثقافي مواجهة تربوية من منظور اسلامي،مرجع سابق ،ص133

ونتيجة لهذه الرهبانية تكدرت العلاقات والأواصر بين أفراد الأسرة، حتى بين الأم وولدها، وأصبحت الحياة الزوجية مبعث حرج وضيق للرجال والنساء معاً، وانحطت منزلة المرأة في المجتمع في كل ناحية من نواحي الحياة.

واتسمت القوانين التي صدرت حين ذاك بتأثير الشريعة المسيحية بالخصائص الآتية[1]:

1-جعل المرأة تحت سلطة الرجل الكاملة، بل يجب عليها أن تقر بسلطة الرجل عليها، ففي رسالة "بطرس" :أيتها النساء كن خاضعات لرجالكن.

وأصبحت حقوقها في الإرث والملكية قليلة جداً، وليس لها الحق في كسب يدها، إنما كل ما تملكه ملك لزوجها.

2- لا يجوز الطلاق أو الخلع مهما بلغ البغض والشقاق بين الزوجين في إفساد العشرة بينهما، فالدين والقانون يحتم عليها دوام العشرة، ويحتم بقاء حبل الزوجية بينهما متصلاً إلا في حالات شاذة يفرق بينهما، وأنه لا يجوز لذلك الرجل أو تلك المرأة أن يجدد الحياة الزوجية، وكان القديس أوغسطين يكره الطلا ق ويفضل الالتجاء إلى التسري بدلا منه.

3-أن من كبائر الإثم أن يتزوج الرجل أو المرأة مرة ثانية إذا توفي عن أحدهما زوجه حيث يرى علماء المسيحيين في ذلك :إذعانا للشهوات البهيمية، وإطلاقا لعنان غريزة الفحشاء، وكانوا يعبرون عن القران الثاني بكلمة الزنا المهذب، أما رجال الكنيسة أنفسهم فلم يكن النكاح مباحاً لهم في قانون الكنيسة.

لهذه الأسباب إعتبرت وظيفة المرأة وظيفة بيولوجية بالأساس عند فلاسفة الفكر المسيحي من الجيل القديم فلم ينظر إليها على أنها جزء فعال, ولكن جزء مكمل أو ثانوي وهامشي وهذا الرأي أبرزه القديس توما ألا آويني حين يقول":لا وجود في الحقيقة إلا لجنس واحد وهو الجنس المذآر وما المرأة إلا ذآر ناقص.

[1] عبد الهادي عباس : المراة و الأسرة في حضارات الشعوب و أنظمتها , مرجع سابق ،ص 445

3- المراة في الاسلام

ان الوضع المزري التي الت اليه المراة عبر التاريخ جعل الاسلام عند ظهوره يهتم بمشاكلها وجعلها تتوصل الى جميع حقوقها سواء المادية كالإرث وحرية التجارة والتصرف بأموالها إلى جانب إعفائها من النفقة حتى ولو كانت غنية ،كما جعل حدا لاستعباد المراة و الفوضى التي كانت تعيش فيها واتخذا في سبل الاصلاح وظيفتين الاولى وهي حث الرجال على معاملتهن بالمعروف وثانية وضع احكام فيها حدودا للمعاملات من حقوق و واجبات متبادلة اصلاحا للزواج و الطلاق وغيرها [1] ، بالاضافة الى هذا فقد حرم دفنها و هي حية بلا ذنب، و أكد على المساواة بين الذكر والأنثى،كما قال تعالى "**:يأيها الناس إن خلقناكم من ذكر و أنثى وجعلناكم شعوبا و قبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم إنّ الله عليم خبير**[2]"و نجد أن الإسلام هو الوحيد الذي تكلم عن هذه الحقوق،فلا نجد أي نظام في الأمم السابقة يساوي بين الجنسين في الحقوق و الواجبات،و يؤكد تاريخ المسلمين في صدر الاسلام ،ان هؤلاء لم ينظروا الى المراة كما كان ينظر اليها معاصرهم من المسحين الذين كانو يسمونها بالنكبة و النحس ،وانها منبع الشر واصل الخطيئة وباب جهنم[3] .

فالدين الإسلامي خفف من معانات المرأة و لم تعد مخلوقا غير مرغوب فيه،و نلمس ذلك في الآية الكريمة "**و إذا بشرا أحدكم ظل وجهه مسودا و هو كظيم (58)يتوار من القوم سوء ما بشرى به أيمسكه على هون أم يدّسه في التراب ألا ساء ما يحكمون (59)** [4]" .

وانطلاقا من هذه المبادئ، وإنكارا لعادات الجاهلية والأمم السابقة فيما يخص وضع المرأة، جاء الإسلام يدافع عن المرأة وينزلها المكانة التي لم تبلغها في الحضارات القديمة ، فقرر الإسلام ان المرأة والرجل خلقا من أصل واحد، لهذا النساء والرجال في الإنسانية سواء قال تعالى: {**يأيها الناس اتقوا ربكم الذِي**

---

[1] محمد بيهم جميل :المراة في الاسلام و في الحضارة العربية ،دار الطليعة للطباعة و النشر ،بيروت ،ط1، 1980 ،ص55

[2] القرآن الكريم: سورة الحجرات، الأية13

[3] باسمة كيال:تطور المراة عبر التاريخ،مؤسسة عز الدين للطباعة و النشر، بيروت،1981،ص80

[4] القرآن الكريم: سورة النحل، الأية58-59

خلقكم مِن نفس واحدة وخلق منها زوجها وبث منهما رجالا كثيرا ونساء}[1]، وهناك آيات أخرى كثيرة تبين قضاء الإسلام على مبدأ التفرقة بين الرجل والمرأة في القيمة الإنسانية المشتركة أي أن النساء يماثلن الرجال في القدر والمكانة، ولاينتقص منهن أبدا كونهن نساء،وفي ذلك قال الرسول يؤصل لقاعدة مهمة"إِن النساء شقائق الرجال". كما ثبت عنه أنه كان دائم الوصية بالنساء، وكان يقول لأصحابه: "... استوصوا بِالنساء خيرا "وتكررت منه هذه النصيحة في حجة الوداع وهو يخاطب الآلاف من أمته وذالك ليصون المرأة عن عبث الشهوات، وفتنة الاستمتاع بها استمتاعا جنسيا حيوانيا، ويجعلها عنصرا فعالا في المجتمع الذي تعيش فيه، فقرر لها حقوقها المشروعة والثابتة، وأعطاها ما تستحق من غير استغلال لأنوثتها، ولا تملق لها، وأثبت لها كل ما يحقق به كرامتها الإنسانية الحقيقية .

وهكذا جاء الاسلام لا يغفل أي دور تقوم به المراة خلال حياتها و صرح أن الوظيفة الأساسية للمرأة هي الأمومة و التدبر المنزلي و بناء بيت سعيد، لكن وظيفتها لا تنحصر في هذه الأمور بل تتعدى ذلك إلى الميدان الاقتصادي بحيث أصبحت تمارس البيع و الشراء، ولها الحق في التعليم و المساهمة في الحياة العامة و تتعدى ذلك إلى الجانب الاجتماعي، فجعل لها الحق في اختيار الزوج المناسب ،إضافة إلى مشاركتها في أمور السياسية، وبعدها عرفت المراة في العصور الاسلامية التي تليه مركزا يختلف باختلاف المجتمع الذي عاشت فيه بسبب الاتصالات الاجتماعية و الخلقية و الاقتصادية و السياسية ...لخ مما جعلها تنشا و تتصل فيها وتصبح بمرور الزمن و التطور اصلا من اصول حياة المجتمع وتصير من عادته واخلاقه وصفاته،فاكتسبت الشجاعة عند اقدامها و مساهمتها في الحروب وكذا الاخلاق وصفات الجديدة مما اثار فيها عاطفة التدين واشتهرت تقيات و زاهدات ساهمنا في الانقلاب الكبير الذي قام به العرب في الاسلام [2].

[1] القران الكريم :سورة النساء ،الاية 01
[2] باسمة كيال:تطور المراة عبر التاريخ،مرجع سابق ،ص87

ففي العصر الاموي مثلا كانت له صبغة دنية و وصفها احد المستشرقين الروس احمد اجاييف قائلا:ففي ايام الدولة الاموية زاحمت المراة الرجال في طلب جميع العلوم و المعارف ،واصبحت لا تختلف عنهم في شيء ثم انكبت على طلب الشريعة و الفقه و الحديث و الشعر و الادب والبيان و الخط بوجه عام....و في عهد هاشم و الوليد لم تكون النساء تختلف عن الرجال، وبرغم مانالته من علوم ومعارف الا ان كان هناك انتشار بيوت الدعارة و القيان و الخلاعة والغناء،واقتناء الجواري المغنيات الفاتنات[1] ولم تكن هاته البادرة في العصر الاموي بل سبق وان عرفتها الجزيرة العربية منذ الجاهلية وكانت ايضا معروفة في زمن الرسول صلى الله عليه وسلم الذي نهى عنها في الحديث منقول عن ابو امامة الورد في الصحيح الترميدي اذ يقول :ان الاشارة في الاية الكريمة {**ومن الناس من يشتري لهو الحديث ليضل عن سبيل الله بغير علم ويتخذها هزوا أولئك لهم عذاب مهين**}[2] هي اشارة الى تجارة القيان التي تعتبر بيوت يرتدون اليها لمعاشرة الجواري المدربات على الفتنة و الاغراء والعزف و الغناء.

اما في العصر العباسي ونظرا لدخول الصبغة الفارسية على الحضارة العربية ،فكثرت حياة القصور والجواري والخدم و الغلمان والحشم ،فقامت النساء بتربية البنات و تثقفهن ، و ارضاعهن البيان الاداب والمعارف .

اما ما يذكره التاريخ عن الجواري و القيان و الغلمان ،فقد اصبحت في عصر بني العباس ركنا اساسيا من اركان المجتمع العباسي وذالك بسبب ابتعاد المراة الحرة عن كافة مجالات الاجتماعية وتفضيلها البقاء في المنزل واغلاق الابواب دونها[3] ، مما يدل على مدى انحلال الاخلاقي في المجتمع العباسي .

وبدخول العهد العثماني عرف المجتمع العربي تقاليد تختلف كل الاختلاف عن طباعه و تقاليده الموروثة ، الامر الذي افرز عدة تغيرات في جميع الحياة [1]و ادى بتغير وضعية المراة واهمالها اهمالا تما في

[1] مرجع سابق ،ص92
[2] القران الكريم :سورة لقمان، الاية 06
[3] باسمة كيال:تطور المراة عبر التاريخ،مرجع سابق،ص100

العصور الانحطاط مما جعلها معطلة عن اداء رسالتها الاجتماعية التي حملها اياها الاسلام رغم كل هذا حافظت على بعض من حقوقها التي قررها لها الاسلام[2] واصبحت مقيدة بعادات وتقاليد انتجها المجتمع الذكوري والتي ظلت مستمرة الى عصرنا هذا .

ثالثا- المراة في المجتمعات المعاصرة

لقد ظلمت المراة في المجتمعات المعاصرة اشد ظلما من المجتمعات سابقة الذكر رغم انها تعيش مستقلة وتعول نفسها بنفسها ومساوية للرجل في جميع الاعمال ، ونستطيع أن نشير إلى أن المرأة فى المجتمعات المعاصرة بدأ دورها يظهر فى المجتمعات الأوروبية وبالاخص في عصر النهضة الاروبية (الذى يمكن اعتبار بدايته فى القرن السادس عشر الميلادى) اين كان يسيطر على المجتمع الفكر التوراتى والذى تحمل نصوصه قدرا كبيرا من الامتهان والتقليل من مكانة المرأة وليس من دورها فحسب.

ثم جاء بعد ذلك عصر النهضة الصناعية وقد كان لهذا العصر تأثير بالغ على المرأة فى أوروبا بوجه خاص، إذ دخلت المرأة سوق لعمل بجانب الرجل لتساعده ولكى تضمن لنفسها مكانة مرموقة مثلها مثل الرجل، لهذا اصبح وضعها ومكانتها وكذا دورها من المقاييس التي تعبر عن تطور المجتمع و نموه وكذا انفتاحه وتاثيره على المجتمعات[3] كما ان الوضع الذي اوجدته الحضارة الحديثة للمراة حمل المفكرين الغربيين على الاعتراف بان المراة و الرجل يتمتعان باوضاع مماثلة ،وانه بوسع المراة انجاز كل عمل يقوم به الرجل ،وبالتالي يجب على المراة ان تخرج من بيتها لتحمل مكانتها بجانب الرجل في كل مواقع الحياة ،ومن شعرات التي اطلقها دعاة العصرنة :ايتها المراة :لا تصنعي القهوة بل اصنعي القرارات[4] ،وهذا هو الوضع الصعب الذي تعاني منه المراة الغربية على نطاق واسع ،لقد غرس الغرب في نسائه

---

[1] مصطفى الخشاب:دراسات في علم اجتماع عائلي ،دار النهضة العربية للطباعة و النشر،بيروت،الطبعة الثانية،1985،ص144

[2] مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،مرجع سابق، ص39

[3] عصام نور:دور الأسرة في تنمية المجتمع، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية،2002 ،ص5

[4] وحيد الدين خان:المراة بين شريعة الاسلام و الحضارة الغربية،مرجع سابق ،ص58

فكرة الخروج من البيت وكسب العيش كالرجال ،ولكن المراة الغربية ادركت بعد مغدرتها البيت انها لن تحصل على ثمنها الحقيقي بالعمل كالرجل في مواقع العمل الموجودة ،فلا يبقى امامها أي بديل لكسب العيش و الفوز بحياة مستقلة الا بيع شرفها ،وبهذا العمل غير الطبيعي واللاخلاقي لا تتمكن المراة من الوصول الى درجة المساواة بل تتسبب في خلق مشكلات جديدة لا حصر لها ومن بينها ارتفاع نسبة الطلاق و زيادة الأمراض السرية التى تتعرض لها المرأة واهمها مشكلة السيدا وهي ليست مشكلة مستقلة بذاتها بل هي على صلة وثيقة و نتيجة طبيعية للتحرر اللامحدود.

وعليه فان الحضارة الغربية وقد وصلت ذروتها في ايجاد وسائل الراحة و المتعة لبني الانسان لم تستطيع ارضاء الجانب النفسي في الانسان عموما و المراة بوجه خاص اذا اعتبرتها مجرد متعى يتلهى بها الرجل متى شاء وكيف شاء فما عادت تملك اطمانينة البيت واستقراره ولا الزوج ومطالبها المعنوية منه بل ولا الشعور بالحياة ، ويبدو ان مطلب المساواة بالنسبة للمراة العصرية اصبح تعبيرا لعدم ارتياحها العام فهي تطلب المساواة بالحاح شديد على الرغم من عدم وضوح ذلك في دهنها وضوحا تاما لعدم الراحة مع نفسها لانها دوما تقول ان الامور تسير عكس ما تريده واحينا تبسط فكرة المساواة فنرها تكرر القول بانها كالرجل تماما ولا تختلف عنه الا من حيث الانجاب ولا تريد ان تخضع لضغوط المجتمع الذي يسيطر عليه الرجل وهذا ما جعلها تفقد الكثيرا من العطف الذي كانت تحظى به من قبل ....بالمقابل كان عليها ان تتحمل المعانات و المصاعب في جميع مرافق الحياة من كسب وكد واعمال قاسية وصعبة ،خاصة من ناحية بنيتها الجسمية وغير ذالك ولم يكن ان تختص في امور البيت والاولاد فكان عليها ان تطيع الرجل حتى اذ لم ترغب بذالك وكان فوق طاقتها[1] ، وعلى هذا الاساس سارت المراة في سلوكها الاجتماعي وتصورها الحياتي فكانت بذالك اشقى الكائنات على الارض حيث فقدت توزنها الداخلي وسقطت ضحية الخداع الفكري والاجتماعي و الحضري .

[1] عز الدين بوشيخي :المراة العربية المعاصرة ،مرجع سابق،ص40

واذا نظرنا الى المراة العربية في خضم الحداثة نرى انها ظلت متماسكة بعادتها و تقاليد بلادها حتى اشتعلت الحرب العالمية الاولى واعقب هذا الحرب دخول الدول الاجنبية اغلب البلدان العربية و الاسلامية التي كانت تخضع قبل الحرب للحكم العثماني ،واذا اردنا ان نعطي فكرة واضحة عن ماهية المراة العصرية لابد لنا من الرجوع الى كتاب الدكتور انسلي ميرز "المراة العصرية " الذي كشف عن مكنونتها وحللها تحليلا نفسيا واجتماعيا اذ يقول في كتابه:اذا سلمنا ان المراة العصرية هي نتاج التطور الاجتماعي الذي يجري من حولنا فمن حقنا ان نتساءل عن الخصائص الاساسية التي تميز المراة العصرية عن سبيقتها و التي نطلق عليها المراة التقليدية ؟ التي تحاول جاهدة التوصل الى حياة افضل لنساء ،وتكافح من اجل تحقيق المساواة في الفرص مع الرجل كي تستمتع بكامل الحياة ،وتسعى الى حق تقرير كل امورها دون وصاية من احد عليها ،ومن بينها حق تقرير مصيرها كمخلوق بشري يتمتع بجميع حقوقه. ان المراة العصرية تتميز بانها مؤكدة لنفسها،ومتحررة الى حدما من سلطان العاطفة في مقابل الميل نحو العقل و المنطق[1] ، وأصبحت أكثر وعيا وعلما وثقافة من السابق في نظرتها للأمور، بدأت تبحث لنفسها عن فرص التقدم والازدهار والتطلع نحو المستقبل الحضاري بنظرة استشرافية ثاقبة في مختلف المجالات وعلى شتى الأصعدة، ولم تعد تقتنع بالأدوار التقليدية والمحدودة، وبدأت تشكل رؤية مستقبلية لدورها الحضاري وموقعيها في الساحة الثقافية والاجتماعية، وتعي وترفض نظرة الرجل الدونية تجاهها، وممارسة سلطته عليها.

[1] باسمة كيال:تطور المراة عبر التاريخ،مرجع سابق،ص201

المبحث الثالث:واقع و مكانة المراة في المجتمع الجزائري

مدخل

رغم التحولات الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية التي عرفها المجتمع الجزائري الا إن من المسلم به هو ان وضع المرأة الجزائرية قد تغير جذرياً في الأسرة والمجتمع , الا ان هذا التغير كانت له اثاره الواضحة في سلوكها و وعيها الاجتماعي بحيث انها مازالت تعاني من تغلغل علاقات التسلط و القهر وأوضاع متدهورة كمثيلاتها في دول العالم الثالث فهي تواجه الفقر والأمية والمتاعب الصحية وضعف مردودية العمل وتحمل مسؤولية إعالة الأسرة وضعف التمثيل في مراكز اتخاذ القرار، ونقص حاد في المعلومات المتعلقة بحقوقها هذا الأمر الذي ادى – ويؤدي – إلى إنتاج العديد من المشكلات و الافات الاجتماعية المتنوعة التي لها تاثير كبير على صحتها و صحة اسرتها و المجتمع ككل ولكشف هذا الواقع يجب معرفة وضع ومكانة المراة داخل الاسرة و في المجتمع على حدى واهم المشكلات التي تعاني منها.

اولا:وضع ومكانة المراة في الاسرة الجزائرية

تمهيد

لاشك أن التحولات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي عاشها ويعيشها المجتمع الجزائري منذ نصف قرن تقريبا قد تركت آثارها الواضحة والعميقة في البناء السوسيولوجي للمجتمع الجزائري بصورة عامة ومؤسساته الهيكلية كالعائلة والقرابة والزواج و الصحة والوظائف بصورة خاصة ، و وفق هذه التغيرات التي شاهدها المجتمع الجزائري أدى إلى ظهور صفات ومزايا دائمة للعائلة الجزائرية و أعطها طابعها الخاص وشخصيتها وسيمتها الثابتة التي جعلتها تختلف عن بقية العائلات في العالم.

كما أن المميزات البارزة التي تتميز بها العائلة الجزائرية في الوقت الراهن هي نتيجة التزاوج الثقافي التاريخي و الحضاري بين ما خلفه المستعمرون من عادات وتقاليد وقيم حضارية وبين الظروف الاقتصادية

والتطور التكنولوجي الذي اثر على طموحات ورغبات واتجاهات وسلوكيات أفرادها نحو استمرارها وتواجدها باسم العصرنة.

ولهذا يمكن القول بأن اهم عوامل التغير الذي عرفه المجتمع الجزائري في أغلب عناصر بنائه الإجتماعي، سببه الإتصال و الإحتكاك بالعالم الغربي سواء بالهجرة او بانتشار الاقمار الصناعية و وسائل الاتصال الجماهيري التي عملت على ظهور أنماط ثقافية جديدة عملت على التحرر من التقيد بالعرف و التقاليد، وكذالك بروز تعارف بين شباب و شابات، كما عرفت المرأة في الأسرة الحديثة خاصة ظهور علاقات بين الجنسين مما أدى إلى تغير نظرتها لزواج و الحياة الزوجية ، ومن جراء كل هذه التغيرات و العادات الدخيلة برزت ظواهر و افات إجتماعية إبتلي بها المجتمع، كانتشار الطلاق و التشرد وجرائم القتل والدعارة (المتاجرة بالبشر) و سلسلة الإعتداءات المتعلقة بالشرف وبعض امراض متفاوتة الخطورة منها امراض انف الونزة الخنزير وامراض المنتقلة عبر العلاقات الجنسية خاصة منها مرض السيدا .

و من جراء كل تلك الآفات الاجتماعية سالفة الذكر التي تعاش داخل مجتمعنا كدراما عائلية وإجتماعية جعلت وضعية المراة اكثر تعقيدا باعتبارها محور العلاقات فيها.

وتشير العديد من الدراسات حول المراة ان القوى الاجتماعية والسياسية التقليدية والتي تحتل قمة الهرم السياسي في الدولة والمجتمع إلى إعادة إنتاج منظومة القيم والثقافة التقليدية، ومن ذلك ما يرتبط بالمرأة، وتأبيد النظرة الدونية تجاهها، وتهميش فعاليتها، وربط ذلك بتبريرات أيديولوجية وثقافية، إضافة إلى تفسيرات دينية،التي تجعلها مذنبة امام كل ما يحدث في المجتمع في هذا السياق ننظر من خلال الطرح السابق ان هناك وضعيات متنوعة مرت بها المراة خلال مسارها التاريخي فهي كانت ولا زالت تحت التاثير المورث الثقافي والاستبداد العقائدى مما جعلها تفقد ابسط حقوقها حيث انها تفتقد إلى سلطة اتخاذ

القرارات الهامة فيهـــا، خاصة تلك التي تتعلق بحياتها وبجسدها ، و ذلك في ظل علاقات قوى غير متكافئة بين المرأة والرجل عبر العصور،بوصفها كما ذكرنا سابقا على انها مجال شهوة ومصدر فتنة وباب لشيطان ..لخ، فبالرغم من هذه الوضعية الا ان صورة المراة الجزائرية الحالية ماهي الا انعكاس لتغيرات تفرضها عوامل مادية وسياسية على الواقع الاجتماعي ، ثباتا أو تغيرا ، تحكمها العادات والتقاليد باسم الموروث الاجتماعي على كل القيم المستحدثة ، كما أن للطبيعة الاجتماعية دورا بارزا وأساسيا في طريقة تفكير المجتمع وتنظيم حياته داخل كيان الأسرة بشكليها التقليدي و الحديث ،الذي يطبع عادة بالطابع الذكوري و يسيطر بشكل تام على ذهنية افراده ، وباعتبار المرأة تمثل عنصرا أساسيا داخل الأسرة فان وضعيتها تبدا من حياتها الاولى الى مرحلة اعادة انتاج البناء الفكري و العقائدي للمجتمع،و تعتبر الاسرة من اهم المواطن التي تعيش في ظلها المراة و تكتسب مكانتها فيها .

وعليه جاء هذا المبحث ليكشف عن مكانة و وضع المراة داخل الاسرة الجزائرية من خلال العلاقات الاسرية و التنشئة الاجتماعية في شكلها التقليدي و الحديث.

1- مكانة وضع المراة في الاسرة الجزائرية التقليدية

تعتبر التنشئة الاجتماعية التي تتلقاها المرأة منذ الطفولة داخل اسرتها هي التي ترسخ لديها فكرة دونيتها عن الرجل وتحدد لها مسبقا مكانتها و وضعها ، رغم اختلاف خصائص البنية الاسرية في المجتمع الجزائري ، ومنه فإن مكانة المرأة الجزائرية في الأسرة التقليدية تصنف على أنها في المرتبة الثانية لعدة اعتبارات ،إذ يقول الدكتور مصطفى بوتفنوشنت : أن المجتمعٍ الجزائري هو قبل كل شيء مجتمع ذكوري، و هذا يعود لسبب أن القواعد السلوكية للجزائر التقليدية تجعل المرأة في مرتبة غير بارزة..... و تختلف اوجه المكانة و الوضع الذي تحتله داخل الاسرة من مرحلة لاخرى[1].

[1] مصطفى بوتفنوشنت:العائلة الجزائرية. تر:دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص76

فهي كفتاة لا تحتل أية مكانة و لا أي وضع خاص بها ، فهي مهمشة كأنثى و " مرفوضة " وغير مرغوب فيها، فتتهيأ بذالك لحياة ضيقة يطغى عليها التميز الجنسي في أساليب التنشاة الاجتماعية حسب ما اكدته **Guionnet Christine** في كتابها ان الذكر يحضى من حليب أمه كثيرا حتى يصبح قوي بسرعة كبيرة أما الفتاة فتتعود التضحية[1] ، فهو يعالج في المستوصف، أما الفتاة فتعالج بالتحضيرات التي تحضرها إحدى كبيرات السن حتى أن نسبة الوفيات كانت للذكور(1 من 13)وعند الفتيات(1 من6)[2] فهي لا تملك الفرصة لكي تنمي شخصيتها بل تجد نفسها مكبلة بالقيود الاجتماعية التي تتمثل في التربية وعليه يلاحظ أن القاعدة الأساسية للتنشئة الاجتماعية داخل الاسرة الجزائرية تقوم على تخصيص أدوار خاصة بالذكر وأخرى بالإناث وذلك بإبقاء دورها في البيت أي دور داخلي بعيدا عن الأنظار،لانها تتعتبر مصدر عار والعنصر الحساس الذي يهدد شرف ومقام العائلة،بخضوعها واستجابتها لعواطفها ونزعاتها الطبيعية وبخاصة النزعات الجنسية [3]، لهذا من الضروري أن تتلقى تربية صارمة ترمي إلى إعطائها الشعور بالضعف والخطر عليها ، فنجد الام تهتم ببنتها وتحميها ضد كل مس منذ ولادتها ففي الأسابيع الأولى تهتم بنظافتها جيدا، لا تنزع لها ألبستها أمام الغير وعندما تكبر قليلا تعلمها كيف تغسل دون أن تخاطر بعذريتها، ثم تعلمها كيف تستر نفسها بحيث لا يجب أن تجلس وأرجلها مفتوحتان، وأن لا تتعرى أمام إخوانها، تعلمها أيضا كيف تذهب خفية إلى المرحاض كما تحرص على أن لا تترك ابنتها تقضي ليلتها خارج المنزل في سن معينة، لا تسمح لها باللعب في الخارج .مبكرا تمنعها من اللعب مع أي ذكر كان [4]

[1] Christine Guionnet, Erik Neveu: Féminins Et Masculins , Sociologie du genre , Ed Amand Colin ,Paris , collection u ,1ed ,2005.p44

[2] Camille Lacoste-Dujardin : *Des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb,ed* la découverte,paris,1985,p74

[3] Nefissa Zerdoumi:Enfants d'hier , l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien., François Maspero , Paris ,1982p189

[4] Slimane Medhar : Tradition contre développement, Editions E.N.A.P, Alger , 1988 ,p 184

لذلك فالأنثى أكثر نقدا خصوصا في مواضيع الجنس والحرية في الخروج والعلاقات مع الجنس الآخر لهذا تتعلم المفاهيم التربوية المتعلقة باللياقة والآداب من خلال تجنب المناقشات مع الرجال والظهور أمام الأب في نطاق الأسرة , و تتلقى من أمها قيمة الرجل التي لا تدانيها قيمة. فتدخل الفتاة في هذه المرحلة عالم الكبار وهذا حسب ما اكدته **Guionnet Christine** ان الفتاة في هذه مرحلة تكون في لعبها محدودة فهي تقلد امها في تربية الاطفال والعمل البيتي مما يؤهلها الى الدور المنتظر منها في المستقبل ، كما تربى على حب العادات والاعراف المتداولة واهمها اداب السلوك و الحشمة و الطاعة من جميع افراد عائلتها كاجدة والخالة والعمة و من اهم المثل التي ترسخها و تعلمها الام لابنتها هي تلك المثل التي تطبقها هي في حياتها من حيث معملتها لزوجها و اولادها لتجعل منها اما وزوجة صالحة، وتغرس فيها الخوف اذا ماعرضت تلك القيم وخرجت منها ، فهي لا تعرف سوى مرحلتين، طفولة بلوغ فزواج وبهذا تنشأ بلا أي أهمية سوى العمل المنزلي ، من طهي وطبخ وغسل ثم الزواج في أقرب وقت ممكن وعليه تترسخ لديها فكرة أساسيه أن الأنوثة هي الخضوع والطاعة للذكور وأن شأن المرأة أقل من شأن الرجل وأن العمل الوحيد الذي يمكن للمرأة تحقيقه أن تحافظ على شرفها و ان تكون زوجة وتحت جناح رجل وليس زوجة بالمفهوم العصري إنما أقرب لمفهوم المرأة المعالة[1] وهذا راجع إلى أن الأسرة لم تكن تتقبل إبقاء الفتاة دون هوية شخصية، فعليها أن تتزوج ويكون لها أولاد لأن بقاءها بدون زواج أمر صعب إلى أبعد الحدود، وليس لها الحق في أن تختار من تتزوج أو أن لا تقبل بأي زوج تقترحه الأسرة "، فالمرأة أداة تلاحم وتحالف لا وجود لها خارج هذا الدور وهي جسد يستعمل كأداة للإنجاب والمصاهرة والرجل يحافظ على شرفها والذي يعتبر أغلى شيء لديها"[2] .

[1] سامية حسن الساعاتى ، علم الاجتماع المرأة ، دار الفكر العربى،القاهرة ، ط1 ،1999،ص106-108

[2] فرانز فانون : سوسيولوجية الثورة ،تر:دوقان قرطوط ،دار الطليعة للطباعة و النشر ،بيروت ،ط1 ،1970 ،ص107

ومنه فنوع التنشئة الاجتماعية التي تقدم إلى الفتاة تكيفها عقليا خلال الطفولة والبلوغ على أن تظهر دائما الطاعة والخضوع والتبعية للرجال مما يجعلها تحتل موقعا دونيا في العائلة الجزائرية.

لكنها كأم و زوجة داخل الأسرة التقليدية فهي تحتل مكانة و مركزا ضعيفين أمام مكانة الرجل ومركزه لأن هناك عوامل تتحكم في هذا الفرق الموجود بينهما، فالمكان الطبيعي للمرأة هو البيت ، و هذا الشرط نجده متوافرا داخل الأسرة الجزائرية التقليدية ، إذ تحدد للمرأة مكانها في التدبير المنزلي ، و كذا في علاقتها مع أعضاء الأسرة الآخرين ، و خاصة علاقتها مع الرجل بحيث ... " يريد التقليد أن تكون هذه العلاقة ضيقة تقف عند الضرورة فقط ، ... فالرجل لا يجتمع إلى النساء ، و لا يتحدث إليهن ، و التنظيم المنزلي كله يقع على عاتق النساء في : تحضير الأكل ، غسل الملابس ، رعي الغنم ، النسج...إلخ والزوجة لا تنادي زوجها إلا ب " هو" ،و الزوج يقول لها " هي " أو " يا مرا" [1] .

هنا تجد المرأة كأم تفرض احترامها ومكانتها في الاسرة بواسطة انجابها لذكور[2]، وكلما أعطت عدد أكبر من الأبناء الذكور أكثر من البنات كلما زاد تحسن وضعها في عائلة زوجها وبعد قضاء المرأة عمرها في خدمة اسرتها ، بتربية أولادها وتزويجهم فتجني ثمار جهودها بحيث يصبح لديها جزء من سلطة الأب وتنال احترام الجميع وهنا يكبر دورها وتصبح كلمتها مسموعة وتتخذ بعض القرارات العائلية.

وعليه يمكن القول أن الأسرة الجزائرية التقليدية تعتبر البنات قاصرات ضعيفات جسما وعقلا، توضع عليهن أحكام للوصاية و عزلهن عن الحياة العامة دون تعليم يعد ضرورة لا بد منها وهويتها الجنسية والعادات و التقاليد تؤسس محددات دورها الاجتماعي،إن دور المرأة ومكانتها التي تحتلها في الأسرة الجزائرية التقليدية هو نتيجة رواسب ثقافية ومعتقدات دينية عبر التاريخ،و التي لا تزال أثارها موجودة حتى الآن.

---

[1] *Des Cloitres Robert et Debzi Larbi : Systeme de parenté et structure familiale en Algerie ,Aix-en-provence (France), C. A. S.H.A , 1965, PP 29- 32*

[2] Camille Lacoste-Dujardin : des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb, Alger, éd Bouchène, 1991, P 83.

2- مكانة و وضع المراة في الاسرة الجزائرية الحديثة

ان التغيرات الاجتماعية و الثقافية السريعة في هذا العصر أدت الى تغير وضع المراة ومكانتها الاجتماعية من خلال ظهور بعض القيم و السلوكيات الدخيلة على قيم و المعايير السائدة في المجتمع الجزائري وذالك نتيجة للتطور و تعقد الحياة و زيادة متطلبات الأفراد ونظرتهم لها ،وتطلعاتهم نتيجة التقدم التكنولوجي الذي احدث تغيرا في بناء الأسرة والمجتمع ككل وكذالك تاثير وسائل الاتصال والاعلام على الافراد[1] و من أهم التأثيرات التي مست الاسرة التقليدية هو تغير ولاء الأفراد تجاه بعضهم البعض؛ حيث أصبح الأفراد يحصرون جل اهتماماتهم العملية على تحقيق رغباتهم الشخصية دون الاكتراث لمسؤولياتهم الاجتماعية تجاه عوائلهم الكبيرة وأقاربهم وأرحامهم[2].

وهذا التغير في الولاء افرز نتائج لها تبعات خطيرة على الحياة العائلية تتناولها(بتي يوربيرك) في كتاب "دور الغريزة الجنسية في التغير الاجتماعي" حيث يبحث الأفراد عن فرص للعمل حتى لو كان ذلك البحث يكلفهم كسر العلاقات الأسرية مع أرحامهم، النساء المتزوجات من الطبقة المتوسطة والعليا يذهبن للعمل حتى مع معارضة أزواجهن في بعض الأحيان، وأحيانا يتركن أطفالهن مع أزواجهن ويذهبن للبحث هن حياة جديدة فيها عمل وظيفي، الأزواج يتركون زوجاتهم اللاتي بذلن حياتهن كربات للبيوت،ووجود الأطفال لم يعد ليردع الزوجين عن التفكير بالطلاق والأبناء يذهبون لتأسيس مستقبلهم بعيدا عن العائلة، الشباب يختارون حياة زوجية أو حياة فردية حتى لو عارض الأبوان ذلك[3] .

اما عن اهم التاثيرات التي غيرت من مكانة و وضع المراة في الاسرة الجزائرية التقليدية تظهر واضحة في تعليمها و في خروجها إلى العمل في مختلف قطاعات الخدمات، ومسهمتها في أمور البيت المادية إلى جانب الأمور المعنوية الخاصة بها، فهي بذلك لا تهمل و لا تتخلى عن كونها أم و ربة بيت كما أنها لم تعد

---

[1] سميرة احمد السيد:علم الاجتماع التربية ،دار الفكر العربي لطباعة و النشر،القاهرة ،ط3 ،1997،ص40

[2] محمود حسن: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1967ص65

[3] بتي يوربيرك: دور الغريزة الجنسية في التغير الاجتماعين، ترجمة يوسف إبراهيم المعتز، دار النهضة المصرية، .القاهرة، 1974، ص53

مثل الأولى تابعة للزوج أو الأب فقد تأخذ حرية المبادرة في القرار مع تمسكها بالإحترام و الطاعة" وأصبحت في علاقتها مع زوجها متحررة أكثر مع ظهور إمكانية التصريح بعاطفة الحب قبل الزواج[1]".

اما فيما يخص علاقة الأم بأبنائها فهي أكثر تفتحا من ذي قبل و تتبع أسلوب تربوي يتوافق و التغيرات الحاصلة، حيث أصبح التعامل بين الجنسين يتميز بنوع من الليونة و لكن مازال داخل العائلة تحفظ المرأة و الرجل بين الأخ و الأخت، بين الرجال و النساء، و الشيء الجديد الذي طرأ في العلاقات بين الجنسين داخل الاسرة يتمثل في تكوين حوار أكثر تفتحا من الماضي ولم تبق علاقة المرأة مقيدة و محدودة كما كانت عليه في السابق بل تجاوزت لتشمل زملاء العمل و الأصدقاء بما فيهم الرجال، كما أنها شهدت تغيرا في طريقة لباسها و اهتمامها بشكلها الذي يتوافق كثيرا مع النمط الغربي.

كما أنه لم يكن للأم دورا اقتصادي من قبل أما اليوم فقد خرجت المرأة إلى ميدان الدراسة و العمل حيث أصبح الأب يطمح في تقديم تعليم لإبنته بمثابة الذكر و هو فخور بنجاحها، إذن فتاة اليوم تتمتع بمستوى تعليمي عالي جامعي و تساهم في تزايد الدخل العائلي، و بالتالي تعمل على تحسين ميزانية الأسرة، و إذا ما كانت الأسرة غير محتاجة لأجرة الفتاة فإن هذه الأخيرة تتصرف في أجرتها كما تشاء ، إذ تسمح لها في كثير من الأحيان بتحضير جهازها أو قضاء عطلة.

كما أصبح للفتاة الجزائرية المعاصرة الحرية في إختيار شريك حياتها، إذ تبدأ منذ سن المراهقة تستغرق في تصوراتها و أحلامها عن الطرف الأخر و تعطيه الأهمية المماثلة التي تعطيها لمستقبلها المهني ، و أن إختيارها لزوجها يكون من واجباتها فقط ،فهو إختيار خاص بها و لا يتدخل فيه أحد حتى يكون مطابقا لأحلامها و تصوراتها التي رسمتها، ومن ضمن هذه التصورات أن يكون الزواج أو الزوج من خارج العائلة، و قد يكون هناك تبادل و تعارف.

[1] مصطفى بوتفنوشنت:العائلة الجزائرية ، مرجع سابق ،ص216

و بصفة عامة فإن وضعية المرأة في العائلة المعاصرة أصبحت جد مشرفة بالنسبة لوضع المرأة في العائلة التقليدية، و على هذا فقد تغيرت مكانتها عما كانت عليه سابقا و لم يعد ينظر إليها على أنها ذلك الكائن القاصر و الضعيف، و لا الفرد السلبي الذي يعتبر عبئا اقتصاديا و اجتماعيا على أسرتها وعلى المجتمع بل أصبحت فردا لها وزنها و صيتها على مستوى الأسرة و المجتمع و منه أرغمت أفراد المجتمع بالاعتراف بها.

الا انه و رغم هذا التطور الذي عرفته الاسرة في شكلها إلا أن الاسرة الجزائرية لا زالت متمسكة بقيمها و أعرافها وتقاليدها ونظرتها للمرأة، بالتالي فهي تعتبر اسرة محافظة.

ثانيا : وضع ومكانة المراة في المجتمع

تمهيد

ان مكانة و وضعية المراة في المجتمع تعكس لنا ما وصل اليه المجتمع من تنمية و ترقية اجتماعية فتعليمها و عملها أهلاها كي تتصدر المكانة التي تستحقها، و التي لا طالما كانت بعيدة عنها، فإستطاعت بذلك أن تحقق المساواة مع الرجل، و بالتالي إحتلالها بعض المواقع الحساسة التي كانت في السابق حكرا على الرجل وحده، ومنه فعملها أعطاها نمطا من الإستقلال و الحرية أدى بها في نهاية المطاف إلى إحتلال مركزا مرموقا في المجتمع،وتغيرت بذلك نظرة المجتمعات لمكانتها، لفهم واقع المراة في المجتمع الجزائري يجب التركيز على كل الجوانب الإحصائية والتعليمة والاقتصادية والسياسية والقانونية والتي تعد من الخصوصيات الاجتماعية للمراة الجزائرية و يمكن التطرق اليها على النحو التالي :

- لمحة عن المجال الإحصائي لتطور النمو السكاني للمجتمع الجزائري

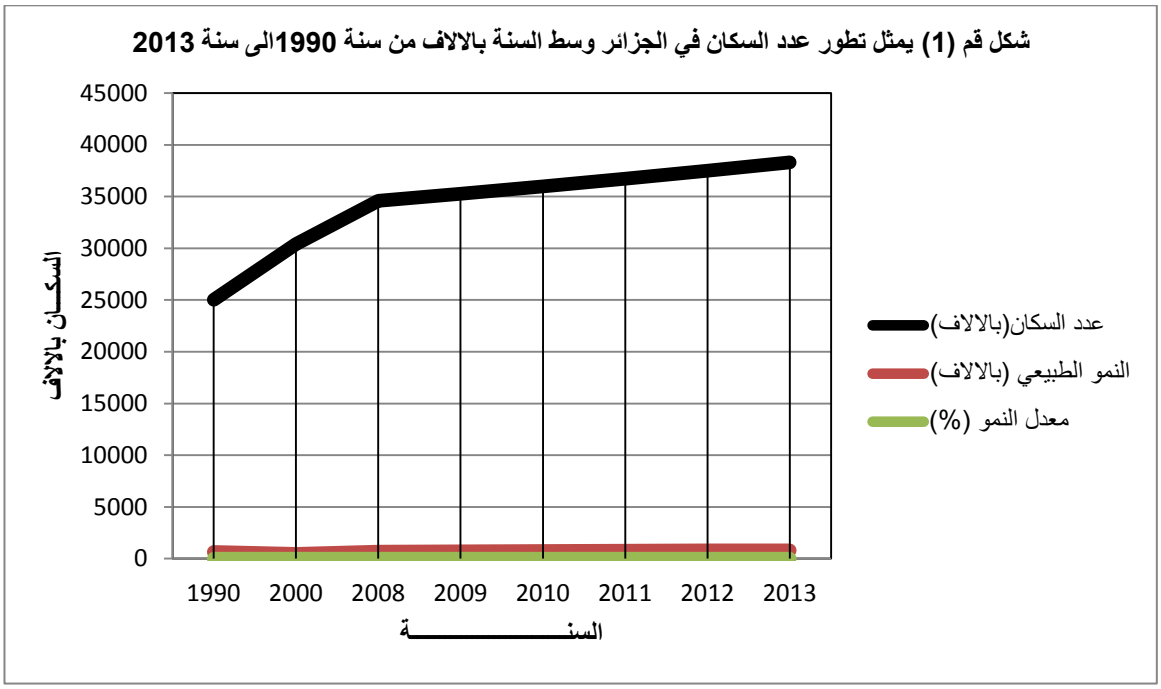
اظهرت الاحصائيات ان هناك تحولا ديمغرافيا سريعا ،إذا ارتفع معدل نمو السكاني بزيادة نسبية تقدر 2.49 %سنة 1990 و باشر بالانخفاض المستمر الى ان قدر ب1.48 % سنة 2000 تم عاود الارتفاع بنسبة منخفضة الى ان قدر ب 2.07%سنة 2013 وبلغ عدد السكان حسب النتائج الاخيرة حوالي 38.7 مليون في جانفي 2014 و 39.5في جانفي 2015 حسب تقرير للديوان الجزائري للإحصائيات و المتمثلة في الجدول التالي:

جدول رقم (01): يمثل تطور عدد السكان في الجزائر في وسط السنة بالالاف من سنة1990الى سنة 2013[1]

السنة / السكان	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
عدد السكان بالالاف	25022	30416	34591	35268	35978	36717	37495	38297
النمو الطبيعي بالالاف	624	449	663	690	731	748	808	795
معدل النمو الطبيعي %	2.49	1.48	1.92	1.96	2.03	2.04	2.16	2.07

[1] الديوان الوطني للاحصائيات – ديمغرافيا الجزائر 2013 ،ص5

شكل رقم (01) يمثل تطور عدد سكان الجزائر[1]



مقياس رسم المنحنى : 1 سم لكل5 مليون نسمة 1 سم لكل 5 سنوات

ان اول ملاحظة نستنتجها من خلال الارقام الموضحة في الشكل رقم (01) اعلاه ان عدد السكان يتزايد بشكل مستمر وفي خط تصاعدي بالرغم ان تلك النسب لا تعكس الواقع مما يفسر ان هناك عوامل تتحكم في النمو السكاني وبالاخص الازمة الاقتصادية و الازمة السياسية التي شهدها المجتمع الجزائري في فترة التسعينات و التي تفسر انخفاض النمو الطبيعي لسكان بعد انتهاج سياسة التباعد بين الولادات التي طبقتها الدولة في بداية الثمانيات من اجل توجيه النمو الديمغرافي الذي ادى الى استعمال المكثف لوسائل منع الحمل الذي حفظ على ارتفاع معدل النمو بشكل طفيف لغاية سنة 2009 المقدر ب1.96%

في حين تعتبر سنة 2010 منعرج هام في ارتفاع عدد اسكان و الذي يمكن تفسره لعملية الاصلاح الشاملة التي مست جميع القطاعات الاقتصادية و الاجتماعية واسياسية من اجل توفير وسط معيشي ملائم

[1] حساب شخصي انطلاقا من معطيات الجدول

للمواطن الذي أدى الى ارتفاع عدد المواليد نتيجة ارتفاع معدل الزوج ليصل سنة2013 الى10.13% بعدما كان 5.97% سنة 1990.

واذا امعنا النظر الى بعض مؤشرات تطورسكان الجزائر نلاحظه في زيادة مستمرة وهذا مايوضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (02) يمثل بعض مؤشرات تطور سكان الجزائر من 1990الى سنة2013[1]

السنة	عدد الولادات الحية بالالاف	الوفيات بالالاف	عدد الزيجات بالالاف
1990	775	151	149345
2000	589	140	177548
2008	817	153	331190
2009	849	159	341321
2010	888	157	344819
2011	910	162	369031
2012	978	170	371280
2013	963	168	387947

نلاحظ من خلال الجدول ان سنة 2011 عرفت ارتفاعا كبيرا في حجم الزواج فقد سجلت مكاتب الحالة المدنية 371281حالة زواج أي زيادة نسبية قدرت ب10.05 .% كما انها عرفت انخفاضا طفيفا حيث انتقلت من 10ر05 إلى 9ر90 سنة 2012 لترتفع بعدها بمعدل 10.13سنة 2013 كما ان نسبة الوفيات عرفت عرفت بالمقابل ارتفاعا لتبلغ 170.000 وفاة.سنة 2012ونخفضت سنة 2013 لتصل

[1] بتصرف من الديوان الوطني للاحصائيات ،مرجع سابق،ص5

168.000حالة وفاة مما يفسر تراجع معدل الخام للوفيات الذي انتقل من 4,53 ‰ الى 4,39 ‰ بين 2012و 2013 بالمثل عرف معدل عام للخصوبة انخفاضا حيث انتقل من 3.02الى 2.93طفل لكل امراة خلال هذه الفترة .

كما عرف عدد السكان البالغين عمر النشاط (من 15 إلى 59 سنة) انخفاضا حيث انتقل من 64 %إلى 63.6 % و لكنهم ما زالوا يمثلون الفئة الأهم من السكان في حين بقيت حصة الأشخاص البالغين 60 سنة و أكثر ارتفاعها حيث انتقلت من 9ر7 % إلى 1ر8 % من السكان .و بالنسبة لعدد النساء في عمر الإنجاب (من 15 إلى 49 سنة) فقد عرف ارتفاع من 100.00 امراة مقارنة بسنة 2012 ليبلغ 10.6 مليون امرأة ،أظهرت نفس الإحصائيات ان نسبة النساء مثلت 49.39% مقابل 50.61% من الرجال أي ان نسبة الذكور تفوق نسبة الاناث ب1.22% المسجلة خلال سنة 2012 [1]، وأشارت الدراسات العالمية أن عدد المولودين من جنس الإناث يكون أكثر من عدد المولودين من جنس الذكور، لكن هذا العدد من الإناث سرعان ما يتراجع باعتبار أن الوفيات في السنة الأولى بين حديثي الولادة من الإناث يكون أكبر من الوفيات عند حديثي الولادة ذكور.

الا ان المشكلة ليس في تطور النمو السكاني بل هي اعمق في ذالك ،وتتعلق بإنتشار الأمراض و الأوبئة في الجزائر الذي قد يؤثر على الوضعية الإجتماعية وحتى الإقتصادية التي تساهم بقدر كبير في ارتفاع معدل الوفيات ولو بشكل بسيط مع ارتفاع نفقات الدولة على القطاع الصحي .

[1] الديوان الوطني للاحصائيات :مرجع سابق ،ص1

- واقع تعليم المراة في الجزائر

لاشك أن التعليم يسمح للمراة بالانفتاح على المجتمع وعلى العالم الخارجي وكذا التحرر من مختلف القيود الاجتماعية، ولذلك يعتبر من بين أهم الانجازات التي عملت على تغير مكانة و وضعية المرأة الجزائرية، وقد اكدت معظم الدراسات إن السبب الرئيسي لتخلف المرأة في المجتمعات النامية، هو حرمانها من التعليم الحديث .وهناك ارتباط بين حرمان المرأة من التعليم، و بين القيم المتصلة بمكانتها ودروها الإجتماعي، و بين مفهوم الرجل عنها، بل ومفهومها هي عن نفسها من خلال التنشئة الإجتماعية و الممارسة السلوكية. و من هنا نلاحظ أن تعليم المرأة في المجتمعات النامية قد بدأ تاريخيا بعد تعليم الرجل ذلك لأن الإعتراض الإجتماعي بقدرتها ما زال يوصف تحت وطأة التصورات القديمة ،وطبيعي أن تخلف تعليمها هو الذي أخر حضورها إلى ساحة العمل الإجتماعي،وقلل من إسهامها في تطور المجتمع ، لان في المجتمعات المتقدمة تقوم المرأة المؤهلة بدورها الإجتماعي قياما كاملا أما في المجتمعات المتخلفة فإن المرأة تقوم بدور محدود[1] كما تشير الدراسات التاريخية وبالاخص في المجتمع الجزائري ان المرأة عانت تحيزا واضحا من قبل مجتمعها تجاه الرجل وسيطرت النظرة الدونية لجنسها كأنثى كما ذكرنا سابقا.

فحرمت المراة من فرص التعليم و تحصيل الثقافة قديما من أجل الإبقاء على وضعية التبعية و السيطرة الكاملة على كيانها، و ظلت المرأة تعاني من الحرمان من حقها في التعليم إلى بعد الفتوحات الإسلامية التي منحت مكانة متميزة للمرأة في المجتمع إلا أن الاستعمار و العادات و التقاليد التي عان منها المجتمع الجزائري جعلتها بعيدة كل البعد عن هذه المكانة .

[1] محي الدين صابر :تعليم المرأة و تدريبها و علاقتها بالتنمية القومية،مجلة من قضايا التنمية في المجتمع العربي"، المكتبة العصرية ، صيدا ، .بيروت، ط2، 1987، ص76

بحيث كانت فرص تعليم الأبناء و البنات محدودة جدا في فترة الاحتلال(1832-1962) فلم تتجاوز نسبة التعليم الا 08 % من جملة الأطفال الذين هم في سن التعليم، و تقل هذه النسبة كلما صعدنا في السلم التعليمي من المراحل الأولى...و اكدت (Turin) ان سنة 1836 لم تكن النساء تعرف لا القراءة ولا الكتابة، وان عدد الفتيات الملتحقات بالمدارس فقد كان ضئيلا حظهن فيها كاد ينعدم مما جعل عددهن ينخفض والدليل على ذلك أن نسبة المتمدرسات في البدايات الأولى للاحتلال قدرت بحوالي21% اما بالنسبة لذكور9 %[1] فهذه الصورة تعكس السياسة التعلمية للاستعمار الفرنسي ،التي لم تكن تهدف إلى إنشاء المدارس لتثقيف أبناء الجزائر و النهوض بمستواهم العام بقدر ما كانت كيدا و حقدا على الشخصية القومية و اللغة العربية، فالثقافة تتيح لهم أفقا واسعا تبصرهم بحالة وطنهم و استغلال المستعمر لهم، و هذا مالا تريده فرنسا، فهي تقدم تعليما منحطا يسهل إدماج أبناء الشعب الجزائري في فرنسا و هو ماطمحت اليه ضمن سياستها الاستعمارية[2] .

الا ان بعد الاستقلال انتهجت الدولة الجزائرية سياسة مجانية التعليم كرد فعل لحالة التعليم ابان الاستعمار الفرنسي وفتح فرص التعليم لكلا الجنسين ولاسيما بالنسبة للمرأة " فقد كان وجود تعليم المرأة عامل أساسي من أجل تقدمها و أن لا تكون عنصرا عاطلا، بل مشاركتها في الحياة الاجتماعية واجب وضروري حتى يكون لها وضع إقتصادي و إجتماعي لائق ،و رغم المجهودات التي قامت بها الدولة الجزائرية في إطار السياسة التنموية بعد الاستقلال .

الا ان نسبة الامية كانت مرتفعة خلال السنوات الاولى حيث كانت" نسبة تمردس الانات سنة 1966 جد منخفظة وقدرت ب36.9 % وذالك لعدة اسباب منها :التسرب المدرسي، و بعد المدارس عن أماكن الإقامة خصوصا في المناطق الريفية سيطرة بعض الأفكار التي يحصر مهمة المرأة الأساسية في المنزل

[1] تركي رابح: أصول التربية و التعليم، ديوان المطبوعات الجامعية،المؤسسة الوطنية للكتاب،الجزائر ،ط2، 1990،ص(386-396)

[2] نفس المرجع ،ص410

و المطبخ و التنظيف، و ترتيب البيت فضلا عن تربية الأطفال و كأن المرأة مجرد آلة لإنجاب الأطفال، ولاداعي لأن تتعلم و تتثقف، و رغم ظهور هذه التصرفات و الإتجاهات المتبعة لبعض التقاليد البالية عند بعض الاسر.

فان المرأة لم تبقى خاضعة خضوعا تاما للتقاليد و العادات، بل عملت على تطوير دورها ومكانتها في المجتمع[1] بعدما انتهجت الجزائر سياسة وطنية لمحو الامية و تعليم الكبار ،حيث تراجعت نسبة الامية لتصل 26% سنة 2003 و 22% سنة 2008 .

و تمس الامية بصفة خاصة فئة النساء 23.3% مقابل 17.1% ذكور وكذا الفئة العمرية الاكثر من 40سنة بحيث وصلت في المناطق الريفية 40.6% مقابل 22.6% في الحضر ، وينتظر ان تتقلص نسبة الامية 2007-2015 بفضل الاستراتجية الوطنية لمحو الامية التي تهدف الى القضاء نهائيا على هذه الظاهرة سنة 2015خاصة وسط الفئة العمرية ما بين 15-49سنة مع التركيز على النساء وسط المناطق الريفية[2] وعلى هذا الاساس تمكنت المراة من مزاولة تعليمها في جميع الاطوار و وصولها الى مستوى الجامعي ، و الجدول التالي يوضح تطور عدد الاناث في الاطوار الثلاثة لفترة مابين (2000- 2010) ولمعرفة تطور عدد الاناث المتمدرسن في الاطوار الثلاثة خلال فترة 2010الى غاية 2015 انظر ملحق رقم (01).

[1] بتصرف من تقرير وطني، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الندوة العالمية 4 حول المرأة(بكين من 14 إلى 15 سبتمبر)، المؤسسة الوطنية للنشر و الإشهار، الرويبة، ص17-18.

[2] عائشة عبد السلام و الآخرون :دراسة مسحية لمشروعات المجال الاجتماعي للنهوض بالمراة بالجمهورية الجزائرية ،منظمة المرأة العربية،الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة ،الجزائر ،2009،ص18

جدول رقم (03) :يمثل تطور عدد المتمدرسين في الجزائر في الفترة الممتدة مابين 2000–2010[1]

السنوات / الجنس / الاطوار الدراسية	2001-2000			2006-2005			2010-2009		
	ذكور	اناث	مجموع	ذكور	اناث	مجموع	ذكور	اناث	مجموع
الابتدائي	2510846	2210114	4720960	2222679	1973901	4196580	1743741	1563992	3307733
المتوسط	1048826	966544	2015370	1133004	188324	2221328	1566613	1486754	3052387
الثانوي	427917	547945	975862	489291	686440	1175731	488662	681689	1170351

[1] le programme mondial du développement humain :le 2 éme rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement en Algérie septembre 2010 , p47 .

يتبين من خلال قراءة الجدول اعلاه ان في كل مرحلة تعليمية أن عدد المتمدرسين في الأطوار الثلاثة في تزايد مستمر عموما و بالاخص في ازدياد عدد الاناث عن الذكور وهذا رجع بالدرجة الأولى إلى الاهتمام الذي أولته الدولة الجزائرية لقطاع التعليم بعتمادها على سياسة مجانية التعليم التي ساعدت على تدعيم و ترقية وتغيير مكانة المراة في المجتمع وتأهيلها تأهيلا مهنيا وعمليا خاصة بعد" إتاحة فرص تعليمها في المستويات المختلفة وما ينتج عنه من تغيير في القيم و المفاهيم سواءا في نظرة الرجل للمرأة أو نظرتها لذاتها"[1] وكذالك في تقليص التفاوت في الجندر الذي يعد انجازا معتبرا في الجزائر حيث أن جل البنات ممن هن في سن الدراسة أصبحن أكثر إقبالا على المدارس .فبعدما كان عدد التلميذات لا يتجاوز ثلاثة آلاف في 1963 اصبح سنة 2010 اكثر من مليون رغم التباين في الارقام خلال الاطوار الثلاث بين الزيادة و التراجع بسبب تزايد نسبة التسرب المدرسي لدى الاناث عن الذكور في الطور الاول و الثاني بينما في الطور الثالث و الذي يمثل الطور الثانوي فقد كان العكس ذاك اذ بلغ عدد المترسبين إناث في السنة الدراسية 2010-2011 ب19.01% مقابل 25 % ذكور[2] وهذا ما يفسر ارتفاع عدد الفتيات المتمدرسين خلال الفترة مابين 2000-2010 اذا انتقل العدد الاجمالي للاناث من 547945 طالبة الى 1170351طالبة .

اما على مستوى التعليم الجامعي ، تدل الوضعية الحالية للمجتمع على التغيير الكبير في مجال مزاولة الفتيات لدراسات عليا رغم قطعها مسافات مئات الكيلومترات والسكن في الأحياء الجامعية الا انها حققت نجاحات بتصديها للعوائق المادية و الاجتماعية امام طموحها ورغبتها للعلم و المعرفة و الجدول التالي يوضح تزايد نسبة الاناث في مرحلة التدرج ،

[1] إبراهيم، عثمان: مقدمة في علم الاجتماع،عمان، دار الشروق و النشر و التوزيع، 1999 ، ص25
[2] المدرية الفرعية للاحصائيات،وزارة التربية الوطنية ،ديسمبر 2011

جدول رقم (4):يمثل تزايد نسبة الاناث في مرحلة التدرج مابين المرحلة(1972-2011)[1]

السنة / نسبة التسجيل	1972	1992	2000	2011
نسبة الذكور	77	61	50	41
نسبة الاناث	23	39	50	59

من خلال قراءة الجدول رقم(4)يظهر لنا ارتفع عدد الاناث المسجلين من 23 % في سنة 1972 الى 50% سنة 2000 وهذا ما يفسر ان التعليم العالي من الناحية النفسية حافزا للبنت من اجل مواصلة مشوار الحياة، وتحقيق النجاح واثبات القدرات الذاتية في المحيط الأسري و المحيط الاجتماعي.

اما من الناحية الاقتصادية، فان مواصلة التعليم العالي يضمن للفتاة تاهيلا يتيح لها امكانية الدخول إلى سوق العمل بمؤهلات تعليمية رفيعة، كما يؤهلها ذلك لاحتلال وظائف ومناصب كانت إلى وقت قريب حكرا على الرجال[2]، وهذا كله طموح الفتاة الجزائرية في مواصلة التعليم العالي من اجل احتلال مكانة أو دور اجتماعي،ولعل هذا ما زاد في اقبال البنات لتعليم العالي ورتفاع عددهم في التعداد الكلي للجامعة، اما نسبة التخرج ذكرت الإحصائيات ان عدد المتخرجات يفوق نصف العدد الاجمالي للمتخرجين حيث شكلت اكبر نسبة في الادب و العلوم الاجتماعية و قدرت ب69% وتنخفض بشكل نسبي في العلوم و التكنولوجيا بنسبة 31% ، وهذا التطور الهام يفسر بعدة عوامل منها[3]:

[1] وزارة التعليم العالي و البحث العلمي :التعليم العالي و البحث العلمي في الجزائر خمسين سنة في خدمة التنمية 1962-2012 ،منشورات الوزارة ،الجزائر ،2012،ص40

[2] لوكيز مريم:المرأة الجزائرية على عتبة الألفية الجديدة،مجلة رسالة الأسرة،الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة،العدد(10) ، مارس 2004،ص1

[3] عائشة عبد السلام و الآخرون :مرجع سابق ، ص18

–الاتجاه الاجابي نحو تمدرس الفتيات الذي يعكس تغير الدهنيات بهذا الشان

–تجند الفتيات لتمدرس ،ويرجع ذالك الى انهن لا ينظرنا من وراء الدراسة عملا ،بل ينظرون شيء اخر و هو بناء ذوتهن ،فالمدرسة تمثل لهن اكثر من فضاء دراسي ،بالاضافة الى الخوف من الانغلاق في الفضاء المنزلي في حالة عدم النجاح.

– النتائج الاجابية المحققة من طرف الفتيات في المسار الدراسي .

رغم هذا التفوق العددي لنسبة المتعلمات و حاملات الشهادات العليا الا انها لم تحقق نسبة عالية في عالم الشغل حيث نجد نسبة النساء العاملات من اجمالي الفئة العاملة البالغين 5سنوات فاكثر 14.9% مقابل 66.2% عند الرجال سنة2014 [1] مما يفسر أن الكثير من النساء مازالت تعاني من ظروف إجتماعية مزرية كانتشار التسرب المدرسي وتفشي البطالة و تفاقم المشاكل الصحية.

وكخلاصة لما سبق ذكره نلاحظ ان التعليم له اهمية كبيرة في حياة المراة فهو يرفع من مستوى وعيها ويخلق لديها أفكارا متجددة ويعتبر آلية هامة لدمج المرأة في عملية التنمية ويدفع بها للاهتمام بصحتها وتنظيم عملية الإنجاب وتربية الأبناء ويرفع من مكانتها الاجتماعية.لأنها تصبح تستنير من وسائل الإعلام المختلفة وتضطلع بحقوقها وواجباتها اتجاه نفسها وأسرتها والمجتمع . لأن المرأة هي المحرك الرئيسي في الأسرة وتعتبر قاعدتها الأساسية".لأن التعليم يكسبها، الخبرة ويجعلها قادرة على مواجهة كل المشاكل الصعبة التي تتعرض لها في مشوار حياتها،كما يساعدها في أداء رسالتها كزوجة وكأم. أما فيما يخص التربية فيجب أن تكون واعية ومسؤولة لأن دورها في خلق السعادة الأسرية لا يستهان به متى كانت متعلمة." [2]

[1] ONS : activité ,emploi et chômage en septembre 2014, n° 683, p 1

[2] صباح الدين علي: الخدمة الاجتماعية، الهيئة العامة للتأليف و النشر، الإسكندرية، ط3 ،1972،ص424

"فالتعليم في حد ذاته حاجة أساسية من حاجيات الحياة الإنسانية وهو الآن مطلب من المتطلبات الأولى لكل مجتمع متمدن كما أصبح غاية ووسيلة للوصول بالفرد إلى مكانة اجتماعية مرموقة،ومن المؤكد أن شخصية الأم ومدى ما وصلت إليه من مستويات ثقافية من العوامل الرئيسية التي تساهم في تنشئة الأبناء بطريقة سليمة،لأن الأم المثقفة خير عوض لأبنائها في الحياة " [1]، كما تبين الدراسات التي قام بها مكتب الدراسات العربي" أن المرأة المتعلمة لديها معلومات صحية أكثر عن الرعاية والمعالجة والوقاية،كما أنها أقدر على استعمال التقنيات الحديثة المساعدة في تنظيم عدد أفراد أسرتها " [2].

1- واقع عمل المراة في الجزائر

مما لا شك فيه ان وعي المرأة التعليمي رفع من إمكانياتها في العمل و دفع بعجلة التغير النسوي في تنمية المجتمع وضرورة مشاركتها في القطاع الاقتصادي الذي يمكنها للتطلع إلى أفاق جديدة ، وعلى الرغم من السياسات المشجعة لمشاركة هذه الاخيرة في قوة العمل الا ان نسبة مشاركتها ضئيلة وهذا راجع لثقافة و التقاليد المسيطرة على المجتمع الذي ينظر بسلبية للعمل النسوي وخاصة في الأرياف.

وعليه ان التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمع الجزائري التي صاحبت التناقض و تعقد الحياة الاجتماعية منذ الاستقلال الي يومنا هذا ،جعلت الأسرة الجزائرية تواجه ضغوطا إقتصادية، مما إضطر بسببها مسؤول العائلة بقبول خروج زوجته أوأخته أو إبنته للعمل من أجل مساعدته في مصروف البيت، خاصة انها قطعت شوطا من التعليم يؤهلها للبحث عن العمل والخوض في غماره، وقد ساهمت الدولة

[1] محمد الصالح بن عاشور:ماذا عن تعليم المرأة،المجلة الجزائرية،العدد 1985،132،ص14
[2] أنطوان حبيب :قضايا الشباب و المرأة العاملة في الوطن العربي،مكتب العمل العربي،بيروت،بدون تاريخ.ص178

بشكل كبير في تغيير الافكار حول اهمية عمل المراة بالنسبة للاسرة و المجتمع والاقتصاد الوطني ، و فتحت المجال امامها في مختلف الحياة العامة واضحت متوجدة في مختلف القطاعات و اصبحت تنافس الرجل في اعلى المناصب ، كما ساهم النزوح الريفي في ازدياد النشاط النسوي و الجدول التالي يوضح تطور عدد النساء العاملات مابين فترة(2009-2010) في المدينة و الريف

جدول رقم (05): يمثل توزيع السكان الناشطين حسب الجنس و الاصل الجغرافي مابين فترة (2009-2010)[1]

	2009			2010			2011		
	حضري	ريفي	مج	حضري	ريفي	مج	حضري	ريفي	مج
اناث	1167	280	1447	1126	348	1474	1235	362	1561
ذكور	5460	2565	8025	5235	3027	8262	5062	2976	8038
المجموع	6627	2845	9472	6361	3375	9736	6297	3302	9599
النسبة (%)	69.96	30.04	100	56.33	34.67	100	65.6	34.4	100

من خلال قراءتنا لإحصائيات الجدول رقم (05) نلاحظ ان عدد النساء العاملات يزداد بنسب ضئيلة حيث ارتفع من 1447 سنة 2009 الى 1474 سنة2010 ثم الى 1561سنة 2011 بالمقابل ان الذكور شكلوا اعلى نسبة في النشاط الاقتصادي في حين ان نسبة عمل النساء في الريف في تطور مستمر على غرار عمل النساء في المدينة مما يدل ان دخول المراة في ميدان العمل في المدينة و الريف احدث تغيرات في مكانتها و دورها الاجتماعي وكذا في نظرة المجتمع لها واصبح بامكانها التكفل باحتياجتها الاقتصادية وكذا مساعدة اسراتها وهذا يعود طبعا لعدة تغيرات المثمتلة في ارتفاع مستوى التعليمي والثقافي ،فخروج المراة للعمل يعتبر طموح عند فئة الطالبات و الشابات المثقفات لفرض وجودهن من خلال العمل ومشاركاتهن في مختلف النشاطات الحياتية سواء اقتصادية او اجتماعية و حتى السياسية

[1] ONS : Statistiques Sociales, EMPLOI & CHÔMAGE AU 4ème TRIMESTRE 2010 ,p2

وكل هذا ساهم في تزايد عددهن بستمرار وبنسب متفاوتة ، فالمرأة الجزائرية اليوم تعمل من أجل غايتين، من أجل تحسين معيشة الأسرة، و من أجل التحرر الإجتماعي حيث تمكنت من ممارسة حريتها الشخصية بفضل عملها ، وبناءا على احصائيات الدوان الوطني للاحصاء سوف نستعرض باختصار احصائيات المراة و العمل في الجزائر لسنة 2014 للكشف عن واقعها ومكانتها في الجانب الاقتصادي و حسب احصائيات 2014 [1]نلاحظ ان عدد الاناث الناشطات بلغ574000 في الفئة العمرية25-29 سنة بمعدل 33.3% تم تليها الفئة 30-34 سنة بمعدل 27.6% مما يعكس ان الفئات الناشيطة هي ظمن فئة الشباب اما اجمالي السكان الناشطين فقد تم تقديرهم ب10.566.000 شخص أي بمعدل 27.1% من اجمالي عدد السكان و تشكل اليد العاملة النسوية 18.6% من اجمالي المشتغلين أي بما يعادل 1.962.000 مشتغلة من بينهم 1508000 مشتغلة في المجتمع الحضري و454000 مشتغلة في المجتمع الريفي وفيما يخص نسبة السكان المشتغلين على إجمالي السكان البالغين 15سنة فما فوق فقد بلغت37.5% على المستوى الوطني(60.5% لدى الذكور و14% لدى الإناث)،أما فيما يخص توزّع المشتغلين بين القطاع العام والخاص فنلاحظ أن النساء يغلب عليهن التوجه الى القطاع العام بنسبة 61.9% مقابل 36.3% ذكور بينما يفضل الرجال القطاع الخاص حيث بلغت نسبتهم63.7%رجال مقابل 38.1 نساء وهذا بسبب كون القطاع العام أكثر أمانا واقل استغلالا في نظر المراة بالإضافة الى كونه يحافظ على حقوقها ويوفرلها ظروف ملائمة لتوفيق بين بيتها و عملها .

كما إن أهم ما يميز عمل المرأة في المجتمع الجزائري هو انحصاره في قطاعات معينة على حساب أخرى، حيث يحتوي كل من قطاعات التعليم و الصحة و العدالة على النسبة الأكبر من النساء العاملات

[1] انظر ملحق رقم (02)

كما تدلي التركيبة النسبية لليد العاملة حسب قطاع النشاط الاقتصادي ان اعلى نسبة لنشاط المراة تظهر في التجارة و الخدمات بنسبة 75.8% ويليها قطاع الصناعة بنسبة 18.8% تم قطاع الفلاحة بنسبة 3.8% أما قطاع البناء و الأشغال العمومية مثلتها بنسبة ضعيفة قدرت ب1.6% مما يفسر أن توجه المرأة لقطاع التجارة والخدمات على غرار الفلاحة و الأشغال راجع لظروف العمل التي لا تتطلب لمجهود بدني كبير و يتوافق مع وظائفهن المنزلية كما تظهر الإحصائيات أن 57% من مجموع السكان الناشطين ذو مستوى جامعي من بينهم 48.4% نساء الناشطات منهم 40.7% متحصلات على مستوى جامعي وهذا مؤشر يدل على ان للتعليم دورا بارزا في تغير مكانة المرأة واقتحامها لكل المجالات إلا أن حصة تشغيل النساء تبقى ضعيفة مقارنة مع الرجل وهذه النسب الضعيفة ترجع أساسا للأوضاع الاقتصادية التي يمر بها المجتمع الجزائري من بطالة حيث بلغت نسبة البطالة على مستوى الوطني 9.8% مع تسجيل تباينات معتبرة حسب الجنس و الفئة العمرية و المستوى التعليمي حيث نسجل نسبة 8.8% لدى الذكور و14.2% لدى الإناث رغم الإصلاحات التي تمت من اجل تخفيض نسبة البطالة إلا أن نسبة البطالة تتزايد بين حاملي شاهدات جامعية و شهادة التكوين المهني لكونهم أكثر طلبا على العمل الرسمي.

ورغم من المكاسب الكثيرة التى حققتها المرأ ة الجزائرية في مجال التعليم و العمل الا ان كل المجهودات المبذولة لترقية المرأة مازالت هناك عوائق تحول دون الوصول إلى الهدف المنشود، هذه العوائق منها ما هو نظامي ومنها ما هو متأصل في البناء الاجتماعي، حيث مازال الحرمان من الحقوق التي منحها إياها القانون خاصة في المناطق الريفية، أين سلطان التقاليد لازال مسيطر او بالاخص النظرة التميزية التي تساهم إلى حد بعيد على تهميشها و اهانتها.

فنستنتج مما سبق ذكره أن المرأة الجزائرية أصبحت أكثر مساهمة في العمل خارج البيت و في التنمية الاجتماعية و الاقتصادية أكثر من ذي قبل، و هو مؤشر على تحسن وضعها في المجتمع و بدرجة أكبر في المدينة مقارنة بالريف وكذا التحرر من مختلف القيود الاجتماعية ،الا ان هذا التحسن يبقى ضعيفا بالنسبة لمساهمة الرجل و مشاركته في ميدان العمل ويعود ذالك لبعض الاسباب منها ما تعتبر معرقلة و اهمها:

-التصورات التقلدية لقيم وعادات و تقاليد المجتمع التي تنظر الى المراة نظرة دونية و تكرس تحيز للرجل فقط و تفرض الوصاية الدائمة له ،كما ان المجتمع لا يتقبل للمرأة ان تمارس كل اشكال الوظائف ويضع قيودا وشروط على بعضها وهذا التصور انعكس على اهتمام المراة باستقلاليتها الاقتصادية و قللت من اهمية العمل في حياتها باغتباره موردا ماديا وليس فرصة لتنمية قدراتها لهذا نجد أغلبية العاملات يتخلين على عملهن بعد الزواج وخاصة بعد إنجاب الأطفال، حيث تزداد المسؤوليات والأعباء على المرأة العاملة فلا تستطيع في كثير من الأحيان التوفيق بين الدورين، فتحتفظ بأسرتها وتتفرغ لرعاية أبنائها على حساب عملها المهني.

و منها ما تعتبر مساعدة على خروجها للعمل واهمها :

- القانون الذي منح لها خدمات اجتماعية و صحية التي تهدف لمساعدتها وذالك بتوفير وسائل لتدعيم عملها كدورالحضانة رياض الاطفال ومنحها اجزات و تعويضات خاصة اثناء الحمل و بعد الوضع و منحها اوقات خاصة لتفرغ لرعاية ابنائها الصغار فيما يتعلق بالرضاعة وحالة مرض وكذلك لحمايتها في المجال العمل الليلي.

–الغلاء المعيشي جعلها تخرج جنبا لرجل للعمل في جميع الميادين لتخفيف من اعباءه من جهة و التطور التكنولوجي من جهة اخرى الذي وفر للمراة خدمات للبيت كالات للغسيل الملابس و الصحون و..وغيرها مما عوض القوة الجسدية التي كانت تبدلها ،وخلق بذالك وقت فراغ واسع لا تجد فيه ما تشغله ، مما دفعها الخروج الى العمل .

– فكرة التحرر وإثبات الذات وتحسين المكانة الاجتماعية بتحقيق الاستقلال الإقتصادي لم تعد كالاسطورة صعبة المنال بل اصبحت مع الحداثة و تفتح العالمي (خاصة وأن أغلبية قوة العمل النسائية غير معتمدة في نشاطات مؤجرة) اهم مطلب من مطالبها واصبح يعتقد الكثير من الرجال في الاونة الاخيرة أن المرأة ينبغي أن تعمل وتساهم في اقتصاد البيت وكذا في تنمية اقتصاد الوطن.

2-الواقع السياسي للمراة في الجزائر

كما ذكرنا سابقا ان وضع المراة عبر التاريخ لم يكون واحدا بل كان يخضع لظروف كل مرحلة تاريخية ويتاثر تبعا لذالك و من خلال التعليم و العمل تغيرت ادوارها و اختلفت وظائفها وازداددت اهميتها واتسع وعي المجتمع باهمية و مكانتها ،ليس كمنتيجة للعنصر البشري ، بل كمنتيجة للقيم والمعايير والمبادئ التي تحكم المجتمع ،و تنظم علاقات الافراد داخله .

فالمراة عانت الكثير من اشكال التمييز النوعي عهودا طويلة ، شعرت من خلالها بعدم المساواة والتهميش والاقصاء ، فظهرت بذالك حركات تنادي و تطالب بتحقيق المساواة في الحقوق الاجتماعية و الاقتصادية وحتى السياسية و هذا ما يؤكده المفكر الغربي جون ستوارت مل في كتابه بعنوان "استعباد النساء " الذي حث على المطالبة بالتواسع في حقوق القانونية والسياسة للمراة نظرا لحرمانها من الكثير من الحقوق التي كانت حكر للرجل مثل التصرف في الملكية الخاصة،الزواج،الوصاية على الابناء ،

وحقها في العمل وحق الترشح للانتخاب ليلفت فيها انتباه المجتمع الى واقعها و بان القانون لا يقوم بحماية المراة وبالاخص المراة المتزوجة اذا اهينت او الحق بها الاذى ، و هي التي تجبر على الحياة تحت سقف واحد مع من يهينها او يؤديها ،لهاذا كان يشجع على تحرير المراة من الاصداف و الاغلال التي تعوقها عن الحركة و تمنعها من الانطلاق لتشارك الرجل في المجتمع حر بالمعنى الحقيقي[1]

و كانت شكوى ستورات مل من التقاليد و القوانين القائمة متوقعة بعد كتابه عن الحرية .

وعلى هذا الاساس اصبح المجال السياسي البوابة التي ترسخ فيها المراة مكانتها في المجتمع و ذالك بالمطالبة بحقوقها ،لهذا اصبحت قضية تفعيل دور المراة سياسيا من المواضيع التي اخذت حيزا واسعا من النقاش في السنوات الاخيرة وتصاعد الاهتمام العام بها في العالم عامة و في الجزائر خاصة على الصعيد العمل العام و السياسي و بالذات مع تنامي ضغط المجتمع الدولي ممثلا في اتفاقيات الدولية التي تعني بتمكين المراة على مختلف الاصعدة وكذا دور مجتمع المدني و مؤسسات النسوية المحلية و الدولية في المطالبة باعطاء المراة المزيد من الحقوق، اين بدات الجزائر تعطي اهتماما خاصا لقضية دخول المراة معترك الحياة السياسية او المشاركة بفعلية في المجالس المنتخبة ، اعترافا للمراة الجزائرية لما قدمته من نظال و مقاومة عبر تاريخ الجزائري ، فهي اثبتت نفسها من خلال كفاءتها وكفاحها وفعاليتها في المجال العام وأهليتها للعمل السياسي،الذي دعمه ما ورد في برنامج طرابلس حين اشار فيه الى :

"لقد خلقت مشاركة المراة في كفاح التحرير الظروف الملائمة لكسر الكابوس القديم الذي كان يحيط بها و يقيدها باشراكها اشراكا كاملا في تسير شؤون المنزلية و تنمية البلاد (...)لذا ينبغي للحزب في الجزائر (...)ان يقضي على كل العوائق تطور المراة و تفتحها "[2] اين يظهر اهتمامه بحقوق المراة حين دعى

[1] جون ستوارت مل:استعباد النساء ،تر:امام عبد الفتاح امام ،مكتبة مدبولي ،القاهرة ،ط1 ،1998،ص31

[2] تركي رابح : اصول التربية و التعليم ،مرجع سابق ،ص396

إلى تمكين المرأة من المشاركة في تسيير شؤون بلادها العامة ،اعتراف وإقرار بأهليتها للعمل السياسي ،إلا أنه على المستوى التطبيقي نلاحظ ضعف التمثيل النسوي في المجال السياسي، فتواجد النساء يعد محتشم إذا ما قورن بعدد الرجال لان" مشاركة المرأة في المجال السياسي تواجه مقاومة إجتماعية وسياسية"[1] , رغم أن القانون يساوي في الحقوق بالنسبة للجنسين في الدخول للمجال السياسي .

و عليه المعطيات الفعلية لواقع السياسي للمراة تواضح ان هناك نمو الجد بطيء للممارسة النسوية في هذا الميدان والإحصاءات التالية شاهدة على ذالك ، ففي1962 سجل حضور أو تمثيل عشر نساء في الجمعية التأسيسية و تقلص هذا العدد بعد عشرين سنة أي بعد 1982 إلى أربع عضوات فقط في المجلس الشعبي الوطني وارتفع عددهن إلى اثنا عشرة عضوة (12) في المجلس الشعبي الوطني المنتخب عام 1997 ثم تقلص الى عضوة واحدة سنة 2002[2] ، و نفس الشيء نلاحظه بالنسبة لمشاركة النساء القرارات و في الوظائف العليا على مستوى الحكومي و الاداري فقد عينت أول إمرأة وزيرة للشؤون الإجتماعية سنة 1984و في مرحلة مابين 1991-1994عينت سبعة وزيرات ليصل هذا العدد الى ثمانية وزيرات في مرحلة ما بين 1995-2003 ، اما في الحكومة عام2002 فقد ضمت في تشكيلتها الوزارية خمسة (5)نساء واحدة (1)منهن كوزيرة منتدبة مكلفة بالأسرة وشؤون المرأة، وهن الآن أقل عددا في الجهاز الحكومي المركزي .وهناك أربع (4)نساء عين كسفيرات منهن اثنتان (2) كرئيس مركز واثنتان (2) في الإدارة المركزية وواحدة سفيرة مستشارة وأخرى مديرة عامة .

[1]SAI Fatima Zahra:les femmes dans les instances législatives et gouvernement en algérie , femme et developpement, Acte de l'atelier, organiser par Cread, L'office de la publication universitaire, Oran, Aout, 1995,p176

[2] قائد محمد طربوش : السلطة التشريعية و المرأة في الدول العربية (تحليل قانوني مقارن)، مرآز الدراسات و البحوث اليمني , افريل2005 ، ص203

ويجب أن نذكر أيضا أن امرأة واحدة (1) عينت في الأجهزة اللامركزية ومنذ ذلك الوقت فتح باب الترقية أمام امرأتين للدولة في منصب والي للمرة الأولي في1999، واحدة كوالي فوق العادة وأخرى كوالي مكلفة وثلاث (3)نساء أمينات عامات في الولايات وأربع (4)نساء مفتشات عامات وسبع (7) نساء رؤساء دوائر[1]،كما تقلدت المرأة عدة مسؤوليات،كوزيرة وسفيرة ومحافظة ورئيسة دائرة ورئيسة مجلس الدولة ورئيسة ديوان، و ترشحت في الانتخابات الرئاسية سنة 2004 و2009 (وكانت رئيسة حزب العمال وفازت بالمرتبة الثانية)، كما مثلت المرأة نسبة % 46.49 من الهيئة الانتخابية، و % 50.68 منهن شاركن في الانتخاب سنة2004 ضمن 28حزبا سياسيا فمن أصل ثلاث مئة وتسعة وثمانين مقعدا 389 في المجلس الشعبي الوطني تشغل النساء أربعة وعشرون مقعدا (24)ومن أصل مئة وأربعين مقعدا (140) في مجلس الأمة تشغل النساء أربعة مقاعد فقط (4) هذه النسبة خاصة بالفترة التشريعية 2007-2002 .

فمثلا نلاحظ حزب جبهة التحرير الوطني الذي فاز بنصف المقاعد خلال الانتخابات المحلية، عام 2002 لم يرشح سوى نسبة 2.56 من النساء على قوائمه، وحزب التجمع الديمقراطي الوطني لم يرشح سوى نسبة 1.90 من النساء، أما بخصوص الارتقاء في المناصب الوزارية فان عدد النساء تقلص من خمس وزيرات (5)عام 2001 إلى ثلاث وزيرات (3) عام2009 ،على الرغم من أن التعديل الدستوري الذي تم بتاريخ 28 نوفمبر 2008 أكد في مادته (31مكرر) على أن الدولة تسعى إلى ترقية الحقوق السياسية للمرأة عن طريق تشجيع تمثيلها في المجالس المنتخبة[2].

[1] الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة:المرأة الجزائرية واقع و معطيات ،مرجع سابق، ص 41

[2] Boutheina Gribaa: Mopping de la participation politique de la femme en Algérie, au Maroc et en Tunisie, uninstraw-cawtar- ensemble pour l'égalité des chances, Tunis, 2008-2009, p(20-21)

كما نالت المرأة في المجلس الشعبي الوطني، بعد الانتخابات التشريعية لــ 10 ماي 2012، 146 مقعدا من بين مجموع 462 مقعدا، حيث تضاعفت النسبة أكثر من أربع مرات وانتقلت من 7,78% سنة 2007 إلى 31,60% سنة 2012؛ إضافة إلى ذلك تتواجد عشرة (10) نساء في مجلس الأمة، وتضمّ المجالس الشعبية الولائية 592 امرأة منتخبة بمعدل 29,54 %، والمجالس الشعبية البلدية 105 4 امرأة منتخبة[1].

كما أن الرئيس عبد العزيز بوتفليقة اعلن في خطابه بمناسبة عيد المراة قائلا :"...قد كانت للمراة الجزائرية على مر تاريخنا المديد النصيب الاوفى في الحفاظ على استمرار جدوة روح امتنا وبقائها على عهد مثلها السامية و شيمها الرفيعة...ان لها اليد الطولى في حياة الاسرة ،و استقرار هذه الخلية الاساسية لمجتمعنا حيث تنصهر و تتوارث جيل بعد جيل ،قيمنا الاخلاقية و الوطنية ،تلكم القيم التي تشكل الحصن المنيع الذي يحتمي فيه مجتمعنا من جميع الشرور و التي لا يقوم من دونها أي تقدم جماعي ،فلتتيقن النساء الجزائريات من اننا نقف الى جانبهن في الكفاح الذي يخضنه من اجل انتزاع حقوقهن و الحصول على الاعتراف بدورهن الاساسي في تطور و حماية مجتمعنا و وطننا .."[2] كما اكد رئيس الجمهورية على إعداد السند القانوني الذي نوه من خلاله بعدة التزمات أهمها[3]:

3- اعتماد سياسة وطنية بشأن المساواة وتمكين المرأة و ذلك من خلال تبني الحكومة لمقاربة النوع الاجتماعي الذي جاء في برنامجها لسنة2007 .

[1] كلمة السيد محمد بن مرادي وزير العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي بمناسبة الحفل التكريمي للمراة العاملة احتفالا باليوم العالمي للمراة ،المركز العائلي ،بن عكنون ،06مارس 2014،ص4

[2] خطاب رئيس الجمهورية بمناسبة اليوم العالمي للمراة 2004/03/08 ،نقلا عن العربية ،نشرية يومية تصدر عن الدورة الثالثة للمكتب التنفيذي الدائم للاتحاد النسائي العربي العام ، العدد 3،2006،ص4

[3] الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيجين 15 +، 2008، ص(02 -03)

من اتفاقية القضاء على كافة أشكال / سحب التحفظ الذي سجلته الجزائر بخصوص المادة9 /2 التمييز ضد المرأة والمتعلقة بالمساواة بين حقوق الأم والأب في منح الجنسية الجزائرية للأبناء.

4- إعداد إستراتيجية وطنية لمحاربة العنف ضد النساء (2006) حيث بادرت الجزائر بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة بتنفيذ مشروع مكافحة العنف ضد المرأة وتم في هذا الإطار إعداد هذه الإستراتيجية.

5- إعداد إستراتيجية وطنية لترقية وإدماج المرأة ومخططها التنفيذي من قبل الوزارة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة بالتنسيق مع مختلف المتدخلين المعنيين بقضايا المرأة، وتمتد هذه الإستراتيجية الوطنية للفترة من 2008 إلى 2013 ،و قد تم اعتمادها في مجلس الحكومة بتاريخ 29 .جويلية2008 وجاء فيها

– دعم الآليات المؤسسية من خلال إنشاء[1] :

*المجلس الوطني للأسرة والمرأة تحت وصاية الوزارة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة سنة2007

*مركز وطني للبحث والإعلام والتوثيق حول المرأة والأسرة والطفولة(قيد الانجاز).

*مراصد قطاعية جديدة لدعم التشغيل النسوي .

– ترقية الحقوق السياسية للمرأة و ذلك عن طريق التعديل الدستوري الأخير بموجب القانون رقم 08-19المؤرخ في 15 نوفمبر 2008 ، و الذي وضع المعالم الكبيرة في اتجاه تكريس حقوق (المرأة وتعزيز حضورها في المجالس المنتخبة).

و ما يمكن ملاحظته واستنتاجه من خلال العرض السابق أن التجربة السياسية في الجزائر لم تكن تمثل تجربة رائدة في إنصاف المرأة الجزائرية التي تواجدت في كل الأحداث التي مرت بها الجزائر وأن الدولة والمجتمع الجزائري تنكر للمرأة الجزائرية منذ بداية الاستقلال وأنكرت عليها حقها السياسي ولم تمكنها من توسيع دائرة مشاركتها السياسية بل بعد عدة سنوات طويلة تغافلت فيها المرأة الجزائرية عن حقوقها

[1] الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة :مرجع سابق،ص4

السياسية ، وبدأت تظهر بوادر الاهتمام بالتمكين السياسي مع فترة الرئيس" عبد العزيز بوتفليقة "أي مع بداية تكون الاختيار الديمقراطي للدولة الجزائرية المعاصرة تماشيا مع ما حدث وما يحدث من تغيرات سريعة مست كل مناحي الحياة السياسية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تسارعت معها الحرآة النسائية العالمية والعربية إلى تفعيل الجهود الدولية والوطنية لنبذ كل تمييز نوعي اجتماعي أو ثقافي أوسياسي والعمل على حماية وتعزيز الأدوار السياسية للمرأة.

بالاضافة الى ان كل أدبيات المشاركة السياسية للمرأة عموما والمرأة الجزائرية خصوصا،توصلت إلى فهم بعض العوامل المانعة للمرأة من التمتع بالكثير من حقوقها خاصة الحقوق السياسية وحصرتها في العوامل القانونية كقانون الأحوال الشخصية، سيطرة العادات والتقاليد التي تدعم سيطرة الرجل في المجتمع الأبوي وضعف الوعي النسائي، قلة أو ضعف الثقافة السياسية المحلية .خصوصا كون المرء ابن بيئته، يتفاعل معها ويستمد شروط نشاطه وخصائص تفكيره ومستواه الثقافي منها وغياب الاختيار الديمقراطي ببلدها فعلى الرغم من أن قوانين العمل الدولية والمحلية وفرت حماية كافية لحقوق المرأة العاملة ومع أن الدساتير الوطنية شملت قوانينها حماية المرأة بوصفها مواطنا كامل الأهلية، لممارسة كافة الأنشطة في العمل دون تمييز أو شرط ،كما أن التشريعات المحلية و الصكوك الدولية ساهمت هي الأخرى في دفع عجلة المشاركة السياسية للمرأة الجزائرية من خلال المواد القانونية التي تكرس المساواة بين المرأة و الرجل ، فكان من نتائج ذالك تطور قوانين الاسرة .

6- واقع المراة في اطار قانون الاسرة الجزائري و المؤتمرات الدولية

لا شك ان وضع المراة الراهن والنظرة الاجتماعية و دور الثقافة السائدة احد العوائق التي تحد من حقوقها ، اذ كانت تعاني من تعسف القوانين في غياب العدالة ولكن في حضور الخطاب السياسي اصبح دور المراة مجرد دور حماسي دون فعلية في الواقع الاجتماعي .

ولقد لعبت وسائل الإعلام المختلفة دورا كبيرا في إثارة موضوع حقوق المراة بفروعه المختلفة إذ نظمت من أجله مسيرات وتجمعات ولقاءات وندوات لتعبير عن رفضهن لهذا الوضع المجحف في حقهن و المطالبة بالمساواة فدخلنا ميدان النظال من أجل إثبات الذات في وسط مجتمع لا يعترف إلا بحق الرجل، ويبدو أن هذا المطلب يعبر عن رفض المرأة عن النظام الإجتماعي السائد، القائم على التمييز بين الجنسين، و سيطرة أحدهما على الآخر.

والمرأة الجزائرية لم تصل بعد إلى هدفها في المساواة رغم ما حققته من نجاح بدخولها إلى مجال العمل، إن مشكل المرأة قائم أساسا في نظام وعلاقات اجتماعية تخضع لهما كما يخضع لهما الرجل وترى في جزء منه أنه تقليدي البنية، لذا فإن بقاء بعض مخلفات النظام التقليدي يجعلها غير قادرة على الوصول إلى المساواة المرجوة، ولعل مخلفات هذا النظام يجسده قانون الأسرة، هذا القانون الذي يعكس طبيعة هذا المجتمع ووضع المراة فيه.

و من هذا المنطلق سوف نحاول عرض وضعية المراة في ظل قانون الاسرة قبل و بعد تعديله كالتالي :

- **وضعية المراة في ظل قانون رقم 84-11**

يعتبر قانون الأسرة الجزائري من بين القوانين التي تستوحي أحكامها من الشريعة الإسلامية السمحاء، والتي لم تكن قط غريبة عن واقع المجتمع الجزائري، قبل تدوينه و ذلك رغم طول مدة الاحتلال لبلادنا، فإن الأحوال – بمقتضى القانون رقم 84-11 الشخصية بقيت خاضعة لأحكام الشريعة الإسلامية من القران والسنة ، و أضحى أنه من المعلوم بأن الشريعة الإسلامية حققت الكثير في حقوق الإنسان

الأساسية ومن هذه الحقوق مبدأ الحرية و المساواة أمام القانون، و حق المرأة في ذمتها المالية المستقلة عن زوجها ، وقد ألغت الشريعة الإسلامية كل المستقبح من العادات الجاهلية، فحرم الزواج بطريقة البيع و حرم عضل و وأد البنات، ولعل ما نلاحظه أن قانون الأسرة الجزائري هو القانون الوحيد الذي دار حوله الكثير من الجدل والانتقادات خاصة فيما يتعلق بمبدأ المساواة في الحقوق بين الجنسين، فقد اعتبره البعض أنه قانونا جائرا يقوم على مبدأ عدم المساواة بين الرجل و المرأة في الحقوق، و أنه أنصف الرجل على حساب المرأة ولا يعطي المرأة أبسط الحقوق مما ادى الى خلق حركة تحررية عند النساء لتعديل بعض مواده التي تصنف في باب العنف و التسلط في حق المراة عقد الزواج و الذي يضم[1] :

المادة (08): تشير إلى السماح بتعدد الزوجات في حدود الشريعة الإسلامية حيث تقول " : يسمح بالزواج بأكثر من زوجة واحدة في حدود الشريعةالإسلامية..."

المادة (09): يتم عقد الزواج برضا الزوجين ، و بولي الزوجة وشاهدين والصداق.

المادة(10) :يكون الرضا بالإيجاب من أحد الطرفين وقبول من الطرف الآخر،بكل لفظ يفيد معنى النكاح.

المادة(11): يتولى زواج المرأة وليها وهو أبوها، فأحد أقاربها الأولين،والقاضي ولي من لا ولي له.

المادية (12) :لا يجوز للولي أن يمنع من في ولايته من الزواج إذا رغبت فيه، وكان اصلح لها .

وإذا وقع المنع فللقاضي أن يأذن به مع مراعاة أحكام المادة التاسعة من هذا القانون غير أن للأب أن يمنع بنته البكر من الزواج إذا كان في المنع مصلحة البنت.

المادية (13) :لا يجوز للولي أبا كان أو غيره أن يجبر من في ولايته على الزواج، ولا يجوز له أن يزوجها بدون موافقتها.

من خلال كل المواد السابقة الذكر انها تظهر و تدعم فكرة ضعف وقصور المرأة مهما كان سنها ومكانتها الاجتماعية فهي دائما تحت سلطة طرف ثان رئيسي يقوم بالتصرف بدلا عنها، كما يوجد

[1] وزارة العدل :قانون الاسرة ، الديوان الوطني للاشغال التربوية ، الجزائر ،1999،ص6-7

هناك تناقض بين المادتين (12)و (13) فمن جهة نجد في المادة (12) تولي للأب الحق أن يمنع بنته من الزواج إذا كان في ذلك مصلحتها. و نلاحظ أن المادة (13) لا وجود لها في الواقع، حيث هناك العديد من البنات قد أرغمن على الزواج مع من لا ترغبن في الزواج به وهذا ماكشف عنه البعض من المبحوثين و واقع بعض من النساء لدى يمكننا القول أن هذه المواد السابقة الذكر قد شكلت للعديد من النساء وضعية مزرية سواء من الجانب الاجتماعي او الصحي .

المادة (53): تجيز للزوجة حل الرابطة الزوجية عن طريق طلب التطليق، و ذلك تنفيذا لرغبتها، كما نص على طريقة أخرى لفك الرابطة الزوجية و هي طريقة الخلع.

المادة (144): الزوج يستحق النصف من تركة زوجته بشرط عدم وجود الفرع الوارث لها " أما إذا كان هناك الفرع الوارث لها المادة (145) فإنه يرثها بالربع كما ترث الزوجة أو الزوجات بشرط عدم وجود الفرع الوارث للزوج.

كما جاء في الدستور الصادر في 1989 و المعدل في سنة 1996[1] " يكفل مبدا المساواة بين الجنسين في الحقوق و الواجبات حيث ينص على ان المواطنين متساوين امام القانون و لا يمكن ان يتدرع أي تميز يعود سببه الى المولود او راي او أي شرط او ظرف اخر شخصي او اجتماعي".

وعلى الرغم من تمتع المرأة باستقلال نسبي بعد اكتسابها حق المساواة مع الرجل ودخولها ميدان العمل والتعليم ومشاركتها في التنمية الإقتصادية ورغم ماتنص عليه الدساتير والخطب الرسمية من مساواة المرأة والرجل،الا انها لا زالت تناضل من أجل حقوقها من خلال إعلان موقفها اتجاه قانون الأسرة الجزائري وتطالب بتعديل بعض مواده خاصة فيما يخص اعتبارها كشخص مستقل وله الأهلية في اتخاذ قراراته المصيرية كزواجها أو طلاقها واعتبارها إنسانا راشدا و غير قاصر.

[1] دستور 28 نوفمبر 1996 ، الصادر بموجب المرسوم الرئاسي رقم96 -438 المؤرخ في 07 ديسمبر 1996 ،الجريدة الرسمية، عدد 76 الصادرة في 8 ديسمبر 1996 المعدل بموجب القانون رقم 02-03 03 مؤرخ في 10 أفريل 2002 ، ص ص(1-10)

وفي إطار إصلاح العدالة وبعد تعديل قانون الاسرة لصالح المراة بانصافها امام الرجل فقد حسمت امور عديدة كانت تمثل كعائق امام تطور المرأة ، حيث تم إعادة النظر في مجموعة من القوانين لتدارك مواطن النقص التي تتعارض مع مبدأ المساواة بين الرجال والنساء في الحقوق، فقد استحدث قانون الاجراءات المدنية والادارية قسم شؤون الأسرة الذي ينظر على الخصوص في كل الدعاوى المتعلقة لاسيما بالخطبة والزواج وانحلال الرابطة الزوجية وتوابعها والنفقة والحضانة والكفالة والولاية وحماية مصالح القصر، أما في مجال الأحوال الشخصية[1] .

فقد جاء الأمر رقم05 -02 المعدل والمتمم للقانون رقم 84-11 المؤرخ في 9 يونيو1984المتضمن قانون الأسرة في موعده ليجسد واحدا من الالتزامات الكبرى من أجل ترقية الخلية العائلية عموما ووضعية المرأة على وجه الخصوص من خلال تعزيز حقوقها في المساواة وفي المواطنة طبقا لما ينص عليه الدستور(استعادة التوازن في الحقوق و الواجبات بين الزوجين،الاعتراف للمرأة بحق إبرام عقد زواجها، توحيد سن الزواج بالنسبة للرجل و المرأة و تحديده بسن التاسعة عشر)[2].

كما جاءت التعديلات التي أدخلت على القانون المتضمن قانون الجنسية الجزائرية المعدل بالأمر رقم 05-01 المعدل والمتمم للأمر رقم 70-86 المؤرخ في 15 ديسمبر 1970 المتضمن قانون الجنسية الجزائرية، لتكرس المساواة بين الأب والأم في حالة اكتساب الجنسية و ذلك طبقا للمبادئ الأساسية لحقوق الإنسان والاتفاقية الدولية المتعلقة بحماية حقوق الطفل وكذا تلك المتعلقة بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة،هذا إضافة إلى منح امتياز الحصول على الجنسية عن طريق الزواج مع جزائري أو جزائرية.

[1] عائشة عبد السلام و الاخرون :دراسة مسحية لمشروعات المجال الاجتماعي لنهوض بالمراة بالجمهورية الجزائرية،مرجع سابق ،ص 15

[2] الجريدة الرسمية، عدد 25 الصادرة في 14 أفريل 2002 ،المعدل و المتمم بموجب قانون رقم2008/08/09 ،المؤرخ في 15 نوفمبر 2008 ،الجريدة الرسمية ،عدد63 ،الصادرة 16/ نوفمبر/2008 ،ص(5-12)

أما قانون العقوبات فتعاقب أحكامه العامة أي شخص قام بارتكاب جريمة دون تمييز بين مرتكبها رجلا كان أو امرأة أو بين الدافع .ويعاقب على انتهاك الآداب والاغتصاب وتشدد العقوبة إذا كان الجاني من أصول من وقع عليه الفعل المخل بالحياء أو هتك العرض أو كان من فئة من لهم سلطة عليه.كما يدين التصرفات المرتبطة بالفسق وفساد الأخلاق و الدعارة (تعديلات 2004-2006)[1]

بالرغم من وجود قانون ونصوص يحمي حقوق المراة الا ان عدم التميز لا يزال يطبع حقيقة المراة وان مبدا المساواة بين الجنسين لم يكسب قوة قانونية ملزمة مما حث المجتمع الدولي و بمبادرة منظمة الأمم المتحدة لإيجاد نص شامل لكافة الحقوق من أجل القضاء على كافة اشكال التمييز ضد المراة،

و ذلك عن طريق عقد المؤتمرات و الندوات الدولية و إنشاء لجان تهتم بوضعية المرأة على مستوى البعد الاجتماعي (الصحة ،التعليم ،...) و من هنا سنقوم بعرض مختصر للقانون الدولي و المؤتمرات الخاصة بالمراة للكشف عن الخصوصية التي تتميز به النساء من معانات و اضطهاد في جميع الاصعدة .

- **وضعية المراة في القانون الدولي و المؤتمرات الخاصة بها**

شهدت العقود الاخيرة نشاط ملحوظ قادته الامم المتحدة من اجل ترسيخ مبادئ حقوق الانسان و اصدرت القوانين و التشريعات التي تحمي حقوق انسان ولا سيما حقوق المراة ،كما تاسست العديد من المنظمات والمؤتمرات لدفاع عن حقوق الانسان على الاصعدة الدولية و الاقلمية و الوطنية واصبحت حركة حقوق الانسان قوة جماهرية لها دور و تاثير في دعم المراة من اجل الحصول على حقوقها الانسانية والدستورية .

ويعتبر الإعلان الصادر سنة 1948 من أهم الخطوات التي تم تسجيلها في مجال حقوق الإنسان في العصر الحديث، حيث يشكل مصدر إلهام لجميع الجهود التي بذلت من أجل تعزيز و حماية الحقوق

[1] الجريدة الرسمية :مرجع سابق ص16

الطبيعية لبني البشر، و يتألف الإعلان من ديباجة و ثلاثين مادة، تحدد حقوق الإنسان و الحريات الأساسية التي تستحق لجميع الرجال و النساء، في أي مكان من العالم دون أي تميز،فيعد ميثاق الأمم المتحدة بمثابة الدستور العالمي للدول ويعتبر أول صك دولي الذي ذكر تساوي المرأة و الرجل في الحقوق بعبارات محددة.

فجاءت في ديباجة الميثاق " نحن شعوب الأمم المتحدة، و قد ألينا على أنفسنا، ..أن نؤكد من جديد إيماننا بالحقوق الأساسية للإنسان،و بكرامة الفرد وقدره و بما للرجال و النساء..من حقوق متساوية.. " [1]

ومن أهم مقاصد الأمم المتحدة حسب ما جاءت في المادة الأولى فقرة الثالثة تحقيق التعاون الدولي على حل المسائل الدولية ذات الصيغة الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية والإنسانية و على تعزيز احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية للناس جميعا و التشجيع على ذلك إطلاقا بلا تمييز سبب الجنس أو اللغة أوالدين و لا تفريق بين الرجال و النساء .

كما جاءت المادة 55 من الميثاق، لتحث الدول على وجوب الاحترام العالمي والفعلي لحقوق الشعوب ودون أي تمييز و لا تفريق بين الرجال و النساء، و مراعاة هذه الحقوق مراعاة فعلية، أما نص المادة 56 فجاء من أجل حث الدول الأعضاء بأن يقوموا منفردين و مشتركين بالتعاون مع هيئة الأمم المتحدة في تنفيذ المقاصد المنصوص عليها في المادة55 [2] .

وقد كانت لهذه المواد جملة من الحقوق الاساسية تجسدت في دساتير وطنية لمعظم بلدان العالم تاثيرات اجابية لصالح المراة ، الا ان اتفاقية القضاء على جميع اشكال التميز ضد المراة (CEDAW) التي تم التوقيع عليها سنة 1979 ،كانت الابرز و الاهم في قائمة اولوية الامم المتحدة ،فاصبحت جزء من القانون الدولي لحقوق الانسان التي دخلت حيز التنفيد عام 1981،حيث نصت هذه الاتفاقية :"على تعريف التمييز ضد المرأة في الجزء الأول، وركزت في الجزء الثاني منها على مسألة النمطية بين

[1] ميثاق الامم المتحدة و نظام الاساسي لمحاكمة العدل الدولية ،الامم المتحدة ،نيويورك، ص3

[2] نفس المرجع ، الفصل التاسع،المادة (55-56)،ص22

الجنسين، أي تأثير الثقافات والتقاليد في تقييد تمتع النساء بحقوقهن وضرورة القضاء على الأدوار النمطية للجنسين، وعلى نبذ مفهوم الدونية للمرأة، ونبذ مفهوم التفوق لدى الجنس الأخر، كما طالبت الاتفاقية الدول بمكافحة جميع أشكال الاتجار بالنساء واستغلالهن في الدعارة، وأكدت على الحق في التمتع بالمساواة الكاملة في الحياة السياسية.

اما في الجزء الثالث اكدت على أهمية تعليم النساء كما ونوعا(أي إتاحة التعليم بصورة متكافئة والاهتمام بنوعية التعليم ومحتواه لدى جميع الدول).وتناولت ايضا في الجزء الرابع حق المساواة أمام القانون من حيث الزواج وقانون الأسرة كحقها في التفريق وحل رابطة الأسرة وحقها في اختيار الزوج وبصورة متساوية مع الرجل ودون تمييز بين الطرفين،وكذا الحق في الصحة وفي الضمان الاجتماعي،والحق في الحماية من الاختبارات الاجبارية وسرية البيانات الشخصية.

بينما في الجزء الخامس نصت على تشكيل لجنة للقضاء على التمييز ضد المرأة تتألف من 18 الى23 خبيرا بهدف تنفيذ ومراقبة تطبيق هذه البنود من الدول ومدى التزامها القانوني بها"[1]،وذالك بوضعها عدة آليات تتولى المتابعة و الرصد و إعداد التقارير المطلوبة لبيان مدى الالتزام بمضمون الاتفاقية وتحديد الانتهاكات التي تحدث و الأخطار التي تنتج عنها لإمكانية قيام مبدأ المساءلة الدولية للدول التي لم تحترم الاتفاقية التي صادقت عليها وكدا تنفيد نتائج اسطنبول الوزارية المنعقد سنة 2006[2] بشان تعزيز المساواة بين الرجل و المراة في المنطقة الاوروميتوسطية (تعزيز دور المراة في المجتمع) .

أما عن المعاهدات الدولية الخاصة بالنهوض بالمرأة وحمايتها ومساواتها بالرجل فهي عديدة حيث تلعب منظمة العمل الدولية دورا هاما في هذا الصدد منها حماية الاشخاص المتعايشين بفيروس الايدز

[1] تيسير فتوح حجة :حقوق المراة في الشريعة الاسلامية و المواثيق الدولية دراسة مقارنة ،مرجع سابق ،ص32-33
[2] انظر تقرير حول الوضع الاقليمي:الحقوق الانسانية للمراة و المساواة على اساس النوع الاجتماعي في المنطقة الاوروميتوسطية(2008-2011)، الاتحاد الاوروبي،ص7-9

والأمومة وتحريم العمل الليلي للنساء في الصناعة [1]،ومن ثم عقد للمرأة تحت شعار المساواة والتنمية والسلام عدة مؤتمرات التي يتم اعطاء نظرة وجيزة عنها كالتالي

7- المؤتمرات الخاصة بالمراة

تحقيقا الأهداف اتفاقية (CEDAW) قامت الأمم المتحدة بعقد عدّة مؤتمرات خاصّة بالمرأة كان أولها مؤتمر مكسيكو" عشرية الامم المتحدة للمراة :المساواة و التنمية و السلم" سنة 1975حيث اعتبرت تلك السنة عاما دوليا للمرأة، وغاية المؤتمر تحقيق المساواة بين الرجل والمرأة في السلم والتنمية في الأسرة والمجتمع وفي فرص التعليم، وفي الأجور، وحق المرأة في أن تقرر بحرية الزواج من عدمه وفي احترام جميع الحقوق الإنسانية لها واعلنت سنة 1976-1985 عقد الامم المتحدة للمراة[2].

و في 18 ديسمبر 1979 اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية القضاء على جميع اشكال التميز ضد المراة (سيدوا) التي شددت على تساوي الرجل و المراة في المسؤولية داخل الحياة الاسرية .

و في سنة 1980 تم عقد المؤتمر الدولي الثاني الخاص بالمرأة و ذلك لاستعراض و تقييم التقدم المحرز في تنفيذ توصيات المؤتمر مكسيكو ، وسمي هذا المؤتمر بمؤتمر" كوبنهاجن" بالدانمارك حضره أكثر من ألف شخص يمثلون مائة وثلاثاً وثلاثين دولة وهو أول مؤتمر عالمي خاص بالمرأة، واعتبر ذلك العام العام العالمي للمرأة،واعتمد في ذلك المؤتمر أول خطة عالمية متعلقة بوضع المرأة على المستوى الحكومي وغير الحكومي، في المجالات السياسية، والاجتماعية، والتدريب والعمل على حماية الأسرة، وتم اعتماد خطة العمل العالمية لهذا المؤتمر، وهي مدة تسع سنوات من سنة 1976 إلى سنة1985 .

وفي عام 1985 عقد مؤتمر نيروبي لمتابعة مسيرة وتطور وضع المرأة وحقوقها في العالم برعاية الجمعية العامة للأمم المتحدة الذي عرف باسم (المساواة و التنمية و السلم)، وتنفيذا لقرارها رقم136 - 53 الذي

بتصرف من

[2] United nations entity for gender equality and the empowerment of women : gender equality,devlopement and peace for the twenty-firste century, new work ,5-9 june 2000 (translation from English) على الموقع www.un.org/ar/globalissues/women/

اتخذ في الحادي من عشر من ديسمبر عام 1980 ولوضع خطة للنهوض بواقع المرأة في العالم حتى عام 2000من خلال خطة استراتيجية للقضاء على كل أشكال التمييز وتفعيل دور المرأة في المجتمع.

و في سنة 1994 عقد صندوق دعم السكان UNFPA بالامم المتحدة مؤتمر العالمي لسكان و التنمية بالقاهرة لتعزيز مساواة الجندر و الانصاف و تمكين المراة و القضاء على جميع اشكال العنف ضدها وضمان قدرة المراة على التحكم في خصوبتها....و القضاء على جميع اشكال التميز التي تعتبر اهداف ذات اولوية للمجتمع الدولي[1] .

ثم جاء مؤتمر بكين العالمي عام 1995 وهو أوسع مؤتمر عالمي لتفعيل دور المرأة في العالم ولتحقيق المساواة ونبذ التمييز ضد المرأة تم جاء مؤتمر المرأة العالمي الرابع الذي عقد في بكين عام 1995 نقطة تحول هامة في معالجة قضايا المرأ ة،طبقا ما جاء فى الدورة التاسعة والثلاثين للمجلس الاقتصادى والاجتماعى التابع لمنظمة الأمم المتحدة خلال شهر إبريل من نفس السنة فى مدينة نيويورك اين برزت قضايا العنف ضد المرأة وعدم احترام كرامتها الأصلية، وظهرت قضية فقر المرأة والأسرة التى تعولها وهى نسبة كبيرة من مجموع الأسر فى المجتمع، كما ظهرت الحالة المزرية لوضع المرأة فى بعض المجتمعات– جرائم التعدى على المرأة واغتصابها– وتدنى أجرها– وعدم الحصول على حقوقها فى مجالات العمل وإجبارها على التنكر لأمومتها وحقها فى رعاية أطفالها، وزيادة الأمراض السرية التى تتعرض لها المرأة وارتفاع نسبة الطلاق إلى 40% من عدد الزيجات فى بعض الولايات الأمريكية وزيادة حالات الإجهاض والمواليد غير الشرعيين (نحو مليون طفل سنة 1979 م فى الولايات المتحدة) وإلى جانب ذلك لم تتأكد حقوق المرأة فى الأجر المساوى لأجر الرجل عن العمل الواحد ولا فرص العمل المساوية فى مجالات العمل المختلفة ،من خلال هذه الاوضاع يعتبر هذا المؤتمر متميزاً عن

[1] United nations entity for gender equality and the empowerment of women ,opcit

المؤتمرات الأخرى التي تبنتها الأمم المتحدة، حيث دعت فيه بصراحة وبوضوح إلى العديد من الأمور التي فيها مخالفة الشريعة الإسلامية.

ومن هذه الأمور:

1 –الدعوة إلى الحرية والمساواة بمفهومها المخالف للإسلام، والقضاء التام على أي فوارق بين الرجل والمرأة، ومعنى ذلك فرض فكرة حق الإنسان في تغيير هويته الجنسية من ذكر إلى أنثى أو العكس.

2– الدعوة إلى فتح باب العلاقات الجنسية المحرمة شرعاً، ومن ذلك :السماح بحرية الجنس،والتنفير من الزواج المبكر، والعمل على نشر وسائل منع الحمل، والحد من خصوصية الرجال، وتحديد النسل، والسماح بالإجهاض المأمون، والتركيز على التعليم المختلط بين الجنسين في سن مبكر، وتسخير الإعلام لتحقيق هذه الأهداف، والاعتراف رسميا بالشواذ والمخنثين والمطالبة بإدراج حقوقهم ضمن حقوق الإنسان.

3– التركيز على الخدمات الصحية التناسلية والجنسية،وكيفية معالجة الأمراض الجنسية وبخاصة (الإيدز) ومنع الحمل، والحصول على أطفال بالتبني أو تأجير الأرحام.

4 –إعلان الإباحية، وسلب قوامة الإسلام على العباد، وسلب ولاية الآباء على الأبناء،وقوامة الرجال على النساء.

ومن خلال استقراء هذه الاتفاقية هي اخطر اتفاقية متعلقة بقضيا المراة و اكثرها مخالفة للاسلام فهي تعتبر الشريعة الاسلامية من ابرز اشكال التميز ضد المراة ،كما انه يمنح التحفظ على أي من بنذها ،كما ان من يوقع على هذه الاتفاقية فانه ملزم بتنفيد بندها ، وقد انضمت إلى عضوية الاتفاقية حتى عام 2000 إحدى عشرة دولة عربية، وإن تحفظت على بعض البنود وهي: الأردن– العراق– الكويت– ليبيا– المغرب– تونس– الجزائر– لبنان– مصر– اليمن– جزر القُمُر. ومن الدول الإسلامية التي صادقت على الاتفاقية: إندونيسيا– باكستان– بنجلاديش– تركيا– ماليزيا.

ثم توالى انضمام بقية الدول العربية، حيث انضمت المملكة العربية السعودية عام (2000)، وموريتانيا (2001)، ثم البحرين (2002)، ثم سوريا والإمارات (2004)، ثم عُمان (2006)، وأخيرًا قطر انضمت في (2009)[1]، وعقد يوم 5–9 يونيو 2000 بنيويورك، جلسة خاصة تحت شعار "المرأة عام 2000: المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين".

ستوفر الدورة الاستثنائية الفرصة للحكومات والمجتمع المدني لتبادل الممارسات الجيدة ودراسة التحديات والعقبات الحالية التي واجهتها في تنفيذ منهاج عمل بيجين، وسوف تجعل من الممكن إعطاء زخم جديد لالتزامات سياسية لتحقيق تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين [2].

وفي سنة 2010 وبعد تجديد العهود والمواثيق وسن القوانين والعقوبات كان هناك 3 دول فقط لم توقع وهي : أمريكا وإسرائيل والسودان ، وبناء على قرار الجمعية العمومية للامم المتحدة تم تاسيس هيئة الامم المتحدة لمساواة الجندر و تمكين المراة .

وعلى هذا الاساس شكل منهاج عمل مؤتمر بكين نقله نوعية في العمل الجاد من اجل النهوض بالمرأ ة سنة 2000 (بكين +5) المساواة والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين الذي انعقد في (نيويورك – الولايات المتحدة) وجاء ثمرة لجهود وطنية واقليمية ودوليه من اجل لالغاء جميع التحفظات التي قدمت على توصيات مؤتمر المراة الرابع ببكين ،وكذا ازالة العقبات التي تعترض تحقيق مساواة المرأة الفعلية و تمتعها بكامل حقوقها وزيادة مشاركتها في التنمية والمساهمة في تقدم مجتمعها وتطور ه .

إضافة إلى بعض المؤتمرات (الدولية) الخاصة بقضايا مختلفة لها صلة بالمرأة، مثل[3]:

[1] هيئة الامم المتحدة:الصندوق الانمائي للمراة ،المكتب الاقليمي للدول العربية، مركز الدراسات و الاستشارات الادارة العامة ،القاهرة ،2004،ص10

[2] United nations entity for gender equality and the empowerment of women ,opcit بتصرف من

[3] نورة بنت خالد السعد:مؤتمرات واتفاقيات دولية و دورها في اعادة صياغة المجتمعات ، وثيقة مؤتمر اتفاقيات المراة واثارها على العالم الاسلامي ،مركز الخليج الدولي للمؤتمرات ، المنامة ،15 افريل 2010،ص5

أ. مؤتمر الطفل بنيويورك عام1990،

ب. ومؤتمر البيئة والتنمية في ريودي جانيرو عام 1992،

ت. ومؤتمر حقوق الإنسان بفيينا في 1993،

ث. والسكان والتنمية بالقاهرة عام 1994،

ج.ومؤتمر التنمية الاجتماعية بكوبنهاجن عام 1995،

ح.ومؤتمر إسطنبول للمستوطنات البشرية عام 1996 (habitat) .

خ.ومؤتمر الإنسان والثقافة في استكهولم سنة 1998.

وتسعى الأمم المتحدة من خلال تلك المؤتمرات إلى إرساء قواعد كونية تنظم وتحكم السلوك البشري (الأخلاقي والقانوني) في العالم كله، في كل مجالات الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وغيرها، ويبين ذلك طبيعة الموضوعات التي انعقدت من أجلها كل تلك المؤتمرات، من اهدافها ضمان التوجيه والسيطرة على السلوك الإنساني اما في اطار الاسرة و المجتمع وحتى الفرد نفسه.وقد استعانوا في ذلك بأمور منها:

1. الإعلام بمختلف أشكاله وأنواعه.

2. الاستعانة بمؤسسات الهيمنة الدولية وفي مقدمتها هيئة الأمم المتحدة وصندوق النقد الدولي، والبنك الدولي.

و من خلال هذا العدد الكبير من المؤتمرات نلاحظ الاهتمام الزائد بقضايا المرأة،وعليه لا بد من عرض الآثار السلبية الناتجة عن هذه المؤتمرات مع بيان أهم جوانب التي تمثل خطورة في هذه المؤتمرات على الحياة الاجتماعية للمرأة

- الآثار السلبية والأخطار الناتجة عن المؤتمرات العالمية والإقليمية[1]:

تتمثل أهم السلبيات التي دعت إليها المؤتمرات العالمية والإقليمية في :

1 -الجانب الأخلاقي والاجتماعي:

أ -الدعوة إلى حرية العلاقة الجنسية المحرمة، واعتبار ذلك من حقوق المرأةالأساسية

ب -توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة تشجيعاً للعلاقات الجنسية الآثمة.

ج -نشر وسائل منع الحمل ذات النوعية الجيدة، ومنع حالات الحمل غير المرغوب فيه، والدعوة إلى منع حالات الحمل المبكر.

د -إهمال دور الأسرة في البناء الاجتماعي وتهميشه.

ه -الدعوة إلى تحديد النسل.

و -الاعتراف بالشذوذ الجنسي، والحقوق المزعومة للشواذ.

ز -السماح بأنواع الاقتران خارج دائرة الزواج الشرعي.

ح -التنفير من الزواج المبكر، وسن قوانين تمنع حدوث ذلك.

ط -إنهاء تبعية المرأة والبنت من الناحية الاجتماعية لوليها أباً كان أو أماً.

ي -سلب قوامة الرجال على النساء.

ك -سلب ولاية الآباء على الأبناء

2 -الجانب التعليمي:

أ -تشجيع التعليم المختلط.

ب -الدعوة إلى المساواة في مناهج التعليم.

ج -الدعوة إلى التثقيف والتربية الجنسية.

[1] نورة بنت خالد السعد،مرجع سابق ،ص6

3 -الجانب الصحي:

أ -الأمراض الجنسية ويتعلق بها ما يلي[1]:

-الدعوة إلى أن يكون السلوك الجنسي المأمون والوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، جزءاً لا يتجزأ من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مع ضمان السرية والخصوصية للمراهقين والمراهقات في هذا الجانب.

-تيسير انتشار وتوزيع الواقيات الذكرية بين الذكور و الاناث على نطاق واسع

-القضاء على التمييز ضد الأشخاص المصابين بالإيدز.

-ضمان عدم تعرض المصابات بالإيدز للنبذ والتمييز، بما في ذلك أثناء السفر.

-تقديم ما يلزم من الرعاية للرجال والنساء المصابين بالإيدز، والتعاطف معهم.

-الاعتراف بشرعية هذه العلاقة الجنسية المحرمة، التي تسبب هذه الأمراض الجنسية.

ب -الإجهاض ويتعلق به ما يلي[2]:

-الدعوة إلى أن يكون الإجهاض غير مخالف للقانون، وأن يكون مأموناً طبياً.

-الدعوة إلى إلغاء القوانين التي تنص على اتخاذ إجراءات عقابية ضد المرأة التي تجري إجهاضاً غير قانوني.

-الدعوة إلى أن يكون الإجهاض حقاً من حقوق المرأة، وتيسير حصولها على الحق، عندما تريد إنهاء حملها.

-الدعوة إلى إنشاء مستشفيات خاصة للإجهاض.

-الدعوة إلى قتل الأجنة داخل الأرحام، بحجة أن هذا الحمل غير مرغوب فيه.

[1] مرجع السابق،ص10
[2] نفس المرجع ،ص13

ج -خطر ختان المرأة ومن ذلك:

-حث الحكومات على حظر بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية للإناث.

-أن يكون التنفير الفعال من الممارسات الضارة مثل بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية للأنثى، وبيان أن هذا يشكل انتهاكاً لحقوق المرأة، ومن العنف والتمييز الواقع عليها.

-أن يكون جزءاً لا يتجزأ من برامج الرعاية الصحية الأولية.

-سن قوانين لمواجهة مرتكبي ممارسات العنف ضد المرأة ومنها ختان الإناث.

4 -الجانب الاقتصادي:

-التقليل من عمل المرأة داخل المنزل، فهو سبب فقر المرأة، لأنه بدون مقابل.

-الدعوة إلى مساواة المرأة بالرجل فيما يتعلق بالعمل.

-دعوة الحكومات للقيام بإصلاحات تشريعية وإدارية، لتمكين المرأة من الحصول على كامل حقها من الموارد الاقتصادية، كحقها في الميراث بالتساوي مع الرجل.

-تيسر حصول المرأة على القروض الربوية.

5 -الجانب السياسي[1]:

-الدعوة لاتخاذ الإجراءات من أجل مشاركة المرأة في الأنشطة السياسية.

-ضمان حق المرأة في التصويت والانتخاب.

-تشجيع الأحزاب السياسية على تعيين مرشحات من النساء من أجل انتخابهن على قدم المساواة مع الرجل.

-الدعوة لإصدار تعليمات حكومية خاصة، لتحقيق تمثيل منصف للمرأة في مختلف

[1] مرجع سابق ،ص15

فروع الحكومة.

-الدعوة لتمثيل المرأة تمثيلا منصفا على جميع المستويات العليا في الوفود

الحكومية والدولية التي تعالج المسائل السياسية والقانونية ونزع السلاح وغيرها

من المسائل المماثلة.

وحق المرأة أن تكون رئيسة دولة أو رئيسة وزراء أو وزيرة

اما أهم جوانب التي تمثل خطورة في هذه المؤتمرات على الحياة الاجتماعية وهي

1 -هو اعطاء حرية مطلقة للمرأة ومساواتها التامة بالرجل، في كافة مجالات الحياة المختلفة

2 -عولمة الحياة الاجتماعية بالمفهوم الغربي الإباحي.

نستنتج مما سبق أن القانون والمؤتمرات الدولية بما فيه قانون الأسرة الجزائري في مجمله عزز مكانة المرأة في المجتمع، حيث ادركت المراة بان تحررها وحصولها على حقوقها والغاء الغبن اللاحق بها، يرتبط ارتباطا عضويا بتحرر المجتمع وتقدمه وسيادة القانون والديمقراطيه وحقوق الانسان الا أن المشكلة التي تواجهها مكانة المرأة الجزائرية لا تكمن في القانون كنص تنظيمي، بل في مدى تطبيقه على أرض الواقع حيث تعارضه التقاليد و القيم الاجتماعية الموروثة عبر الأجيال.

ثالثا: مشكلات المراة في مجتمع الجزائري

تمهيد:

ان مشاكل التي تعاني منها المراة في المجتمع الجزائري لا تختلف كثيرا عن باقي النساء على مستوى الدولي اين يمكن اعتبار هاته المشاكل ترجمة طبيعية للتحولات التي احدثها التغير الاجتماعي في المجتمع و التي تؤثر بدورها على وضع المراة ، فهو هيأ لها فرصة للخروج الى الحياة العامة و للتعليم والعمل فاستطعت بهذا ان تكتسب البعض من الحرية و الحقوق الا ان بعض الدرسات الاجتماعية تشبه وضع المراة بوضع الرجل الزنجي الذي بالرغم من منحه نوع من المساواة و العدالة على الورق، الا

انه مازلت نظرة الرجل الابيض له فوقية و متعالية تفترض فيه الضالة و الضحالة و قلة الذكاء و الكفاءة ولا يمكن ان يجدد نفسه بدون ان يخلق قيم واخلاق .

ليست فقط كلمة مكتوبة اوشفهية وانما تفعيلها في المجتمع بتغير نظرته ،كما قال جوته لا يوجد عبد اكثر عبودية من العبد الذي يظن انه حر ومنه فان حرية المراة تقيدها الثقافة الموروثة التي تقف كعائق امام تلبية البعض من حقوقها لهذا تحمل المراة صور متعدة وغير مستقرة تصنف من خلالها في المجتمع فمنها صنف وصل الى حقه بتحرره من القيود الثقافية وصنف غير معني بالوصول الى حقه لان الاسلام كرمه واعطاه كل حقوقه كما جاء به الدكتور بوتفنوشنت "أن المرأة من الصنف ، المعاصر لازالت تحافظ على بعض القيم التقليدية كما أنها اكتسبت بعض المزايا التي لها علاقة مع تطورها مع العصرنة " [1]، وصنف اخر غير مسموح له بالوصول الى حقه و هو الصنف المغلوب على امره الذي يعيش تحت سيطرة المجتمع الذكوري ولا سبيل امامه الا الرضوخ لاوامره مهما كانت .

ولاشك ان هذه الصنوف العديدة من النساء في المجتمع تؤكد لنا ان مشاكل المراة هي الاخرى متعددة وتختلف من صنف لاخر حسب الظروف الاجتماعية و الثقافية التي يعيشها المجتمع والتي يمكن رصد اهمها من واقعنا الاجتماعي كالتالي :

تتعرض المراة الجزائرية طوال حياتها لمشكلات اجتماعية و نفسية التي يرجع اصلها الى مؤسسات المجتمع المختلفة وبالاخص مؤسسة الاسرة كاطار مرجعي دال على واقع المراة وعليه قبل عرض مختلف المشكلات التي تتعرض لها المراة يجب الاشارة الى سيرورة التاريخية للاسرة الجزائرية واهم مظاهر التغيرالحاصلة فيها واثارها على مكانة ودور المراة .

[1] مصطفى بوتفنوشت :مرجع سابق ،ص250

أولا- السيرورة التاريخية للاسرة الجزائرية

يذهب الكثير من المفكرين إلى أن الأسرة نبض الحياة ووسيلة بقائها واستمرارها، حيث تتجسد فيها سعادة أو شقاء الإنسان وقضايا ومشكلات المجتمع الإنساني بأسره، إلا أن هذا الكيان لم يحظى بالكثير من الاهتمام والبحث والدراسة العلمية المتعمقة حتى نهاية القرن الماضي، ماعدا بعض الإشارات العابرة من طرف الفلاسفة كفلاسفة الإغريق والمسلمين كالفارابي وابن خلدون وبعض مفكري الاقتصاد والجريمة أمثال" لمبروزو "و"منتسكيو" و"آدم سميث "الذين أشاروا إلى الأسرة كبناء له ارتباطات مع ظواهر أخرى كالسياسة والاقتصاد والجريمة دون النظر إليها على أساس انها قاعدة ومنطلق لكل سلوك أو تفكير إنساني، بل ورمز وجود الإنسان وبقائه.

حيث تعتبر الأسرة الوحدة الأولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني وتوازنه وهي تقوم على مجموعة من القواعد والضوابط التي تحددها لنفسها، لذلك فهي ذات أهمية كبيرة بالنسبة للمراة حيث تعتبر المراَة الكاشفة لاهم المشاكل التي تعاني منها سواء داخل او خارج نطاق الاسرة لكونها المسؤولة على تقرير النماذج السلوكية التي تتلقاها في اسرتها منذ الولادة وتعود هي الاخرة باعادة انتاجها .

ولكي نعالج التطور التريخي للاسرة الجزائرية فانه لامناص من توضيح مفهوم الاسرة لدى علماء الاجتماع و الانثربولوجيا مع عرض التطور التاريخي للاسرة الجزائرية.

- مفهوم الاسرة

حظيت الأسرة منذ القديم بالدراسة من قبل العديد من العلماء من المفكرين والفلاسفة أمثال كونفيشيوس ووصولا إلى اوغست كونت وإميل دور كايم وغيرهم من العلماء ومازالت إلى حد الآن تحضي بالاهتمام نظرا لأهميتها في بناء المجتمع وتغييره وفي هذا الجزء سنتناول مفاهيم الأسرة عند العلماء الغرب بحيث كل واحد تميز عن الآخر من خلال خصائص الأسرة.

وباعتبار ان الاسرة هي من اهم المؤسسات الاجتماعية التي يتكون منها البناء الاجتماعي للمجتمع ، فهي تختلف في مفهومها بختلاف الباحثين و الثقافات و تباين الاتجاهات و الاديولوجيات وإذا كان الاختلاف واضحا بين العلماء في تعريف ماهية الأسرة، فإن هذا الاختلاف يظهر جليا كذلك بين العلوم الاجتماعية التي تشترك في دراسة الأسر ة، وعلى رأسها الأنثروبولوجيا، علم الاجتماع وبالاخص علم الاجتماع الأسر ي والديموغرافيا(علم السكا ن)، لأن هذه العلوم تتبنى كل منها زاوية تنظر منها إلى هذه الوحدة الاجتماعية[1]، لهذا لا يوجد مفهوم وحيد ومعنى واضح لدى جميع العلماء .

في هذا الصدد يقول بعض علماء الاجتماع ان الاسرة تمثل خلية او نواة المجتمع فانهم يعنون بذالك انه لا يوجد مجتمع انساني بدون اسرة لانها تغذي المجتمع بالاعضاء الجدد و تنقل تراثه الثقافي و الاجتماعي من جيل الى اخر و تساعده (المجتمع) باداء وظائفه الجوهرية (الدينية و التربوية و الفكرية و الاجتماعية و الصحية و التروحية)....لهذا ليس كافة المجتمعات الانسانية تتضمن نوعا واحدا من الاسر فهي تتباين في انواعها[2] وان تعريفها تعريف واحد و واضح وشاملا ليس بالامر السهل نظرا لتنوع حجمها و وظائفها ، وقد واجهت علماء الاجتماع و الانثربولوجيا صعوبة بالغة فى معالجة الأسرة نظرا لأنها تخلط بين سمات بيولوجية عامة لدى البشر ، وسمات أخرى عديدة، وسنحاول عرض البعض منها كالاتي :

الانثربولوجيا ترتكز في تعريف و دراسة الاسرة على الوحدة القرابية(La Parenté) وهنا يكون التعبير عنها على انها مجموعة من الأشخاص يرتبطون فيما بينهم بواسطة الزواج والنسب .

[1] Elizabeth Zucker-Rouvillois, Fabienne Daguet: " La famille : quelle définition ? ", in Problèmes Economiques, n°2537, 1997, pp1-6.

[2] معن خليل عمر :علم اجتماع الاسرة ،مرجع سابق ،ص20

اما علم اجتمع الاسرة تعتبرها جماعة منزلية .(Le Groupe Domestique) ، أي جماعة اجتماعية تكون وحدة بنائية داخل المجتمع ، ويضمن استمرارها الوظائف التي تؤديها للفرد والمجتمع وأشكال التفاعل الاجتماعي القائمة بين أفرادها الذين يشغلون أدوارا اجتماعية يحددها المجتمع.

بينما العلماء المختصين في علم الديموغرافيا أو دراسة السكان، فيتخذون من المشاركة في السكن والاستقلال الاقتصادي المترلي (Ménage) الاماكن الاساسية لتعريف الأسرة، ويطلقون عليها الأسرة المعيشية ويقصدون بها" أي وحدة الاجتماعية مكونة من شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص، تكفل لنفسها استقلالا اقتصاديا سواء انطوت هذه المجموعة على أطفال أو اقتصرت على عنصر الرجال فقط"[1].

وبختلاف التخصصات هناك علماء أضافوا في تعريفهم للاسرة خصوصية وسمات اخرى ونظريات عديدة فنجد مثلا ماكيفرMKKIVER يرى " أن الأسرة جماعة تعرف على أساس العلاقات الجنسية المستمرة على نحو يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم "[2] ، لكن هذه النظرة تهتم بالعامل البيولوجي و تغفل أهمة الأسرة كجماعة إنسانية عامة.

بينما روبرت لوى R.H Lowie يكتب عن الأسرة قائلا : "أن الأسرة هى الوحدة الاجتماعية القائمة على الزواج" ، اى أنه يجعل من الأسرة ظاهرة ثقافية خالصة ، على حين انه يلاحظ أن بيلز و هيوجر يصفان الأسرة جماعة اجتماعية تربط بين أعضائها روابط القرابة " [3].

بينما يرى عالم الاجتماع الفرنسي اميل دوركايم " ان الاسرة ليست ذاك التجمع الطبيعي للابوين و ما ينجبانه من اولاد ،بل انها مؤسسة اجتماعية تكونت لاسباب اجتماعية و يرتبط اعضاؤها حقوقيا و خلقيا ببعضهم بعض "[4] ، في حين عرف بيرجس E.W Burgess ولوك H.J.Locke الأسرة فى كتابهما The Family بأنها : "جماعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الزواج والدم أو التبنى ويعيشون معيشة

[1] السيد عبد المعاطي وأخرون، علم إجتماع الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1999 ، ص20
[2] احسان محمد الحسن :علم اجتماع عائلة ،دار وائل لنشر ،عمان الاردن ،ط1،2005، 43
[3] نفس المرجع ،ص 44
[4] Francois de singlym :la famille l'état des savoirs, édition la découverte, paris 1991,p365

واحدة ، ويتفاعلون كل مع الأخر فى حدود أدوار الزوج والزوجة ، الأم والأب ، الأخ و الأخت ، ويشكلون ثقافة مشتركة "[1]

بينما يرى العلامة الفرنسي كونت (conte) الاسرة على انها "منظومة علاقات و روابط بين الاعمار والاجناس "[2] ويعتبر هذا التعريف بمثابة اطلاق واسع لمفهوم الاسرة ،اذ يعتبرها مجموعة من العلاقات تربط بين الطفل و الرجل الكبيرو بين الذكر و الانثى دون تحديد الاسس التي تبنى عليها هذه العلاقة. ويسمى فوجل P.F Vogel وبل N .W. Bell " كل تجمع أوسع من الأسرة النواة وتقوم روابطه على أساس من الانحدار أو الدم أو الزواج أو التبنى الأسرة الممتدة " . وفى هذا الصدد يعرف العالم الانثربولوجي ميردوك G.P Murdock ان الاسرة "جماعة اجتماعية يقيم افرادها جميعا في مسكن ومشترك ويتعاونون اقتصاديا و يتناسلون " [3]والاسرة بهذا المعنى تقوم بوظيفة اساسية للمجتمع و هي ضمان استمرار ونموه.

اما تلكوت بارسنز(T.PARSONZ) الذي يعتبر من المنظرين المعاصرين للاسرة فانه يعتبرها جماعة صغيرة ، وهي عنصر او مؤسسة داخل المجتمع الكبير أي ان الاسرة نسق كلي و افرادها انساق فرعية ولكل نسق فرعي دور خاص به يحقق هدف النسق العام [4] .

وقد اهتم عدد كبير من العلماء في البحوث الأنثروبولوجية بدراسة التنوع الثقافى المقارن فى وظائف الأسرة وأشكالها رغم عدم الاتفاق حتى الآن على تعريف للأسرة يصدق على كل الثقافات .

وهكذا ظهرت عمليات تنميط متضاربة،ركز بعضها على اختبار الفروض المتعلقة بالعموميات النفسية الاجتماعية ، على حين ركز بعضها الآخر على اختبار الفروض التطورية ، ويلاحظ أن كثيرا من

---

[1] Francois noel :l'évolution sociologique de la famille,édition du centre d'action laique,bruxelles,Belgique,1991,p28

[2]Cathrine cicelli et autres :les theories sociologiques de la famille,édition la découverte et syros,paris ,1998,p33

[3] غريب احمد و اخرون :علم اجتماع الاسرة ،دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ،2001،ص18

[4] سامية مصطفى الخشاب :النظرية الاجتماعية و دراسة الاسرة ، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، مصرالجديدة ،القاهرة ،2007،ص(18-17)

الدراسات الأنثروبولوجية للأسرة وبناء الجماعة المنزلية يستند إلى فرض تطورى و/ أو نفسى مؤداه : أن الأسرة (النووية) تمثل الوحدة الإنتاجية والإنجابية والاجتماعية الأساسية فى كل المجتمعات ، وأن كل التجمعات أو التكوينات القرابية أوالمكانية أو السياسية هى كيانات يدل التاريخ على أنها قامت واعتمدت عليها، ويرتبط هذا الرأى فى أعمال فورتس بنظرية تحليلية نفسية تعطى الأولوية للعلاقة بين الأم والطفل ، وأن كل العلاقات العاطفية والاجتماعية الأخرى إنما تنبع من تلك العلاقة ويعارض هذا التصور مفكرو النظرية البنيوية ونظرية التحالف(وخاصة ليتش ونيدهام) الذين يرون أن أساس الأنساق القرابية هى علاقة بين فئات وليس عموميات نفسية ، وعليه عرفها wiksler انها الوحدة الاساسية في كل المجتمعات البشرية بصرف النظر عن الفروق الثقافية فالاسرة لا تعمل على تلبية الحاجات الاولية من طعام و ماوى و ملبس ولكنها تلبي الحاجات الانسانية الاخرى كالحاجة الى الحب و الامن و الانتماء و تنقل من جيل الى جيل التقاليد و القيم الروحية و الاخلاقية [1].

في حين تقول" مرتان سيقالان(Martin Segalen) إن الشيء الذي لم تعجز الدراسات التاريخية عن إظهاره حول الأسرة منذ خمسة وعشرين سنة، هو أن الأسرة هي مؤسسة متغيرة، فهي عبارة عن مجموعة من التطورات بحيث أن كل فترة لها أشكال أسرية معينة، وعلى هذا فإن المجتمع والأسرة هما نتاج القوى الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المشتركة دون أن تكون الواحدة نتيجة الأخرى[2]

اما مفهوم الاسرة في الفكر العربي نجد تعريف عبد الواحد وافي " ان الأسرة بمثابة الوسط الطبيعي والاجتماعي الأول للفرد و تقوم على مصطلحات يرتضيها العقل الجمعي و قواعد تختارها المجتمعات، فنظام الأسرة في أمة ما يرتبط ارتباطا وثيقا بمعتقدات هذه الأمة، و تاريخها و عرفها الخلقي و ما تسير عليه من نظم في شؤون السياسة و الاقتصاد و القضاء"[3] ، اما محمود حسن الذي يرى ان الاسرة عبارة عن صورة التجمع الانساني الاول ،وهي جماعة اولية بمعنى انها اساس الانجاب و التطبيع الاجتماعي

[1] جمال محمد سعيد الخطيب :اسس التربية ، دار الشروق ،عمان –الاردن ،1993،ص95

[2] Martin Segalen. Sociologie de la famille, ed Armand clin, Paris, 2eme édition, 1996, p 08.

[3] عبد الواحد وافي :الاسرة و المجتمع ،مكتبة النهضة ، القاهرة ،1966، ص4

للجيل التالي ، وهي كذالك الاصل الاول لعادات التعاون و التنافس التي ترتبط باشباع الحاجات الى الحب والامن و المركز الاجتماعي [1].

في حين يرى عاطف غيث "ان الاسرة تعني من الناحية السوسيولوجية معيشة رجل و امراة او اكثر معا على اساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع وما يترتب عن ذالك من حقوق و واجبات كرعاية الاطفال و تربيتهم ،اولئك الذين ياتون نتيجة لهذه العلاقات" [2].

اما اقبال محمد بشير و مجموعة من الاساتذة فيعرفونها "على انها جماعة من شخصين او اكثر تربطهم علاقات زواج او دم او تبني او الثلاثة معا و تضمهم حياة منزلية واحدة و يتفاعلون معا كل بحسب دوره و مركزه" [3].

اما وصفي عاطف : "يرى أن الأسرة جماعة اجتماعية تتميز بمكان إقامة مشترك و تعاون اقتصادي و وظيفة تكاثرية بين اثنين من أعضائها على الأقل، تربطهم علاقة جنسية يعترف بها المجتمع، وتتكون الأسرة على الأقل من ذكر بالغ و أنثى بالغة وطفل، سواء كان من نسلها أو عن طريق التبني"[4]

بينما تعتبر قراءة عبد المنعم شوقي لمفهوم الاسرة من اهم القراءات الشاملة لمفهوم الاسرة وهذا لاحاطته على كل الجوانب المادية و المعنوية للاسرة اذ يعرفها على انها نسق اجتماعي يقوم على[5] :

- معيشة رجل و امراة او اكثر معا في مكان مشترك
- قيام علاقات جنسية يقرها الدين و المجتمع وتكون عن طريق الزواج
- انجاب اطفال و رعايتهم
- علاقات متينة تتسم بالخصوصية و الاستمرار لفترة طويلة

---

[1] محمود حسن : الاسرة و مشكلاتها ،مرجع سابق،ص17

[2] عاطف غيث :تطبيقات في علم الاجتماع ،دار الكتب الجامعية ، الاسكندرية ،1970،ص476

[3] اقبال محمد بشير و اقبال ابرهيم مخلوف وسلمى جمعة :ديناميكية العلاقات الاسرية،دراسة عن الخدمة الاجتماعية و رعاية الاسرة و الطفولة ، المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية ،بدون سنة ،ص 16

[4] وصفي عاطف :الانثربولوجيا الاجتماعية ،دار النهضة العربية لطباعة و النشر ،بيروت،1995،ص91

[5] اميرة منصور يوسف علي :محضرات في قضايا السكان و الاسرة و الطفولة ،المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية ،1994، ص43

– سلسلة من الحقوق و الواجبات (حقوق الزوج و الزوجة و الاولاد و واجباتهم ازاء بعضهم البعض وازاء غيرهم .

وتشير سناء الخولي الى ان معنى الزواج و الاسرة يتركز حول الالتزمات الاجتماعية و تقول ان الاسرة تظهر بذورها عن طريق الزواج و الذي هو عبارة عن علاقة بين الرجل و المراة وفق تقاليد الجماعة و وفق القوانين الخاصة بذالك كما ان الزواج هو المحافظة على احترام الاجتماعي و الامتثال لرغبات الاقارب و المجتمع المحلي و الاحتفاظ بصورة لائقة في المجتمع[1] .

اما جبارة عطية جبارة يرى ان الاسرة هي جماعة اجتماعية نظامية تتكون من رجل وامراة بينهما رابطة رسمية معترف بها من المجتمع الا وهي الزواج وكل ماينتج عن هذه الرابطة من نسل ....وان هذه الجماعات تقوم اساسا باشباع الحاجات البيولوجية و الحياتية الضرورية لكل ذكر او انثى ولكل ابناء البشر الاسوياء اضافة الى تهيئة المناخ الاجتماعي الملائم لرعاية و تنشئة و توجيه الابناء[2] .

بينما يعتبر تعريف وليام اوجبران للاسرة من التعاريف التي تنطبق على الاسرة الحديثة اذا يعرفها على انها" رابطة إجتماعية من زوج و زوجته و أطفالهما أو بدون أطفال، أو من زوج بمفرده مع أطفاله أو من زوجة بمفردها مع أطفال"[3] ،في حين يعريفها مصطفى بوتافنوشت في كتابه لنسق الاجتماعي والتغير الاجتماعي "إن العائلة الجزائرية مؤسسة اجتماعية وخلية أساسية لمجتمعنا عوض القبيلة أو العشيرة، فالأسرة نتاج اجتماعي يعكس صورة المجتمع الذي تتواجد فيه وأين تتطور فالأسرة تتغير على وتيرة ظروف تغير المجتمع[4] .

كما نشير إلى أنه قد يرد مصطلح " العائلة " كتعبير عن الأسرة، فإنه مفهوم آت من الفعل " عال" ، "يعيل"، "معيل"، " عيال " ،و تعبر عن الشخص الذي يعيل أفراد أسرته، و في هذا الإطار يرى " حليم بركات :"

---

[1] سناء الخولي : الاسرة و الحياة العائلية : الاسرة و الحياة العائلية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1995،ص47 بتصرف

[2] جبارة عطية جبارة: المشكلات الاجتماعية ،دار المعرفة الاجتماعية، الاسكندرية ، 1992، ص200

[3] بدر بن احمد:بحوث اجتماعية ،مكتبة فهد الوطنية ،السعودية ،ط1، 1996، ص177

[4] Mostefa Boutefnouchet :Système Social et Changement Social en Algérie, OPU, Alger 1986, p3 8

أنه مع سيطرة النظام الأبوي، أصبح الرجل هو المعيل و أصبح بقية أفراد العائلة عيالا مهما كانت درجة مشاركتهم في العمل و مهما كانت علاقات الإعالة و الاعتماد متبادل[1].

بينما عرفت الامم المتحدة الاسرة على انها"جماعة من شخصين أو أكثر قامت بينهم صلة الدم أو الزواج أو التبني و يقيمون معا ، و تشمل العائلة أو الدار ، أو جميع الأشخاص – دون النظر إلى علاقة القرابة الذين يشغلون بيتا أو مسكنا أو مجموعة أخرى من الحجرات ، أو حجرة واحدة تحتوي على وحدة سكنية"[2] هذا التعريف غير دقيق لأنه وضع للإعلانات الدولية المقدمة من طرف الأمم المتحدة ، و لم يشترط الزواج كشرط لمفهوم الأسرة بل اشترط السكن الواحد و المعيشة المشتركة و لذلك فهذا التعريف ينطبق أكثر على التجمعات الموجودة في الدول الغربية بين الذكور و الإناث غير المتزوجين و نرى أن هذا يخالف مفهوم الأسرة العربية المسلمة التي لها عاداتها وتقاليدها وقوانينها التي تحكمها و خاصة إذا كانت العلاقة غير شرعية و تمارس كالعلاقة بين الزوج و الزوجة.

وجاء في قانون الاسرة الاسرة الجزائرية في 9جون 1984تحت رقم 11/84 [3] مفهوم الأسرة وموقعها من المجتمع ضمن المادة الثانية التي تنص على أن" :الأسرة هي الخلية الأساسية للمجتمع وتتكون من أشخاص تجمع بينهم صلة الزوجية وصلة القرابة4 "، فصلة الزوجية هي الرابطة الزوجية التي تربط بين الزوج والزوجة وذلك بعقد شرعي رسمي مدني مسجلا في سجلات الحالة المدنية، أما صلة القرابة فهي صلة بين الوالدين والأبناء نتاج العلاقة الزوجية .كما يركز هذا القانون في تحديد لمفهوم الأسرة على دورها في خلق الأجواء المناسبة لأفرادها ودورها في التنشئة الاجتماعية لهم، وذلك من خلال المادة الثالثة التي تنص":تعتمد الأسرة في حياتها على الترابط والتكافل وحسن المعاشرة والتربية الحسنة وحسن الخلق ونبذ الآفات الاجتماعية "

---

[1] حليم بركات: النظام الاجتماعي و علاقاته بمشكلة المرأة العربية ، مركز الوحدة العربية ،بيروت،ط1، 1982 ، ص6

[2] بدر بن احمد،مرجع سابق ،ص176

[3] وزارة العدل: قانون الأسرة، مرجع سابق ، ص4

نستنتج من خلال هذا الطرح ان هناك تنوع في الاتجاهات التي تناولت الاسرة بالتعريف فمنهم من تناولها من بعد تفاعلي رمزي ومنهم من ركز على مفهوم الاسرة كنسق واخرون ركزو على الجانب البيولوجي او الاجتماعي او اعتبارها كمرصد لنقل الثقافة عبر الاجيال الا انه تبقى الاسرة عموما مؤسسة اجتماعية تتكون غالبا من امراة و رجل يرتبطان برابط الزواج تكون مقررة من طرف القانون و المجتمع مع اطفالهم في شكل اسرة صغيرة او مع بعض الافراد و الاقارب في شكل اسرة موسعة وعلى هذا الاساس تعتبر المراة مركز الاسرة التى تحافظ على توازن واستقرار الاسرة لما لها من ادوار تجعلها العنصر الاساسي و الفعال في بناءها.

- دراسات حول الاسرة الجزائرية

اكدت الدراسات الأجنبية التي اجريت حول الاسرة في المغرب العربي إلى تشابه الأسرة الجزائرية مع نظيرتها العربية و الإسلامية في جوهرها و مبادئها و أخلاقها و تكوينها حيث نجد في هذا المقام دراسة بيار برديو في كتابه سوسيولوجة الجزائر الذي تطرق فيه الى السلطة و العلاقات الاسرية في منطقة القبائل التي يؤكد فيها "حين تحدث عن البناء الداخلي للأسرة على السلطات الواسعة التي يتمتع بها رب الأسرة في تسيير شؤونها ، و التي تستمد شرعيتها من منع الإرث و اللعنة الربانية للعاق(زوجة ، إبنة) و التي تعتبر سلاحا قويا في يد رب الأسرة، يحدد بموجبه مركز و دور كل فرد من أفراد الأسرة نتيجة سلطته المطلقة التي تنتقل إلى إبنه الأكبر بعد وفاته ليراعي مصالح إخوته و أخواته ، و يتابع تربيتهم[1] " فهو يرى ان للرجل سلطة مطلقة في تسيير افراد الاسرة أما مركز الأم فيبقى من ناحية السلطة ثانويا ، و عليها الطاعة والإحترام رغم ما يشكله دورها الأساسي في تربية الأطفال ،وسلطتها في إدارة شؤون البيت بينما أشار الدكتور "مصطفى بوتفنوشت" في دراسته للاسرة الجزائرية على أنها "مرت بعدة مراحل جعلت

[1] *Pierre BOUDRIEU: Sociologie de l Algerie ، ed :Puf,paris ,7eme ED ,1985 ,PP 12-13*

منها تنتقل من أسرة ممتدة تضم من جيل إلى ثلاثة أجيال تبعا لإمكانيات المسكن في 1962 إلى أسرة محدودة في سنة 1977، و يرجع ذلك إلى التصنيع ، و حركة العمران التي شهدها المجتمع .الجزائري.. [1] "

"...غير أن هذا التحول من الأسرة الممتدة إلى النووية لم يصاحبه استقلال شامل ، إذ أن الكثير من المناسبات و الأعياد تبين أن الأسرة ما زالت متمسكة بنمط الأسرة الممتدة ،حيث لا تزال الأسرة النووية مرتبطة بأسرة الوالدين نتيجة تمسكها بالقيم و العادات ،و امتداد السلطة المعنوية للوالدين على الأبناء حتى في حالة الزواج في كثير من الأحيان ،ضف إلى ذلك الإرتباط الإقتصادي و الإجتماعي للأسرة النووية الفتية مع أسرة الوالدين التي تشكل حماية و سندا للأسرة النووية ، خاصة في ظل الأزمة الإجتماعية و الإقتصادية التي عاشتها و تعيشها البلاد ، و تماشيا مع العرف الذي يحتم و يعطي الأولوية للأبناء الأكبر فالأكبر في حماية العائلة الأم امتدادا للسلطة الأبوية في حالة غيابها ، و تمثلا بعادات و قيم التضامن و التآزر التي تعرف بها العائلة الجزائرية "[2] .

بهذا بؤكد على ان الاسرة في حلة تغير و تحول مستمر من اسرة مركبة الى اسرة نووية وان العلاقات الاسرية و السلطة في الاسرة الجزائرية تفرضها العادات والتقاليد .

بينما محمد سويدي في كتابه مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري يؤكد "ان التغير في شكل الاسرة يعود الى التحضر بدرجة الاولى اذ صرح" ان تحول بناء الاسرة الجزائرية ،من نظام الممتد الى النظام النووى لم يكن ليبرز بشكل واضح وسريع الا بعد ان نزحت الاسرة الى الوسط الحضري المختلف عن الوسط الريفي" [3]

[1] مصطفى بوتفنوشت :مرجع سابق ،ص39

[2] نفس المرجع ،ص40

[3] محمد السويدي: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري ، تحليل سوسيولوجي لاهم مظاهر التغيير في مجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر ، 1990 ، ص89 .

في حين اشارت الدراسة الميدانية الشاملة التي قام بإنجازها المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالسكان والتنمية(**C.E.N.E.A.P**) تحت عنوان " تحولات البنية الأسرية في الجزائر" الأسرة الجزائرية في مواجهة المشاكل الاقتصادية والاجتماعية في نطاق محاربة الحرمان والتمييز.

وقد تناولت هذه الدراسة التي تم إنجازها عام 1999 مجموعة من الاسرمكونة من 2207 اسرة مختارة عشوائيا على المستوى الوطني انطلاقا من معطيات التعداد العام للسكان والسكن لعام 1998 موزعة على 14ولاية ومن بين اهم نتائج الدراسة نجد[1]:

- التحولات في البنية الأسرية بطيئة جدا في الريف الجزائري مقارنة مع البيئة الحضرية للمجتمع الجزائري.

- توسع الاتجاه العام للبنية الأسرية في الجزائر نحو الأسر النووية اذ شكلت69% من مجموع الأسر (لا يعني أبدا أنها تمثل العصرنة والتطور بقدرما هي انفجار وتوالد للأسرة الممتدة أي تغير في الشكل العمراني)، وقد أثبت التحليل الكيفي لهذه الدراسة كيف أن الأسر النووية لم تنقطع في تفكيرها عن الأنماط والعادات الجزائرية في التضامن والالتحام والتماسك الاجتماعي.

-تبين من الدراسة أيضا أن البحث عن نموذج جديد للعائلة لا يكون تقليديا، ولا يندرج ضمن ما يتفق على تسميته بالنموذج العصري سوف لن يتم دون معارضات عنيفة بالنظر إلى الاستراتيجيات المسيطرة في مجال الزواج.

-مازالت الأسر الجزائرية تتميز بفارق كبير في مستوى المعيشة، وتعاني من الآثار السلبية في سياق اقتصادي واجتماعي وسياسي صعب .وهذا الواقع يفرض نفسه على الرغم من المجهودات الجبارة التي تبذل من طرف الدولة .

[1] Tahar Hocine , Faouzi Amokrane : Mutations des structures Familiales , in Revus du C.E.N.E.A.P, Alger , n° :27 , 2003, PP : 17-46.

- تبين ان ظاهرة الطلاق، و الزواج المتاخر ،و العنوسة تعتبر من مؤشرات الهامة التي تكشف التغيرات الحاصلة في الاسرة الجزائرية .

- التطور التاريخي للاسرة الجزائرية

مرت الاسرة الجزائرية عبر تاريخها إلى عصرنا الحاضر بعدة مراحل، وشهدت أحداثا كثيرة وتغيرات جمة، باختلاف الأزمة وباختلاف المدنيات التي طرأت عليها وذلك في أمور عدة أبرزها التطور في نطاقها وفي وظائفها والدعائم التي تقوم عليها ومراسيمها ونظم الزواج فيها وفي نظام الزعامة وفي نمط إقامتها وكل ما يخص حياتها الاجتماعية.

ولمعرفة هذه التغيرات قمنا بتحديد بعض الخصائص التي ميزت الأسرة الجزائرية قبل، أثناء وبعد الاستعمار الفرنسي، و هذا ما سنوضحه من خلال المراحل الثلاث التالية:

1- الاسرة الجزائرية قبل الاستعمار

في هذه المرحلة كان اغلب المجتمع الجزائري مجتمع رفيا اين كانت البنية الاسرية يتبع النظام الاسري الممتد اي كانت تعتبر اسرة مواسعة يعيش فيها العديد من الاسر الزواجية يترواح عددهم مابين 20الي 60 شخص يعيشون جميعا تحت سقف واحد وقد اطلق عليه الدكتور بوتفنوشت عليه اسم الدار الكبيرة في الحضر و الخيمة الكبيرة في البدو[1] .

كما كانت تعتبر عائلة ابوية او بطرقية "*Famille patriarcale*" لانها تخضع لسلطة الجد و الاب اين كان الاب يشكل راس هرم الاسرة فهو الذي على ادارتها و تسيير شؤونها بينما الجد هو القائد الروحي للعائلة ينظم فيها امور تسير التراث الجماعي كما ان النسب فيها ذكوريا و الانتماء ابوي و الزواج داخلي .....و المراث ينتقل في خط ابوي اي من الاب الى الابن الاكبر عادة حتى يحافظ على الطبيعة اللانقسامية لتراث[2] ، كما أن العلاقات التي تجمع أفرادها، فهي قائمة على الاحترام التام و الشبيه في بعض الأحيان بالتقديس لرب العائلة، و يعرف هذا الشكل الأسري أيضا تمييز مبالغ فيه بين الجنسين ،

[1] مصطفى بوتفنوشت :العائلة الجزائرية ،مرجع سابق ،ص37
[2] نفس المرجع ، ص38

فالمرأة مكانتها المنزل و هي المسؤولة عن التنظيم المنزلي من أكل و غسيل، فمحيط المرأة ضيق جغرافيا وبشريا، فهو لا يتعدى البيت ومكان إقامة الأجداد، وفي هذا الاتجاه الرجال يتقاسمون العالم الخارجي والنساء يعشن عالما أكثر داخلية، و هذا ما يؤكده فرانز فانون" Franz Fanon " بقوله :إنه يوجد" من خلف . النظام الأبوي، نظام أمومي خفي [1] ، فهذه المظاهر الحياتية كانت مستمدة من العادات و العرف والتقاليد متأثرة بالدين الإسلامي، فالإسلام كان هو البنية الفوقية مرتبطا بعمق الحياة اليومية ومندمجا في الوعي الجماعي[2].

2- الاسرة الجزائرية اثناء الاستعمار

أدى دخول الاستعمار الفرنسي إلى الجزائر إلى إحداث خلل وعدم التوازن وذلك من خلال هدمه للبناءات الأساسية للمجتمع الجزائري، بدأ بتغيير شكل التجمعات التي كان ينتمي اليها الأفراد،إذ عمل على تفتيت القبائل التي كانت السمة المميزة للمجتمع الجزائري و التي كانت عبارة "عن عائلة موسعة تكون صاحبة نفوذ وقوية، تنظم اليها عائلات أخرى من أجل الدفاع عن مصالح مشتركة "[3]، فالمستعمر بضربه لهذه التشكيلة و بتضييق مجالها و انتزاع مكتسباتها من الأراضي،خاصة الأرضي الزراعية الجيدة،إذ انتزعت ثلثها من المواطنين مما ادى بافرادها للبحث عن مصدر عيش اخر في مزارع المعمرين،

"فاصبح الفلاحين لا يستطعون العودة الى اراضهم السابقة الا بصفتهم عمالا اجراء في مزارع المعمرين " او الهجرة الى المدن و العمل في مصانع المعمرين [4]ومن هنا ظهرت مؤشرات التغير الاسري بابتعاد الافراد عن عائلتهم التي كانت في الاصل ممتدة لتكوين اسر صغيرة فالاسرة بدات في اعادة التهيكل بطريقة جديدة تتلائم و الحياة المستعمرحيث قام هذا الاخير باجبار المواطنين على العيش

[1] فرانز فانون :سوسيولوجية الثورة، مرجع سابق ، ص117
[2] مصطفى بوتفنوشت :مرجع سابق ،ص39
[3] عدي الهواري : الاستعمار الفرنسي في الجزائر:سياسة التفكيك الاقتصادي و الاجتماعي1830 - 1960، تر:جوزيف عبد الله، دار الحداثة للطباعة والنشر ، بيروت،ط1، 1983 ،ص117
[4] Claudine chaulet: La Terre, Les Frères, Et L'argent, Stratégie Familiale Et Production Agricole En Algérie 1962, ,O.P.U, Alger, 1987,P242

ضمن تنظيم جديد ضمن دواوير،مما أدى إلى "انهيار القرابة الاجتماعية و الجماعية و ارتفعت قيمة القرابة الفردية ،القرابة الدموية المباشرة، فالعلاقات الاجتماعية أصبحت تعتمد على القرابة الدموية أي أبناء العمومة و الأخوال و كذا النسب[1].

كما قام المستعمربفرض إجبارية التعليم، فهتم بالمراة باعتبارها أهم عنصر في كيان الأسرة من أجل تعليمها، وهذا ليس من أجل اعطائها الحق من حقوقها، بل لكسر العادات و التقاليد الراسخة في العائلة الجزائرية،لأن المرأة بوسعها المحافظة على القيم و التقاليد و ثقافة المجتمع ونقلها إلى الاجيال عن طريق التنشئة الاجتماعية، فأصبحت تجبر العائلات الجزائرية في المدن على تدريس بناتهم .

وهذا ما فكر فيها أحد مخططي هذه السياسة في قوله":إذا أردنا أن نضرب المجتمع الجزائري في سياقه المتلاحم وفي مقدرته على المقاومة و الصمود فينبغي أولا أن نستولي على المرأة من وراء حجابها حيث تختفي و في المنزل حيث يخفيها الرجل[2]،كما ساهم الاستعمار في نقل وظائف القبيلة إلى العائلة الموسعة التي صمدت كثيرا في مواجهة محاولات التغير الاجبارية، معززة صفتها الدفاعية بالمحافظة على التقاليد و القيم الدنية والاخلاقية، فقد "عرفت البناءات الاجتماعية و الاسرية تطورا تاريخيا،تمثلت أهم مرحلة فيه في المرحلة الكولونيالية و خاصة في محاولة الاستيطان و رفض المجتمع الجزائري لها[3]،

و ما ساعد الأسرة الجزائرية على الاحتفاظ على امتدادها و روابط القرابة المتسعة، و كذا ميزة التضامن العائلي و التكافل الاجتماعي،هو وجود مؤسسات اجتماعية ذات طابع ديني إسلامي تتجسد في المساجد و الزوايا و المدارس القرآنية، التي صمدت أمام طغيان المستعمر و استطاعت في الكثير من الأحيان جمع

[1] عدي الهواري:مرجع سابق ،ص123
[2] عبد الحميد حفيري: فرانز فانون بعض ملامح الشخصية الجزائرية في كتاباته ، منشورات وزارة الثقافة و السياحة،الجزائر، 1985 ،ص91
[3] مصطفى بوتفنوشت :العائلة الجزائرية ،مرجع سابق ،ص17

شمل أفراد العائلات الجزائرية من خلال العادات الاجتماعية المحفزة على التعاون و التآزر الاجتماعي ،وهذا ما يميز العائلة الجزائرية أثناء الاستعمار هو وحدة التماسك والتضامن العائلي[1].

و من جهة أخرى ساعد عامل الثورة التحريرية الذي كان له فاعلية كبيرة في توطيد العلاقات الاجتماعية الأسرية، و كذلك سمحت بتكوين علاقات اجتماعية جديدة نتيجة تفاعل الأسر مع المجاهدين ومساعدتهم لهم و صمودهم امام القهر الاقتصادي و الثقافي و الاجتماعي الذي فرض عليها من طرف المستعمر .

3- الاسرة الجزائرية بعد الاستقلال الى يومنا هذا

بالرغم ماخلفه المستعمر من دمار واضرار على جميع الانساق الاجتماعية ،الا ان الدولة الجزائرية تبنت سياسة التصنيع و الاصلاح و البناء الاجتماعي لنهوض مجدد باقتصادها ،فهذه السياسة احدثت معها عدة تغيرات على جميع الانظمة وبالاخص النظام الاسري .

ففي عشية الاستقلال انتقل عدد كبير من سكان الريف للمدن الكبرى وكذا عودة اللاجئين الجزائريين من تونس والمغرب بحوالي 300ألف مهاجر وكانهم السكان الاصليون للمدينة وتمركزهم في اغلب المدن الشمالية الذين اكتسبوا امتيازات متعددة مكنتهم من الاستقرار بالمدينة حيث الخدمات ، كالصحة ، التعليم بكامل أطواره ، العطل و المنح العائلية و النقل و غيرها من العوامل التي شجعت الانتقال السكاني، وخاصة حين أولت السلطة الجزائرية أناداك العناية الكبيرة و انصبت جهودها لنهوض بالصناعة الثقيلة التي مهدت لانتشار العمل في الوسط العائلي وقد دعم ذلك أيضا التقدم أو التطور التكنولوجي الذي كان له تأثير على بنية و وظيفة العائلة الجزائرية.

فالتحولات في مجالات العمرانية و الاقتصادية ادت الى الانفجار السكاني في المدن وجعلت من نمو الاسرة سبب في تفككها إذ أصبحت العائلة عاجزة على تحقيق الاكتفاء الذاتي لافردها و من جهة أخرى

[1] محمد سويدي : مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري،مرجع سابق ،ص40

عاجزة على نقل الحرفة الموروثة إلى الأبناء الصغار ك النسيج الجلود و الفخار... هذا ما جعلها في موضع المضطر للبحث عن عمل خارج وحدتها المغلقة ، فتحولت وظيفة الأسرة الاقتصادية إلى البحث عن العمل المأجور و خاصة في المراكز الصناعية ، وتحولت الأسرة نفسها إلى وحدات استهلاكية بعد أن تهيات مؤسسات جديدة توفر السلع والخدمات وفق الطلبات التي تقدمها الأسرة ذات النمط الحديث.

ومن ابرز الاليات التي استخدمتها لتلبية حاجياتها ومواكبة التحولات هي محاولتها في التكيف مع كل الأوضاع المستجدة ، و عن طريق التنشئة الاجتماعية مستحدثة وفق المعطيات ومفاهيم جديدة التي فرضت نفسها فرضا على الأسرة التقلدية انتجت اسر زواجية أو النواة ذات النمط الحديث و التي تتكون من الزوج و الزوجة و الأبناء والتي تكون مستقلة اقتصاديا عن الأسرة الأم ، وهذا ما انعكس على تغيير المكانة والأدوار بالنسبة لكل فرد من الأسرة .ولاسيما المرأة كأم أو زوجة أو بنت ، حيث أصبحت المرأة تشارك في السلطة و كذا في ميزانية الأسرة و لم تعد تلك المرأة التي هي البنت أو الزوجة المنعزلة والمتحفظة أمام الرجل ، و لم تعد تحت سلطة الأب ، الأخ ، الزوج و الحماة مع محافظتها على الإحترام بكل سعته ، و حتى الطاعة لأبويها إلا أن وظيفتها الجديدة سمحت لها بأخذ الكلمة ، و اتخاذ القرار والمبادرة .

أما الرجل فقد أصبحت لديه أدوارا إضافية داخل الأسرة كقيامه ببعض الشؤون المترلية . أما الأبناء فبمجرد بلوغهم سن الرشد يتحصلون على قيمة مالية تمكنهم من الإستقلال عن البيت الأسري.

وهذا ما اكده فرانز فانون في قوله" :إنه تغيير نمط الأسرة الجزائرية(...) نتيجة عملية التصنيع التي انتهجت في الجزائر حيث ظهرت الأسرة النووية و خاصة في المناطق الصناعية فرعية خاصة، جعلته يكتسب مواقف و آراء تختلف عن جيل سابقيه بما فيها من حرية الاختيار في العمل، التعليم و حتى الزواج و خاصة بعد استقلالهم ماديا عن آباءهم[1].

[1] بتصرف فرانز فانون :سوسيولوجية الثورة، مرجع سابق، ص115

كل هذه الأمور سمحت بظهور قيم و معايير جديدة طبعت الأسرة الجزائرية لتعطيها شكلا جديدا يختلف في العديد من جوانبه عن الشكل القديم، سواء من حيث العلاقات الداخلية و السلطة أو من حيث الأدوار والمكانات و الوظائف .

بينما في الواقت الحاضر يبدو ان الاسرة الجزائرية ابتعدت تدريجيا عن وحدتها القرابية وتقلص حجمها اكثر مما كانت عليه نتيجة سياسة تنظيم النسل كما انها لم تعد تهتم بتماسكها الاجتماعي بل شاهدة تحررا وتفكك لوحدة افرادها نتيجة العامل التكنولوجي الذي ادى الى ظهور مفاهيم مختلفة منها الديمقراطية وما احدثته من اعادة النظر في العلاقات بين الافراد فيما بينهم وبين مختلف الانظمة الاجتماعية و السياسية السائدة فبرزت ثقافات وميولات واتجاهات و فوارق فردية ساعدت على اضفاء اسلوب الحياة الحضرية داخل الاسرة الجزائرية بمسميات العصرنة .

بعبارة اخرى ان هذه التغيرات ماهي الا نتيجة او انعكاس لوضعية الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية للمجتمع فالاجراءات التي اتخذتها الدولة لنهوض بالاقتصاد لم تلقى نجاحا خاصة في التسعينات التي نتجت عدة ازمات اجتماعية واقتصادية خاصة منها تدهور المستوى المعيشي وافلاس المؤسسات وتسريح العمال و ارتفاع البطالة جعلت من الاسرة و المجتمع يعيشوا عشرية سوداء يسودها الارهاب في جميع اشكاله الذي كان له اثر وانعكاسات على سلوك الافراد مما دفع بالدولة الجزائرية باجراء تغيرات جدرية لمكافحة الارهاب واصلاح الاقتصاد اهمها اطلاق حرية التجارة على المستوى العالمي ومبدا المصالحة الوطنية اللذان فتح افق جديدة لتطور التكنولوجى و العولمة التي جرفت تحولات سريعة هددت استقرار الداخلى للاسر مما أدى إلى تغير أدواروامكانة أفراد الأسرة التي لم تعد محددة

بوضوح كما كانت من قبل فقد فقدت الأسرة معظم وضائفها الاجتماعية اين أصبحت الحياة المنزلية مثلا ، تعتمد على بعض الاجهزة الالكترونية في القيام باعمالها ،مما ادى لخروج المراة للعمل و اختفاء السلطة العائلية و ظهور انساق اخرى التي استطاعت على حد قول" مارتن سيقلان" أن تحل محل الأسرة في سد الكثير من الحاجيات و المتطلبات اللازمة للأفراد عن طريق ما تكفله مؤسساتها المختلفة من خدمات لهم [1]، بل و تدخلت الدولة في حياة الفرد و شاركته وظائفه الاجتماعية كما اختفت الفروق بين الجنسين،كما اختفت بعض القيم التي كانت سائدة في الأسر التقليدية وظهرت قيم أخرى تبدو انها أكثر تحررا ، مثل اختيار شريك الحياة الذي أصبح يتم في الغالب و في المجالات الحضرية خاصة دون أي ضغط و بموافقة الطرفين مما جعل الاسرة تفقد دورها في حماية التراث الثقافي نضرا للغزو الثقافي الآتي مع ثروة المعلومات والشبكات الفضائية الأمر الذي هدد شبكة العلاقات الأسرية والقرابة وظهور افات و امراض اجتماعية حيث يقول الدكتور عبد الغني مغربي "ان العائلة الجزائرية قد تحولت بعمق في مستوى العلاقات الشخصية الداخلية و بمعنى اخر فان وضعية كل من يكون هذه البنية تتغير بصفة جدرية واصبح بذالك الجميع يشاركون في الصراع بما فيه المراة "[2] .

ومن أبرز جوانب التأثر ذلك الصراع هو الخلافات المستمر بين الزوج والزوجة على السيادة والميزانية ومعاملة الأطفال والصلة بالنسق القرابي وتمضية وقت الفراغ وغيرها من التحديات التي أفرزها التغير الاجتماعي بوجه عام ، إضافة إلى تحول المصلحة الجماعية التي كان يتغذى منها وينمو في ظلها الافراد إلى المصلحة الفردية التي غذتها نزعة الاستقلالية و التي زادت من المسافات الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة وقل الاتصال والتواصل بين الأهل والأقارب , مما أدى إلى ضعف مظاهر التضامن وتضاءل التزامات أفراد الأسرة لمسؤولياتهم إزاء أقاربهم وأهاليهم بسبب ضعف أو انحلال الرابطة الاجتماعية بين أفراد العائلة، حيث تغير شكلها و تقلص حجمها.

[1] Martine Segalen: Sociologie de la Famille, Edition Armand Colin, Paris ,1981, P 70

[2] Abdelghani megherbi :la culture et la personnalité dans la société algérienne de Masinissa a nos jour , entreprise national du livre, OPU , alger ,1986,p 129

و في هذا الصدد كتب الأستاذ الدكتورمصطفى بوتفنوشت في كتابه النسق الاجتماعي و التغير الاجتماعي في الجزائر قائلا : " بأن العائلة الجزائرية الحالية هي عائلة ضيقة، و عدد الزيجات التي تعيش في نفس المنزل إنخفض إلى واحد أو اثنين و في النادر ثلاثة زيجات، و هي في الغالب تعيش معا في نفس المسكن لأن أزمة السكن لا تسمح لها بالحصول على مساكن منفصلة "[1]

وظهر ثلاث انواع من الاسر عرف انتشارا واسع في المجتمع الجزائري وهذا ما سنحاول ابرزه كالاتي:

- اشكال الاسرة الجزائرية

تشير في هذا لسياق الباحثة الاجتماعية كلودين شولي c.chaulet بانه كل ثقافة تحمل في طياتها نمودج اسري خاص ينتج تمثلات جماعية و يتحرك في قلب التغيرات الاقتصادية و السياسية كشكل ثابت قادر على تنظيم محتويات متغيرة [2]، فبرغم من التغيرات التي عرفتها العائلة الجزائرية خلال فترة الاستعمار وبعد الاستقلال الا انها بقيت محافظة على البعض من اشكالها التي تعكس الصورة التاريخية للمجتمع ومن اهمها نجد :

الاسرة البدوية(الاسرة الممتدة) : وهي الاسرة التي تعيش في البادية أي الصحراء لان البادية هي الصحراء ومن ينتسب اليها فهو بدوي و من أقام بها فهو مبتدئ , الإطار العام الذي يشمل الإقامة في الصحراء و التعود على العيش فيها هو البداوة حيث يرى حليم بركات" ان البداوة نمط معيشي متميز يقوم في أساسه على تربية المواشي والإبل، والرعي والترحال، بحثا عن الكلأ والماء، ويتلاءم مع البيئة الصحراوية، حيث نشأ هذا النمط في البادية، وتكون تاريخيا نتيجة لتفاعل دائم، و عبر زمن طويل مع

[1]Mostefa Boutefnouchet :Système Social et Changement Social en Algérie, opcit, p37

[2] Claudine chaulet : la terre,les fréres et l'argent " stratégie familiales et production agricole en algerie depuis1962",O.P .U, alger,tome1,1987,p205

هذه البيئة، التي ــ بدورها ــ حددت حجم الجماعات وأصنافها وتوزيعها، وأساليب معيشتها وثقافتها وعاداتها وأعرافها[1].

وعليه تعتبر الأسرة البدوية هي نواة التكوين الاجتماعي عند البدو، مثلهم في ذلك مثل سائر المجتمعات البشرية، والأسرة البدوية أسرة أبوية، حيث الأب هو رئيس الأسرة، له حق الطاعة على جميع أفرادها ويحرص البدو على إنجاب أكبر عدد ممكن من الذكور،لأن كثرة الأبناء الذكور تعد في أعرافهم عاملا هاما من عوامل العز والمنعة للأسرة في العشيرة و القبيلة، إلا أن ارتفاع نسبة الوفيات بين المواليد عند البدو بسبب نقص الرعاية الصحية، وتدني المستوى الاقتصادي و الثقافي وتخلف أساليب التوليد،و ضعف العناية بالحامل، يؤدي الى ارتفاع نسبة الولادات.

لهذا يضل معدل زيادة السكان عند البدو أعلى مما هو لدى السكان الآخرين في البلاد التي يعيشون فيها، فهي تضم غالبا ثلاثة أجيال (الأجداد، الآباء، الأحفاد) ، أي أن هذه الأسرة امتداد للسلطة البطريقية للأسرة الأبوية. الممتدة و القانون في هذه الأسرة هو العرف، و تعتمد في حياتها على الترحال و هي كثيرة العدد و تتكون من مجموعة من العائلات أو من مجموعة من الأسر النووية و قد تعتبر الخيمة الواحدة أسرة نووية و تجد الدولة صعوبة في منافسة هذه الأسرة في آداء وظائفها ، ويعود ذلك إلى كبرحجم الأسرة، وتعدد الزوجات وأنماط التفكير الفطرية.

ووظائف الأسرة عند البدو أوسع منها لدى الأسرة عند الفلاحين في الريف،وعند الحضر في المدينة، حيث سلبت المؤسسات والبنـــى الاجـــتماعية كثـــيرا مـــن وظائف الأسرة في الريف والمدينة،فالأسرة البدوية لا تزال تقوم بوظائفها الاقتصادية والتربوية والثقافية والدينية حتى اليوم[2]، و يلاحظ من التحولات التي شهدتها الاسرة البدوية من الهجرة لتوفر وسائل النقل ساعدت على تنقل وحركة البدو

[1] حليم بركات :المجتمع العربي المعاصر"بحث استطلاعي "، درسات الوحدة العربية ،بيروت،1986،ص176

[2] بتصرف من المرجع سابق ،ص179

بعيدا عن موارد المياه والتحاق الكثير من ابنائها بالمدارس و الوظائف العسكرية و المدنية وارتباطهم بالنشاط الاقتصادي في المدن ومن تم التحول تدريجيا للاستقرار و حياة الحضر

الاسرة الريفية (الاسرة المركبة): "هي تنظيم اجتماعي صغير يتميز بالاستقرار يجمع فيه جيل الاباء والابناء المتزوجين والغير متزوجين و ابناء الابناء ..على اعتبار ان الميراث والاملاك المشتركة، ويختصون في غالبيتهم بكثرة الانجاب و بتوجههم نحو الزواج المبكر .."[1] ، وقد ساعدت العلاقات القائمة على الحرية الفردية لذكور والانات على ظهور ما يعرف بالاسرة النووية (الزوج و الزوجة و الابناء) لهذا هذه الاسرتعتبر مركبة و لها عدة اشكال فهي صورة مصغرة من الاسرة البدوية (أي اسرة بدوية اكثر تطورا) الا انها تختلف عنها في المجال الجغرافي و النمط المعيشي وهي اكثر استقرارا في القرى والارياف و تعيش على الزراعة والرعي، وهي اقل حجم من الاسرة تظم جيل او جيلين يعيشون جماعيا و ترى مسعودة كسال ان الاسرة الريفية هي اسرة ممتدة تتكون من الزوج و الزوجة و اولادها الذكور و الاناث المتزوجين ،و الاولاد و زوجاتهم و ابنائهم و غيرهم من الاقارب كالعم و العمة الابنة الارملة ...و تتميز بالاستقرار الكامن رغم تعاقب الاجيال ،التقارب المكاني الذي يعزز العلاقات الاجتماعية فيما بينهم ،وتمسكها بالقيم الاخلاقية و العادات و التقاليد [2].

ما يلاحظ في هذه الأسرة هو زوال سلطة الأب المطلقة و العرف و الاعتراف بحق المرأة في الميراث، ومشاركة الدولة للأسرة في وظائف التنشئة الاجتماعية و الضبط الاجتماعي و تتميز بالسعي إلى تكثير الإنجاب لا سيما الذكور لأن العمل الزراعي و السيادة لا تتم الا بهم.

الاسرة الحضرية (الاسرة النووية): هي اسرة حديثة بالجزائر ويطلق عليها اسم اسرة زواجية او نواوية تتكون من اب وأم وأطفال في غالب الأحيان وتبعا للهجرة التي قضت على العلاقات القرابة نتيجة التحضر وتعقد المطالب المادية التي غيرت من ملامح الاسرة و وظائفها التقلدية ويرى ج .بلاندي

[1] علي فؤاد احمد :علم الاجتماع الريفي ،دار النهضة العربية ،بيروت ،1981،ص (126-127)
[2] مسعودة كسال :مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري ،ديوان المطبوعات الجامعية ،بدون سنة ،ص(20-21)

أنه عندما تدخل الأسرة إلى المدينة تتحرر من الضغوط وتتغير العلاقات القرابية فتسمح المدينة لأفرادها بالتخلي عن الالتزامات والضوابط التقليدية وتسمح لها بالاختيار بعيدا عن تدخل العائلة [1] ، والأسرة الحضرية ليست وحدة تامة تقوم بجميع الوظائف التي تقوم بها الأسرة الريفية فيتقلص وظائفها والأدوار التي كانت تقوم بها أصبحت أكثر تخصصا ، فتغيرت فيها أساليب التنشئة الإجتماعية وأصبحت مؤسسات أخرى خارج نطاق الأسرة تقوم بجزء منها و تغيرت اتجاهات أفرادها حول عدد كبير من القضايا التي تخص الأسرة خاصة الزواج و تغيرت الوظائف و المراكز و الأدوار.

وتتصف الأسرة الحضرية بأنها تعمل إلى جانب المؤسسات الأخرى وأنها تساهم معها مساهمة عضوية، كما أن الأسرة الحضرية تخضع للتنظيم الاجتماعي المفروض من طرف المجتمع الكبير، فالأسرة الحضرية غير المنعزلة في المجتمع الكبير، بل تظهر أهميتها في الدور الذي تقوم به من أجل تقدمها وتطور المجتمع[2].

وما يلاحظ في هذه الاسرة خروج المرأة إلى ميدان العمل الذي يبقى رغم إيجابياته له سلبيات كثيرة أهمها "وقوف المرأة في وجه الرجل و التقليل من فرصته في الحصول على منصب عمل مما يؤدي الى ارتفاع نسة البطالة حيث أنه في السابق كان الأب العاطل عن العمل في الأسرة الممتدة يعتبر شخص عادي يعيش حياته دون عناء أما الأب في الأسرة النووية فهو رب العائلة و المسؤول الأول عن إعالة أفراد أسرته وبقاؤه بلا عمل يشكل مشكلة حقيقية داخل الأسرة إذ يؤدي ذلك إلى إنخفاض مستوى المعيشة و عدم القدرة على مسايرة التغيرات المختلفة ، مما يؤثر سلبا على كل أفراد الأسرة ،حيث يضطرون إلى الكسب بطرق غير شرعية و ربما تشملهم الانحرافات السلوكية و الانحلال الخلقي و تأخر سن الزواج ناهيك عن الحالة النفسية المتوترة التي تجعلهم يفقدون الشعور بالأمان و الإطمئنان.

[1] Martine Segalen: Sociologie de la Famille,opcit,p87
[2] Placid Rambaud: Societe rural et urbanisation, 2 eme edition de seuil, 1989, p 40

نستنتج من خلال الطرح السابق ان التغيرات التي طرات على الاسرة الجزائرية ليست على مستوى واتجاه واحد وانما تختلف من قطر الى قطر ومن منطقة الى منطقة اخرى ورغم هذا في تتشابه من حيث اصولها و تكوينها اذ تستمد ثقافتها من التراث العربي الاسلامي لدى نجد سمات مشتركة بين الاسرة في الجزائر العاصمة وفي الاوراس و الهضاب وفي الصحراء وغيرها من المناطق القطر الجزائري وتعد الاسرة الحضرية(النوويةاو الزواجية) هي الشكل السائد في هذا المجتمع بينما يتضائل العدد الاسر الريفية (المركبة) كلما اتجهنا من الريف الى المدينة .

- وظائف و مقومات الاسرة الجزائرية

الملاحظ من خلال قراءة مراحل التطور التاريخي للاسرة الجزائرية ، ان الاسرة فقدت العديد من وظائفها التقلدية لخضوعها لمنطق التغير عبر الزمان و المكان ومن حيث الكم و الكيف نتيجة التغيرات الحاصلة على مستوى المجتمع خاصة التحضر و التطور التكنولوجي التي تعتبر من اهم المؤشرات التي تسمح بفهم طبيعة البنية الاسرية و وظائفها بالاظافة الى طبيعة العلاقات السائدة بداخلها.

مما لا شك فيه ان تلك التغيرات اثرت في الاسرة و سلبت منها عدة وظائف كالوظيفة الانتاجية التي انتقلت الى المصانع ، و الوظيفة التربوية والتعلمية التي انتقلت الى مؤسسات اخرى كدور الحضانة والمدرسة .... ولقد اكد وليام اوجبران william ogburn ان نتيجة فقدان الاسرة لهذه الوظائف اصبحت اسرة مفككة[1] ،ولكن رغم ذالك تبقى للاسرة وظائف خاصة بها كالانجاب و الاشباعات الجنسية التي يقرها المجتمع ،ويمكن ان نلخص اهم وظائف الاسرة كمايلي :

1- الوظيفة البيولوجية :

الوظيفة البيولوجية من أهم وظائف الأسرة وهي عبارة عن تنظيم السلوك الجنسي والإنجاب ، حيث يلاحظ هنا أن التزاوج ظاهرة فيزيولوجية تخضع لمجموعة من الضوابط الثقافية ...ومعنى هذا أن

[1] سناء الخولي :الزواج و العلاقات الاسرية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1995،ص74

المسموحات الجنسية تختلف اختلافا كبيرا جدا من ثقافة إلى أخرى، بل قد يختلف المجتمع الواحد في أقسامه المختلفة إزاء النظر إلى هذا الخبرات الجنسية التي تمارس خارج نظام الزواج" [1]، لهذا لا يجب أن نخلط التزاوج بالزواج ،لأن التزاوج يتكون من القواعد والتعليمات التي تحدد حقوق الزوج والزوجة وواجباتها وامتيازاتها كل إزاء الآخر وإزاء أقاربهم وإزاء المجتمع ككل ، ولهذا يعتبر الزواج اتفاقا تعاقديا يعطي العلاقات الاجتماعية التي تكون الأسرة طابعا رسميا وثابتا وعلى الرغم من أن هناك عددا من المجتمعات تسمح بالخبرة الجنسية قبل الزواج إلا أن مجتمعات أخرى تضع عقبات متعددة إزاء هذا النوع من العلاقات الجنسية قبل الزواج، و معنى هذه المسموحات الجنسية تختلف اختلافا كبيرا جدا من ثقافة إلى أخرى ، بل قد يختلف المجتمع الواحد في أقسامه المختلفة إزاء النظر الى هذه الخبرات الجنسية التي تمارس خارج نظام الزواج . وقد دلت الأبحاث المتعددة على أنه بالرغم من تهجم المجتمع للسلوك الجنسي على هذا النحو ،إلا أن هذا لم يمنعه ولم يقضي عليه في الواقع وكان مرض السيدا اكبر دليل على تواجده مما جعل اهتمام المجتمعات بالمسائل المتعلقة بالعلاقات الجنسية ضمن القواعدها الاجتماعية والقانونية التي تتصل بشؤون الجنس والزواج للحفاظ على صحة المجتمع.

ومما يجب إدراكه هو أن تنظيم السلوك الجنسي الذي تقوم به الأسرة يعتمد في تنفيذه على العديد من العادات التبادلية بين الأزواج والتي تنتج من الاتصال الودي الذي يحدث في منزل واحد متمثلا في تربية الأطفال والتعاون في قضاء الأنشطة اليومية اللازمة لمعيشة الأسرة . والفعل الجنسي كما توفره الأسرة ليس في الواقع مجرد وسيلة لإشباع دافع فسيولوجي قوي وإنما ينطوي هذا الفعل على الحب والدعابة بما في ذلك من إشباع لغرائز اجتماعية وهذا مما يقوى من الروابط الإحساسية والشعورية و الانتمائية داخل الأسرة جاعلا اياها أقوى جماعة أولية.

[1] محمد عاطف غيث: علم الاجتماع نظريات وتطبيقات ، دار المعرفة،الاسكندرية، 1986 ،ص (189-199)

وبهذا المعنى تقوم الأسرة بالوظيفة تزويد المجتمع باعضاء جدد وليس مجرد تعويض الوفيات بالمواليد، أي يمكننا أن نقول أن منتج الأسرة ليس مجرد مخلوقات جديدة تحتفظ بمستوى سكاني معين وإنما هو عبارة عن شخصيات جديدة مطبعة تطبيعا اجتماعيا تحافظ ،على الجهاز المجتمعي و تؤدي إلى تطوره وارتقائه، و حتى يمكن إنجاب أطفال تتوافر فيهم كافة الشروط الصحية اللازمة،أي حتى يكون الأطفال مكتملي الصحة الجسمية والعقلية لابد من مراعاة ما يلي[1]:

يجب أن تكون الناحية الجسميةو النفسية لدى الأبوان سليمة ،ففي حالة اعتلال الصحة البدنية و النفسية يجب منع النسل حتى لا ينتج نسلا ضعيفا بسبب الأمراض المعدية و الأمراض المزمنة...الخ.

يجب أن يكون عددا الأفراد عددا نموذجيا يحقق التوازن بين موارد الأسرة، واحتياجات أفرادها، و يكون متفقا مع جميع الوظائف الأخرى اجتماعية ونفسية واقتصادية، كما يجب تنظيم فترة الحمل بين طفل وأخر بحيث لا تقتل تلك الفترة عن سنتين.

2- الوظيفة الاجتماعية :

كانت الأسرة و لا تزال أقوى سلاح يستخدمه المجتمع في عملية التطبيع الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية بحيث مع بروز الوظيفة الحقيقية للأسرة واتضاحها أكثر مع الوقت واصبحت هي المسؤولة الاولى في بناء الشخصية الاجتماعية الثقافية للفرد، أي بفضل وظيفة التنشئة الاجتماعية، وكذلك التربية العاطفية للفرد وتغذيته بالأحاسيس والمشاعر التي تكفل مغالبة التوترات ومواجهة الأزمات، وعليه تكمن الوظائف الأساسية للأسرة بغض النظر عن الإنجاب والتناسل، في إكساب الفرد الخصائص الاجتماعية و الثقافية وترقية شخصيته البيولوجية كشخصية اجتماعية، وذلك بفعل كل ما يتشربه فيها من سلوكات وأخلاق وعادات ومعتقدات دائما في إطار العلاقات الأسرية وأنماط التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة التي تؤثر في شخصية الفرد بشكل أو بآخر، هذا بالإضافة إلى مسؤولية الأسرة في منع أفرادها وتجنبهم

[1] السيد رمضان:إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة و السكان،دار المعرفة الجامعية للطبعة والنشر والتوزيع،الإسكندرية ،2002 ،ص(43-45)

اقتراف السلوكات أللاجتماعية ذات التأثيرات الضارة والتي لا تتناسب مع قيم المجتمع الحضارية، فالأسرة مؤسسة لنقل الثقافة إلى الأعضاء بما يمكنهم من الاندماج المجتمعي، ولهذا" فإن الوظيفة الحقيقية للأسرة تتمثل في بناء وتكوين الشخصية الثقافية الاجتماعية للإنسان، في إطار جماعة صغيرة تتميز علاوة على هذا بأن أفرادها تجمع بينهم مشاعر وأحاسيس شديدة الألفة والقوة"[1]، وبناء عليه تعتبر الأسرة المهد الحقيقي الذي يعتمد عليها المجتمع للقيام بعملية التنشئة الاجتماعية أوالتطبيع الاجتماعي. على الرغم من تعدد المؤسسات والهيئات والأنظمة الاجتماعية التي تشارك الأسرة في هذه الوظيفة، وانطلاقا من أداء الأسرة لمهمتي التنشئة والتطبيع الاجتماعي تنطلق معها مسؤولية تشكيل شخصية الفرد وفقا للأنماط والسلوكات الثقافية الموجودة داخل مجتمعه.

ويدلنا ذلك على أن البقاء البيولوجي للإنسان يخضع في جوهره للظروف والاعتبارات الاجتماعية التي تصيغه وتكيفه، وهنا تبدأ الوظيفة الحقيقية لجماعة الأسرة والتي لم يكن هناك أي مؤسسة أو نظام آخر يستطيع أن يحققها ولا حتى بشكل جزئي ولمثل هذا الأمر يقول العالم" رينيه كونيج "إلى القول بأن "الميلاد البيولوجي للفرد ليس هو الأمر الحاسم في وجوده واستمراره، وإنما العامل الحاسم هو" الميلاد الثاني"أي تكونه كشخصية اجتماعية ثقافية تنتمي إلى مجتمع بعينه وتدنى بثقافة بذاتها .والأسرة هي . صاحبة الفضل في تحقيق هذا الميلاد الثاني،ويمكن تلخيص الوظيفة الاجتماعية للأسرة فيما يلي[2]:

– تمثل الأسرة في المجتمع قوة اجتماعية لها أدوارها العميقة،من حيث قدرتها على التأثير في حياة أفرادها و في حياة المجتمع.

– تعتبر الأسرة وحدة تربوية أساسية، يتأثر أفرادها بما تزخر به من ثقافة و أنماط سلوكية و من هنا تصبح الأسرة أداة ضرورية لتربية ابنائها.

[1] علياء شكري وآخرون: دراسات في علم الاجتماع العائلي ، دار المعرفة الجامعية،الاسكندرية، 1991 ، ص184

[2] السيد رمضان:مرجع سابق،ص.(71-73)

– تقوم حياة الأسرة على المشاركة الاجتماعية العامة،فصالحها يرتبط دائما بصالح المجتمع، فهي لا تقتصر اهتماماتها و تفكيرها في ذاتها و ذات افردها بل يمكن تفكيرها و عنايتها إلى دعم المجتمع و حمايته، فكيانها جزء لا ينفصل عن كيان المجتمع.

ـ تطلب حياة الأسرة تطورها في المجتمع من وحدة اقتصادية استهلاكية أساسا إلى وحدة اقتصادية استهلاكية و إنتاجية في نفس الوقت.

3– الوظيفة الاقتصادية

تعتبر الوظيفة الاقتصادية من الوظائف الرئيسية التي كانت ترتكز عليها الأسرة في الماضي والتي استمرت إلى يومنا هذا، وإن اختلفت في صورها وأساليبها وأهدافها ،كما تعد أهم عامل في حياة الأسرة لأنها إذا لم تجد الموارد الاقتصادية الكافية فإنها تصبح عاجزة على أداء وظائفها، وتعم فيها عوامل الفساد والتفكك [1]،ومن بين الوظائف الاقتصادية التي تقدمها الأسرة هي اشباع حاجياتها الاساسية من توفير السكن و الماكل و الملبس لأفرادها إضافة إلى دعمهم ماديا، حيث تكفل وتؤمن الحياة للأفراد الذين لا يمكنهم تحقيق ذلك من خلال الاعتماد على أنفسهم أو من خلال المؤسسات الخارجية، كما تقوم بتقديم الدعم المادي للأبناء المتزوجين الذين لم يستقلوا اقتصاديا نتيجة قلة مداخلهم أو عدم حصولهم على عمل دائم، وهي بذلك تقدم أشكالا كثيرة من أشكال الرعاية الاقتصادية التي تعجز الدولة عن تقديمها.

وبالرغم من هذا الدعم الاقتصادي للاسرة الا ان التغيرالاجتماعي جعل من الشريكات و المعامل والمصانع تستنزف كافة مدخولات الاسرة فبات دخلها الشهري و السنوي ينصب على الوسائل الترفهية والاستهلاكية ذات الترف المظهري (اقتناء السيارات و الشاليات و المقتنيات النفسية و النادرة و كل ما

[1] مصطفى الخشاب :دراسات في علم الاجتماع العائلي ، مرجع سابق، ص200

خف وزنه وغلى ثمنه) بينما تحول مصروف الاسرة الريفية نحو شراء الادوات و الاثاث المنزلية اكثر من أي شيء اخر[1] ، و من خلال هذه الخدمات و السلع التي يقدمها المجتمع لافراده تسعى بذلك الأسرة لزيادة دخلها بكل الوسائل حتى نتحصل على ما نحتاج له وهذا ما يدفع الأسرة إلى تقبل الظروف التي تفرض عليها من أجل الحصول على الدخل الذي يضمن العيش الحسن وإن كان ذلك يؤدي إلى ابتعاد رئيسها عنها، وهذا ما يوضح حالة انشغال الزوجة خارج البيت من أجل زيادة دخل اسرتها بحيث يكون قادرا على مواجهة متطلبات الأسرة المتزايدة.

وفي الحقيقة هذا التغير الحاصل في وظائف الأسرة لم يكن مرغوبا من قبل أعضاء ، لانه أخذ منها العديد من المهام الاسرية الجوهرية و هذا ما جعل موقعها في النسق الاجتماعي العام يهزل ويضعف، فالأب لم يبق محافظا على موقعه كما في السابق، والأم باتت تعمل داخل وخارج الدار ففقدت مكانتها الحيوية التي كانت تتمتع بها من قبل، وهذا يفسر أن الأسرة تؤثر وتتأثر بالمجتمع والحياة الاجتماعية بكونها الوحدة الأولى له وإحدى مؤسساته التي فيها تتواجد العلاقات من النوع المباشر، فهي تعمل على تحديد المجتمع حسب حجمها، خاصة وأنها الموقع الطبيعي للتكاثر البيولوجي للأفراد.

حيث نلاحظ أن معظم المشكلات الاجتماعية ترتبط بعجز الأسرة المادي و إمكانية توفير احتياجات أفرادها، وقد أصبح حاليا وجود ارتباط بين المشكلات الاجتماعية للأسرة والضيق والعجز الاقتصادي، حيث يذهب "وليام بونجر "إلى التأكيد على الارتباط الموجود بين المشكلات الاجتماعية والفقر، وعلى هذا الأساس نجد أن الفقر أو الافتقار المادي كعامل وليس كسبب مستقل يلعب دورا خطيرا في حياة الأسرة ويشعر أفرادها بالحرمان والوقوع في الرذائل والشرور، وأنه إذا أمكن إزالة الفقر والتخلص من البطالة وتوفير المسكن الصحي لكل عائلة يمكن القضاء على المشكلات الاجتماعية والتي على رأسها مشكلة إمكانية تعرض أبنائها للانحراف والوقوع في المحظورات.

[1] معن خليل عمر :علم اجتماع الاسرة ،مرجع سابق ،ص17

4- الوظيفة الترفهية و التروحية

فقد كانت النشاطات المتعلقة بالتسلية والترفيه تمارس خلال نطاق الأسرة بين اعضائها و اقاربها و ابناء الجيران ، وكانت تحت إشراف ورعاية الأبوين بشكل مباشر، والملاحظ أن الألعاب وفنون التسلية كانت تستند إلى أدوات بدائية وألعاب تقليدية انطلاقا من وسائل أولية بالية أو خردوات مهملة، لكن مع ظهور المؤسسات المتخصصة، ذهبت معظم هذه النشاطات إلى هذه المؤسسات، بالإضافة إلى التطور التكنولوجي وانتشار الاقمار الصناعية وتأثيرها على هذا الميدان، فظهرت ألوان وفنون في مواقع الالكترونيات في شكل ألعاب وتسلية عبر شبكة الانترنات، بالإضافة إلى التلفاز والمذياع والفيديو والهواتف الذكية، ففي إطار الترويح والترفيه يمكن الحديث عن قيام شركات السفر والسياحة والطيران المنظمة للرحلات السياحية والترويحية بالإضافة إلى نشاطات المؤسسات الفنية المتخصصة كالمسرح والسينما والنوادي الرياضية.

5- الوظيفة الدينية

فقد كانت الأسرة تقوم بتوجيه وإرشاد ابنائها دينيا بالتعاون مع المساجد والمدارس القرانية و الزوايا ، اذ كانت الأسرة دائما هي المسؤولة عن تلقين المبادئ الإسلامية لأفرادها ،والتي تعتبر من الركائز الأساسية لحفظ كيان المجتمع و بواسطتها تدفع الأفراد إلى أعمال الخيرية الايجابية.

كل هذا يرتبط بالقيم الدينية التي تلعب دورا كبيرا في استقرار الحياة الأسرية حيث تمثل الرابطة الأساسية والمنهاج الذي يسير عليه الأفراد ويتحكم في سلوكهم و تصرفاتهم المختلفة، فكلما كانت الروابط الدينية وثيقة كلما كانت التصرفات و سلوكات الأفراد متزنة ومتماشية مع العرف والقانون والقيم الدينية، أي أن القيم الدينية توفر لأفراد الأسرة التماسك والتكافل من خلال ما تدعو إليه من التزام بالأخلاق والقيم عند التعامل مع الآخرين أو فيما بينهم،ولكن اليوم و مع التغير الاجتماعي لم يبقى للاسرة دورا جوهريا في هذه الوظيفة

6- الاوظيفة الصحية و النفسية

يحتاج الفرد في حياته اليومية إلى إشباع الكثير من الحاجات النفسية والسيكولوجية حتى يتمتع بصحة نفسية سليمة، فهناك بعض الاحتياجات لا يمكن أن يشبعها الفرد إلا في ظل الحياة الجماعية، فالفرد في حاجة إلى الشعور بالأمن والاحترام والتقدير وهي احتياجات نفسية لا تجد مجالا لإشباعها سوى عن طريق الجماعات التي ينتهي إليها الفرد، وتعد الأسرة على قمة هذه الجماعات، ولذلك فإن" الأسرة تعتبر الجماعة الأولية الهامة التي توفر أكبر قدر ممكن من الحنان والعطف، ولذلك يتوقف قدر كبير من التكامل الانفعالي والعاطفي عند أعضاء الأسرة على مبلغ ما يتوفر لهم من إشباع لرغباتهم المتعددة"[1].

ولذلك نجد أن للجو النفسي السائد داخل الأسرة أهمية بالغة في تكوين الشخصية وغرس الشعور بالمسؤولية نحو أسرة ومجتمع، فالفرد في ظل هذا الجو الاسري المفعم بالحب والأمن والدعم العاطفي يكتسب الدعم الصحي و الطبي لجميع افرادها دون افراط او تفريط ،لانه قد يتعرض للمرض خاصة اذا كان هوالاب او الام فيفرض عليه اعباء و مسؤوليات اضافية على عاتق الاعضاء الاصحاء .

فعندما يصاب الاب مثلا يتوقف دخله او ينخفض فتعاني زوجته واسرته اثار الحرمان مالم يكن للمريض مدخرات سابقة تساعده على مواجهة هذه الظروف الطارئة ولكن رغم هذا فانه يجد الدعم و المساعدة من زوجته واسرته من رعاية صحية و اجتماعية فتكرس الزوجة له نفسها في رعايته وتلبية حاجيات اسرتها فتضطر تحت ضغط الحاجة للخروج للعمل وقد يتعذر عليها ان تجد عملا بسبب السن او الامية او نقص الخبرة مما يجعلها تواجه مشاكل جمة تعود على نفسيتها و صحتها بالسلب وهذا من اجل ان توفر جو اسري هادئ وصحي ،وحين تصاب الام بالمرض فقد يؤدي ذالك الى اضطراب كل الحياة الاسرية رغم من المحاولات التي يبذلها الاب للقيام ببعض مسؤولياتها و واجباتها الا ان مرض الزوجة يجعله اكثر حساسية و توتر و عجز عن تدبير اموره وحاجيات اسرته وهذا ما يجعل حالتها تسوء اكثر

[1] محمد عاطف غيث: علم الاجتماع نظريات وتطبيقات، مرجع سابق، ص(198 -199)

ويدفع بالابنة الكبرى الى الانقطاع عن الدراسة لاعالة اخواتها الصغار وقد يسبب مرضها خاصة حينما يطول الى الطلاق او الانفصال وحتى الهجر ، اما في حالة مرض الاطفال فالاسرة وخاصة الام هي من تقوم بتوفير جو صحي من الرعاية و المساندة لانهم اكثر اعتمادا وارتباطا بها و هذا ما يفسر اهمية دور المراة و تواجدها في الاسرة لما لها من مهام اساسية في الرعاية الاسرية .

وعلى هذا الاساس تمثل الاسرة قديما و حديثا الدرع الواقى و الماوى الامن للفرد يجد فيه العناية الانسانية و الاستجابة المباشرة و الحب الصادق و المسؤلية الجماعية التي لا تستطيع المؤسسات الاخرى تعويضها بنفس النوعية بالرغم ظهور وكالات الضمان الاجتماعي و الصحي و دور الرعاية والمستشفيات التي تقدم بدورها الدعم الطبي و الصحي للاسرة .

و مما سبق نستخلص ان الاسرة عبر مراحلها التاريخية عرفت تغيرات و تحولات وظيفية و بنائية مسايرة لتحولات المجتمع الذي تعيش فيه الامر الذي ادى الى تقلص وظائفها و تضائل حجمها الا انها لا تتخلى عن تزويد المجتمع بالاعضاء الجدد مع الاحتفاظ بوظيفتها الترفهية و الرعاية الصحية لابنائها رغم وجود مؤسسات هيكلية تقوم بنفس المهام الوظيفي وهذا لا يمنع ان نقول الاسرة .

ثانيا :مشاكل الاسرة

أن المشاكل الأسرية ظاهرة اجتماعية ثابتة تختلف في شدتها من مجتمع لاخر وهي راجعة الى نقص في الاشباع لحاجات الاسرة مما يؤدي الى انماط سلوكية خاطئة تخالف العادات و القوانين المجتمع حيث تعتبر كحالة يعاني منها احد افراد الاسرة او الاسرة ككل و قد تؤدي الى ضعف وانحلال الرابطة الاجتماعية و العلاقات الاجتماعية و التخلي عن بعض وظائفها المختلفة ومن هنا يظهر مفهوم المشكلة على انها "حدوث خلل أو انحراف في العلاقات الإنسانية، وهي كذلك سلوك انحراف وتفكك اجتماعي أوالاثنين معا، مما يؤثر على المصالح الرئيسية لكثير من أفراده" .

وهذا الخلل في بناء الاسرة قد يكون نتيجة طلاق او هجر احد الزوجين او وفاة او مرض احدهم اواضطراب التوافق الجنسي وغيرها من المشاكل التي تدل على انعدام التكامل الاسري والأسرة الجزائرية من بين الأسر التي تعاني الكثير من المشكلات الاجتماعية والتي أدت إلى زعزعة بنائها وعدم قيامها بوظائفها على أكمل وجه، من بينها طبيعة العلاقات، حيث تعتبر العلاقات السائدة داخل الأسرة في كل المجتمعات أساس استمرارها واستقرارها أو انهيارها وتفككها، فهي تمثل جملة من التفاعلات القائمة داخل الأسرة، وهي التي تحدد الأدوار والمهام التي يقوم بها كل عضو فيها، فكلما أنجزت الأدوار، كلما ازدادت شبكة العلاقات قوة، الشيء الذي يؤدي إلى تماسك الأسرة واستقرارها، والعكس صحيح، كلما كان التسيب والإهمال وعدم متابعة القيام بالأدوار، كلما ضعفت العلاقات الأسرية، والنتيجة هي تفكك الأسرة وتصدعها وانحراف أبناها.

وتشير سناء الخولي في هذا الصدد ان "الاسرة التي تقابلها المشكلات هي غالبا تلك التي ليس لها امكانات لازمة بمواجهة الاحداث" ، وسوف نحاول عرض بعض تلك المشاكل التي يمكن ان تعانيها الاسرة [1]العربية وكذا الاسرة الجزائرية وكذا اسبابها و انواعها كما يلي :

1- المشاكل الاسرية

7- الاسرة التي تتشكل عن عدم التوافق نتيجة وجود فروق كبيرة في الطباع و الثقافة و السن وطريقة التفكيربسبب سلطة العادات و التقاليد يجعل من الزوجين ان يعيشا معا ولكنهما لا يتواصلان الا في اضيق الحدود ويصعب لكل منهما منح الاخر الدعم عاطفي فقد تؤدي الى توثر العلاقات الزوجية

8- المشاكل الاسرية التي ينتج عنها الانفصال الارادي لاحد الزوجين وقد يتخذ ذالك شكل الطلاق او الانفصال او الهجر

[1] احمد محمد مبارك الكندري :علم النفس الاسري،مكتبة الفلاح،الكويت،ط2،1993،ص203

9- المشاكل الاسرية الناتجة عن الاحداث الخارجية كما هي الحال في الحالات التغيب الدائم بسبب فقدان لاحد الزوجين بسبب الترمل او السجن او الكوارث الطبيعية و الحروب

10-الكوارث الداخلية التي تؤدي الى اخفاق غير متعمد في اداء الادوار كما هو الحال بالنسبة للامراض العقلية او الوراثية او الامراض المستعصية لاحد افراد الاسرة

11- المشاكل الناتجة عن فقدان الوحدة الاسرية و الاخلاقية ويقصد بها هيل hill فقدان العائل او الخيانة الزوجية ،ادمان الخمور و المخدرات و التي تؤدي الى نتائج عديدة من التفكك الاسري و الافات والامراض الاجتماعية[1] .

2- اسباب المشاكل الاسرية

12- يشكل عدم الاختيار الصحيح للزواج عقبة في استمرار الزواج لما يخلفه من اختلاف في المبادئ و الاراء و وجهات النظر

13- عدم فهم كل من الزوجين لنفسية وطباع الطرف الاخر كثيرا ما نجد كلا من الزوجين متماسك برايه دون مراعة الراي الاخر حول اساليب و انماط التربوية المتبعة في الاسرة.

14- قد يؤدي اختلاف الثقافات و العادات و القيم الى ظهور صراع بين الزوجين وقد يؤدي الى انحلال الاسرة ويؤثر على سلوك افرادها.

15- ومن اسباب المشاكل الاسرية ايضا الزواج الذي ينشا عن الطمع و الكسب المادي و المعنوي فعندما لا يستطيع احد الطرفين تحقيق هذه المكاسب تقع المشكلات بينهما .

16- التدخل في حياة الاسرة من طرف الاقارب و الاصدقاء و الجيران يؤثر في طبيعة الامور العائلية ويؤدي الى تصدع في العلاقات الاسرة و نشاة التوتر و زيادة حدة الصراع و قد بينت الابحاث العلمية ان التدخلات الخارجية عن محيط الاسرة لها اثرها في زيادة التوتر و الصراع الاسري[1] .

[1] احمد محمد مبارك الكندري :علم نفس الاسري ،مرجع سابق ص204

17- الكثير من المشكلات الاسرية قد يرجع اصلها الى عدم نضوج عقلية الزوج او الزوجة بما فيه الكفاية لمواجهة امور الحياة ويمكن ارجاع ذالك الي الزواج المبكر في بعض الاحيان .

18- بعض المشكلات الاسرية تظهر بسبب العاهات الجسمية و الامراض الوراثية التي قد تؤثر في عجز الاسرة عن اشباع حاجات افرادها مما يؤدي الى الانكماش في العلاقات داخلها .

19- تظهر بعض المشاكل في بعض الاسر بسبب عمل المراة بسبب ضعف عنايتها باطفالها وزوجها وقد يتعرض اطفالها للانحراف ،كما ان نوع العمل الذي يزازله الفرد يحدد مكانته في المجتمع فاذا كان من الاعمال التافهة تهتز الاسرة و التعطل يؤدي الى فقد احترام الاسرة .

20- وقد ترجع المشاكل الاسرية الى افرزات الحضارة الحديثة مثل ترك المراة بلا حدود وحرية تذهب اين تريد ومتى تريد وبالتالي قد تنحرف فتنشا عنها مشاكل اسرية وخلافات زوجية بالنسبة للمراة المتزوجة .

3-بعض انوع المشاكل الاسرية

نستخلص مما سبق ان هناك العديد من مسببات للمشاكل الاسرية تختلف حسب النسق الاجتماعي للفرد و هي تختلف من اسرة للاسرة ومن مجتمع لاخر و يمكن حصرها و تقسيمها كالتالي الى :

أ- المشكلات الصحية (الفسيولوجية و الوراثية)

لا شك ان اصابة احد افراد الاسرة بمرض وراثي يؤثر على الجو العام للاسرة كما اشار اليه محمد عودة حين قال الوراثة الصالحة او الاستعداد الجسمي السليم هو حجر الزاوية في الحياة الاسرية السعيدة بالاضافة الى هذه المشكلة نجد مشكلات الامراض الاخرة المزمنة و المستعصية تترك اثار سلبية وجروحا عميقة في مجمل العلاقات الاسرية بعد الوفاة واحيانا تمتد لتهز بنيانها خاصة اذا ماحدث وفاة لاحد الوالدين او كلاهما بسبب مرض معدي مثل مرض السيدا .

[1] جابر عوض السيد حسن ، خيرى خليل الجميلي:الاتجاهات المعاصرة في دراسة الاسرة و الطفولة ،المكتبة الجامعية لنشر والتوزيع،الاسكندرية،2000،ص82

ب- المشكلات النفسية

وهي المشاكل التي تحدث نتيجة لاصابة احد افراد الاسرة بامراض و مشاكل نفسية كمعاناة احد الوالدين من عقد نفسية أو إدمان على شرب الكحول وتناول المخدرات، فمثل هذه المشكلات النفسية تؤترفي العلاقات الاسرية بين الزوج وزوجته او بين الولدين و ابنائهما، حيث تظهر في سوء التوافق النفسي للفرد و في علاقاته مع غيره و عدم قدرته على التفاهم مع اسرته

ج- المشكلات الزواجية

وهي التي تنجم عن عدم اتفاق الزوجين في اساليب و عادات الحياة ،و من المشاكل التي تنشا نتيجة خلل في العلاقات الزوجية سوء في الاسر التقلدية او الحديثة وسوف نحاول من خلال هذا العنصر فهم نوعية العلاقات القائمة في الاسرة الجزائرية واهم المشاكل الناتجة عن هذه العلاقة باعتبارها التربة الخصبة لاهم المشاكل التي تعاني منها الاسر الجزائرية والتي تنجر عنها باقي المشكلات .

-العلاقة بين الزوجين في الاسرة الجزائرية

تتحدد العلاقة بين الزوج والزوجة، على أساس معين، ففي العائلة التقليدية، فإن علاقة الزوج بزوجته، تخضع لمبدأ" البرودة واللامبالاة "والاستخفاف بآرائها وعدم الاستماع إليها والزوجة ما عليها إلا أن تخدم زوجها بإخلاص وتحترمه وتطيعه ولا ترد الإهانة، بمعنى أن تقبل كل مظاهر سلوكه نحوها، دون مناقشة أو اعتراض كذلك يجب على الزوجان أن لا يظهران ميلهما نحو بعضهما البعض، بشكل علني، ومن الأمور التي تسيء للرجل هو أن يكون لزوجته عليه نفوذا وتأثيرا مهما كان نوعه[1] ،لأن من التقاليد المتوارثة والمتعارف عليه في الأوساط الريفية، هو أن الزوجات تابعات اقتصاديا للزوج وتعتمدان على أزواجهن من الناحية المادية، الذي يمثل صاحب السلطة ورئيسا لعائلة أما في الأوساط الحضرية، فإن العلاقة بين الزوجين قد مسها التغير، فغالبية الأسر في الأوساط الحضرية، تقوم على

[1] محمد عاطف غيث :التغير الاجتماعي في المجتمع القروي، دار النهضة العربية،بيروت،ط1، بدون تريخ، ص 234

أساس المساواة بين الزوجين حيث أصبح الزوج، يسمح بمشاركة زوجته له في رئاسة الأسرة حتى وإن كانت الزوجة غير عاملة، وهذا راجع إلى ارتفاع مستواهم الثقافي، وتغير نظرتهم إلى الحياة، إضافة إلى أن نسبة عالية من النساء في هذه الفئة يعملن ويشاركن مشاركة إيجابية في نفقات المنزل، ويتحملن مسؤولية أسرتهن إلى جانب أزواجهن[1] ، و هذا حسب ما اشارت اليه سناء الخولي في كتابها الاسرة و المجتمع "أن العلاقات الزوجية تتحدد في ظل التغيرات التي حدثت علي المستوى البنائي و الوظيفي للأسرة و خاصة بعد تغير سلم القيم الثقافية الذي كان يخضع لها الرجل في مكانه عالية باعتباره الرئيس الفعلي في الأسرة" [2] .

الا ان العنصر الاساسي في تدهور تلك العلاقات الاسرية هو التوتر في العلاقة الجنسية بين الزوج والزوجة الذي على أساسها يتحدد وضع الأسرة،ان كانت أسرة مستقرة هادئة أم أسرة متصدعة ومهددة بالتفكك لان الفشل و التوتر في العلاقات الجنسية قد يكون تعبيرا عن انعدام التوافق الجنسي، الذي من الصعب الحديث عنه بحكم انه وضع اجتماعيا في صف المحظورات أو "العيب"، في حين يعتبره البعض موضوعا ثانويا بالنسبة للعوامل الشخصية والاجتماعية والثقافية التي تؤثر على توافق الزوجين يجعل ردود الأفعال في التفاعل الزواجي غير ودية،ويؤدي إلى الصراع بين الزوجين والعكس صحيح،فالتوافق الجنسي أساسي في توجيه التفاعل الزواجي إلى التعاون.

فمن الصعب أن يكون للزوجين حياة اسرية سعيدة عندما يكون أحدهما غير مترابط عاطفيا مع الآخر أو حين يشعر انه مستغل على المستوى الأدائي ، فالعلاقة الجنسية السوية هي مرآة لعلاقة زوجية متوافقة، واضطراب العلاقة الجنسية تعكس اضطراب في جانب أو أكثر من العلاقة بين الزوجين لتكن بذالك السبب في ظهور مشاكل نفسية وسلوكية لباقي افرد الاسرة ،وقد اكد راد كليف برون في هذا الصدد على ان هناك بعض العناصر الاساسية لها دور رئيسي في توازن النسق الاسري ،و اولها

[1] نساء الخولي :الزواج و الحياة العائلية ،مرجع سابق ،ص446
[2] سناء، الخولي: الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية،الاسكندرية، 1996 ، ص243

العاطفة الشخصية التي تكون بين الاقارب عن طريق الدم او المصاهرة وثاني عنصر هو المعاشرة بين الزوجين ام العنصر الثالث في العلاقة فيعرف بالعنصر الشرعي او المتعلق بالحقوق و الوجبات ،فحينما يكون هناك واجب تكون هناك قاعدة توجب على كل شخص ان يتصرف بطريقة معينة تفرض تجنب القيام بافعال معينة [1].

ومنه نستخلص ان للعلاقات الزوجية بين الزوجين، تأثير كبير على طبيعة ومسار حياة الأسرة كلها، ومن المؤكد ان تكامل و استقرار هذه العلاقات،من شأنه ان يساعد على خلق جو من التفاهم والتعاون والمحبة بين افراد الأسرة كلها.

كما ان الصراع القائم بين الزوجين والذي يفضي الى أن يسود الحياة الزوجية وضع متوتر ، وقد تصبح الأسرة مهددة بالتفكك لهذا يعتبر الزوجين هما البوصله التي توجه الأسرة كلها ، فاذا تعرضت هذه البوصلة لخلل ما،فان ذلك ينعكس على ابناء الاسرة كلها، وحينئذ يتحول الزوجان الى مثل سيئ للأسرة بدلا من كونهما القدوة الحسنة والمثال الأصلح .

وهكذا تكون النتيجة الحتمية لكل خلاف بين الزوجين الى خطر يهدد الأبناء،الذين يفقدون الرعاية الملائمة و بالتالي يتعرضن الى الانحراف التي تكون نتائجه وخيمة على صحتهم .

ت- المشكلات الاقتصادية

يعتبر العامل الاقتصادي مسؤولا الى حد كبير عن المشاكل الاسرية ،فالفقر و البطالة و ضيق السكن و كثافة حجم الاسرة يؤديان الى خلق مشاكل اسرية بسبب نقص الموارد المادية التي تجعل الاسرة في خوف وقلق .

و تشير اقبال محمد بشير وسلمى محمود جمعة في هذا الصد الى "ان العامل الاقتصادي يعد مسؤولا عن بعض انواع الانحرافات السلوكية كهروب رب الاسرة من مواجهة مسؤوليته الى الادمان على الخمر و

[1] علي ليلة :البنائية الوظفية في علم الاجتماع و الانثربولوجيا "المفاهيم و القضايا" ،دار المعارف لطباعة و النشر،الاسكندرية ،1982 ،ص145

المخدرات او الالتجاء الى مزاولة اعمال لا يقرها القانون كالسرقة او الاتجار بالمخدرات"[1] ، كما قد يدفع المراة الى ممارسة الرديلة من دعارة او بغاء من اجل لكسب العيش .

كما قد يكون انخفاض المستوى الاقتصادي في بعض الاحيان سبب في تشرد الاطفال او مزاولتهم لتسول والى تشغيل الاطفال في سن مبكرة و تخلى عن مقاعد الدراسة ، مما تضطر الام الى العمل فيقل اهتمامها بشؤون الاسرة مما يتسبب في نشوء شقاق و مشاكل تعرض الطفل الى عوامل الانحراف في المجتمع .

كما يعد العامل الاقتصادي سبب في انتشار المساكن العشوئية السيئة من الناحية الصحية والسلوكية بسبب ضيق المسكن التي تؤدي الى التوتر الدائم لعدم توفر المساحة اللازمة للحركة او حتى تكوين اسرة بالنسبة لشباب المقبلين على الزواج ،مما يعرضهم للانحراف سواء كانو صغارا او كبار وذالك نتيجة مشاكل النوم المختلفة كالاطلاع الاطفال مبكرا على الخبرات الجنسية و نومهم في فراش واحد مما يؤدي الى الوان من المشكلات و الانحرافات السلوكية المختلفة و الامراض المعدية.

ثالثا : اهم مشكلات المراة في مجتمع الجزائري

ذكرنا سابقا ان هناك تطور في مكانة و واقع المراة في المجتمع الجزائري بعد حصولها على بعض حقوقها الاجتماعية و القانونية و اكتسابها للتربية و التعليم و دخولها مختلف المهن و الاعمال التي كانت تقتصر على الرجال و كدا مشاركتها في السياسة و في اتخاذ القرارات التي تتعلق بمستقبل اطفالها واسرتها ومجتمعها ، الا انها مازالت تعاني من بعض المشكلات و المعوقات الحضرية والاجتماعية والنفسية كنتيجة لتغيرات الحاصلة للمجتمع الجزائري في عصر العولمة و الانفتاح .

فعند الحديث عن المشكلات التي تعاني منها المراة فاننا نتحدث عن التغيرات التي انهارت فيها القيم السامية التي كانت تنظم علاقات افرادها فيما بينهم وما بين الاخرين و بروز الانانية بدل التضامن

[1] احمد محمد مبارك الكندري:علم نفس اسري ،مرجع سابق ،ص208

والوئام و كذا عن انهيار فكرة الزواج بالشكل الذي عرفه الناس منذ الاف السنين حيث اصبح نتيجة غلاء المعيشة لا يتعدى تلبية رغابات جنسية وعلى هذا الاساس حلت محله المعاشرة بدون زواج او الزواج العرفي ، وانتشار الزنى و ازدياد عدد الامهات العزبات و تضاعف عدد الاطفال الغير شرعين ورتفاع عدد حالات الاغتصاب و التحرش الجنسي و كذا العنف بجميع اشكاله ،و تضاعف معدلات الطلاق وارتفاع معدلات الجريمة في حقهن ...لخ من ظواهر مرضية ،حيث اكدت بعض الابحاث ان وضع المراة اصبح اكثر تعقيدا من السابق بسبب تلك الظواهر التي جعلت من النساء عموما (سواء كانت بنت او زوجة او ام) تعاني من مشكلات نفسية و اجتماعية و صحية متنوعة تختلف من امراة لاخرى وسوف نذكر منها بختصار ما يهمنا في هذه الدراسة على سبيل المثال :

1-مشكلة التميز الجنسي في جميع الميادين خاصة الاسرية (التقليل من شانها كانثى) و المهنية (باستغلالها و قيامها بوضائف لا تناسبها او غير ضمن مهامها وكذا تلقيها اجر اقل بكثير من الرجل) سواء كانت امراة متعلمة او غير متعلمة وبنت كانت اومتزوجة ،وهذا راجع للموروث الثقافي التي جعلها في حالة من الخضوع الذاتي للرجل، بصورة عفوية تتطابق مع خضوعها للحاجة وللعادات والتقاليد والأعراف الموروثة في النظام الأبوي باعتبارها " قاصرا " و تابعة للرجل ولا يمكن الاعتراض عليه، بل على العكس تدافع عنه وتؤكد عليه وتتبنى مفاهيمه وقيمه و نقله عبر الاجيال .

2- مشكلة سوء التربية ويصف علاء الدين كفافي بأن الأم في جو اسري سيء تكون قاصرة وعاجزة عن تحقيق التوافق الصحيح ، وتعتمد إلى السيطرة على ابنائها وتفعل كل شيء لحمايتهم ، وكأن الزوج لاوجود له في حياتها , مما يجعله مهمش وليس له قيمة سيكولوجية حقيقية في حياة الابناء ,وهذا ما يجعل من الابن عاجزفي طفولته إلى راشد سيئ التوافق في حياته[1] ، وعليه سوء التربية في المنزل وعدم الامر بالمعروف و النهي عن المنكر و انعدام الوازع الديني في الصغر والتنشئة الاجتماعية

[1] علاء الدين كفافي:الإرشاد والعلاج النفسي الأسري ، دار العربي،القاهرة ،ط1 ،1999،ص157

السيئة للمراة له تاثير على صحتها النفسية ليس فقط لوحدها ولكن هذا له اثره و واقعه على صحة الرجل و الاسرة كلها.

3- مشكلة العنف الذكوري (الاسري) بشتى أنواعه ضد المرأة أو الفتاة ،بحيث جاءت ولاية الجزائر في مقدمة الولايات التي سجل بها اكبر عدد من قضايا العنف ضد المراة بازيد من 1.100 قضية متبوعة بولاية وهران التي سجل بها ازيد من 500 قضية مماثلة تليها ولاية قسنطينة التي سجل بها ازيد من 300 قضية عنف ضد المراة.

وتعرضت 5.163 امراة من بين اجمالي ضحايا هذه الظاهرة الى عنف جسدي بنسبة تزيد عن 73 بالمائة مقابل تعرض 1.508 منهن الى سوء المعاملة الى جانب تعرض 205 اخريات الى اعتداءات جنسية و تعرض 27 منهن للقتل العمدي.

وتبقى السيدات المتزوجات الاكثر عرضة لحالات العنف بتعداد 3.847 سيدة متبوعة بفئة العازبات ب 1875 حالة و 791 بالنسبة للمطلقات مقابل 440 للارامل.

كما تم تصنيف خلال نفس الفترة 3533 متورط في هذه القضايا من فئة الازواج و 2272 اعزب[1]

4- مشكلة الاغتصاب و التحرش الجنسي في الاماكن المهانية و العامة .

5- تورطها في قضايا الدعارة نتيجة الفقر .

6- سهولة تعرضها لعمليات السرقة والغش.

- استغلالها في عمليات التحايّل المنظم في إطار شبكات النهب والتسول والدعارة

مشكلة الطلاق الناتج عن العنف الزوجي (لفظي، معنوي نفسي، جنسي، جسدي) ، بحيث ارتفاعت حالات الطلاق من 54 ألف و985 حالة في 2012 إلى 57 ألف و461 حالة في 2013 ،كما كشفت عائشة جعفري، رئيسة المرصد الجزائري للمرأة، عن تسجيل 60 ألف حالة طلاق في الجزائر منذ

[1] من موقع akhbarelyoum.dz

بداية السنة الجارية، بمعدل 166 حالة في اليوم و06 حالات في الساعة وحالة لكل عشرة دقائق، مما نتج عن ذلك أكثر من 100 ألف طفل ضحية لحالات الطلاق[1].

7- مشكلة الزواج بانواعه ك الاكراه على الزواج و الزواج المبكر لدى بعض الاسر المتمسكة بالعادات والتقاليد (اسر تقليدية) لتحقيق مصالحها و تكون المراة اكثر ضررا فيه ، اما بعض الاسر الحضرية تعتبر مشكلة الزواج مشكلة ثانوية نتيجة التحرر و الانفتاح على العالم اذ تغيرت نظرة المراة لمسالة الزواج واصبحت لها امور اخرى اكثر اهمية كدراسة ،التخصص،السيرة المهنية ،وهذا ما قد يؤدي الى التاخر في الزواج و في الاخير تجد نفسها في مشاكل لا غنى عنها كا النظرة الدونية التي قد تؤثر على صحتها وقد تدفعها بقبول باي شخص لا يناسبها ولا يناسب تفكيرها وبالتالي تقع في مشاكل مختلفة مع الاهل .

8- مشاكل صحية قد تتعرض المراة لمختلف الامراض بسبب الفقر و الجهل و نقص الوعي و من بين هذه الامراض واخطرها مرض السيدا و الامراض جنسية و السرطان

[1] نفس المرجع

ملخص الفصل

لقد تناولنا في هذا الفصل المراة و الواقع الاجتماعي و توصلنا ان المرأة لم تحظ في تاريخ الحضارات القديمة بأية نظرة إنسانية كريمة ,ما عدا في عهد الحضارة المصرية ,حيث كانت عند كل من اليونان والرومان وفي قانون حمورابي وعند الهنود والمسيحيين محتقرة وملعونة .فالحضارة الوحيدة القديمة التي منحت المرأة حقوقا أشبه بحقوق الرجل ,هي الحضارة المصرية ,ولكنها كما كانت تدل عليه التماثيل المكتشفة ,في مرتبة ادني من مرتبة الرجل .وأما عند العرب في عهد الجاهلية ,فكانت المرأة تئن من ظلم المجتمع لها .وأما في الشريعة المسيحية ,فان للمرأة حقوقها الاجتماعية والاقتصادية بناءا على تعاليم المسيحية الروحية والخلقية .لقد كرمت الشريعة الإسلامية المرأة لإنسانيتها ومنحتها كامل حقوقها مثله مثل الرجل. فالإسلام أوضح للمرأة شخصيتها المستقلة عن الرجل وأعطاها حريتها في العمل والملكية وإبداء الرأي وحملها مسؤولية أعمالها تماما كالرجل.

والأكيد في هذا الموضوع، أن وضع المرأة في المجتمعات القديمة،كان مختلفا ومتباينا من مرحلة تاريخية إلى أخرى ,ومن مجتمع إلى آخر،ومن أسرة إلى أخرى ,لان وضع المرأة كانت تحدده طبيعة المجتمعات و أنواع الأسر التي تعيش النساء في كنفها.

فالمراة في مجتمع الجزائري و داخل الاسرة تعاني من تناقضات عديدة تبعا لسيرورة التاريخية وللتباين الشديد بين ما تنص عليه التشريعات قانونية لصالح المرأة وما تلاقيه من ضغوطات اجتماعية في البيت وفي العمل، إضافة إلى سوء أحوالها الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية والأمنية التي مرت بها الجزائر، وما ترتب عنها من صعوبات كانعدام الاستقرار السياسي والأمن والبطالة المتفشية والفقر المتزايد والتسرب المدرسي وتراجع نسب تمدرس الإناث وكل أشكال القهر الاجتماعي والانحراف الأخلاقي نتيجة التطور التكنولوجي و العولمة وكدا سيطرة عقلية المجتمع الذكوري فيما يخدم الرجل ،

كل هذه التغيرات رغم انها تظهرالمجتمع في تطور و ازدهار الا انها تمنع المرأة من تغيير وضعها فهي تحرمها من فرص الارتقاء الاجتماعي وحتى السياسي.

فالمرأة الجزائرية لازالت تعيش أوضاعا صعبةجعلتها تتعرض لمشاكل مختلفة فتقاليد المجتمع الجزائري لاتخرج عن التقاليد البالية التي تجعل من المراة قاصرمهما تعلمها و وصولها لاعلى المراتب ، فاضطهاد المرأة الاجتماعي والسياسي، يجعل المرأة الجزائرية تتراجع عن أدوارها في الاسرة والمجتمع وبالاخص فيما يتعلق بتحديد حقوقها و واجبتها كام و زوجة وبنت مما يجعلها عرضة لمختلف الامراض التي تؤثر عليها وعلى المجتمع.

الفصل الثالث: المرأة و الواقع الصحي

مدخـــــــــــــــــــل

ذكرنا سابقا الواقع الاجتماعي للمراة من خلال ما تعانيه المراة من ظروف اجتماعية–ثقافية و اقتصادية وسياسية في المجتمع و الاسرة ، اضافة الى اهم المشاكل التي تعانيها سواء من الجانب الاجتماعي او الصحي فهذه العناصر تشكل خصوصية سوسيولوجية لدراسة المراة و الواقع الصحي نظرا لاعتبار صحة المراة مؤشرا اساسيا للمستوى الصحي لاي بلد ، من خلال مايقدمه النظام الصحي من خدمات و تسهيلات للعلاج و الوقاية من الامراض فهذا الفصل جاء بمثابة خلفية تسقط من خلاله مختلف الوضعيات الصحية و هياكل العلاج وقد راينا من البديهي ان نبدا بتحديد صحة المراة كمدخل لوضع حدود و تنظيم الواقع للكشف عن نوعية العلاقة بين الواقع الاجتماعي للمراة ويبن ارتفاع المشاكل الصحية و المؤسسات العلاجية .

وعليه عند التطرق لصحة المرأة لا نعني بذلك فقط الجانب الجسماني أو الخلو من الأمراض لان الوضع الصحي للمرأة هو عبارة عن مرآة تعكس واقعها الاجتماعي والثقافي والسياسي والاقتصادي الذي يزيد من تعرض النساء لبعض الامراض بهذا فهو يعكس النظرة الشمولية لمفهوم الصحة من حيث الطبقة الاجتماعية والمساواة في الحقوق الجندرية والمدنية وحقوقها الزوجية والإنجابية. كل ذلك إلى جانب توفير الخدمات الصحية والاجتماعية مما يضمن للمرأة الفرصة في الحصول على صحة أفضل او الحفاظ عليها لهذا تعد صحة المراة مسؤولية يشارك فيها المجتمع و المؤسسات الصحية .

ولعل أول ما يواجه الباحث في هذا المجال هو غياب تعريف محدد وواضح لما يشتمل عليه تعبير صحة المرأة فلا يوجد في الأدبيات سوى عدد محدود نسبياً من المحاولات لوضع تعريف واضح، ويحتوى أغلبها على درجة من التداخل مع تعريفات للصحة الإنجابية أو صحة الأم حيث عرف "فان دير كواك

"سنة1991 م صحة المراة على النحو التالي" :إن صحة المرأة هي رفاهيتها الكلية التي لا تحددها العوامل البيولوجية والإنجابية وحسب، إنما تتحدد أيضاً بتأثيرات عبء العمل والتغذية والتوتر والحرية والهجرات من بين عوامل أخرى ."ويمكننا أن نضيف إلى هذه العوامل أيضا وضع المرأة في المجتمع، وتعليمها واستقلالها الاقتصادي والقيم الثقافية البالية التي تميز ضدها أوتضطهدها " [1].

لذا ركزا العديد من الباحثين من تحديد مفهوم صحة المراة عدة عوامل مختلفة وقد كان لجهودهم دلالات هامة بالنسبة لسياسات الحكومية المتعلقة بتعزيز صحة المراة في العديد من الدول العالم وعلى هذا الاساس ارتكز هذا الفصل على ثلاث مباحث اساسية حيث ثم في المبحث الاول عرض مفهوم الصحة واهم مؤترات و الاخطار التي تهدد صحة المراة و المبحث الثاني خصصناه لنظام الصحي من حيث تطوره التاريخي و الوظيفي و الهيكلي و المبحث الثالث قمنا بكشف عن الواقع الصحي للمراة بالجزائر

المبحث الاول : المراة و الصحة

يعد الاهتمام بصحة المراة من اولويات الخدمات التنمية البشرية و تتناول الدراسات في موضوعها صحة المراة من حيث انها قضية اجتماعية و اقتصادية و ثقافية كما انها حق من حقوق الانسان لذا يعتبر تعزيز حقوق الانسان وتحسين الصحة لنساء كاضمن طريق لتوفير الصحة للاسرة و التوجه لتنمية الشاملة والمستديمة .

- بداية الاهتمام بصحة المراة

بدأت الخدمات الصحية التي تهتم بصحة المراة وفق مبادرات المنظمات الدولية في بداية الثمانينات تحت إطار صحة الطفولة والأمومة وتنظيم الأسرة، حيث قامت معظم الدول بإنشاء برامج نوعية لتنظيم

[1] برنامج السياسات و النظم الصحية ،جمعية التنمية الصحية و البيئة :الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر "دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية "، برنامج السياسات و النظم الصحية ،جمعية التنمية الصحية و البيئة ،مصر ،2005 ،ص249

الأسرة وخاصة في الدول ذات النمو السكاني المرتفع بالإضافة إلى تأسيس أقسام وإدارات خاصة في وزارات الصحة لصحة الطفولة والأمومة .

وبعد أن تم عقد المؤتمر السكاني العالمي عام 1984 م ازداد الدعم العالمي لبرامج تنظيم الأسرة وأصبحت برامج مستقلة إدارياً ومالياً وأخذت تهتم بالبعد السكاني لتنظيم الأسرة لأول مرة نظراً لمشاكل الدول النامية خاصة في هذا الإطار، وكان من نتائج هذا المؤتمر بروز مفهوم صحة المراة نظرا لأهمية دور المرأة الإنجابي والتربوي بالنسبة للصحة والتنمية ككل، و نظرا لوجودها كأم او بنت فهي ترتبط ارتباطا وثيقا بحالتها الصحية، فعندما نتكلم عن المرأة فهي تعني كل المراحل في حياتها حيث لا نستطيع إهمال أو التغاضي عن الطفولة للفتاة وما تحتاجه من خدمات وقائية أثناء الرضاعة وقبل وأثناء الدراسة وحول المراهقة وقبل الزواج من تثقيف صحي وفحوصات طبية وبعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية حتى بعد مرحلة الإنجاب ورعايتها وحمايتها من أعراض سن اليأس والشيخوخة فالصحة والرعاية للمرأة تبدأ منذ ان تكون الفتاة في رحم الأم الحامل لذا فرعاية الأم أمر ضروري كي تنجب فتيات وفتيان أصحاء ورعايتهم وهذا يؤدي إلى بناء مجتمع صحي متكامل .

ومع تزايد الإدراك بأن التنمية لا تشير إلى النمو الاقتصادي فحسب، بل تشير كذلك إلى التنمية الاجتماعية والبشرية، بدأت تظهر أهمية المرأة كحلقة وصل بين الصحة والتنمية وتضح ذالك بصورة اقوى في تعريف الصحة كما جاء في دستور منظمة الصحة العالمية كالتالي" هي حالة من المعافاة الكاملة جسميا ونفسيا واجتماعيا لا مجرد انتفاء المرض أو العجز "[1] وبأنها حق أساسي من حقوق الإنسان بحيث يكون فعالا ومنتجا في مجتمعه لذا فان بلوغ الإنسان أرقى مستوى صحي ممكن يصبح

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع، دار النشر اكاديميا ،منضمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط ،القاهرة،بدون سنة،ص 15

هدفا اجتماعيا هاما على الصعيد الوطني والعالمي ويجب ان توفر له كافة الإمكانيات علما بأن الصحة ليست حكرا على مؤسسة دون أخرى، الأمر الذي يدعو إلى ان يبذل الجميع جهدهم للوصول بالمواطنين إلى الصحة الجيدة والمعافاة الكاملة، وعلى هذا الاساس اطلقت منظمة الصحة العالمية عام2000 م مبادرة لجعل الحمل اكثر مامونية ، وتعتبر هذه المبادرة ان العمل مع الافراد و الاسر و المجتمعات هو الرابط الجوهري لضمان تحسين صحة الامومية والوليدية حسب ماجاء في ميثاق اوتاو1986 م (و المشار اليه بمفهوم تعزيز الصحة الذي يفسر الدور الاجابي و الفعال الذي يلعبه كل من الافراد والمجموعات لتحسين صحة المراة عن طريق تنمية القدرات لتمتع بصحة سليمة ، واتخاذ قرارات صحية لحالات الطوارئ،زيادة الوعي المتعلق بالحقوق والاحتياجات والمشاكل المتعلقة بصحة الامومة ،و تقوية روابط الدعم الاجتماعي بين الافراد و الاسروالمجتمعات مع نظام تقديم الرعاية الصحية وتحسن نوعية الخدمات الصحية) [1]، فعقدت بذالك عدة اتفاقيات و مؤتمرات دولية تدعو فيها الحكومات لمراعاة الحقوق الإنجابية للمرأة في قوانينها ودساتيرها وذالك بتأييد مخاطبة العوامل الدفينة المتعلقة بالصحة الأمومية والوليدية المحسنة، وخاصة تخفيف الفقر، والعدالة الجنسانية، وتثقيف الفتيات والنساء لإنتاج التحسينات المطلوبة طويلة الأمد ، والوقاية من الحمل غير المرغوب به ومن التهابات المسالك التناسلية، والملاريا، وفيروس العوز المناعي البشري المكتسب/الإيدز، والوقاية من الإجهاض غير المأمون وإدارته، مع العلم ان كل الدول وضعت اهدافا اما لتقليل من تلك العوامل او القضاء عليها من خلال مكافحتها لدى يمكن القول ان الصحة سواء كانت جيدة أم عليلة، مسألة تراكمية تعكس تجارب الفرد التنموية عبر الزمن .

[1] بتصرف من منظمة الصحة العالمية :العمل مع الافراد والاسر و المجتمعات لتحسين الصحة الامومية و الوليدية ،منضمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط ، القاهرة ،2007، ص12

1- مفهوم الصحة واهم مؤشراتها

يصعب تعريف الصحة كما أن قياسها أصعب نظرا لتعدد الاوجه التي ينظر اليها ، فالتمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة ، بل يعني القدرة على الوصول لرفاهية و السعادة ،إذ بدونهما يصعب الاستمتاع بالحياة ، كما أن اعتلال الصحة يكدر صفو الحياة ، وهذا ما يؤكده القول السائد بأن الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها الفعلية إلا من حرمته الظروف والأقدار من العافية وجعلته حبيسا لمعاناة وآلام المرض.

ومفهوم الصحة لدى الإنسان لا يقتصر فقط على التكامل البدني أو الجسماني بل يشمل أيضا الجانب النفسي والجانب العقلي أو الاجتماعي وبمعنى آخر يشمل الصحة الجسمية والصحة العقلية والصحة النفسية للإنسان، فهي سلامة الانسان من أي داء او مرض سواء بدنيا او عقليا او اجتماعيا لكونهم وحدة واحدة متكاملة الا ان هناك عوامل متعددة تؤثر بصفة مباشرة وغير مباشرة على سلامة الانسان لهذا يعتبر مفهوم الصحة له علاقة وثيقة مع السياق الاجتماعي و الثقافي الذي نعيش فيه وبارتباطنا بالاخرين و بالمخاطر الاجتماعية و البئية التي نتعرض لها ، وهذا يقود للتفريق بين مفهوم الصحة والمرض فالمفهومين يرددان ويستعملان في الحياة اليومية دون إمعان النظر والتفكير في تعريف و التمييز دقيق بينهما ، حيث أنه من السهل النظر والتفكير في الصحة بانها الخلو من المرض أو غياب المرض، وبهذا ينظر للصحة والمرض بانهما حالتان متضادتان، ولكن عند تدقيق التفكير يتبين أن الصحة والمرض ليستا كذلك، فالأمر نسبي وليس مطلق ، ويختلف من شخص لاخر ومن حالة لأخرى،

فهي حالة نسبية من التوازن الجسماني والنفسي والاجتماعي والمقدرة على العمل، ومما لاشك فيه أن كل شخص ينظر للمرض وللصحة بمنظار وشعور وتفسير مختلف كما ذكرناه في تحديدنا للمفاهيم (انظر الفصل الاول) .

وبناءا على ذالك يمكن القول ان الصحة هي توفر كافة الإمكانات الوقائية و العلاجية الملائمة و الكافية لضمان مستويات صحية لائقة سواء كانت مادية او جسمية و عقلية و نفسية و اجتماعية للافراد والجماعات في المجتمع.

فالاهتمام بصحة الفرد تعتبر الأساس لبقائه في وسط انتشار الامراض ، والرعاية الصحية في ذاك الوسط تهدف إلى القضاء على الامراض الوبائية و توفر الخدمة الصحية اللازمة في حالة المرض و ذلك عن طريق المستشفيات أو غيرها من المصحات الطبية ، ولاشك أن توفير الصحة يعتبر حق من الحقوق الرئسية للافراد ، ولها جانبان :جانب يتعلق بالمجتمع ويسمى بالصحة العامة وآخر يتعلق بالفرد ويسمى بالصحة الشخصية.

- **الصحة العامة**

هناك محاولات عديدة لتعريف الصحة العامة حيث قد ظهرت مصطلحات تستعمل كمترادفات و هي : الطب الاجتماعي، الصحة الاجتماعية، صحة البيئة...الخ.

إذن فالصحة العمومية مفهوم نسبي للقيم الاجتماعية لدى الإنسان، إذ حاول العديد من المفكرين تعريفها فقدعرفها العالم بركترا" : على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم من خلال تكييفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها[1] " ، أما العالم ونسلو فقد عرف الصحة العامة على انها":علم الوقاية من المرض و إطالة العمر، و ذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع، من أجل تعليم الفرد الصحة الشخصية و تنظيم خدمات الطب و التمريض و تطوير الحياة الاجتماعية، ليتمكن كل فرد من الحصول على حقه المشروع في الحياة[2]" ،أما البنك العالمي فيرى على أن مفهوم الصحة هو " :مرتبط بالدخل

[1] سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان : الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، 2004 ، ص 40

[2] نفس المرجع ،ص41

و التعليم وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة في سلوك الفرد، و كذا بمقدار النفقات و مدى كفاءة النظام الصحي[1]."

كما عرفها مارشال الفراد في دراساته عن اثر الصحة على السكان و الثروة الاقتصادية " ان الصحة هي القوة الجسمية physical و قوة عقلية moral و القوة المعنوية و النفسية mental ،

وان المستوى الصحي للفرد يرتبط بالحاجة الى المسكن و مستوى التعليم و مستوى الغذاء و تنوعه ، و مستوى نظافة البيئة ، ونوعية الخدمات الصحية المتاحة ،ومدى امكانية الحصول عليها، فالصحة العامة هي علم و فن يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية ، النفسية و البدنية و كذا الاجتماعية ، من خلال تدابير اتقائية التي تتمتع[2]:

– بالعدالة بين الأشخاص.

– فعالية و جودة في الخدمات الصحية المقدمة .

– أن يكون التمويل الصحي بما يلبي و يغطي جميع احتياجات الأفراد

ومن خلال التعاريف التالية يمكن ان نستنتج ان الصحة العامة يقصد بها الظروف الموضوعية للصحة التي ينبغي أن تتوفر في البيئة بصفة عامة : كمياه الشرب النقية ، والمساكن ذات الشروط الصحية ، والمراحيض الصحية ، والحدائق والمنتزهات ، والمؤسسات الصحية ذات الأسرة الكافية والأطباء والممرضات والشغالة والأدوية و....غيرها من الخدمات الطبية التي تكفل وسائل العلاج والتشخيص المبكر إلى غير ذلك من المرافق العامة المتعلقة بالصحة .

- **الصحة الشخصية**

هي الممارسة الفردية للعادات الصحية في نطاق الظروف العامة التي تكفل للفرد التمتع بالصحة والفرد يكتسبها في صورة عادات يمارسها في حياته اليومية كثقافة النظافة وحماية المحيط ، ومنه يعتبر الدور

[1] أحمد فايز النّماس : الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة العربية للنشر،بيروت ، الطبعة الأولى ، 2000 ، ص42

[2] نفس المرجع ،ص44

الذي تلعبه الصحة العمومية في تحسين الصحة وبالاخص صحة المراة من اهم المواضيع الشائكة لكونها جزء لا يتجزء من التنمية الاقتصادية و الاجتماعية الشاملة للمجتمع ، التي تتواقف على مؤشرات تختلف نسبها من مجتمع لاخر ففي المجتمع الجزائري يمكن تلخيصها كمايلي :

- **مؤشر الانفاق على الرعاية الصحية** والذي يغطي تقديم الخدمات الصحية(الوقائية والعلاجية) ومختلف الانشطة المخصصة للرعاية و كذا الانفاق الراسمالي من مزانية الدولة و التبرعات الدولية

جدول رقم (06) :يمثل اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية في الجزائر[1]

اجمالي الانفاق على الصحة من الناتج المحلي الاجمالي (%)				اجمالي الانفاق على الصحة من اجمالي الانفاق العام (%)			
2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
4.8	5.1	6.0	6.6	68.4	70.5	73.5	74.2

من خلال الجدول نلاحظ ان هناك انفاق معتبر يزداد كل سنة بنسب متفاوتة تقريبا على الرعاية الصحية نظرا لاهميتها في التنمية مما يدل على ان الدولة و الافراد ينفقون اكثر على الصحة لان الانفاق يعتبر مؤشر لوجود و لانتشار الامراض و تدهور صحة الافراد رغم الامكانيات المادية و مجانية العلاج ، فالجزائر تصنف في المرتبة 75 عالميا حسب الاحصاء الذي قدمته منظمة الصحة العالمية لسنة 2013 ويصنف نظامها الصحي في المرتبة الثالثة بعد كل من تونس و المغرب .

[1] البنك الدولي : مؤشرات الصحة ، مرجع سابق

- **مؤشر الطقم الطبي لكل 100.000نسمة**

جدول رقم (07) :يمثل عدد الاطباء و الممرضات لكل 100.000نسمة [1]

عدد الاطباء		عدد الممرضات	
1990	2010-2000	1990	2010-2000
94	148	------	250

نلاحظ من الجدول اعلاه ارتفاع في عدد الاطباء و الممرضات خلا ل العشر سنوات الاخيرة اي 2000-2010 بسبب تحسن الظروف التي ساعدت الاطباء للبقاء وعدم التفكير في الهجرة خارج الوطن وكذا تطور نسبة النجاح في التعليم العالي كما وضحنا سابقا وهذا مايعكس هذه النقلة النوعية في عدد الاطباء و الممرضات.

- **المؤشرات الحيوية لسكان (المواليد، العمر ،العمر المتوقع ،الخصوبة ، الوفيات)**

جدول رقم (08) :يمثل الاتجاهات في الاحصاءات الحيوية لسكان (المواليد، العمر ،العمر المتوقع ،الخصوبة ، الوفيات)[2]

السنة / البيان	1990	2000	2010	2011
معدل مواليد الخام لكل 1000من السكان	31.2	19.4	24.6	24.7
العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	67.2	27.5	76.3	76.4
معدل الخصوبة الاجمالي	4.6	3.2	2.1	2.8
معدل الوفيات الخام لكل 1000 من السكان	6.5	4.6	4.3	4.4
معدل وفيات الامهات لكل 100.000مولود حي (2000-2010)	93			92
معدل وفيات الرضع لكل 1000مولود حي	54.0	36.9	23.6	23.7
معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل 1000مولود حي	69.0	39.0	36.0	36.2

[1] البنك الدولي :مرجع سابق
[2] بتصرف من منظمة الصحة العالمية :قاعدة المعلومات ،يونيسيف :وضع الاطفال في العالم 2012

من خلال الجدول نلاحظ ان معدل مواليد الخام سجل زيادات معتبرة و انتقل خلال واحد وعشرين سنة من 31.2 سنة 1990 الى24.7 % سنة 2011 وهذا يدل على تحسين صحة المراة في فترة ما بين الحمل و بعد وبعد الوضع، نلاحظ تراجع في معدل الوفيات بعدما كان مرتفع في التسعنيات انخفض بنسب متفاوتة خلال عشر سنوات(2000-2010) من الاصلاح اين حققت الرعاية الصحية انجزات متعددة من خلال توفير مختلف الخدمات الصحية للمواطنين من علاج و وقاية و غيرها التي ساهمت في تخفيض معدل وفيات الاطفال باعتبارها احدى المؤشرات الاساسية في قياس فعالية النظام الصحي في المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية و قوية مع معدلات الخصوبة السائدة حيث أثبتت مختلف الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا و زادت معدلات الخصوبة.

2- مؤترات و الاخطار التي تهدد الصحة

تشير معدم الدراسات و تقارير منظمة الصحة العالمية و التنمية الانسانية ان هناك اخطار تهدد الصحة بالنسبة لاغلبية العظمى لسكان نتيجة التغيرات البيئية و النزعات و الحروب الكماوية وكذا التطور التكنولوجي التي تسببت في ظهور امراض والأوبئة المعدية السريعة الانتشار، والوفاة والمرض المرتبطان بالفقر والبيئات الغير أمنة، وكذا تهجير الجماعات البشرية ، و يمكن تلخيص أهم الامراض الى فئتين:

- الامراض المعدية

هي امراض التي تسببها الكائنات الدقيقة والمجهرية و تسمى الجراتيم اوالمكروبات فتحدث عدوى نتيجة انتقال هذه الجراتيم الممرضة من شخص الى اخر مسببة نفس الحالة اذا ما توفرت الشروط التالية :

- شخص مريض او حامل للمكروب
- شخص سليم له القابلية للاصابة بالمرض
- بئة مناسبة لانتقال العدو

و من اهم الامراض المصتعصية و الخطيرة التي تصيب الافراد نذكر منها:

داء السل:

السل من الامراض المعديةيكون في معظم الاحيان مزمنا و لكن السل الرئوي هو الاكثر انتشارا عن الانواع الاخرى و تنتج الاصابة بالسل الرئوي عن طريق استنشاق الهواء بينما الانواع الاخرى تكون خارج الرئة وينتج عادة من تناول الاغذية و المشروبات خاصة الالبان لحتوائها على العامل المسبب للمرض كما يمكن توقيه وعلاجه، ويمكن للأشخاص الذي يحملون عصيات السل في رئاتهم نقل العدوى إلى الآخرين عن طريق السعال[1]، وقد تم على الصعيد العالمي في عام 2004 تحقيق المرمى الإنمائي للألفية المتعلق بوقف انتشار السلّ وكبح مساره .وأخذت معدلاته تتراجع تراجعاً بطيئاً منذ ذلك الحين فقد انخفضت معدلات الإصابة بالسل لدى كل 100 000 نسمة من السكان من 296 إصابة عام 1990 م مإلى 206 إصابة عام 2007 م، كما انخفضت معدلات الوفيات الناجمة عنه لكل 000 100 نسمة من 28وفاة عام 1990 إلى 25 وفاة عام2006 وارتفع المعدل العالمي لاستبانة السل في إطار استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسلّ تحت الإشراف المباشر من نسبة تقدر بنحو 11 ٪ في عام 1995 إلى 63 ٪ في عام 2007 م وتراجع معدل التحسن في استبانة حالات السلّ بعد عام 2004 م، ويعود سبب ذلك بالدرجة الأولى إلى النجاح السابق الذي حققته البلدان التي سجلت أكبر عدد من حالات السل.

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق ،ص650

وتشير البيانات بشأن معدلات نجاح العلاج بموجب استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسل تحت الإشراف المباشر إلى وجود تحسن مستمر، حيث ارتفعت تلك المعدلات من 79 ٪ عام 1990 م إلى 85٪ عام2006 م ومازالت بعض الأقاليم تواجه مشاكل خاصة من جراء السلّ المقاوم للأدوية والسل المرافق للأيدز بحيث وتشير التقديرات الواردة في التقرير الجديد الصادر عن منظمة الصحة العالمية بعنوان "السل المقاوم للأدوية المتعدّدة والسل الشديد المقاومة للأدوية: التقرير العالمي لعام 2010 م بشأن الترصد والاستجابة" إلى أنّ عدد المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعدّدة بلغ، في عام 2008 م حوالي 440000 نسمة في جميع أنحاء العالم وإلى أن ثلث تلك الإصابات أدت إلى الوفاة ويلاحظ بالاستناد إلى الأرقام المطلقة، أن آسيا تتحمل أفدح أعباء الوباء، ذلك أن الصين والهند تشهدان وقوع نحو 50% من مجموع ما يُسجل في كل أنحاء العالم من حالات ذلك الشكل المرضي. أما في أفريقيا فإن التقديرات تشير إلى حدوث 69000 حالة لم يتسن تشخيص الغالبية العظمة منها[1] ، اما في الجزائر ، حسب إحصائيات وزارة الصحة الأخيرة انه وصل عدد مرضى السل إلى حوالي 20 ألف مريض من بينها 10 آلاف حالة معدية، ويرجع السبب إلى نمط الحياة المتردي وانعدام النظافة التي تتسبب في 70 % من حالات الإصابة بالداء في الجزائر، حيث لوحظ أن أعلى معدلات الإصابة بمرض السل سُجلت بالمناطق التي تنعدم فيها النظافة، ناهيك عن غياب الصرف الصحي في بعض التجمعات السكانية، خاصة تلك المتواجدة على ضفاف الأنهار، وسوء التغذية الذي تعاني منه فئة من الجزائريين في ظل الوضع الاجتماعي المتردي وتدني القدرة الشرائية[2].

[1] منظمة الصحة العالمية ، مركز وسائل الاعلام ، تقرير حول السل *www.who.int/ar/*

[2] منظمة الصحة العالمية :احصاءات صحية العالمية 2009، منظمة الصحة ،جنيف ،2009،ص11

داء الملاريا:

الملاريا مرض مزمن يسببه احد الطفيليات الاوليprotozoa (وحيد الخلية) و من فصيلة المتصورة plasmodium وتوجد اربعة انواع وهي النشيطة vivax و البيضوية ovale والوبالية (الملاريا)malariae والمنجلية falciparum ،وتكون بداية المرض فجائية و الاعراض الاولية غير واضحة في عالب الاحيان و ينتقل و ينتقل المرض لجسم الانسسان عن طريق لدغات انثى البعوض الانفيل الحاملة لطفيلي تم يشرع في التكاثر ويغزو الكريات الحمراء بعد ذالك و من اعراضه الحمى والصداع و التقيئ ، و تظهر تلك الاعراض عادة حسب نوع الطفيلي حيث تكون حوالي 12يوما في حالة المتصورة المنجلية و تقريبا اسبوعين في كل من المتصورة النشيطة و المتصورة البيضوية اما في حالة المتصورة الوبالية (الملاريا) فتكون حوالي اربعة اسابيع، والملاحظ ان البعوضة المصابة بالعدوى تبقى معدية للانسان طول فترة حياتها الممتدة من عدة ايام الى شهر تقريبا[1] .

ويتسبب المرض في مجموعة من مضعفات اهمها فقر الدم و اليرقان و تضخم الطحال مع اضطراب وظائف الكبد و قصور كلوي مع ضعف العام و القابلية للاصابة بالامراض المعدية الاخرى .

وينتشر المرض في العديد من البلدان الموجودة في المناطق الاستوائية و شبه الاستوائية حيث تكون الظروف البئية مناسبة لمعيشة و توالد البعوضة الناقلة للمرض ومازال المرض منتشرا في العديد من دول افرقيا ودول جنوب شرق اسيا وكذالك دول امريكا الجنوبية ، و يلاحظ ان حدوث المرض قد اخذت في الانخفاض في بعض هذه الدول وذلك نتيجة لتطبيق برنامج المكافحة ، كما يلاحظ ان المرض ينتشر في الريف اكثر منه في المدن ، وانه في اغلب البلدان التي مازال المرض متوطنا بها تكون العاصمة عادة غير موبوءة بالمرض ، ويزيد انتشار المرض مع فترة تكاثر البعوض الناقل و التي

[1] بتصرف من نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق ،ص(632- 636)

تتزامن في معظم البلدان الاستوائية مع الامطار الموسمية [1]،كما يشير التقرير الخاص بالملا ريا في العالم سنة 2014 إلى" أن عدد حالات الملاريا بلغ 198 مليون حالة في عام 2013 (نطاق عدم اليقين: من 124 مليون حالة إلى 283 مليون حالة (وأنّ عدد وفياتها بلغ قرابة 584000 وفاة)نطاق عدم اليقين: 367000 – 755000) في العام نفسه. وقد انخفضت معدلات وفيات الملاريا بأكثر من 47% على الصعيد العالمي منذ عام 2000، وبنحو 54 %في إقليم منظمة الصحة العالمية الأفريقي"[2].

اما في الجزائر وحسب آخر تقرير لوزارة الصحة، تم تسجيل أزيد من 15 حالة متفرقة في عدد من الولايات من بينها 40 حالة بولاية غرداية و 35 حالة بين انصار الفريق الوطني ، مما يجعل عدد الإصابات بالملاريا في الجزائر يقترب من 100حالة، والجدير بالذكر أن معظم من يموتون بسبب هذا المرض هم من الأطفال الذين يعيشون في أفريقيا، حيث لا تمر دقيقة واحدة إلا وتشهد وفاة طفل جراء الملاريا. ولقد انخفضت معدلات وفيات الملاريا بين الأطفال في أفريقيا بما يقارب 58% منذ عام 2000،حيث تمثل نسبة الإصابة بالملا ريا بعدد الأشخاص المصابين بها من بين ال 100000 نسمه من عدد السكان.

والفئات المعرّضة للخطر بوجه خاص هي [3]:

- صغار الأطفال الذين يعيشون في مناطق يسري فيها المرض بوتيرة مستقرة والذين لم تتشكل لديهم بعد مناعة تحميهم ضد أشد أشكال المرض .
- الحوامل اللائي لا يمتلكن المناعة اللازمة، إذ تتسبب الملاريا في حدوث الإجهاض التلقائي بمعدلات مرتفعة ويمكنها أن تتسبب في وفاة الأم.

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق ،ص633
[2] منظمة الصحة العالمية : تقرير حول الملاريا ، مرجع سابق *www.who.int/ar/*
[3] نفس المرجع

- الحوامل اللائي لا يمتلكن قدرا كافيا من المناعة، في المناطق التي يسري فيها المرض بشدة. ويمكن أن تؤدي الملاريا إلى الإجهاض التلقائي ونقص الوزن عند الميلاد، لاسيما أثناء الحمل الأول والحمل الثاني .
- الحوامل المصابات بفيروس الأيدز ممن لا يمتلكن قدرا كافيا من المناعة، معرضات، بشدة، لمخاطر الإصابة بالمرض أثناء الحمل أيا كان ترتيبه، كما تواجه النساء المصابات بعدوى الملاريا في المشيمة، أكثر من غيرهن، وذلك في المناطق التي تسري فيها الملاريا بوتيرة مستقرة
- المصابون بالأيدز والعدوى بفيروسه.
- المسافرون الدوليون القادمون من المناطق التي لا تتوطنها الملاريا نظرا لعدم امتلاكهم المناعة اللازمة .
- المهاجرون القادمون من مناطق تتوطنها الملاريا وأطفالهم ممن يعيشون في مناطق لا يتوطنها المرض ويعودون إلى بلدانهم الأصلية لزيارة أصدقائهم وأقاربهم معرضون بصورة مماثلة لمخاطر المرض نظرا لامتلاكهم مناعة قليلة أو عدم امتلاكهم أية مناعة على الإطلاق.

وتحث منظمة الصحة العالمية على انتهاج ثلاث استرا تيجيات رئيسية للتصدي للملا ريا وهي:

أ . الوقاية بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول.

ب . الوقاية بالرش الثمالي داخل المباني.

ت . العلاج السريع بالأدوية الناجعة المضادة للملا ريا.

كما توصي المنظمة بالتركيز بشكل خاص على وقاية الحوامل وصغار الأطفال، والهدف الذي تنشده المنظمة هو دحر السل و تخفيض حالات الملا ريا بنسبة النصف بحلول عام 2016 مع السعي إلى بلوغ الهدف ذي الصلة المندرج ضمن المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام2015.

داء الايدز:

هو من الامراض المنقولة جنسيا المسببة للوفاة و يعتبر من الامراض المعدية التي تتاثر بالحالة الاجتماعية للفرد وغالبا ما يتاثر معدل الاصابة و الانتشار بالعوامل الاتية :

- الفقر و الجهل
- عدم انتشار التعليم و التثقيف الجنسي
- العادات و التقاليد
- عدم تماسك الاسرة
- انتشار الامراض النفسية
- الادمان على المخدرات و الكحول
- ارتفاع نسبة العزوبة
- الهجرة و البئة الاجتماعية و الاقتصادية التي تحيط بالافراد.

كما يمكن الاشارة اننا سوف نتناول هذا المرض بالتفصيل في الفصل المقبل باعتباره موضوع دراستنا .

- **الامراض الغير المعدية**

و هي تلك الامراض التي تسببها عوامل مختلفة تختلف من بئة لاخرى و من شخص لاخر وهي ناجمة عن بكتريا و امراض مزمنة و تسمى ايضا امراض غير معدية ، و الملاحظ ان هناك عدة امراض غير معدية لا يصح ان نطلق عليها اسم مرض مثل الاصابة بالحوادث التي يستعملها الكثير من المراجع العلمية على انها امراض الحضرية التي تاتي فجاة و تسبب الموت المفاجئ ، لكنها في الوقت نفسه تشكل مجموعة لها خصائص مشتركة ، وربما كان اهم هذه الخصائص انها تؤدي الى درجات من الاعاقة التي تستلزم الرعاية الصحية و طبية لفترة طويلة ،قد تغطي حياة المريض كلها .

وقد اقترن ظهور هذا المرض بتغيير في الحياة البيئية و في المستوى الغذائي و المعيشي للمجتمع ، وكذالك بنقص الملموس و الظاهر في متوسط عدد الاسرة ، مما ادى الى انخفض احتمال الاصابة و الوفاة بهذا الامراض نتيجة ارتفاع في مستوى التكنولوجيا السريرية و العلمية للعلاج ، وبالتالي ظهرات انواع اخرى من الامراض بدات تتصدر الاسباب الرئسية للوفاة و المرض ، وسوف نحاول ذكر اهم الاسباب و الامراض الخطيرة التي تصيب الافراد كالتالي[1] :

1- التغير الديمغرافي للسكان

ان العامل الديمغرافي يدل على حركية المجتمع التي لها علاقة سبابية تاثيرية بين معدل الوفيات ومعدل العمر المتوقع و ظهور الامراض ، فكلما انخفظ معدل الوفيات ادي الى ارتفاع العمر المتواقع وبالتالي زيادة كبار السن في المجتمع وهذا مايؤدي الى ظهور امراض الشيخوخة

2- ادمان التدخين

يؤدي التدخين إلى الإصابة بالعديد من الأمراض والأزمات الصحية كالسكتة القلبية والجلطة الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي كسرطان الرئة – تصلب الشرايين – تقلص الشرايين التاجية للقلب – متاعب فى الكليتين والأمعاء – التهاب فى القصبة الهوائية ..ومشاكل صحية أخرى وبالتالي الوفاة المبكرة وعليه التدخين لا يؤثر على الصحة فقط وانما يؤثر ايضا على نوعية الحياة نتيجة زيادة الضغط العصبي والنفسي وبالتالي يؤثر الافراد المحيطين به.

3- التغيير في نمط الحياة

هناك تغيرات في اسلوب الحياة تكون مرتبطة بظهور بعض الامراض خاصة الناتجة عن التحضر والتصنيع و التطور التكنولوجي و التي ساعدت على ظهور عدة مشكلات صحية ،

كالمشكلات الصحية الناجمة عن الظروف الصحية و البيئية و التي تشمل : السكن الرديء ونقص

[1] بتصرف من نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق، ص660

مياه الشرب أو رداءة نوعيتها و مياه المجاري و المخلفات الصلبة و التلوث ، ومخاطر المهنة، حوادث المورور وكذا حوادث منزلية بالاضافة الى المشكلات الصحية الناشئة عن قلة النشاط البدني كا السمنة وتغيير في سلوك الغذائي فضلاً عن المشكلات الصحية الناشئة عن ظروف تعرض الإنسان للتوتر والإجهاد و التي تؤدي إلى اضطرابات ذهنية وعاطفية[1].

واذا ترجمنا هذا الاسباب على انواع الامراض التي تنتجها يمكن تصنيفها الى الانواع التالية :

- اجتماعية : تصيب معظم الافراد و هي من الامراض العصرية مثل قرح المعدة و السكري وارتفاع ضغط الدم ومرض السرطان و امراض الشيخوخة و امراض عقلية .
- وراثية : و هي تنتقل من الاباء الى الاطفال و لا امل في شفائه مثل المنغوليسم
- خلقية : وهي تصيب الاطفال داخل رحم الام بسبب نقص الرعاية او بدون سبب من عندالله مثل خلع الورك الخلقي و الاعاقة
- مهنية وهي امراض خاصة بظروف العمل كامناجم و المطابع ..لخ مل مرض الرئة و القصبات الهوائية

ومن خلال ما ذكرنا سابقا يمكننا ان نقول ان الصحة رغم انها تعكس مستوى الاجتماعي ونمط الحياة فهي تعكس ايضا النظام الصحي لبلد ما و الذي هو تابع إلى القطاع العمومي من ناحية التسيير والتمويل و على هذا الأساس فالصحة هي من جهة مجموعة من العلوم و المهارات الموجهة لصون صحة جميع الناس من خلال إجراءات اجتماعية بالدرجة الاولى ومن جهة اخرى اسلوب للحياة الذي يضمن تفادي التعرض للامراض .

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :مرجع سابق ،ص661

مبحث الثاني : الواقع الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي ، موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية وفي هذا الإطار أعطت الجزائر الأولوية للقطاع الصحي منذ الاستقلال ، محاولة بذالك توفير حاجيات السكان في مجال الصحة بصفة كاملة ومنسجمة وموحدة من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة لحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة .

وسوف نحاول من خلال هذا المبحث الكشف عن الواقع الصحي في الجزائر من خلال تقديم الوضعية الصحية للجزائر و ذكر الخصائص الرئسية لسياسة الصحية المتبعة عبر مختلف المراحل التاريخية مع وصف هيكلي و الوظيفي للنظام الصحي

1- الوضعية الصحية بالجزائر

إن الحديث عن الوضعية الصحية في المجتمع الجزائري يغري من دون مثله بالاستعراض موقعها الجغرافي فمعظم الدراسات و الابحاث التاريخية تدل ان الجزائر تعتبر بيئة صحية خالية من الأوبئة والأمراض المعدية و أن تلك الأمراض المهلكة كانت تتسبب فيها حركة السكان وعلاقة الجزائر بأقطار المشرق العربي ، وكذا الاستعمار المتوالي خلال فترات مختلفة ،وهذا ما يدل على ان الموقع الجغرافي يعتبر مؤشر للصحة يقاس به مدى انتشار الامراض ، وبمان الجزائر تحاط باماكن ومواقع حساسة قد تعرضها لمشاكل صحية اذا يحدها من الشرق تونس965 كلم، وليبيا 982كلم، ويحدها من الغرب المملكة المغربية1559 كلم والجمهورية العربية الصحراوية الديموقراطية 42 كلم ، ومن الجنوب موريتانيا 463 كلم ،مالي1376 كلم والنيجر956 كلم وهذه الحدود الممتدة خاصة في الجنوب والتي من الصعب مراقبتها تشهد حركة كثيفة لحركة و لهجرات متعددة من دول الساحل والدول الإفريقية[1]

[1]Mohamed ouahdi et autres :plan nationale stategique de lutte contre l'ist/vih/sida2008-2012, avec la collaboration d'ONUSIDA, Alger, 2008 , P10

الأخرى(فقد تم إحصاء ما يفوق 20 جنسية في مدينة تمنراست وحدها) باتجاه الجزائر والدول الأوروبية وكل هذا يشكل مصادر للكثير من الأوبئة والامراض يزيد من أعباء السياسة الصحية في الجزائر وتتميز الجزائر باختلال التوازن في التوزيع السكاني بين المناطق والانتشار السريع لحركة التعمير خاصة في المدن ،ففي منطقة الشريط الساحلي التي تشكل 04% فقط من مساحة الجزائري يتركز 70%من السكان وتتميز بكثافة سكانية مرتفعة،تليها منطقة الهضاب العليا وهي اكبر مساحة من السابقة ، أما الباقي فتمثله الصحراء الكبرى التي تتربع على ثلاثة أرباع مساحة الجزائر وهي منطقة غنية بالثروات وتتميز بانخفاض الكثافة السكانية ، كذلك ارتفاع في نسبة الفئات العمرية الشابة ،يقابلها ت ا زيد مستمر في نسبة الشيوخ، حيث ارتفعت نسبة من يفوق عمرهم 60 سنة وأكثر 2.8 مليون سنة 1995 م الى 7.9 مليون سنة 2011م .

نسبة النمو في تزايد ولو بطيء من 1.43 %سنة 2000م إلى 2.4% سنة 2011م ،لتصل سنة 2.7%سنة 2013م وارتفاع مستمر لمعدل الأمل في الحياة الذي انتقل من 67.3 سنة في عام 1995 م الى سنة 76.5في عام 2011 م ليصل 77 سنة عام 2013 م، بينما نسبة الوفيات لدى الرضع انتقلت من 36.270 في عام 1990 م الى 21.055 في 1000ولادة سنة 2011 م اما نسبة الوفيات الاطفال اقل من خمس سنوات فانخفضت من 55.7 في 1000 ولادة سنة 1990 م الى 26.8في 1000ولادة سنة 2011 م ليصل 26.1 في 1000ولادة سنة 2013 م و يبقى هذا الرقم مرتفعا اذا قارناه بالدول المتقدمة ،في حين نلاحظ ان نسبة الوفيات بين الامهات الحوامل انتقل من 117.4 وفاة من 1000ولادة (ولادة طفل على قيد الحياة) سنة 1999م الى 96.8 وفاة من1000ولادة سنة 2011 م[1]، وهي ارقام اقل من الارقام الحقيقية لانعدام وجود جهاز معلومات فعال يسمح بدراسة الملفات وتحليلها في الوقت

[1] بتصرف من ديوان الوطني للاحصائيات :الصحة ،ديمعرافيا الجزائر ،2014،ص 5 (*www.ons.dz/index-ar.php*)

المناسب اضافة الى ان الكثير من الحوامل مازلن يلدن في البيوت خاصة في القرى والارياف بنسبة 2.8% .[1]

اما بالنسبة لاهم الامراض المنتشرة في مجتمع الجزائري يعتبر مرض الكبد و السرطان و الامراض المزمنة الاكثر انتشارا كما ذكرنا سابقا نتيجة الفقر و سوء التغذية بالاضافة الى نقص الهائل بعدد الاطباء و كثرة الأخطاء الطبية التي أودت في كثير من الأحيان بحياة الكثير من المرضى،أين تم اللجوء إلى التعاون الخارجي، و رغم ذلك فبفضل البرنامج الخاص بالتلقيح تم إلى حد كبير التحكم في عدد المصابين هذه الأمراض،هذا لا يعني القضاء عليها بشكل كلي ، و الأرقام التالية توضح الوضعية الصحية للسكان،وهذا حسب الجدول التالي[2]:

جدول رقم (09): يمثل نسبة الأمراض المتنقلة في الجزائر لكل 100000 نسمة

السنوات / نوع المرض	1999	2006	2007	2009
السل	60.1	65.2	63.3	63.3
الكزاز	0.06	0.02	0.007	0.005
الحصبة	11.28	2.9	4.2	0.031
الخانوق	0.02	0.01	0.01	//
السعال الديكي	0.10	0.06	0.04	0.04
التهاب الكبدB	//	4.40	4.10	4.20
التهاب الكبدC	//	3.10	3.8	3.5
التهاب السحايا	7.16	1.90	1.02	1.9
الملاريا	3.38	0.47	0.10	0.29
الايدز	0.11	0.13	0.14	0.14
التيفويد	9.84	2.91	2.40	1.80
الليشمانيوز الجلدي	19.8	43.9	21.9	26.09

[1] ديوان الوطني للاحصائيات :الصحة ،ديمعرافيا الجزائر ،مرجع سابق
[2] تقرير من وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات2010 ،ص2

من خلال الجدول ان هناك انخفاض ولو طفيف في بعض الامراض المنتقلة ويرجع ذالك للجهود المبدولة من طرف الدولة للقضاء عليها من خلال برامج التوعية و التلقيح المكثفة من طرف وزارة الصحة بينما نلاحظ ارتفاع ملحوظ للامراض المزمنة حيث وصل حسب أخر إحصاء لسنة2008 م[1] أكثر من 34 مليون نسمة أما عدد مرضى السكري فيقارب 03 مليون،أي5 ٪من السكان،أما مرض السرطان الذي لا يقل خطورة من داء السكري،فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009 م بمعدل 35 ألف حالة كل سنة،بنسبة 53 ٪للنساء و 47 ٪للرجال،ويمثل مرض إرتفاع الضغط5 ٪ من السكان،أما أمراض المفاصل فتمثل حوالي2 ٪،أما أمراض الربو فتمثل حوالي2 ٪ بالإضافة إلى أمراض القلب و الشرايين بنفس النسبة والارقام التالية توضح نسبة الامراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري خلال سنة 2007 م[2]

جدول رقم (10): يمثل نسبة الاصابة بالامراض المزمنة[3]

المرض المزمن	النسبة المئوية
ضغط الدم	24.58
السكري	12.33
الربو	9.00
الروماتيزم	8.15
امراض الاوعية و القلب الاخرى	6.80
الامراض العقلية	5.44
الاعاقات السمعية البصرية	6.40
امراض الجهاز العصبي	3.66
اضطربات التمثيل الغذائي	3.06
الالتهابات التحسسية للانف	3.03

[1] تقرير من وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات2010 :مرجع سابق، ص6

[2] INSP :enquête nationale de sante ,Transition épidémiologique et système de santé, ,projet TAHINA(Transition and health impact in north Africa)novembre 2007,p59

[3] Ibid,p59

إن إرتفاع نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر لا تنبؤ بخير،كونها تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان في الجزائر،و من جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة إلى قطاع الصحة،مع أن إرتفاع النفقات العمومية على الصحة في الجزائر، تمليها ظروف إقتصادية وإجتماعية، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان و التكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية و الوقاية من الأمراض المذكورة سابقا ، و هو حق دستوري لكل الشعب الجزائري دون تمييز

2- التطور التاريخي لسياسة الصحية في الجزائر

حرصت الجزائر على تطوير النظام الصحي من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج والأهداف القصيرة المدى والمتوسطة والطويلة المدى التي كان لها اثر الكبير في تحسين مستواها الصحي عبر مختلف المراحل التاريخية ، كما نجد ان هناك اختلاف كبير في مراحل هذه السياسة فهناك من يقسمها إلى مرحلتين وهناك من يقسمها إلى ثلاث مراحل و سوف يتم التركيز خلال هذا العنصر على التقسيم الأخير لسياسة الصحية في الجزائر:

المرحلة الاولى :مرحلة الاستعمار الفرنسي (1954-1962)

تعتبر هذه المرحلة مرحلة اساسية في فهم الحاضر لان اثارها الاجتماعية لا زالت ماثلة الى يومنا هذا كما ان كل ما جاء بعد الاستقلال هو نتيجة التراكمات مرحلة ما قبل الثورة و مرحلة الثورة بذاتها بمعنى انها من مخلفات السياسة الاستعمارية .

فالمرحلة قبل الثورة تميزت بالمقاومة الكبيرة للشعب الجزائري في شكل ثورات ومقاومات شعبية للإحتلال مما دفع بالإحتلال الفرنسي إلى إتخاذ سياسة اخرى اكثر عدونية ووضع مكانها نظام استعماري لم يكن فيه للفرد الجزائري أية مكانة بل وُضع له قانون جائر وهو قانون الأهالي

(Indigènes) الذي صنف الفرد الجزائري في خانة المواطن من الدرجة الرابعة أو الخامسة،الذي جعل الشعب الجزائري يعاني من ويلات الفقر والجوع والجهل ومختلف الامراض الفتاكة من ملا ريا وسل و كوليرا وتيفويد.. الخ ، و حسب شهادة طبية فرنسية حول الوضعية المزرية السائدة آنذاك "إن الأطفال يولدون تحت ضغط الظلم و العنصرية فأعداد هائلة منهم مقهورين ماديا و معنويا بسبب الجوع و سوء التغذية و الأمراض فالنسبة لمعدل وفيات الأطفال الذي يعتبر مؤشر التطور الصحي ،كان يقدر ب ‰ 168عند الجزائريين يقابله 29 ‰عند المعمرين وحتى عند القاطنين في فرنسا....و أمل الحياة يقترب من 45 سنة عند الجزائريين مقابل 65 سنة بالنسبة للسكان ذوي اصل أوربي" [1] ، وخوفا من هذه الوضعية قام المستعمر بإنشاء نظام صحي يهتم بصحة الجيش الفرنسي و السكان المدنيين من الأوروبيين والجزائريين خاصة في المدن اين تعيش الاغلبية من المعمرين فقامت الإدارة الفرنسية بتطوير النظام الصحي المؤلف من[2] :

- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية و ضرورية للمستوطنين.
- تنظيم صحي مشابه لذلك الموجود بالمتربول،تم إدخال عن طريقه لأول مرة ما يعرف بالطب الليبرالي

اما مرحلة الثورة فتميزت بفترتين متباينتين:

الفترة الأولى تمتد من 1954 إلى 1956 و تميزت بالعشوائية و عدم التنظيم سياسة صحية لان النظام الصحي كان قائما على العلاج الأولي أو الإسعافات الأولية لصالح جيش التحرير الوطني حيث كان عدد أطباء قليل جدا لا يكفي لتغطية كل التراب الوطني و تقديم العلاج المناسب، فكان دور الأطباء غير

[1] Mostefa Khiati :Quelle santé pour les Algériens ?, Alger ,Maghreb relation ,1990, p3

[2] نور الدين حاروش:إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية،دار كتامة للكتاب،الجزائر،ط1،2008 ص113

كافي ومحدود،فكان كل قطاع يعتمد على مصادره الخاصة،بحيث يكون هناك طبيب واحد أوممرض لتقديم الإسعافات الأولية للمصابين من الجنود في الحرب وكذلك تقديم العلاج للمجتمع المدني[1].

اما الفترة الثانية تمتد من(1956-1962) م

وتميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956 م الذي نظم الثورة،بما فيه تنظيم قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة،حيث تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات:القسمة-القطاع- الناحية-المنطقة-الولاية،حيث يعتبر القطاع أساس هذا النظام في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات،الذي تزامنت هذه الفترة مع الاضطراب التاريخي للطلبة الجزائريين19 ماي 1956م الذي سمح للكثير منهم بالالتحاق برجال المقاومة و القواعد العملية و الأساسية لجيش التحرير الوطني، طلبة في فرع الطب، أطباء مختصون في الإسعاف ، جراحون دون إهمال دور النساء الذي لعبته في عملية التمريض ،كل هذا سمح بتقوية النظام الصحي و تعزيزه.

لكن ومع بداية سنة 1957 م بدأت تتحسن وضعية النظام الصحي لجيش التحرير الوطني،حيث إزداد عدد الأطباء وتم تكوين عدد كبير من الممرضين وهذا بفضل الطلبة الجزائريين الذين كانوا يدرسون في كليات الطب الفرنسية بالجزائر و فرنسا،مما جعل جيش التحرير مدرسة لتكوين الممرضين، وهو السبب الذي دفع بالإدارة الإستعمارية إلى إتخاذ إجراءات شديدة لمراقبة دخول المنتجات الصيدلانية[2].

والجدير بالذكر أنه في هذه المرحلة بالذات، كانت الجزائر تعاني مشكلة الأمية و انتشار الامراض والدمار التي وقفت عائقا أمام كل المبادرات التخطيط لاقامة سياسة صحية محكمة الا انها أنجزت بعض الجهود الفردية لتكوين اطباء و ممرضين لمعالجة المجاهدين و السكان.

[1] Farouk Benatia :les actions humanitaires pendant la lutte de libération(1954-1962),Alger,Imprimerie Dahlab,1999,pp73-74.

[2] نور الدين حاروش :مرجع سابق ،ص75

المرحلة الثانية :المرحلة الانتقالية (1962-1973)م

ورثت الجزائر عن الاحتلال الفرنسي بعد الاستقلال وضعا اجتماعيا وصحيا صعبا، حيث واجه صناع القرار احتياجات صحية ضخمة لم تكن لهم القدرات والوسائل لمواجهتها، وكان على أرسها الأوبئة الخطيرة المتفشية والمشكلات الناتجة عن سوء التغذية بين السكان وخاصة في القرى وضواحي المدن التي نزحت إليها العائلات الفقيرة والتي لم يكن لها مصدر رزق ،لان النظام الصحي كان متمركزا في المدن الكبرى بالجزائر كما كان هناك طب خاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب جلهم كانوا من الأجانب ، أما المؤشرات الصحية لهذه المرحلة سجلت وزارة الصحة انذاك ارتفاعا في معدل الوفيات للأطفال المقدر ب ‰ 160 ، في حين بلغ أمل الحياة إلى53 سنة و هذا راجع إلى انتشار الأمراض المعدية و عدم تراجعها خلال هذه الفترة، فقد بلغ ، معدل الوبائية و مرض الكوليرا عند سنتي 1963 م و 1972 م على التوالي قيمتي(992 - 929) حالة لكل 100000 ساكن، و أيضا ارتفاع معدل الوبائية لمرض التيفويد ليتطور من 833حالة لكل 100000 ساكن سنة 1963 م إلى 3637 حالة لكل 100000ساكن سنة 1972 م ،و السبب يعود إلى ضعف الجانب الوقائي، و عدم وجود قنوات صرف المياه القذرة على مستوى الكثير من المنازل [1] ، وأمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة لجأت الجزائر لطلب المساعدة الدولية من روسيا، الصين، مصر، بلغاريا،رومانيا، ومن هنا سطرت الحكومة اولويات في اعادة البناء وكانت اولويات السياسة الصحة اولها وتمثلت فيما يلي :

- اعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كانوا في اغلبهم من الفرنسيين، وتبني نظام صحي اشتراكي يعتمد على هيمنة القطاع العمومي .

[1] Ministère de la santé: Séminaire sur le développement d'un système national de santé" L'expérience algérienne",Alger, 1983,p56

•وضع برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأم ا رض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية(التغذية والاستعجالات الطبية الجراحية) [1] .

•مقاومة مرض الرمد، و التي مرت بمرحلتين من 1963 إلى 1965 أين تمت مقاومة هذا المرض في المدارس و المداشر و آان هدف هذه الحملات وقائيا علاجيا و ابتداء من سنة 1966 استؤنفت نشاطات معهد الرمد) التراكوم (في اتجاه آخر يجعل المقاومة أكثر انتشارا و فعالية خصوصا في القرى و المداشر، كما عملت الدولة على استئصال الملاريا و مكافحة سوء التغذية.

•إلزامية و مجانية التلقيح ضد أمراض التيتانوس ، السعال الديكي، شلل الأطفال(96 .المؤرخ في جويلية – 1969 و الجدري من خلال القرار رقم6) .

•التوزيع المجاني لوسائل منع الحمل في مراكز حماية الأمومة و الطفولة.

•وضع برنامج عمل للوقاية من الأمراض وحوادث العمل عن طريق لجنة للنظافة والأمراض المهنية.[2]

•وضع مخططات تنموية من بينها مخطط الثلاثي(1967-1969) و الرباعي(1970-1973)م فالأول تضمن انجاز 10 مستشفيات، 109 عيادة صحية متعددة الخدمات، 100 مركز صحي،أما البرنامج الصحي للمخطط الرباعي الأول تضمن مشروعات لتجهيز المؤسسات الصحية، قصد تطوير النظام الصحي و سد العجز المسجل في عدد الأسرة الاستشفائية، وفي هذا الصدد تم وضع برنامج لزيادة 600 سرير منها 200 سرير للمستشفيات الجامعية، و 100 عيادة متعددة الخدمات، 100 مركز صحي، 10 مراكز للتوليد و مجموعة مخابر للنظافة.

•إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية الحاصلة في مجال الوقاية والعلاج، بوضع برنامج يهدف لتكوين أطباء والوصول إلى تغطية صحية جيدة(طبيب لكل 2000مواطن) [1].

[1] نور الدين حاروش:إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،المرجع السابق ،ص21

[2] R.A.D.P : Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose ,Journal Officiel, n° 59, du 11 juillet 1969, p 560.

المرحلة الثالثة:مرحلة التقويم و الاصلاحات (1973-1999)م

تميزت السياسة الاجتماعية في هذه المرحلة بانطلاق خطط تنموية صحية، وتكثيف الاستثمار في الموارد المالية والبشرية، والعمل على إقامة سياسة حكومية لصالح الصحة، وتبعا لهذه السياسة شرعت السلطات بتنفيذ أولى المخططات التنموية وكانت ترمي أهداف التنمية في هذه المرحلة إلى مضاعفة العمل في الميدان الصحي، وفتح مناصب شغل لكل الأطباء، كما بدأت في تطبيق سياسة الاستثمار المكثف،فاتبعت الجزائر مخططا رئيسيا لتنمية الصحة العمومية يهتم بالوفيات، علما بأن الجزائر قد اتبعت سياسة العلاج المجاني منذ سنة1973 م باعتباره يتماشى مع المنهج الاشتراكي الذي يعتمد على الملكية الجماعية و العدالة الاجتماعية ،و كذالك تكافؤ الفرص بين مختلف أفراد المجتمع وكانت هذه السياسة كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للافراد ، وذلك بتسخير كافة الوسائل الاجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة الطب المجاني عبر الوطن بداية من شهر جانفي من سنة1974 م مما يسمح بتعميم إستفادة المواطنين من الخدمات الصحية ،وهذا ماكده الميثاق الوطني 1976 م" بان الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج"، كما دعم دستور 1976 م هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص بان":كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي" [2].

وحتى تتحقق هذه السياسة تم التركيز على ما يلي

- إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

[1] Ministère de la santé: opcit , pp60-62

[2] نور الدين حاروش : إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق،ص(137-138)

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي [1].
- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني و الاهداف الاساسية التي أعلنها الميثاق الوطني سنة 1976
- قانون 83-11المؤرخ في 02 جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي واخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة، أو تقويم بعدي يسمح بترشيد النفقات، والمادة65 منه تنص على " إن مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية يحدد بمرسوم وحسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنين اجتماعيا" [2].
- الزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الادوار لكل القطاعات التي لها علاقة مباشرة اوغير مباشرة بالصحة و تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية لصحة وجاء ذالك في المرسوم تنفيذي 86-25 المؤرخ في11فيفري1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز لاستشفائية الجامعية،بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية ، وكان لهذا القرار اثار سلبية على المرضى بان حدثت انقطاعات في مسارات علاجهم، وتنظيم ،وعلى طلبة الطب بان حرموا من التدريب في القطاعات الصحية ،والتي تعج بالحالات المرضية المعبرة فعلا على حقيقة الوضعية الصحية للبلاد[3].
- إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 م وهي المراكز الاستشفائية الجامعية الذي تم تطويره وتدعيمه بتقنيات حديثة بموجب المرسوم التنفيذي89-11 المؤرخ في 07 فيفري1989 م والذي يعطي للمدرسة

[1] R.A.D.P: Ministère de la santé et de la population, op.cit, p3

[2] Jean Paul Grangaud :Les systèmes de santé en Algérie,Maroc et Tunis,Défis nationaux et enjeux partagés,Ipemed, 2012,p51

[3] نور الدين حاروش : إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق،ص81

صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري ، ويحدد مهمتها "إدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه الموظفين المسيرين والممارسين في مؤسسات وهياكل الصحة " وهي من المؤسسات التي تتكفل بتكوين الأطباء والممرضين والإداريين فيما يخص البرامج الصحية التي تضعها السلطات الصحية ،باعتماد الطرق الحديثة لتنفيذ هذه البرامج على ارض الواقع ، حتى تضمن حسن تطبيقها وتقويمها بعد الانتهاء من تنفيذها[1].

- وفي سنة 1990 م سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر الذي دعمته الدولة ببعض العيادات، والمصالح الصحية والمخابر الخاصة، واقتصر دور القطاع العام على القيام باستقبال المرضى في المستشفيات، علما بأن جل الخدمات الطبية تقدم للمواطن مجانا ما عدا البعض منها.

الذي يقدم مقابل مبلغ مالي معين كتكلفة الاختبارات الطبية.

- المرسوم التنفيذي رقم 94-74 المؤرخ في 30 مارس 1994م الذي تم بموجبه تحويل معهد باستور إلى مؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي.

- إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات المرسوم التنفيذي94-293 المؤرخ في 25 سبتمبر1994م والذي يعطي لها صفة المؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي، وتتكفل في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية بمهمة التموين والتوزيع المواد الصيدلانية ،والأدوات الج ا رحية الموجهة للهياكل الصحية العمومية، صناعة المستحضرات الصيدلانية والتكفل بكل أنواع التكوين ذو صلة بهذا النشاط.

- إنشاء الوكالة الوطنية لترقية البحث في الصحة بموجب المرسوم التنفيذي 95-40 المؤرخ في 28جانفي 1995 هذه المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري تكون تحت الوصاية المزدوجة لوزارة الحصة والسكان و وزارة التعليم العالي والبحث العلمي[2].

[1] Jean Paul Grangaud :opcit,p51
[2]: ibid,p54

- إنشاء الوكالة الوطنية للدم ،ذات الطابع الإداري ، وتتكفل حسب المرسوم التنفيذي 95-108 المؤرخ في 9 افريل 1995 م بمهمة تنظيم عمليات حقن الدم وضع واقتراح قواعد الممارسة الجيدة لنشاط حقن الدم والمعايير الخاصة بمراقبة الدم ومشتقاته"بعدا انتشار امراض فقدان المناعة المكتسب(SIDA) امراض أخرى كالتهابات الكبد والتي من أسباب انتشارها الواسع ،الفوضى التي كانت حاصلة في عمليات حقن الدم.

- إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي بموجب المرسوم التنفيذي 14 أكتوبر 1995م الذي يكلفها بمهمة" وضع في متناول المهنيين والهياكل الصحية كل وثيقة وكتاب أو نشريه والوسائل التعليمية الضرورية لتكوينهم واعلامهم،"بعدما عانى هؤلاء من شح المعلومات ،أو عدم دقتها أذا توفرت

- اجراء تحقيق ذو المؤشرات المتعددة حول وفيات الأطفال(MICS) أوصت به هيئة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة(Unicef) ونظمته مديرية الوقاية لوزارة الصحة والسكان للوقوف على التطورات الحاصلة بالنسبة للإعلان ومخطط العمل المعتمد في القمة العالمية للطفولة التي انعقدت في نيويورك سنة 1990.

- وكذا المنشور الوزاري سنة 1995م والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 م انه بداية من هده السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي ،وهذا الأخير" النظام أو النهج التعاقدي "الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997م.

- إنشاء المعهد الوطني للبيداغوجيا والتكوين الشبه طبي بموجب المرسوم التنفيذي96-148 المؤرخ في 27 افريل 1996م ، وهي مؤسسة ذات طابع إداري.

•تعديل المادة 65 من القانون 83-11 الامرية رقم 96-17 جولية 1996 التي تقول ان مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية ، يتم التكفل بها بناءا على الاتفاقيات المبرمة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي ومؤسسات الصحة المعنية " إلى اليوم فان مساهمة صناديق في تمويل المؤسسات الصحية العمومية تتم على أساس جزافي[1]

- مرسوم 97–457 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997م يحدد الإطار القانوني للمراكز الاستشفائية الجامعية التي أصبحت تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان والوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي و البحث العلمي.

بالإضافة نلاحظ ان من بين المنجزات التي حققها التخطيط في المجال الصحي خلال هذه الفترة، إنشاء 04مستشفيات،51 عيادة متعددة الخدمات و 86 مركز صحي ، و رغم المجهودات المبدولة في التخطيط لسياسة صحية محكمة تنهض بالقطاع الصحي كما ذكرنها سابقا الا ان الأزمة الاقتصادية التي عرفتها البلاد بعد عشرية دامية(1988–1998)م أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها دستوريا وهو حماية المواطن وتوفير الإحتياجات اللازمة لأفراد المجتمع في شتى المجالات وقطاع الصحة أحد هذه المجالات الذي عرف تدهورا ملحوظ حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام،أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة (1999) [2] فهي كما يلي:

–نسبة الزيادات 25,3 ‰.

–نسبة الوفيات العامة6,04 ‰ .

– .نسبة وفيات الأطفال44‰ .

–متوسط أمل الحياة 68 سنة.

[1] Jean Paul Grangaud :opcit,p52

[2] O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999,pp(100-101)

المرحلة الرابعة : مرحلة الانتقال السياسي و الاقتصادي(1999-2012) م

في بداية هذه الفترة وضعت خريطة صحية وطنية تدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الإختلال في التنظيم والتنسيق.

ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن،عملت الحكومة على تطوير القطاع الصحي بدخل تقنيات تكنولوجيا تتماشى مع متطلبات العصر بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

- نفقات الصحة انتقلت من 3.48% من الدخل الوطني الخام (PIB) سنة2000 الى 5.79% سنة 2009م .

- بناء هياكل صحية جديدة، والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التصوير الطبي.

- ارتفاع عدد الأطباء بنسبة70% بين سنة 1999 م و2007م أي 35000 ممارس منهم 13000مختص.

- محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني بفضل الخدمة المدنية ،فبعدما كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999 اصبح 3174 سنة 2007م

وقامت السلطة السياسية في نفس الفترة باجراءات تنظيمية تمثلت في:

-إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني في (2007-2008) م وذالك بتطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية التي يقوم على فصل الاستشفاء عن

العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات[1].

– تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد في2010 م وذالك لرسم السياسة الملائمة التي تتضمن الأهداف والوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ ، مع إحداث آليات مؤسسية للتقويم خلال مراحل التنفيذ ، تسمح بتدارك الخلل وتعديل المسار في لحظة اكتشاف الخطأ وقبل فوات الأوان ، في ظل وجود مجتمع مدني فاعل ومشارك في العملية السياسية في كل مراحلها ، واعلام وطني يكون همزة الوصل بين الحكام والمحكومين وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الحقيقي للصحة في الدولة ويرسخ الثقافة الصحية التي تضمن تفعيل دور المواطن في مختلف مراحل السياسة الصحية والتي لم يكن لها صدى الا في سنة 2013 م[2].

3– الوصف الهيكلي و الوظيفي لنظام الصحي

من خلال ما سبق يتضح ان الجزائر استطاعت من خلال السياسة الصحية لنظام الصحي توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين دون استثناء و القضاء على بعض الامراض التي كانت منتشرة و على الرغم من التقدم الملحوظ في المجال الصحي الا ان هناك ا وجه نقص و قصور في هذا المجال و من اهم مظاهر النقص و القصور نذكر مايلي :

– عدم قدرة المستشفيات على استعاب المرضى و سوء الادارة و الاهمال و النقص الشديد للادوية والمستلزمات الطبية الاساسية و سوء حالة المباني و التجهزات الداخلية و النقص الواضح في الاطباء المتخصصين ..

[1] R.A.D.P :Décret n° :76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, **Journal Officiel**, n° 33, du 20mai 2007, p 9.

[2] Jean Paul Grangaud :opcit,pp(54-58) بتصرف من

– ارتفاع اسعار الدواء بالنسبة للمواطنين ذوي المدخول المحدود و المتوسط و ارتفاع تكاليف العلاج في المستشفيات الخاصة

– نقص الوعي الصحي حتى لا نقول انعدامه لدي بعض افراد المجتمع خاصة لدى المجتمع الريفي حول الامراض و الوقاية منها

– تنامي استهلاك الادوية لدى اغلبية افراد المجتمع دون اللجوء الى طبيب المختص لوصف الدواء

1- مفهوم النظام الصحي

النظام الصحي كما تعرفه منظمة الصحة العالمية who هو" مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة .ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل و اتصالات وتوجيه عام وكذا إدارة من اجل توفير الخدمات التي تلبي احتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة[1]" ،وبذلك فالنظام الصحي يشمل كل أساليب العمل والإجراءات وكذا السياسات واللوائح التي تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو في دائرة معينة، فانها تأخذ بعين الاعتبار كثيرا من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف وبالتالي فان هذه الأهداف لا يمكن أن تحقق إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من اجل تحقيق الأهداف الصحية.

وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية و عدة اعتبارات أخرى، فلبناء أي نظام صحي فانه يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات التي من شانها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

كما أن أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق ضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية لارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار.

[1] منظمة الصحة العالمية ،مرجع سابق ، *www.who.int/ar/*

و الملاحظ ان للنظام الصحي يظم النظام الصحي خمس مقومات اساسيةيمكن تلخصها فيمايلي:

1- الموارد المتاحة و انتاجها

2- الهيكلة

3- الدعم المالي لنظام

4- طرق الادارة

5- ايتاء الخدمات ..... نذكر اهمها كتالي :

الهيكل التنظيمي :ويتمثل في خريطة مفصلة وشاملة للنظام بكل ما تحويه من مركزية ولا مركزية الخدمات وكذا اتخاذ القرارات بهدف تحقيق الرعاية الصحية التي يمكن تقسيمها الى نوعين الاولى تسمى رعاية صحية خارجية تتمثل في الرعاية الصحية بالعيادات و المراكز الصحية و الثانية الرعاية الصحية الداخلية و تتمثل في الرعاية الصحية داخل المستشفى اين يقيم المريض فيه طول مدة العلاج ، كما يمكن تقسيم الرعاية الصحية حسب المستويات ،فالمستوى الاولي و تتمثل في الرعاية التي تقدم في العيادات الخارجية و المراكز الرعاية الصحية الاولية و العيادات الملحقة بالمستشفيات بينما الرعاية على مستوى الثانوي و تتمثل في الرعاية التي تقدم في العيادات التخصصية و تحتاج الى اطباء و جهاز طبي و فني على مستوى معين من التخصص و كذالك الرعاية الداخلية التي تقدم في المستشفيات العامة(مثل حالات الولادة و الجراحة البسيطة و ماشبه ذالك) ،اما المستوى الثالث فهو الرعاية الثالثية و هي الرعاية التخصصية التي تحتاج الى مستشفيات متخصصة و مراكز طبية ذات تكنولوجيا عالية (مثل جراحة القلب او الصدر او نقل الاعضاء) و يعتمد النظام الصحي على الربط بين هذه المستويات من اجل توفير خدمات صحية بشكل ملائم لاحتياجات الافراد الصحية[1] ، و في اطار التنظيم الاداري تتولى هذه المسؤولية هيئة حكومية او الوزارة تكون مسؤولة عن الصحة فقط ،مثل وزارات الصحة و لشؤون

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق،33

الاجتماعية و الضمان الاجتماعي و يتوقف دورها في الهيكلة على السياسة العامة لدولة و الدرجة المركزية واللامركزية بينما قطاع الخاص دوره هيكلة الخدمات [1]

الموارد البشرية:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية فان الموارد البشرية في مجال الصحة تشمل جميع الأشخاص الذين يشتركون في تعزيز وحماية وتحسين صحة السكان، ويتعلق الأمر بالعاملين في المجال الطبي سواء في المنظمات العمومية أو الخاصة ، هذا إلى جانب العمال الموكلة إليهم المهام الإدارية واللوجستيكية ، ويجب أن يعتمد نظام الرعاية الصحية على عدد كاف من العاملين الصحيين ،والذين يجب أن يتواجدوا في المكان و الوقت المناسبين والذين لديهم المعارف والمهارات لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

شراء، إمداد، أنظمة التموين:

لتسهل الحصول على الأدوية وكذا المستلزمات والمعدات الأساسية لصحة يتطلب سياسات وتنبؤات مناسبة و أنظمة شراء وتوزيع فعالة هذا إلى جانب تسيير سليم للمخزون وغيرها.

2- المستشفى كمورد للرعاية الصحية:

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بانها":مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى" [2].

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي بانها" :جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المترلية، كما انها أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية" [1].

---

[1] مرجع سابق ،ص 37

[2] منظمة الصحة العالمية: إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395 ،منظمة الصحة العالمية ،سويسرا،1980،ص6

وقد عرفت من قبل الدكتور عبد الإله ساعاتي بانها مكان لتنويم المرضى وعلاجهم بما يتطلب ذلك من خدمات فندقية وتوفير التغذية للمرضى، وانها أيضا مكان للتدريب والتعليم المستمر ومكان لإجراء البحوث في مختلف الحقول الصحية[2] " .

كما استخدمت بعض البحوث والدراسات والكتابات العلمية مدخل النظمapproche des systèmes في تعريف المستشفى وذلك باعتبارها نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه .

وفي ضوء ما تقدم، ومن خلال المفاهيم السابقة للمستشفى يمكن تعريف هذه الاخيرة على انها جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام 46 وفي نفس الوقت هي عبارة عن نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا تهدف الى تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين و العاملين في المجال الطبي ، وقسم العلماء ادارة المستشفى الى قسمين قسم يهتم بالجانب التنظيمي الذي ياخذ بعين الاعتبار :

-وجود نوعين من العاملين مهنيي الصحة والمسيرين ,الذي يترجم من خلال المسؤولية المزدوجة لإدارة المؤسسات الصحية ,مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد،والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤدوا مهامهم.

-النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي، هذه

[1] منظمة الصحة العالمية :مرجع سابق،ص6

[2] عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الأولى، 1998 ،ص31

الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة ، فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص المتعامل الاقتصادي، ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي ,لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع،اما بالنسبة للجانب الوظيفي فهي تؤدي(المستشفى) أدوارا ووظائفا مختلفة في إطار تحقيق الأهداف التي تسعى إلى الوصول إليها ويمكن إيجازها فيما يلي:

-تحقيق الرعاية الطبية والصحية المتكاملة.

-تعليم وتدريب العاملين في ميادين الطب والتمريض والعلوم الطبية المساعدة، وتنمية مهاراتهم وقدراتهم.

-تشجيع البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم وثيقة الصلة بالصحة.

-توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بالمجتمع من الناحية الصحية، وذلك عن طريق العيادات الخارجية التي تعمل على توفير عنصر الوقاية.

-التأكد من أن الخدمات التي يقدمها المستشفى على درجة عالية من الجودة، ويتحقق ذلك باستحداث برنامج لضمان الجودة[1]

وهي تنقسم حسب وظيفتها الصحية في العلاج الى عدة اصناف تختلف من دولة الى اخرى حسب الهدف المراد تحقيقه و هي لا تتعدى التصنيفات التالية :

أولا: تصنيف المستشفيات على أساس الملكية :

تنقسم المستشفيات على أساس الملكية أي على أساس مالك هذه المستشفى هل هو شخص عادي أو مجموعة أشخاص أو قطاع حكومي إلى ثلاثة أقسام [2]:

[1] عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات ،مرجع سابق ،ص (52-55)
[2] مكرم عبد المسيح باسيلي: المحاسبة في المنشآت الفندقية" رؤية إدارية: الفنادق -المستشفيات"، المكتبة العصرية، المنصورة، 2006 ، ص161

1-المستشفيات الحكومية :وهي تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للدولة بغض النظر عن أية عوامل أخرى كالحجم أو التخصص، وفي الغالب فان المستشفيات الحكومية تهدف إلى تقديم الخدمات الطبية بمختلف مستوياتها دون أن يكون لدى هذه المستشفيات أية أهداف ربحية، وهي تسعى للوصول إلى أقصى درجة من رضا المواطن والمرضى، وتخضع هذه المستشفيات إلى القوانين وأنظمة وتعليمات الدولة ويتم تعيين الكوادر الطبية والتمريضية من خلال الأنظمة الخاضعة لرقابة الجهات التشريعية والتنفيذية وغالبا ما يكون نظام اتخاذ القرار في الجوانب الفنية والإدارية في هذه المستشفيات مركزيا.

2-المستشفيات الخاصة: وتكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من أشخاص (كشركة مساهمة) ، ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح ويطلق عليها بالمستشفيات الربحية وتقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الأرباح المحققة في اية السنة المالية، ويطبق في هذه المستشفيات مبادئ إدارة الأعمال والتي تسعى لتحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق.

3- **المستشفيات الخيرية**:يكون هذا النوع من المستشفيات مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس عرقي أو ديني أو جهوي .وتشكل هذه المستشفيات الوسطية بين الخاص والحكومي، حيث تسعى إلى تغطية نفقاتها من جهة ومن جهة أخرى إلى تحقيق رضى ومساعدة المحتاجين للخدمة الصحية . ويتوفر هذا النوع من المستشفيات في الكثير من الدول وفي حالة وجودها فان الخدمات التي تقدمها تبقى محدودة نظرا لمحدودية المخصصات المالية المتوفرة وارتباط مستوى ونوعية الخدمة المقدمة بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

ثانيا:تصنيف المستشفيات على أساس الحجم [1]:

تنقسم المستشفيات على أساس الحجم إلى ثلاثة أقسام:

[1] مكرم عبد المسيح باسيلي: المحاسبة في المنشآت الفندقية ،مرجع سابق ،ص164

1-مستشفيات كبيرة الحجم:وهي تمثل تلك المستشفيات التي تتميز بعدد كبير من الأقسام خاصة الطبية التخصصية أو عدد كبير من الأسرة في كل قسم .و في الغالب يتم اعتماد عدد الأسرة للتمييز بين هذه الأنواع من المستشفيات وهناك الكثير من الدراسات التي اعتبرت المستشفى الكبير أكثر من 500 سرير بشكل عام أو تزيد عدد الأقسام الطبية التخصصية في المستشفى عن ثمانية أقسام وأحيانا عشرة أقسام.

2-مستشفيات متوسطة الحجم:وهذا النوع من المستشفيات يكون عدد أسرته 200 سرير واقل من 500 سرير أو يحتوي على خمسة أقسام طبية رئيسية ومتخصصة.

3-مستشفيات صغيرة الحجم:وهي تلك المستشفيات التي يكون عدداسرها اقل من 200 سرير أو يكون اقل من خمسة أقسام وأحيانا تحتوي هذه المستشفيات على تخصص واحد فقط.

وبغض النظر عن أعداد الأسرة المعتمدة إلا انه يمكن كذلك تقييم حجم المستشفيات تبعا للوضع العام للقطاع الصحي لتلك الدولة.

ثالثا:مستشفيات حسب التخصص[1]:وهي نوعان :

1-مستشفيات عامة:وتتمثل في المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة وأمراض القلب..... الخ

2-مستشفيات تخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط كان تكون هذه المستشفى متخصصة في مجال العيون أو القلب أو الأطفال . و ما يميز هذا النوع من المستشفيات انها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص أكثر تميزا وتعمقا في نفس المجال .

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية في المجتمع الجزائري إلى: -المؤسسات العمومية الاستشفائية :établissement Publics Hospitalier(EPH)

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع،مرجع سابق ،ص63

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: Etablissements publics de santé de proximité(EPSP)

-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة :Etablissements Hospitaliers spécialisé (EHS)

رابعا:تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب [1]: حيث يمكن تصنيف المستشفيات أيضا إلى كونها تعليمية أو غير تعليمية ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعليم في هذه المستشفيات في حقل من الحقول الطبية أو أكثر، وغالبا ترتبط هذه المستشفيات التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وفقا لبرامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض، وعلى هذا الأساس نجد:

1-المستشفيات التعليمية:وهي التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر فيها الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساهم في تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة بالإضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد في التدريب والتعليم.

2-المستشفيات غير التعليمية :وهي تلك المستشفيات التي لا تتوفر فيها الإمكانيات المادية والبشرية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهن الطبية الأخرى وهي تمتاز بصغر الحجم و محدودية التخصصات المتوفرة فيها.وتركز هذه المستشفيات في الغالب على تقديم خدمات طبية رئيسية في مجال الجراحة والتوليد والباطني والأطفال وليست مهيأة لاستقبال الطلبة والمتدربين ولا تتوفر على الإمكانات التكنولوجية المتطورة ويكون موقعها في المدن الفرعية والمناطق قليلة الكثافة السكانية.

خامسا:تصنيف المستشفيات على أسس جغرافية [2]:

يتم تقسيم المستشفيات حسب موقعها الجغرافي أو حسب التقسيم الإداري لتلك الدولة إذ يمكن أن نجد:

1-المستشفيات المركزية:وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة، وتعتبر مثل هذه

[1] سليم بطرس جلدة: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن،ط1،2007، 35

[2] نفس المرجع ، ص40

المستشفيات بمثابة المستشفيات العامة أيضا وذلك نظرا لتوفر الإمكانيات البشرية والمادية والتي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية.

2-مستشفيات المناطق الإقليمية:وهي تلك التي تتواجد في العاصمة أو مراكز المدن الكبيرة وتخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي هذه المستشفيات على أعلى خدمات تخصصية

لا يستطيع توفيرها اغلب المستشفيات الأخرى هذا وتتوقف السعة السريرية لهذه المستشفيات إلى حد كبير على الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع

3-المستشفيات المحلية الصغيرة:وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة وهي عادة تقدم الخدمات لجماهير المنطقة باختلاف أنواعها من خدمات أمراض باطنية وجراحة عامة وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.

4- الهياكل الصحية في الجزائر

إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة، السكان و إصلاح المستشفيات (MSPRH)، والتي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي،ففي الجزائر توجد خمس مناطق صحية عبر جميع أنحاء الوطن مع 05 مجالس إقليمية للصحة (CRS) و 5 مراصد إقليمية للصحة (ORS). على الصعيد الولائي يوجد 48 مديرية للصحة والسكن (مديرية في كل ولاية) ، وتشمل على :

-المستشفيات العمومية 240 :بعدد 35157 سرير.

-المستشفيات الخاصة بالأمومة 511 عيادة.

الهياكل العمومية للصحة الجوارية:

- العيادات المتعددة الخدمات1477 :

- المراكز الصحية338 :

-قاعات العلاج 5117 :قاعة و 324 قاعة غير مشغلة.

-المؤسسات الإستشفائية الجامعية(EHU): 01 بعدد 740 سرير

-المراكز الإستشفائية الجامعية(CHU): 13 بعدد 12697 سرير

المؤسسات الإستشفائية المتخصصة(EHS): 54 بعدد 9785 سرير

-الوكالات الصيدلانية 1019 وكالة [1].

الهياكل الصحية للقطاع الخاص:

-العيادات الطبية المتخصصة5206 :

-العيادات الطبية العامة6179 :

-عيادات طب الأسنان4381 :

-الصيدليات6689 :

-العيادات الطبية الجراحية 164 عيادة.

-عيادات تشخيص الأمراض 13 عيادة[2].

تطور عدد المستخدمين:

-عدد الأطباء 35368 طبيب أي 11 طبيب لكل 10000 ساكن.

-أطباء الأسنان 9553 طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن.

-17سرير لكل 10000 ساكن.

-الشبه الطبيين 69749 أي 22 لكل 10000 ساكن.

المعطيات التالية تكشف ان السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي 70 % خلال العشرية الأخيرة في الهياكل العمومية بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000منهم 4000 أخصائيون في

[1] Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière :statistiques sanitaires année 2007،Alger،2008,p35

[2] ibid ,p35

سنة 1999 م إلى35000 طبيب ممارس منهم 13000 أخصائيون في سنة 2007 م، و قد تم تعزيز هذه الموارد البشرية عام 2009 م ب 15000 طبيب عام، 5000 طبيب متخصص وكذا 15000 عامل شبه طبي، كما استفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير إدارة المستشفيات، في حين أن حوالي 400 اخرون يتابعون حاليا تكوينا في هذا الخصوص ستحول المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الإستشفائية.

ونلاحظ ايضا حسب احصائيات فيفري 2008 م أن عدد أسرة المستشفيات العمومية ارتفع بشكل محسوس من أقل من 54000 في سنة 1999 م، إلى قرابة 68000 في سنة 2007 م وفي المقابل ، فإن قطاع الصحة مازال يعاني من نقص في أعوان شبه الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه الطبي 35مدرسة(EFPM) لسنة 2007 م[1].

إلا أن الحاجيات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 م و 2015 م تقدر ب 40000 إطار لاجل تلبية طلبات المواطنين و تكفل أفضل بالمريض، و تحقيق تغطية طبية أفضل فقد سمح برنامج تنمية الصحة للفترة الممتدة من 2005 م إلى 2009 م من انشاء 65 مستشفى عام ومتخصص، 76عيادة متعددة الخدمات، 168 مركز صحي، 40 قاعة علاج، 06 مراكز للمراقبة الصحية عند الحدود، 04مراكز لتصفية الدم ومعهد للتكوين الشبه طبي[2].

كما عمل قطاع الصحة العمومية على تنظيم العلاج على عدة مستويات لتقريب العلاج القاعدي، والعلاج المتخصص من المرضى، و تقليص الضغط على مصالح الاستعجالات. وهذا ما أدى إلى المبادرة ببرنامج لتكثيف مصالح المناوبة، كما تم إنشاء 168 وحدة خاصة بطب الأورام على مستوى المستشفيات العامة التي ستجنب المرضى التنقل و الانتظار، و ستتخفف الطلب على مستوى المراكز المتخصصة.

[1] Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière : opcit ,p36
[2] ibid, p37

بالإضافة إلى تعميم الوقاية على كافة الأصعدة من بعض الأمراض التي تراجعت، و التكفل بالصحة المدرسية و الجامعية، و لاسيما التكفل بصحة الأمهات و الأطفال .أضف إلى ذلك تعزيز الوسائل من خلال إنجاز16 مصلحة، و 185 وحدة إضافية لصحة المولود الجديد، و إبقاء تعميم التطعيم ضد أبرز الأمراض التي يمكن التحكم فيها من خلال التطعيم[1].

مما سبق يتضح أن هناك اهتمام كبير بالقطاع الصحي من طرف الدولة، وهذا ما يترجمه التقدم الكبير الذي سجلته البلاد في ميدان الهياكل الطبية ومواردها المادية والبشرية بشتى أنواعها، بالإضافة إلى التحسن الذي سجلته مؤشرات الصحة التي أضحت تقارب تلك المسجلة في البلدان المتقدمة بدليل التراجع المحسوس لنسبة الوفيات في شتى الفئات، و الارتفاع المحسوس للأمل في الحياة عند الولادة.

في إطار إصلاح المنظومة الصحية، عرف قطاع الصحة منجزات هامة كوضع وإعمال سياسات وبرامج مناسبة كسياسة السكان وبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي،و حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأمومة والمرضانية ووفيات الأمهات والأطفال والتكفل بالأشخاص المسنين الذين يستفيدون من الخدمات المجانية ؛كما شهدت الخدمات الصحية تطورا كبيرا في السنوات الأخيرة نذكر منها [2]:

في مجال مراقبة الحمل وتحسين الولادة :وصلت عملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة إلى أكثر من 89.4 % سنة 2006 م أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي العمومي فقدرت ب 95.2 %سنة 2006 م.

التنظيم العائلي :حققت برامج التنظيم العائلي نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل، حيث بلغ معدل الخصوبة سنة 2006 م ب 2.27 طفل لكل امرأة؛ وبهذا تكون نسبة النمو الديمغرافي قد انخفضت إلى 1.8% سنة 2007 م كما تقدر نسبة النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل ب 80%) .

[1]opcit, p38

[2] مشروعات المجال الاجتماعي النهوض بالمراة ،مرجع سابق ص19

تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة والتكفل بالمرأة الحامل سواء خلال الحمل أو الولادة وما بعدها والمواليد الجدد :كانت تقدر سنة 1996 م ب . 174 لكل 100.000 ولادة حية وتقلصت لتصل سنة 2008م إلى 86.9 لكل 100.000 ولادة حية، خاصة بعد ما عرفت سنة 2000 م بداية تطبيق برنامج خاص "بالولادة بدون مخاطر على المستوى الوطني .

المبحث الثالث : واقع الصحي للمراة في الجزائر

تعد صحة المراة وسلامتها من الامراض الانتقالية و المزمنة من اهم العوامل التي تمكنها من احتلال دورها الطبيعي في المجتمع كام و زوجة و اخت وبنت لها اهميتها في الكل الاجتماعي ،و كذا من الاولويات التي تساعدها في اداء المهام المنزلية و المهام المهنية خارج البيت لهذا كان لزاما عن المراة اتخاذ كل ما من شانه من اجراءات و تدابير تؤمن تمتعها بالصحة و النشاط و الفعالية ،غير ان المراة لا تستطيع لوحدها بلوغ هذا الهدف دون مساعدة اجهزة الدولة و المجتمع المدني عن طريق تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية و التربوية لها و في المبحث هذا نتطرق لاهم المؤشرات الواقع الصحي للمراة وكذا الاحتياجات الصحية الخاصة بالمراة

اولا: مؤشرات الواقع الصحي للمراة

يمكن تلخيص اهم المؤشرات في النقاط التالية [1]:

– نلاحظ الزيادة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة للنساء من 73.4سنة في 2000 م الى 77،1 سنة في عام 2012م.

–وكان معدل الولادة بمساعدة طبية 98.6٪ في عام 2011م.

–انخفاض في معدل وفيات الرضع للفتيات (لكل 1000مولود حي) من 35.3٪ في عام 2000 م إلى 21.2 في المائة في عام 2012م.

[1] ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme :rapport national de la république algérienne démocratique populaire Beijing +20 ,p19

-التنظيم العائلي: حققت برامج التنظيم العائلي نتائج ملموسة فـيما يخص تنظيم النسل، حيث أن 62.5 % من النساء يستعملن وسائل منع الحمل وقد بلغ معدل الخصوبة سنة 2006 م بـــ 2.27 طفل لكل امرأة وبهذا تكون نسبة النمو الديمغرافي قد انخفضت لتصل إلى 1.8%(2007 م) كما تقدر نسبة النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل بـــ 80 %.

-المراضة :حسب منظمة الصحة العالمية إن الانتشار الواسع والمتقدم للأمراض المزمنة تستحثه عوامل ديمغرافية واقتصادية واجتماعية،ومن ضمنها يعتبر التحضر والتصنيع والعولمة بمثابة المحددات الرئيسية .ومع ارتفاع العمر المتوقع،يسود التوقع أن ترتفع نسبة السكان الذين تخطوا عمر 35 سنة في العقود المقبلة .ويعمل التحضر و التصنيع على تغيير أنماط المعيشة بطرق تزيد من مستويات عوامل المخاطرة السلوكية والبيولوجية لدى السكان ، كثيرا ما يسود الاعتقاد أن بعض الأمراض المزمنة، وخاصة أمراض القلب والأوعية، تصيب الرجال بالأساس، ولكن الحقيقة أن الأمراض المزمنة، بما فيها أمراض القلب، تؤثر في النساء والرجال بقدر متكافئ تقريبا[1]، وا حسب نتائج التحقيق الوطني المتعدد المؤشرات لمتابعة صحة الأطفال و الأمهات 2006 م في الجزائر، تشير ان أمراض القلب عرفت انتشارا عند الفئتين و قدرت ب1.1 % منها 0.9 % لدى الاناث و 1.3 % لدى الذكور وتبلغ هذه النسبة لدى الفئات الأقل من 18 سنة 0.2 % و0.3 % لدى الفئة 19-34 سنة 59سنة 1.7 %لتصل إلى 7% لدى الأشخاص الأكبر من 60 سنة[2] .

كما تشير التقديرات سنة 2008م[3] إلى أن الأمراض المزمنة تسبب في حدوث 63 %من مجموع الوفيات بالجزائر، وإن نسبة النساء المصابات بمرض مزمن سجلت حوالي 15.49 %مقابل 11.84 % لدى الرجال، بينما حسب نتائج المسح الوطني للصحة مشروع TAHINA اكتوبر 2006 م فإن % 13.65 من الأشخاص الذين شملهم التحقيق مصابون على الأقل بمرض مزمن واحد إن نسبة النساء

[1] منظمة الصحة العالمية ،مرجع سابق http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media

[2] MICS3 ,p53

[3] منظمة الصحة العالمية ، المرتسمات القطرية الخاصة بالامراض غير سارية ،2011 ،مرجع سابق

المصابات بمرض مزمن حوالي 15.49 %مقابل 11.84 % لدى الرجال ،كما سجل التوزيع حسب السن و الجنس فإن4.12 % من الذكور مقابل 3.32 % من الإناث و ان الفئة أقل من 15 سنة مصابون على الأقل بمرض مزمن واحد، أما لدى البالغين فإن نسبة النساء المصابات بمرض مزمن واحد على الأقل قدرت ب 19.37 % مقابل 14.5 % لدى الرجال[1].

وقدرت نسبة الأشخاص المصابين بمرض مزمن على الأقل في الحضر 15.20 %حيث لدى الذكور 12.98 %مقابل 17.45 %لدى الإناث أما في الوسط الريفي فقدرت ب11.18 %حيث لدى الذكور 10.03 %مقابل 12.37 %لدى الإناث .

وحسب نفس التحقيق قدر مرض السكر لدى الذكور ب 13.60 % و لدى الإناث قدر ب 11 % وتشكل نسبة2.59 % لدى الفئات العمرية الأقل من 15 سنة و 12.89 % لدى الفئات الأكبر من 15 سنة بينما نسبة الإصابة بمرض الضغط الدموي تشكل أعلى نسبة من بين الأمراض المزمنة الأخرى حيث تقدر ب 24.5 % و تقدر 20.21 % من الذكور مقابل 27.83% لدى الاناث

أما حسب السن فإن حوالي 25.87 %من الأشخاص البالغين أكثر من 15 سنة مصابين بالضغط الدموي مقابل 0.72 %بالنسبة للأشخاص الأقل من 15 سنة [2].

في حين نجد أن24 % من الاشخاص الذين شملهم التحقيق مقيمين في الحضر مقابل 24.05 % منهم في الريف وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2013 فإننا نلاحظ ارتفاع في نسبة الامراض المزمنة حيث يشير معدل انتشار مرض الضغط الدموي لدى البالغين 25 سنة فما فوق لسنة 2008 قدر ب33.9%لدى الذكور و 33.2% لدى الإناث و ان نسبة ضغط الدم قدر بالنسبة للاناث ب37.6% مقابل 38.3% عند الذكور بينما ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم بالنسبة للاناث قدرت ب8.2% مقابل 7.9% عند الذكور في حين فرط الوزن و السمنة ونسبة الكوليسترول تعاني منها النساء اكثر من

[1] INSP :enquête nationale de sante ,opcit ,p58
[2] Ibid, pp(59-60)

الرجال حيث سجلت على التوالي 51.8-22.4-40.5 بالمئة عند النساء في حين سجل عند الذكور 39.1-9.6 – 36.6 بالمئة [1].

-التغطية الصحية من قبل أطباء التوليد وأطباء الأطفال، وتسجيل زيادة قدرها 85 متخصص سنويا منذ عام 2007م، مع توزيع أكثر توازنا في المرتفعات والجنوب .بحيث طبيب نسائي يغطي 3692 من النساء المتزوجات في سن الإنجاب، بعدما كانت في سنة 1998 م طبيب واحد 4759 للنساء وقابلة واحدة لكل 500امرأة.

كما ينبغي الإشارة إلى تكثيف شبكة المؤسسات المستشفى المتخصصة في رعاية الأم والطفل (تم فتح 24 خلال النصف الأول من عام 2012م).

– التغطية الصحية للمرأة لتمكينها من مراقبة قبل الولادةالتي قدرت ب: 90.2٪.

– تحسين إدارة صحة المرأة، وخاصة في السيطرة على الحمل والولادة ومتابعة ما قبل الولادة وبعد الولادة.

– الحد من وفيات الأمهات أثناء الولادة إلى 86.9 لكل 100.000 ولادة حية في عام 2008م.

– تدريب وإعادة تدريب الموظفين الطبيين وشبه الطبيين.

– تنظيم التدريب المستمر داخل وخارج البلاد للاستفادة من العاملين في مجال الصحة فضلا عن المنتديات والدورات التدريبية.

– مكافحة السرطان، بما في ذلك سرطان عنق الرحم، من خلال مراكز متخصصة في جميع أنحاء البلاد، مع الوسائل التكنولوجية، بما في ذلك الكشف المبكر عن هذا المرض يسبب هذا النوع من السرطان.

[1] منظمة الصحة العالمية: الامراض المزمنة ،مرجع سابق
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media

– وقد وضعت استراتيجية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز في هذا الإطار، تم إنشاء المختبر الوطني للفحص والتحليل تم إنشاء ولجنة وطنية لرصد الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة البشرية. أيضا، خطط عمل قطاعية بما في ذلك برامج الصحة والوقاية، وخاصة فيما يتعلق ب:

– حماية السكان والجماعات الضعيفة، من بين أمور أخرى،

– الرعاية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز،

– تعبئة الجمعيات في برامج التوعية،

– إنشاء وتطوير مراكز الفحص المبكر التي تقدم خدماتها مجانا وبسرية تامة في جميع ولايات. وقد تم اتخاذ اجراءات لمنع انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين أثناء الولادة. الاتصالات حول مفهوم الصحة الإنجابية وتطوير الخدمات في هذا المجال، وقد ساعد على توسيع نشر المعلومات وحماية ضد الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز على وجه الخصوص[1].

ثانيا:احتياجات صحية للمراة

لا شك أن مؤشرات صحة المرأة قد تحسنت في العقدين الأخيرين، إلا أن الوعي الصحي ما زال في حاجة إلى الارتقاء سواء للحفاظ على الصحة أو تحسينها، ويجب أن يشارك المجتمع المدني بمؤسساته وجمعياته الأهلية وأفراده للنهوضبهذا الوعي لحياة أفضل. وبفضل الإنفاق الحكومي المعتبر والسياسات المتخذة وتنويع الأنشطة تم دعم الآليات المؤسسية من خلال إنشاء:

- المجلس الوطني للأسرة والمرأة تحت وصاية الوزارة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة سنة 2007م
- مركز وطني للبحث والإعلام والتوثيق حول المرأة والأسرة والطفولة(قيد الانجاز).
- مراصد قطاعية جديدة لدعم التشغيل النسوي

و هذا لاجل توفير برامج لصحة الفعالة و الامنة و التي تحفظ الكرامة و من بينها :

[1] ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme :rapport national de la république algérienne démocratique populaire Beijing +20 , opcit,p20

– انشاء نظم قانونية مبنية على اساس المساواة والنوع الاجتماعي لتحقيق ماجاء في المواثيق الدولية لحقوق الانسان.

– العمل على ايجاد سياسات الرامية الى تحسين صحة المراة و الطفل

– تاكيد حق المساواة في توفير الموارد و التجهيزات و الدعم للمؤسسات الصحية التي تعني بالمراة كغيرها من المؤسسات.

لقد رأينا ارتباط أمل الحياة بمستوى المعيشة المادية وأن هذا العامل على أهميته لا تكفي لتفسير احتياجات الصحية بل ثمة عوامل اجتماعية أخرى تلعب دورا في الصحة ولو وضعنا قائمة بكل عوامل الصحة المعروفة وذات التأثير الثابت والموثق في أدبيات الطب الاجتماعي، لاكتشفنا أنها لا تتوقف عند الغذاء والماء الصالح للشراب والهواء النقي والعمل والأمان والتعليم والسكن اللائق ،وأن فيها أيضا الكرامة والحرية والمساواة والمسؤولية والاعتبار ،بل هناك احتياجات على عدة مستويات تساهم بالارتقاء بالوضح الصحي للمراة وهي[1] :

1–توعية المرأة بحقوقها الصحية من خلال التدريب وورش العمل على المستويات المختلفة في المدن والقرى .

2– تقديم خدمات صحية شاملة وفق مراحل عمرية مختلفة ،حيث تفتقر المراة في مرحلة ما قبل وما بعد الانجاب للخدمات الصحية التي تلبي حاجياتها،وذالك برفع وتعميم مستوى الخدمات والتكفل بصحة الأمومة والطفولة وكذا الاهتمام الخاص بالنساء بعد سن الخصوبة اعتبارا للاضطرابات التي يعشنها في هذه المرحلة من العمر،

3–دعم الزامية التعليم للمراة من اجل تعزيز وعي المراة بصحتها وحقوقها بما فيها الحقوق الصحية

[1] بتصرف من الوزارة المنتدبة المكلفة بالاسرة وقضيا المراة: تقرير وطني للجمهورية الجزائرية الدموقراطية بكين +15 ،ص5-21

4-اعادة النظر الانظمة السجلات و الملفات بما فيها المواعيد التي تساعد في تقديم الرعاية افضل وتعزيز رضى المنتفعات

5-ادراج مفاهيم حقوق الانسان عامة وحقوق الصحية خاصة في برامج التعلمية

6-توفير الظروف المناسبة و الاماكن الملائمة للفحص الصحي للنساء التي تتضمن الخصوصية و السرية

7-التركيز على التوعية بالحقوق الصحية للمواطنين من خلال تكثيف الاعلام باشكاله المختلفة حول التثقيف الصحي والحقوق الصحية للمراة

8-انشاء مؤسسات لتقديم خدمات مختلفة لنساء المعنفات و لاطفالهن و اعطاء الاولوية للقرى النائية

9-زيادة امكانيات حصول المراة طيلة دورة حياتها على الرعاية الصحية و المعلومات و الخدمات باسعار ميسورة وذات نوعية جيدة خاصة في الارياف .

10- الاضطلاع بالمبادرات تراعي نوع الجنس و تتصدى للامراض الجنسية و قضايا الانجابية

11- رفع الوعي الصحي الوقائي واتخاذ كافة الاجراءات بذالك من خلال توسيع برامج الصحة الإنجابية لتشمل معالجة العقم، سرطان الرحم، سرطان الثدي، العنف ضد المرأة والتركيز على ضرورة الكشف المبكر وتوسيعه ليشمل كل مناطق الوطن وتأسيس نظام معلوماتي متعلق بصحة المرأة،

12- تطوير الاهتمام بالحالات الخاصة المعوقات و المسنات

13-تعزيز إدماج مقاربة النوع الاجتماعي في السياسات الصحية والسكانية

14-تعزيز البرنامج الوطني حول الولادة و حماية الأمومة ضمن المنظومة الصحية وتطبيقه

15-تعزيز تأطير وتأهيل الموارد البشرية خاصة في طب النساء

خلاصة الفصل

في هذا الفصل حاولنا الاقتراب لواقع الصحي للمراة من خلال ذكر اهم مفاهيم الصحة والاخطار التي تهددها كما تطرقنا الى الواقع الصحي في المجتمع الجزائري من خلال رسم اطار نظري للوضعية الصحية في الجزائر و ذكرنا في هذا الاطار الخصائص الرئسية لسياسة الصحية المتبعة عبر مختلف المراحل التاريخية مع وصف هيكلي و الوظيفي للنظام الصحي والكشف عن واقع الصحي للمراة من خلال اهم المؤشرات الصحية و احتياجاتها هذا ما يجعل القول أن موضوع الصحة تتفاعل فيه عوامل وعلاقات سببية تفرض ذاتها من حيث تحليلها.

فالصحة والاستفادة من الخدمات الصحية لا يقتصر على وجود وتوفر هذه المؤسسات الصحية والموارد والطاقم الطبي، بل يتجاوزه الى ما هو ثقافي، أي درجة وعي المراة وإقبالها على الخدمة الصحيةمما يكشف ان هناك تقصير في حق المرأة وبالخصوص في المراحل الاولى من عمرها، فالعديد من تقارير منظمة الصحة العالمية اضافة الى دراسات صحية، أكدت أن الوضع الصحي للمرأة ما زال متأزما تشوبه أشكالا ناقصة، كالحديث عن غياب الوعي الصحي للمرأة وعدم استفادتها من الخدمات الصحية وضعف معرفتها بالأمراض المزمنة كالسرطان و السيدا وباقي الامراض المنقولة جنسيا وذلك بحكم تفاقم العديد من العوامل كالعامل الثقافي والذهني والمادي الذي يتأسس في وجود تحدي المال في التكلف بمصاريف المرض،وفي غياب الثقافة و الوعي الصحي لدى المراة يجعلها تتعرض و تعاني من امراض مزمنة وخطيرة كمرض السرطان و السيدا و عليه فالحديث عن صحة المرأة اليوم، خاصة عند تفشي الامراض المعدية بات نقاشا ملزما من طرف جميع المجتمعات، من حيث انها تسخر جهودها عبر وضع تجارب وخطط واستراتيجيات الصحة، لتفادي جملة من المخاطر الذاتية والموضوعية التي قد تواجه تقدم المجتمع وصحته العامة .

ومنه فالاهتمام بالوضع الصحي للمرأة بصفة عامة و المراة المتعايشة بفيروس لسيدا يبقى رهان أساسي للمجتمع الجزائري لتغيير بنية تفكير الافراد وتنمية ثقافتهم الصحية حول المراض تصبح عاملا أساسيا في تجاوز كل العوائق المرضية

و لفهم واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا يجب الكشف عنه و عن أسبابه وأثاره الاجتماعية المرتبطة بنمط الحياة ، وهو موضوع الفصل القادم .

الفصل الرابع: المراة و فيروس السيدا

مدخل

اشرنا في الفصول السابقة الى الواقع الاجتماعي و الصحي للمراة في المجتمع الجزائري لفهم مدى ارتباطه بمرض او التعرض لفيروس السيدا وذالك باعتبار مرض السيدا والتعايش بفيروس العوز المناعي البشري مؤشرات دالة على الواقع الاجتماعي أو شخصية المجتمع[1]، ولاسقاط هذا الواقع على المراة المتعايشة بفيروس السيدا لاحظنا انها تعيش وفقا لثقافة مجتمعية تقليدية، ومشاكل واوضاع اجتماعية مضطربة تقل فيها الثقافة صحية المبنية على الفهم الجيد لصحة و المرض، التي تؤثر بشكل مباشراوغير مباشر على حياتها ، وذلك نظرا لتفاعل العديد من المعطيات والعوامل، في مقدمتها انتشار ثقافة المجتمع حول مرض السيد و المصاب به، على انه وصمة اجتماعية التي عملت على تازم الوضع النفسي للمراة المصابة فهذه النظرة الوصمية تجاه المرأة، تؤثر بشكل قوي على الوضعية الاخلاقية والمكانة الاجتماعية لشخصية المريضة ، وتجعل البعض منهم مصدر لنشر المرض بين الفئات الاكثر تعرضا لخطر الاصابة .

ولفهم هذا الواقع الاجتماعي للمراة المتعايشة بفيروس السيد وجب علينا المرور بمختلف الإقتربات النظرية التي توضح ذلك و تكون قاعدة للتفكير و قابلة لتوضيح مختلف الأسباب والأوضاع المؤدية للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري و كذا تطور المرض وانتشاره على مختلف شرائح المجتمع و بالأخص عند المرأة الجزائرية.

وقد رأينا انه من البديهي أن نبدأ هذا البحث بتحديد وتشخيص السيدا من الناحية المعطيات الطبية بشيء من الإيجاز لكي تتضح الرؤية الصحيحة للمشكلة المعروضة لان هذا المرض يبدوا في جذوره

[1] Thiaudiér (Claude) : sociologie du sida، paris، édition la découverte، 2002، p6

كمسالة طبية إكلينيكية ،لكنه ينتهي بشبكة معقدة من المشاكل اجتماعية لارتباطه بتغيرات الحاصلة في المجتمع لهذا تختلف مسبباته الاجتماعية من بلد لأخر، و باعتباره مشكلة صحية شاملة فهي تمس شخصية الفرد القابل للإصابة وكذا هوية المجتمع وثقافته ، ولهذا فمن الضروري التعريف بالسيدا و تصنيفه طبيا.

و عليه فقد قسمنا هذا الفصل إلى اربعة مباحث وهي كتالي:

المبحث الاول :حقيقة مرض السيدا و طروق انتقاله

المبحث الثاني :لمحة تاريخية لتطور و انتشار السيدا

المبحث الثالث :اشكالية تانيث السيدا

المبحث الأول:حقيقة مرض السيدا،وطرق انتقاله

أولا: مرض السيدا (تعريفه و خصائصه و مظاهره)

- **تعريف مرض السيدا**

إن مرض متلازمة عوز المناعة المكتسب (SIDA/VIH) هو مرض خطير ويستمد خطورته من فيروس المسبب له و يسمى بالانجليزية HIV وهي الأحرف الأولى من الكلمات التالية : human) immuno defiency virus) والتي أطلقها عليه علماء امركيون و بالفرنسية VIH الذي يضرب جهاز المناعة، ومعناه بالفرنسية Le Virus D'immuno-Défience Humaine، فهو قادر على تدمير الخلايا اللمفاوية T، و التي تعتبر الخلاية الرئيسية في الجهاز المناعة.

وبالتالي يصبح جهاز المناعة غير قادر على تأدية مهمته في الدفاع عن الجسم، ليس ضد السيدا وحسب ،بل وضد جراثيم أخرى لم تكن لتظهر لولا عدم وجود المناعة و تسمى في الطب بالأمراض الانتهازية Maladies Opportonistes[1] ، وسميت هذه الأمراض بالانتهازية، لأنها بالفعل تنتهز فرصة نادرة في الجسم الإنسان، يفقد خلالها هذا الأخير قدرته على المقاومة، فتظهر هذه الأخيرة مهددة حياة الإنسان بخطر.

أما الشيء الأخطر في السيدا هو أن الإنسان الذي يصاب بهذا الداء ،قد يصبح عرضة لنقل العدوى (الفيروسي) إلى الآخرين خلال فترة قصيرة من اصابته ، وحتى قبل أن يكون اختبار الأجسام المضادة ايجابيا ، وقد اكتشف حتى هذه اللحظة جلين من هذا الفيروس[2] هما:الفيروس التائي الانحياز البشري الأول(HIV رقم1)من طرف فريق من الباحثين بقيادة (غالو) عام 1970م،بحيث يخمج هذا الفيروس اللمفاويات التائية في الدم ،كما يسبب سرطانا نادرا شديد الخبث يدعى ابيضاض الخلاية التائية البالغة (ATL).

[1] معن مظهر ريشا:الايدز،أسبابه،علاجه،الوقاية منه،دار الكتب العالمية،بيروت،لبنان،الطبعة الأولى،1991،ص35

[2] ياسين عبد اللطيف :الايدز أسبابه والوقاية منه و آثاره النفسية والاجتماعية ،مطبعة الكتاب العربي ،دمشق ، الطبعة الأولى ،1993،ص 30-34

كما أن الفيروس(HIVرقم1) يحتوي على ثلاث مجموعات:M.O.N بحيث المجموعةM تحتوي على الأقل عشرة أنماط جنية فرعية للفيروس(HIVرقم1)[1] ويختلف انتشار هذه الأنماط بين المناطق الجغرافية المختلفة، إذ ينتشر النمط B في الولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا الغربية و النمط A في إفريقيا، كما تدل البيانات المتوفرة من بعض دول الإقليم أن النمطB هو المنتشر في مصر وسوريا.

كما قام (مونتانيه) في عام 1975م باكتشاف فيروس جديد سمي ب:الفيروس التائي الانحياز البشري الثاني (HIV رقم 2) التي له صيلة ب(HIV رقم 1) و الذي هو الفيروس المسؤول عن وباء الايدز الرئيسي،و من المحتمل أن يسبب بعض الحالات من المرض يدعى ابيضاض الخلية الشعرية وكذالك أمراض ابيضاض الخلية التائية والأورام اللمفاوية ، وهذان الفيروسان متشابهان في بنيتهما العامة ، وباستطاعة كل منهما أن يسبب لايدز،وهذا راجع لكون فيروس الايدز القهقرى الفرنسي LAV هو المصدر الأول والأصل لفيروس الايدز القهقرى الأمريكي، والذي اكتشف فيما بعد من قبل مجموعة غالو كما أكدت نتائج بعض الأبحاث أن فيروسالــLAV الفرنسي و فيروس ال ــIII HTLV الأمريكي هما اسمان لفيروس واحد ، وبعدها غيرت اللجنة عالمية اسم هذا الفيروس ليصبح HIV أي فيروس العوز المناعي البشري وذالك منعا للفوضى و اختصار للمشاكل أما المرض فيسمى الايدز AIDS بالانجليزية أو السيدا SIDA بالفرنسية وهي الحروف الأولى من الجملة الفرنسية syndrome d'immuni-défience humain أو بالانجليزية Acquire d'immune deficincy syndrome ،وترجمة هذا الاسم إلى اللغة العربية[2] سيكون متلازمة العوز المناعي المكتسب ويعني ذالك من الناحية الطبية :

[1] محمد حلمي وهدان :وبائيات متلازم العوز المناعي المكتسب (الايدز)،مرجع سابق، ص12

[2] عبد علي الخفاف:جغرافية الايدز في العالم ،دار الفكر للطباعة و النشر ، عمان ، الطبعة الأولى ،1999 ،ص65

متلازمة: وهي مجموعة من الأعراض التي تميز مرضا معينا أو أكثر(syndrome)

بمعنى آخر:مرض السيدا يصاب فيه أكثر من جهاز من أجهزة جسم الإنسان.

العوز المناعي:هو نقص أو فقدان المناعة و الذي يتمثل في الضعف الشديد (Immune Deficiency) والذي يصيب الجهاز المناعي للإنسان مما يعرضه للأمراض و الأورام السرطانية.

المكتسب : (Acquired)و هو تميز لهذا المرض عن مرض فقدان المناعة الوراثي؛لأنه يكتسب بسبب عوامل طارئة غير وراثية.

وعليه فان **السيدا:**هو مرض يسببه فيروس يدمر الجهاز المناعي في جسم الإنسان فيجعله عرضة للأمراض القاتلة و الأورام السرطانية و هو مجموعة أعراض متعددة العوامل لها تعريفها الخاص. حيث يقسم المرض إلى أربعة مراحل تبدأ من لحظة العدوى المبدئية بالفيروس حتى الوفاة التي هي النهاية الحتمية للمرض و هي كالتالي :

- **مرحلة العدوى المبدئية:** وهي عبارة عن عرض Symptôme أو مجرد إشارة عابرة للمرض سرعان ما تختفي وفي هذه الحالة المبكرة من المرض يمكن التعرف معمليا على الأجسام المضادة Antibodies لفيروس الايدز من عينات دم هؤلاء المرضى في فترة من 2–7 أسابيع بعد التعرض للعدوى

- **المرحلة الثانية:** و يسمى فيها الشخص انه حامل للفيروسporteur –Asymptomotique، و هو يحمل الفيروس دون أي أعراض إكلينيكية[1]، وفي هذه المرحلة يمكن أن تنتقل العدوى إلى الأشخاص الآخرين، كما أثبتت الدراسات الطبية و المعملية انه عن طريق العلاج بالأدوية من نوع AZT أو DDi يمكن إطالة هذه الفترة الصامتة التي يسمى الشخص خلالها séropositive انه معدي وليس مريضا.

[1] عبد علي الخفاف:جغرافية الايدز في العالم ،مرجع سابق ،ص22

-**المرحلة الثالثة** : و يسمى فيها الشخص بالادينوباتس ، وهي تمتد بدورها **للمرحلة الرابعة** التي تنقسم إلى خمسة مراحل من أ إلى ه أو A-E طبقا لتفاقم الآلام و الأعراض المرضية،وفيها يظهر السرطان والتهابات الرئة نتيجة انخفاض مستوى الخلايا اللمفاوية السعترية T-Helper-Lymphocyte و تكون الغدد اللمفاوية أكثر الأعراض شيوعا.

أما في الولايات المتحدة الامركية فان التعريف التي تبنته سنة 1993 قد قام على القياس مدى انخفاض أو انحدار نسبة الدفاع المناعي للجسم اعتبارا من اللحظة التي يقل فيها مستوى الخلايا اللمفاوية السعترية Lymphocyte-T4 عن 200 في المليمتر المكعب[1] ، هذا التدني أو النقص يبدأ عند الأشخاص الذين مازالوا في المرحلة الثانية وفق التعريف السابق وبالتالي لم يكونوا قد دخلوا في طور المرض الفعلي ، وعندما يصل الشخص إلى المرحلة الرابعة من المرض يكون مستوى الخلايا اللمفاوية السعترية قد انخفض إلى 100 مليمتر المكعب ،وباختصار يمر مريض بالايدز (السيدا) بمرحلتين :

– **المرحلة الأولى** :وهي الفترة الصامتة و يكون المصاب خلالها حاملا للفيروسséropositive قادر لنقل العدوى إلى الآخرين لان الفيروس المسبب للمرض يتخفى ويتلون و لا يظهر إلا بعد فترة طويلة قد تمتد 12سنة كما أثبتت الأبحاث أن الفيروس ينتمي إلى عائلة الفيروس المتراجع و هو rétrovirus وهو الأخطر لأنه يتغير وينقلب من وقت لأخر،و للفيروس قدرة كبيرة على تغير تركيبة الجيني Mutation ثم أن الكثير من الصفات التركيبية و المكونات التحليلية لهذا الفيروس لا تزال مجهولة و لا يتشابه معه في ذات الخصائص إلا الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي الوبائيVHC.

[1] احمد السعيد الزقرد : تعويض ضحيا مرض الايدز و الالتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث ،مرجع سابق ،ص25

-**المرحلة الثانية:** وفيها قد يدخل الشخص طور المرض الفعلي SIDA-AIDS

و ذالك عندما ينشط لفيروس ليدمر جهاز المناعة.

- **خصائص فيروس السيدا**

يتميز فيروس السيدا عن غيره من الفيروسات بمجموعة من الخصائص التي تجعل منه خطرا يهدد الإنسان، وهذه الخصائص هي :

- إن فيروس السيدا ضعيف جيدا يصعب التعامل معه
- فيروس السيدا لا يقاوم الجفاف
- فيروس السيدا لا يقاوم ارتفاع درجة الحرارة
- ان فيروس السيدا لا يفارق الإنسان المصاب به بل يتعايش معه حتى الممات
- لا يستقر هذا الفيروس على شكل أو صورة معينة فانه يختفي بسرعة داخل الخلايا و يعمل على تدميرها كما يتطور تطورا سريعا و لا يمكن استخراجه من الخلايا الا بموتها ولعل هذا هو السبب في عدم التوصل حتى الآن لعلاج يقاوم هذا المرض.
- يصبح الشخص معديا بمجرد دخول الفيروس إلى البدن
- إن هذا الفيروس يموت فورا إذا ما تعرض إلى الشمس أو الهواء أو المطهرات وحتى الصابون ولكن إذا بقي في الدم أوفي بعض الإفرازات فيمكن أن يبقى مدة طويلة ، فإذا بقي في مكان مثلج فانه يعود و لو بعد عشر سنوات [1].

[1] احمد محمد لطفي احمد :الايدز و اثاره الشرعية و القانونية،الاسكندرية ،دار الفكر الجامعي، الطبعة الثانية ،2011 ، ص38

- الفرق بين مرض السيدا و العدوى بالسيدا

يكمن الفرق بين مرض و العدوى في ظهور الأعراض لان ظهور اعرض مرض السيدا على شخص ما هو ما يعبر عنه بأنه مصاب بمرض السيدا ،و هذا الأمر لا شك انه يختلف عن العدوى بالسيدا ؛إذ إن العدوى بالسيدا يمكن أن تنتقل للإنسان دون أن تظهر عليه أية أعراض للمرض لسنوات طويلة. فالإنسان يمكن أن يكون حاملا للفيروس المسبب لمرض السيدا بعد أن انتقلت إليه العدوى بوسيلة ما و لا يظهر عليه ما يشير إلى الإصابة بالمرض لسنوات طويلة، وهذه المرحلة تتسم بمهاجمة الفيروس لجسم الإنسان و يبدأ بإتلاف الجهاز الدفاعي المتمثل في جهاز المناعة؛ فيصبح عرضة للإصابة بالأمراض التي تسببها الجراثيم الانتهازية التي لا تصيب إلا فاقدي المناعة و الأورام السرطانية التي تؤدي إلى الموت، لابد من ملاحظة أن الفيروس المهاجم قد يبقى كامنا لعدة سنوات ،و يصبح المصاب بالعدوى ناقلا لها مدى الحياة بالرغم مما يبدو عليه سليما في الظاهر.[1]

-اهم الاعراض السريرية للمصاب بفيروس السيدا

إن المصاب بفيروس السيدا قد نجده بمظهرين هما

1:المظهر المخادع :لقد اشرنا سابقا إلى أن الإنسان يمكن أن يكون حاملا للفيروس المسبب لمرض السيدا بعد أن انتقلت إليه العدوى بوسيلة ما و لا يظهر عليه ما يشير إلى الإصابة بالمرض لسنوات طويلة ،و هذه المرحلة التي يظهر فيها المصاب سليما تحمل خطورة كبيرة؛لان الناس سيتعاملون معه كما لو كان سليما حقيقة من غير أن يحترزوا منه؛مما يسهل انتقال العدوى إلى الأصحاء ، و من ثم انتشار الفيروس السيدا.[2]

[1] احمد السعيد الزقرد : تعويض ضحيا مرض الايدز و الالتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث ،مرجع سابق،ص25-26
[2] ياسين عبد اللطيف :الايدز أسبابه والوقاية منه و آثاره النفسية والاجتماعية ،مرجع سابق،ص15

2: مظهر شخص مريض

بمجرد تطورفيروس السيدا في الشخص المصاب تظهر عليه الأعراض التالية لابسط الامراض[1] :

- التعب الشديد والوهن والانحطاط ،والشحوب وظهور بعض الشلول الدماغية ونقص المقوية العضلية
- ارتفاع درجة الحرارة والتعرق الليلي بسبب اضطراب المركز الدماغية العليا
- نقص الشهية لطعام ،وفقدان الوزن ،واضطرابات هضمية ،وإسهال شديد يدوم أكثر من شهر .
- وجود أعراض مرضية لعوامل ممرضة ثانية انتهزت مقاومة المصاب فنشطت

مثل :الالتهابات الرئوية الشديدة ،وضيق التنفس ،تسارع القلب ،ازرقاق النهايات بسبب نقص أوكسجين التنفس

- ضخامة العقد اللمفاوية و تخرب الجهاز المناعي، وخاصة الخلايا اللمفاوية T4 وهي المسئولة عن المناعة، فتبلغ T8/T4 اقل من واحد
- اضطرابات متنوعة ،نفسية،هضمية،جلدية ،عصبية.

ثانيا : طروق انتقاله

- وسائل و طرق انتقال العدوى بفيروس السيدا vih/sida

نظرا لكون فيروس السيدا كائن دقيق لا يرى إلا بالمجهر الالكتروني ،و ينتقل من الإنسان إلى غيره بواسطة سوائل البدن التي تحتوي عليه، وهي بدرجة الأولى السوائل الجنسية والدم فلقد تم اكتشاف وعزل فيروس العوز المناعي البشريVIH من دم ومن مصل ومن سوائل الجسم المختلفة بما فيها المني، وسائل عنق الرحم و المهبل و لبن الثدي والدموع واللعاب وان عزل الفيروس من احد سوائل الجسم لا يعني حتما أن لهذا السائل شانا في نقل العدوى ،إلا أن الدراسات الوبائية التفصيلية

[1] محي الدين طالو العلبي:الايدز و الأمراض الجنسية،مرجع سابق،ص95

التي أجريت في شتى أنحاء العالم قد أثبتت أن العدوى بالسيدا تنتقل من المريض إلى السليم عن طريق سوائل الجسم كالدم و المني والإفرازات عنق الرحم و المهبل و غيرها ،و قد أثبتت الدراسات الوبائية أن وسائل انتقال الرائيسية هي:

1- الاتصالات الجنسية

2- تلوث الدم بنقل الدم الملوث والحقن الملوثة والأدوات الثاقبة للجلد

3- انتقال الفيروس أثناء الولادة ،من الأم المصابة إلى الطفل

1 ــ الاتصالات الجنسية

إن انتقال العدوى عن طريق الاتصال الجنسي بشخص يحمل الفيروس تعد أكثر الطرق شيوعا لانتقال السيدا و الأرجح انه يسبب90% من حالات العدوى[1] و إن معظم الإصابات تكون بين الفئات التالية:

-**الشاذون جنسيا:** إن انتقال المرض يكون بشكل عام عن طريق الجنس وهذا يدل على أن وجود هذا المرض مرتبط ارتباطا وثيقا بوجود الشذوذ الجنسي التي تمثل 90% من مجموع المصابين ،و كذا وجود نشطات جنسية شاذة ودعارة جنسية كثيرة وهذا يتمشى أيضا مع وجود شروط وظروف خاصة مشجعة لهذا السلوك[2] وهذا طبعا بعيدا عن الطبيعة الإنسانية والفطرة الإلهية كما تؤكد الدراسات أن 70-80% من المصابين هم من الرجال و 30% منهم للواطون الذين يأتون الذكور أمثالهم ،ومنهم فئة يكون الذكر فيها فاعلا ومفعول به في نفس الوقت، في حين أصبح الشذوذ الجنسي عندهم عادة وتسلية أما الذين يأتون النساء في أدبارهن فيشكلون 10% تقريبا وغالبا ما يكون هؤلاء الشاذون مدمنين على المخدرات والكحول[3] .

---

[1] عبد علي الخفاف،مرجع سابق، ص73

[2] احمد السعيد الزقرد،مرجع سابق ،ص13

[3] محي الدين طالو العلبي:الايدز و الأمراض الجنسية،دار الهدى ،عين مليلة ،الجزائر،الطبعة الثانية،1989، ص48

-الأزواج الذين يمارسون الحياة الجنسية الطبيعية: تمثل نسبتهم 60% بحيث يكون احد الزوجين قد أصيب بالسيدا بسبب الزنا و الدعارة مع شريك آخر غير زوجه و هذه النسبة أخذة بالارتفاع في كل أنحاء العالم و بالأخص البلدان العربية

2-تلوث الدم بنقل الدم الملوث والحقن الملوثة والأدوات الثاقبة للجلد

تشير الدراسات الطبية إلى أن حالات الإصابة بالسيدا عن طريق نقل الدم أو مشتقاته لا تشكل سوى نسبة صغيرة تتراوح مابين 2-5% من مجموع الإصابات في بداية الوباء عبر بنوك الدم كما يتضح من الدراسات التي أجريت على حوادث التعرض لحقنة واحدة، إن خطر العدوى يرتبط باللقاحة، فالذين يتلقون وحدة واحدة من دم شخص مصاب بالفيروس يتعرضون بشدة للعدوى بنسبة 90% تقريبا ، وقد تبين حتى الآن أن ما يؤدي إلى العدوى بالفيروس هو الدم الكامل و مكونته الخلوية (الكريات) و البلازما و عوامل التجلط و لم تثبت العدوى بالمشتقات الأخرى المستحضرة من الدم (الغلوبلينات المناعية، و الألبومين و أجزاء بروتين البلازما) كما أكدت الدراسات أن العدوى من شخص مريض إلى آخر سليم يحدث عادة من استعمال حقن ملوثة من زرع إلى زرع أو كإصابة من إصابات عمل وذلك على النحو التالي :

-استعمال حقن ملوثة من زرع إلى زرع

تؤكد الإحصائيات أن 30% من المصابين بمرض السيدا انتقل الفيروس إليهم عبر حقن المخدرات "الماكستون فورت" على سبيل المثال بإبر الملوثة وبطريق غير مباشر من خلال ارتباطها بالبغاء ، أو عن طريق الخطأ الطبي وحتى بعد اكتشاف حقن البلاستيك التي تعطى مرة واحدة ،تبقى عوامل الانتقال العدوى قائمة في عيادات الأسنان مثلا ، وفي استخدام الآلات و الأدوات الجراحية غير المعقمة أو الملوثة بالفيروس.

– التلقيح الاصطناعي: ويتم من خلاله نقل السائل المنوي من الرجل إلى رحم الأنثى بقصد الإنجاب، وإذا كان الرجل مصابًا بالسيدا انتقلت العدوى أي المرض إلى المرأة التي تنقل إلى رحمها السائل المنوي .

3– انتقال العدوى من الأم إلى الجنين

يحدث هذا النمط من العدوى أثناء الولادة أو قبل ميلاد الجنين أو أثناءه أو بعده بقليل وبالرغم من تأكد انتقال العدوى في هذه الفترات الثلاثة فان الأهمية النسبية لكل منها لم تتحدد بعد ،و عليه فان التقارير الطبية تؤكد أن العدوى تنتقل من الأم إلى الطفل بنسبة من 30% إلى 40% إذا كانت الأم لازالت في الفترة الصامتة أو فترة حمل الفيروس Séropositive وتصبح النسبة أعلى من ذالك إذا كانت الأم قد دخلت مرحلة المرض الفعلي،كما تؤكد الدراسات الطبية أن أعراض و علامات المرض سرعان ما تظهر وتتطور عند الطفل الوليد و ان50% من هؤلاء الأطفال يدخلون في المرض فورا ويموتون في عمر ثلاث سنوات في أوروبا و سنة واحدة في إفريقيا[1] ، ومن الممكن أن ينتقل الفيروس من الرضيع أو الأم غير المرضعة أيضا إذا كانت فرص التماس بينهما كثيرة ، وهنالك حالات خاصة نادرة نجمت فيها الإصابة عند الأطفال الذين تم تلقيح أمهاتهم صناعيا كأطفال الأنابيب ،فإذا كان السائل المنوي من رجل مصاب أو وضعت البيضة الملقحة في رحم امرأة مصابة بالايدز ينتج عن ذالك طفل مصاب .

وقد تبين أن عدد الأطفال حديثي الولادة قد بلغ 1.49 مليون رضيع مولودين من أمهات مصابات لسنة 2010 م و قد تلقى 42% منهم مضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس للجنين سنة 2010م عوض 32 % سنة 2009م[2]، وكنتيجة مما سبق ذكره إن معظم الدراسات أن فيروس السيدا

[1] محي الذين طالو العلبي، مرجع سابق ، ص49

[2] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA – Le point sur l'épidémie et sur le progrès du secteur de santé vers un accès universel – extraits du Rapport de situation 2011 , p18

ينتقل عن طريق الجنس بنسبة 77% و أن 69% من هذه النسبة انتقل فيها الفيروس عن طريق الممارسة الجنسية الطبيعية و8% فقط عن طريق الشذوذ الجنسي والسبب الثاني للعدوى مباشرة عن طريق نقل الدم ونسبته 15% بينما ينتقل المرض عن طريق تعاطي المخدرات بالوريد بنسبة 6% بينما 2% فقط من حالات العدوى حدثت أثناء الولادة، كما تختلف نسبة العدوى المذكورة سابقا من مكان الأخر وحتى من مجتمع محلي لأخر داخل القطر الواحد، كما لم تتوفر بيانات تشير إلى انتقال المرض عن طريق الحشرات أوالطعام أوالماء أو دورة المياه أو حمامات السباحة أو المقاعد أو الدموع أو أدوات الأكل والشرب المشتركة وغيرها من الأشياء مثل الملابس المستعملة أو أجهزة الهاتف، وهذا ما دلت عليه التجارب والأبحاث العلمية و التي تؤكد على أن الفيروس المسبب للسيدا ضعيف جدا خارج الجسم .

- **الطرق التي لا تنتقل بها العدوى ويضن انها تنقلها:**

من الأهمية معرفة طرق و وسائل التي لا تنتقل بها العدوى، وقد يظن البعض أن العدوى تنتقل بها و الأمر غير كذالك ، و من هده الوسائل ما يلي :

1. اللمس أو المصافحة أو العناق.
2. الاتصالات الشخصية في محيط الأسرة أو العمل أو المدرسة أو المجتمع.
3. النفس أو العرق أو الدمع ،فلا تنتقل العدوى عن طريق السعال أو العطس،و مع احتمال انتقال العدوى باللعاب ضئيل جدا إلا انه يثير الكثير من المخاوف.
4. استخدام الوسائل المشتركة كحمامات السباحة،و المراحيض و المقاعد،و الملابس المستعملة،و أجهزة الهاتف،و آنية الطعام و الشراب.
5. لدغات الحشرات كالبعوض و الناموس و غيرها..

المبحث الثاني : لمحة تاريخية لتطور وانتشار السيدا

تمهيد:

من المعروف أنه لفهم أي ظاهرة اجتماعية لا بد من العودة إلى أصولها التاريخية وكيفية تطورها، أي من خلال الغوص في اعماق الظاهرة و الكشف عن نشاتها و تطورها؛و من ثم فان البحث في مشكلة السيد، كمشكلة عالمية لا تعبر عن الأسلوب تاريخي فحسب، و إنما كذلك عن الأرقام نظرا لتفاقم حجم المشكلة في العالم،فان تتبع المسار التاريخي لهذه المشكلة في مختلف المجتمعات سوف يعكس لنا الصورة الحقيقية و الشاملة لمدى خطورته ، و من ثم يصبح من السهل اجراء مقارنة بسيطة لفهم كيف كانت عليه و ماهي عليه اليوم في كل المجتمعات عموما و المجتمع الجزائري على وجه الخصوص وعليه قمنا من خلال هذا المبحث بطرح مختصر حول تاريخ نشأته و كذا الوضعية الوبائية لفيروس السيدا المنتشرة بين البلدان النامية و المتقدمة على حد سواء.

اولا: لمحة تاريخية للسيدا

- **نشاته**

لكل مرض جذور واصل بيولوجي واجتماعي وجغرافي يبدأ التعرف عليه عند ظهوره لأول مرة ، و المعلوم من الحوادث المسجلة في المجلات الطبية سنة1981 أن مرض فقدان المناعة المكتسبة SIDA [1] قد عرف لأول مرة عند إصابة خمسة من الشبان الأمريكيين بنوع نادر جدا من الالتهابات الرئوية هذه الالتهابات كان سببها من فطر الخميرة الذي أصاب الأغشية المخاطية عند هؤلاء الشبان . بحيث لم تكن هذه الحادثة الوحيدة بل كانت هناك حوادث مشابهة في التشخيص ، في مناطق عديدة من الولايات المتحدة الأمريكية ،فلاحظ العلماء حادثة أخرى، فكانت إصابة شادين جنسيا من الأمريكيين

[1]Luc Montagnier، Robert gallo : le sida، paris، éd bibliothèque pour la science، 1998، p45

بنوع نادر من السرطان الجلدي المنتشر عادة في إفريقيا الاستوائية ولا يصيب إلا المسنين واسمه سار كوما كابوسي نسبة إلى الطبيب النمساوي الذي اكتشافه وفي خلال 30 شهر تضاعف العدد و وصل ال26 حالة مصابة بسار كوما كابوزي والالتهابات الرئوية عند شباب ذو شذوذ جنسي في نيويورك وكاليفورنيا، وعليه توصلوا أن الشيء المشترك بين تلك الحالات كلها هو الشذوذ الجنسي (اللواط).

كما صرحت التقرير العلمية والطبية عن وجود إصابات مشابهة في ببلدان متعددة كما تدل هذه التقرير على أن عدد هذه الإصابات يزداد وينتشر بصورة سريعة و أصبحت تشكل خطرعلى الإنسانية[1]، أما أدبيات والتقرير الطبية ترجع أول حالة في أمريكا لسنة 1952 إلا أنها لم تكن مؤكدة في التحاليل البيولوجية .

أما الحالة الثانية و مؤكدة بيولوجيا ترجع لأوروبا (مونشيستر) سنة 1959 [2]وهذا ما يدل عن عدم تمكنهم من تحديد الأصل الجغرافي للفيروس لهذا يتواجد بطريقة وبائية في مناطق واسعة في أمريكة الشمالية والجنوبية ، وعليه انتشر المرض في آن واحد في إفريقيا والولايات المتحدة الأمريكية ومن هنا بدأت الأبحاث تتجه نحو دراسة مصدر الفيروس أي من أين ظهر فيروس السيدا ؟ ومن يتحمل مسؤولية نقله في الدرجة الأولى؟ وفي هذا المجال برزت نظريات عديدة نشرت في المجلات العلمية يدافع خلالها أصحابها عن معتقداتهم التي غالبا ما يثبتونها بتجارب و أبحاث.

فعالم الفلك البريطاني (فريدهويل) ينظر إلى انتشار الايدز على الكرة الأرضية نظرة فلكية[3] بحيث يقول بان هناك شهاب حاملة للفيروس السيدا و عند مرورها بالقرب من الغلاف الجوي للأرض تسقط مع مياه الأمطار حيث تنتقل بعدها إلى الإنسان،مما دفع ببعض العلماء إلى انتقادها و اعتبارها خيالية ،

[1] Luc Montagnier، Robert gallo، opcit، p46

[2] Michèle barzach : vérités et tabous، éditions du seuil، janvier1994، p124

[3] معن مظهر ريشا ،مرجع سابق ،ص42

وبعيدة عن الواقع، أما الدكتور جوناثان ويبر، العامل في هذا الحقل في معهد أبحاث السرطان في لندن ،طرح ستة احتمالات لظهور فيروس الايدز المفاجئ و هي:

1- من الجائز أن يكون فيروس الايدز قد انتقل إلى الأرض من الفضاء الخارجي

2- انه من الجائز أن يكون فيروس الايدز يصيب الحيوانات فقط ،ثم انتقلت إلى الإنسان

3- من الجائز أن يكون فيروس الايدز قد انتقل من المناطق النائية إلى المناطق الأكثر حضارة نتيجة عوامل مجهولة

4- بان الفيروس كان موجودا سابقا لكن اكتشافه قد تأخر

5- بان الفيروس قد ثم تصنيعه و التلاعب بتركيبه

6- أما احتمال السادس انه يجوز أن الفيروس كان موجودا لكنه بفعل عوامل معينة قد تطور من سلالة إلى أخرى هذه الاحتمالات ليست حكرا على الدكتور ويبر ،بل هي اختصارات لتجارب متعددة أجريت في عدة بلدان انتشر فيها هذا الوباء.

لذا وانطلاقا من هذا ،إن العلماء قد انقسموا إلى مؤيد لهذه الاحتمالات و معارض لتلك،على سبيل المثال فان العالمين الفرنسيين جاكوب و سيجال و هما من العاملين القدامى في مجال أبحاث مرض الايدز يؤكدان الاحتمال القائل بان فيروس هذا المرض قد ثم تصنيعه والتلاعب به حتى أضحى على درجة من الخطورة لأغراض عسكرية من ضمن سياسة البنتاجون[1] و يقول هذان العالمين بان السياسة الأمريكية التي ينتهجها البنتاجون (وزارة الدفاع)،قد أنشأت في الولاية ميرلاند مختبرا لإجراء التجارب على جينات عدد من المساجين، واعدة إياهم بإطلاق سراحهم فور الانتهاء من الاختبارات،ثم إنشاء هذا المختبر الصناعي سنة1977 ، وبالفعل فقد اخضع المساجين لهذه التجارب و أصبحوا أول ناقلين لعدوى هذا المرض ، أما البروفيسور الشهير ايفون بيرول الذي أجرى دراسة مفصلة حول

[1] معن مظهر ريشا :مرجع سابق ،ص43

مرض الايدز فيعتقد بان فيروس الايدز انتقل إلى الولايات المتحدة الأمريكية من جزيرة هايتي باعتبارها موقع جغرافي هام لسياحة بالنسبة للأمريكيين يقول البروفيسور في دراسته أن السياح الأمريكيين قصدوا هذه الجزيرة طلبا للمتعة الجنسية بالتقائهم مع اللوطيين من رجال محترفين ثم نشروها في مجتمع الشاذين جنسيا في نفس الولايات المتحدة الأمريكية ثم بلدان أوروبا الغربية.

في حين توجهت أنظار بعض العلماء في حقل أبحاث مرض الايدز إلى إفريقيا باعتبارها مصدر نشوء مرض الايدز فقد دلت على أن مرض الايدز كان منتشرا في قارة إفريقيا قبل انتقاله إلى الولايات المتحدة الأمريكية و بلجيكا والدنمرك وسويسرا وبلدان أوروبا الغربية ، وهناك أيضا من أكد أن مصدر نشوء مرض الايدز تزامنا مع الحملات الطبية في اكتشاف اللقاح ضد الأمراض المعدية مثل الملا ريا والطاعون ...لخ وخاصة مرض السرطان .

إن كل هذه الوقائع دفعت بالعلماء و العاملين في هذا الحقل إلى البحث عن مصدر هذا الفيروس مستعملين لهذا الغرض تقنيات متطورة لفحص عينات من دم المختزنة في بنوكها لمدة طويلة[1] ،

إن تحليل هذه العينات كشف عن وجود فيروس الايدز في عينات قديمة يعود تاريخها لسنة 1936م و1972م و1973م مما دفع الباحثين إلى الافتراض التالي :

إن فيروس الايدز كان موجودا ولو بندرة قبل عام 1978 م،لكنه تطور و انتشر بكثرة في إفريقيا قبل انتقاله إلى باقي البلدان ربما بواسطة الحيوانات التي تعيش في إفريقيا ،هذه النظرية كانت سببا في إرسال بعثة طبية من قبل جامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية برئاسة الدكتور أكسس بهدف دراسة دقيقة للقرود ،ونتيجة هذه الأبحاث توصل الدكتور وبعثته إلى اكتشاف مرض يصيب احد أصناف القرود ، وهو مشابه تماما لمرض الايدز الذي يصيب الإنسان ، أما عند صنف آخر من القرود ،توصلت البعثة إلى عزل فيروس من مصل هذه القرود،مشابه للفيروس الذي يحدث العدوى

[1] ياسين عبد اللطيف:مرجع سابق،ص45

للإنسان ،الفارق الأهم والذي لفت انتباه البعثة هو التعايش السليم بين جسم القرد و الفيروس المعزول دون حدوث أعراض المرض ،وتبين نتيجة الدراسة انه شديد التشابه بفيروس الايدز و خلصت إلى القول بان الفيروس موجود في إفريقيا منذ عشرين سنة وهو يتعايش سلميا مع القرود ثم تم انتقال الفيروس إلى الإنسان عن طريق الخدوش [1] ،ومنها انتشر بين عامة الناس ،خاصة الشادين جنسيا، و هذا ما دفع بالكثير من النظريات إلى اعتبار الشذوذ الجنسي مظهر من مظاهر القرن العشرين ، وسلوكا كان سبب في انتشار مرض السيدا كما دفع بالعديد إلى اعتبار الأفارقة مصدر هذا الوباء هذا من ناحية أهم النظريات التي تبحث في جذور أو الأصل الجغرافي لمرض السيدا.

أما من ناحية الأصل البيولوجي فقد سبق و أن ذكرنا سابقا انه تم اكتشاف الفيروس المسبب لمرض السيدا بفضل اكتشافات المعهدين سوية (معهد بستور الباريسي و الذي يترأسه العالم البيولوجي لوك منتاني و المعهد الصحة القومي و الذي يسمى وحدة دراسة السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية برئاسة العالم البيولوجي غالو)، ومن تم أصبح واضحا أن فيروس VIH هو سبب السيدا والأعراض المرافقة ، وهو ينتمي إلى مجموعة الفيروسات الراجعة،وهذه الفيروسات تحتوي على الحمض النووي (RNA) لذالك فإنها تستخدم في نسخ مثيلاتها عن طريق النسخ العكسي للحمض الريبي المنقوص الأكسجين (DNA) ، و ذالك بواسطة أنزيمات غير عادية ،و هي أنزيمات معاكسة للترانس كريبتاز،وفيها ينشا ح.ن.م.من ح.ن ،ولذالك تستطيع فيروسات (VIH) أن تصنع مثيلاتها من ذخيرتها الوراثية من ح.ن.م.(DNA) لخلايا الإنسان اللمفاوية من نوع T4 [2] مما يسهل على العاملين في هذا المجال من إيجاد فرص عديدة لاكتشاف علاج أو لقاح يحدان من انتشار هذا الوباء.

أما من ناحية الأصل الاجتماعي يقترن نشوء مرض السيدا وانتشاره بجملة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فهناك من يرجعها للظروف السياسية والاجتماعية السيئة التي تعمل على خلق

[1] مرجع سابق ،ص46
[2] معن مظهر ريشا : مرجع سابق،ص67

بيئة مشجعة على انتشار المرض وكذا إلى لتفكك البني السياسية والاجتماعية و الأسرية التي تعمل على خلق سلوكيات منحرفة و نظرا لارتباط السيدا بشذوذ الجنسي هناك من يرجعها إلى المعتقدات الدينية بحيث ينظرون إلى المصابين و كأنهم جماعة تستحق الإصابة والعذاب وهذا في تعديهم إلى هذه السلوكيات الممنوعة دنيا اجتماعيا .

ومن هنا نستطيع القول أن تعدد النظريات وتنوع الآراء حول المرض جعلنا لا نستطيع أن نوضح الأصل أو جذور مرض السيدا لأننا لا نملك أي دليل علمي واضح يثبت صحة هذا النظريات والآراء فالطب وما يحمل من شعائر إنسانية تخطى كل هذه المعتقدات والنظريات وراح يبحث عن كيفية الحد من انتشار هذا المرض.

ثانيا: أنماط الصورة الوبائية لمرض السيدا

تتخد الصورة الوبائية لمرض السيدا ثلاث انماط[1] يختلف كل نمط منها عن الاخر ،ويختلف كذالك باختلاف البلدان التي ينتشر فيها و هذه الانماط هي :

-النمط الأول

يتميز انتشار هذا النمط باقترانه بالاقتصاديات الرأسمالية الصناعية المتقدمة أين تكون عدد الحالات مرتفعة، كحالة فرنسا و بعض بلدان أوروبا الغربية ،و ولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك وكندا ونيوزلندة الجديدة و بعض مناطق أمريكا الاتينية ،أين بدء فيروس العوز المناعي البشري VIH بالانتشار في نهاية عام 1970م بين من يمارسون الشذوذ الجنسي وبمدمني المخدرات لاسيما بين الذكور،أين تحصل غالبا من خلال علاقات الجنسية اللوطية ومن خلال حقن المخدرات بالوريد.

[1] Luc Montagnier، Robert gallo:opcit،p57

-النمط الثاني

يسود هذا النمط في بعض مناطق وسط وجنوب وشرق إفريقيا، و في عدد من البلدان النامية في أمريكا الاتينية خاصة في أقطار البحر الكاريبي، كما في البلدان النمط الأول بدا هذا الفيروس (VIH) بانتشار في نهاية عام 1970محيث أن معظم الأشخاص المصابين بالعدوى هم من البغايا أي عن طريق الاتصالات الجنسية الطبيعية بين الذكور و الإناث ،و أن النساء هم أكثر عرضة للإصابة من الرجال و نادرا ،ما تكون العدوى عن طريق العلاقات الجنسية اللوطية و من خلال حقن المخدرات.

-النمط الثالث

يرتكز هذا النمط في شرق اروبا و شمال إفريقيا و شرق الأوسط و بعض أقطار المحيط الهادي باستثناء استراليا و ونيوزلندة الجديدة ، وقد دخل الفيروس (VIH) في هذه المناطق مابين1980مو1985م بحيث أن عدد حالات مرض السيد المبلغ عنها قليلة و أن أغلبية الأشخاص المصابين هم الذين سنحت لهم فرصة السفر إلى المناطق من النمط الأول أوالنمط الثاني أو اتصلوا جنسيا بأفراد مصابين ، وتنتقل العدوى هنا بشكل رئيسي بالاتصالات الجنسية بين أفراد الجنس الواحد أو بين الجنسين على حد سوى أو عن طريق نقل الملوث ، ومن هذه الزاوية يمكن تقسيم مشكلة انتشار السيد في العالم حسب الجدول التالي :

جدول رقم (11) : توزيع حالات الإصابة بفيروس السيدا و مرض السيدا و الأنماط الوبائية في مناطق العالم لسنة 2001م و2010م[1]

مناطق العالم	عدد الأشخاص المتعايشين بفيروس السيدا (VIH)	عدد الإصابات الجديدة بفيروس السيدا(VIH)	(sida)عدد الوفيات بالسيدا	نسبة انتشار فيروس السيدا عند البالغين (%)	طرق الرئيسية لانتقال العدوى
إفريقيا جنوب الصحراء					
2001	**20 500 000** *[19 100 000–22 200 000]*	**2 200 000** **[2 100 000–2 400 000]**	**1 400 000** **[1 300 000–1 600 000]**	**5,9** **[5,6–6,4]**	**اتصال جنسي متغاير**
2010	**22 900 000** **[21 600 000–24 100 000]**	**1 900 000** **[1 700 000–2 100 000]**	**1 200 000** **[1 100 000–1 400 000]**	**5,0** **[4,7–5,2]**	
جنوب وجنوب شرق أسيا					
2001	**3 800 000** **[3 400 000–4 200 000]**	**380 000** **[340 000–420 000]**	**230 000** **[200 000–280 000]**	**0,3** **[0,3–0,4]**	**اتصال جنسي متغاير**
2010	**4 000 000** **[3 600 000–4 500 000]**	**270 000** **[230 000–340 000]**	**250 000** **[210 000–280 000]**	**0,3** **[0,3–0,3]**	
شرق أسيا					
2001	**380 000** **[280 000–530 000]**	**74 000** **[54 000–100 000]**	**24 000** **[16 000–45 000]**	**<0,1** **[<0,1–0,1]**	**1-اللواط** **2-حقن العقاقير** **3-اتصال جنسي متغاير**
2010	**790 000** **580 000–1 100 000]**	**88 000** **[48 000–160 000]**	**56 000** **[40 000–76 000]**	**0,1** **[0,1–0,1]**	
أمريكا اللاتينية					
2001	**1 300 000** **[1 000 000–1 700 000]**	**99 000** **[75 000– 130 000]**	**83 000** **[50 000– 130 000]**	**0,4** **[0,3–0,5]**	**1-اللواط** **2-حقن العقاقير** **3-اتصال جنسي متغاير**
2010	**1 500 000** **[1 200 000–1 700 000]**	**100 000** **[73 000– 140 000]**	**67 000** **[45 000– 92 000]**	**0,4** **[0,3–0,5]**	
أمريكا الشمالية					
2001	**980 000** **[780 000–1 200 000]**	**49 000** **[34 000–70 000]**	**19 000** **[15 000–24 000]**	**0,5** **[0,4–0,7]**	**1-اللواط** **2-حقن العقاقير** **3-اتصال جنسي متغاير**
2010	**1 300 000** **[1 000 000–1 900 000]**	**58 000** **[24 000–130 000]**	**20 000** **[16 000–27 000]**	**0,6** **[0,5–0,9]**	
أوروبا الغربية و الوسطى					
2001	**630 000** **[580 000–690 000]**	**30 000** **[26 000–34 000]**	**10 000** **[9 500–1 100]**	**0,2** **[0,2–0,2]**	**1-اللواط**

[1] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA: opcit , p49

2010	840 000 [770 000–930 000]	30 000 [22 000–39 000]	9 900 [8 900–11 000]	0,2 [0,2–0,2]	2-حقن العقاقير 3-اتصال جنسي متغاير
أوروبا الشرقية و أسيا الوسطى					
2001	410 000 [340 000–490 000]	210 000 [170 000–240 000]	7800 [6000–11 000]	0,3 [0,2–0,3]	1-اللواط 2-حقن العقاقير
2010	1 500 000 [1 300 000–1 700 000]	160 000 [110 000–200 000]	90 000 [74 000–110 000]	0,9 [0,8–1,1]	
منطقة كريبي					
2001	210 000 [170 000–240 000]	19 000 [16 000–22 000]	18 000 [14 000–22 000]	1,0 [0,9–1,2]	اتصال جنسي متغاير
2010	200 000 [170 000–220 000]	12 000 [9400–17 000]	9000 [6900–12 000]	0,9 [0,8–1,0]	
شمال إفريقيا و الشرق الأوسط					
2001	320 000 [190 000–450 000]	43 000 [31 000–57 000]	22 000 [9700–38 000]	0,2 [0,1–0,3]	1-حقن عقاقير 2-اتصال جنسي متغاير
2010	470 000 [350 000–570 000]	59 000 [40 000–73 000]	35 000 [25 000–42 000]	0,2 [0,2–0,3]	
المجموع					
2001	28 600 000 [26 700 000–30 900 000]	3 100 000 [3 000 000–3 300 000]	1 900 000 [1 700 000–2 200 000]	0,8 [0,7–0,8]	
2010	34 000 000 [31 600 000–35 200 000]	2 700 000 [2 400 000–2 900 000]	1 800 000 [1 600 000–1 900 000]	0,8 [0,8–0,8]	

يكشف الجدول(11) التالي عن استمرار وتفاقم حجم مشكلة السيد في العالم بمختلف الأنماط الوبائية، رغم أن هناك نوع من الهبوط والتوازي في معدل انتشاره في السنوات الماضية وكذا الجهود المبذولة للحد من انتشاره، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن حوالي ثلاثة ملاين حالة من حالات العدوى الجديدة تحدث في كل عام أي حوالي8500حالة عدوى يوميا(7500بين البالغين– 1000بين الأطفال)، كما نلاحظ أن معالم الوبائية للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري و الإصابة بالسيدا في شتى أنحاء العالم تتخذ أنماطا مختلفة كما هو موضح في الجدول(11) ، والتي لا تزال تتسم بثبات في أنحاء العالم وتشير التقديرات أن انتقال المرض عن طريق الأنماط الوبائية قد سجلت 85%عن طريق انتقال

جنسي مما يدل على أن الإصابة بالمرض بدأت تخرج عن نطاق متعاطي المخدرات إلى من يمارسون الجنس دون وقاية و لا سيما في حالات الدعارة و الزنا ،و هو ما يظهره عدد الأطفال الذين يولدون الآن و هم يحملون الفيروس السيدا، لدى تعتبر المرة أو بالأحرى فئة النساء(بعمر15 سنة فما فوق)هم الأكثر عرضة للإصابة حيث تشكل هذه الفئة حسب التقارير[1]50% [48%-53%] إذ تعتبر المرأة في إفريقيا الوسطى و الشمالية أكثر عرضة للإصابة وتمثل نسبة 13.5% بحيث ازدادت نسبة الإصابات الجديدة ب12 حالة بشمال إفريقيا و تقريبا أصبحت إصابة من كل إصابتين بالفيروس هي من بين النساء، فالنساء والبنات هن اقل تعليما من الرجال وأكثر عرضة للعنف الجنسي واقل وصولا إلى الاستفادة من خدمات الوقاية و الرعاية و العلاج من المرض بسبب عدم المساواة في الحقوق و المكانة الاجتماعية.

ثالثا: الوضعية الوبائية لسيدا

- **وضعية السيدا في العالم**

من خلال ما سبق ذكره يتضح أن فيروس السيد كان منتشرا على نطاق واسع في بلدان كثيرة قبل أن يتبين العلماء وجوده، و قبل الإبلاغ عن حالاته الأولى في عام 1981 فقد ظهر في بادئ الأمر كحالات فردية مبعثرة في دول متعددة كالولايات المتحدة و بريطانيا وأوساط إفريقيا ، وقد أثبتت المعلومات المتاحة في تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن عدد الأشخاص المتعايشين بفيروس السيدا شاهد تطورا ملحوظا خلال العشر سنوات الأخيرة حيث سجلت مابين سنة 1990م الى غاية سنة 2010م حوالى 34 مليون [31600000-35200000] شخص متعايش بفيروس السيدا نتيجة توسيع نطاق فرص الحصول على العلاج المضاد للفيروس و يوضح لنا هذا التطورالشكل التالي:

[1] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA: chapitre 2, opcit , p19

جدول رقم (12)[1]:تطور عدد الأشخاص المتعايشين بفيروس السيدا في العالم خلال الفترة ما بين 1990م إلى 2010 م

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
الاشخاص المتعايشين بفيروس السيدا (VIH)	**29,8**مليون [28.1-31.9] مليون	**30,7**مليون [29.0-32.7] مليون	**31,4**مليون [29.7-33.3]مليون	**31,8**مليون [30.2-33.7] مليون	**32,1**مليون [30.5 - 34.0] مليون	**32,4**مليون [**30.8-34.4**] مليون	**32,7**مليون [31.2-34.6] مليون	**33,1**مليون [31.5 -39.4] مليون	**33,4**مليون [31.8 -35.2] مليون	**33,8**مليون [**32.2-**35.6] مليون	**34,2**مليون [32.5 -36.2] مليون	**34,6**مليون [32.8 -36.6] مليون	**35,0**مليون [33.2 -37.2] مليون
الاصابات الجديدة لفيروس السيدا à (VIH)	**3,4**مليون [3.3-3.6] مليون	**3,3**مليون [3.1-3.5] مليون	**3,1**مليون [3.0-3.3] مليون	**3,0**مليون [2.8-3.2] مليون	**2,9**مليون [2.7-3.1] مليون	**2,8**مليون [2.6-3.0] مليون	**2,7**مليون [2,5-2,9] مليون	**2,6**مليون [2.4-2.8] مليون	**2,5**مليون [2.3- 2.7] مليون	**2,5**مليون [2.3-2.7] مليون	**2,4**مليون [2.2-2.6] مليون	**2,2**مليون [2.0-2.5] مليون	**2,1**مليون [1.9-2.4] مليون
الاصابات الجديدة لفيروس السيدا عند (VIH) البالغين	**2,9**مليون [2.7-3.0] مليون	**2,7**مليون [2.5-2.9] مليون	**2,6**مليون [2.4-2.7] مليون	**2,4**مليون [2.3-2.6] مليون	**2,3**مليون [2.2-2.5] مليون	**2,2**مليون [2.1-2.4] مليون	**2,2**مليون [2.1-2.4] مليون	**2,2**مليون [2.0-2.3] مليون	**2,1**مليون [1.9-2.3] مليون	**2,1**مليون [1.9-2.3] مليون	**2,1**مليون [1.9-2.3] مليون	**2,0**مليون [1.8-2.2] مليون	**1,9**مليون [1.7- 2.1] مليون
الاصابات الجديدة لفيروس السيدا عند (VIH) الاطفال	**580 000** [530 000- 640 000]	**580 000** [540 000 - 640 000]	**580 000** [540 000- 630 000]	**570 000** [520 000- 620 000]	**550 000** [510 000 - 600 000]	**520 000** [480 000 - 580 000]	**490 000** [450 000 - 540 000]	**460 000** [420 000 - 510 000]	**400 000** [370 000 - 450 000]	**360 000** [330 000- 400 000]	**330 000** [290 000 - 370 000]	**270 000** [240 000 - 310 000]	**240 000** [210 000 - 280 000]
الوفيات المتعلقة بالسيدا	**2,0**مليون [1.8-2.2] مليون	**2,1**مليون [2.0-2.4] مليون	**2,3**مليون [2.1-2.5] مليون	**2,4**مليون [2.2-2.6] مليون	**2,4**مليون [2.2-2.6] مليون	**2,3**مليون [2.1-2.5]مليون	**2,2** مليون [2.0-2.4] مليون	**2,1**مليون [1.9-2.3] مليون	**2,0** مليون [1.8-2.1] مليون	**1,9**مليون [1.8-2.1] مليون	**1,8**مليون [1.7-2.0] مليون	**1,7** مليون [1.5-1.8] مليون	**1,5**مليون [1.4-1.7] مليون
الاشخاص الذين استفادو من العلاج									**5,2**مليون	**7,4**مليون	**9,0**مليون	**10,6**مليون	**12,9**مليون

[1] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA:Le point sur l'épidémie et sur le progrès du secteur de santé vers un accès universel, Rapport de situation 2011 , p12

كما كشفت الإحصائيات لدى منظمة الصحة العالمية ازديادا حادا في انتشار فيروس ومرض السيد في العالم بين عام 1990م وعام 1997 م و بلغت ذروتها في عام 1997 م بحيث سجلت نهاية سنة 1999 م لوحدها حوالي 33.6 مليوناً شخصا متعايش بفيروس السيدا و 5.6مليون شخص حديثي الإصابة أي مع كل دقيقة تمر يصاب 11 شخصا جديدا بالعدوى ،و توفي منذ أن بداء الوباء 16.3مليون شخص ففي سنة 1999 م توفي ما يقارب 2.6 مليون نسمة (مما يعني وفاة 7123 شخصا يوميا أو 297 شخص كل ساعة أو 5 أشخاص كل دقيقة). في حين بين سنة 2001م الى2013م لوحظ انخفاض ملموس في عدد الإصابات الجديدة المبلغ عنها نتيجة الجهود المبذولة في مكافحة السيدا وكذا توفير العلاج و الدواء للأشخاص المصابين و هذا ما يوضحه الجدول التالي الذي يمثل تطور عدد الوفيات والإصابات الجديدة بفيروس السيدا خلال الفترة ما بين 2001م إلى 2013م.

يوضح الجدول السابق أن السيدا أصبح احد الأمراض المعدية المسببة للوفاة ،بحيث سنة 2007م أصيب حوالي 2.7 مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشرية،وتوفي مليونا شخص من جراء الأمراض المتصلة بالسيدا أي ما يعادل67%من الأشخاص المتعايشين بالفيروس و72%من عدد الوفيات بسبب مرض السيدا، ليصل عدد المصابين به سنة 2008 حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2009 م إلى 33.4 مليون شخص عبر العالم (حيث أصيب 2.1مليون طفل اقل من 15 سنة و 15.7مليون امرأة)،أي أصيب ما يقارب 60مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشري وتوفي أكثر من25مليون شخص بسبب مرض السيدا في الوقت الذي زادت فيه فرص الحصول على العلاج بشكل كبير،حيث بلغت نسبة انتشاره عند الشباب نسبة 0.8%في العالم بزيادة قدرها 17%مقارنة مع عام2001م .

وسجلت خلال سنة 2013 م حوالي 35.0 مليون شخص ،منهم ما يزيد على 60% ممن يعيشون في منطقة إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و بهذا أصبح السيدا حسب ما جاء في التقارير وباء يتفشى في العالم بلا هوادة ، و تعتبر إفريقيا جنوب الصحراء هي الأكثر تضرر حيث بلغت نسبة انتشاره عند الشباب5.2%و هي أعلى نسبة تم تليها أوروبا الشرقية واسيا الوسطى بنسبة 0.7% ،فعلى الرغم من تناقص الوفيات الناجمة عن السيدا ،فان معدل الإصابة بالعدوى اخذ في التزايد بين الأقليات و الفئات السكانية المحرومة من الخدمات ، وقد تضاعفت نسبة الإصابة بين نهاية سنة 2001 م و نهاية سنة 2010 م في دول أوروبا الشرقية المستقلة حديثا بينما يشير التقرير إلى أن الأشخاص الحاملين لفيروس فقدان المناعة المكتسبة البالغ عددهم ثمانية ملايين في العالم يتلقون العلاج المضاد للفيروسات أي بارتفاع نسبة 20 % بين سنة 2010 م و2013 م فيما يعيش 35.0 مليون شخص بفيروس فقدان المناعة المكتسبة/السيدا، كما أصيب 5ر2 مليون شخص بفيروس فقدان المناعة المكتسبة سنة 2011 أي اقل ب100000 من سنة 2010م.

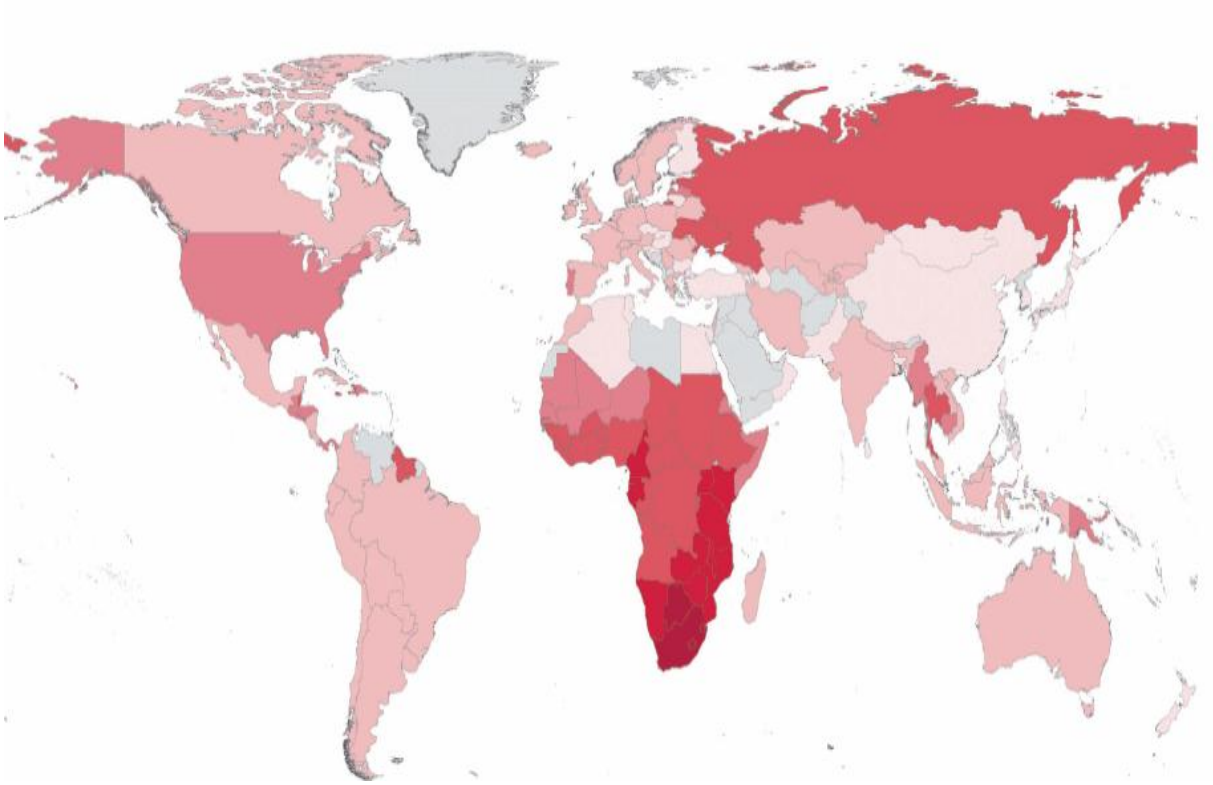
وتشير ذات الهيئة الأممية إلى أن البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط قد خصصت 6ر8 مليار دولار لمكافحة هذا المرض سنة 2011 أي بارتفاع بنسبة 11 %، وقد ظلت الاستثمارات الدولية على حالها كما في سنة 2011 أي ب2ر8 مليار دولار سنويا. وتؤكد التقديرات أن 22 و24 مليار دولار ستكون ضرورية كل سنة للمكافحة العالمية لداء فقدان المناعة المكتسبة بحلول سنة 2015 وأن العجز في التمويل يقدر بأزيد من سبعة ملايير دولار[1].

[1] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA : opcit , p(12-19)

- وضعية السيدا في العالم العربي

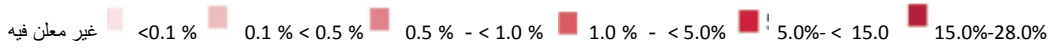
ظهر السيدا في العالم العربي في الوقت الذي أصبحت فيه الإجراءات الوقائية المضادة معروفة وتأكدت فعاليتها من جراء خبرة البلدان المتطورة التي بلغت الإصابات فيها أعداد كبيرة ويشير الجدول(11) السابق ذكره أن تطور عدد الإصابات بفيروس السيدا في شمال إفريقيا والشرق الأوسط (العالم العربي) مازال منخفض بمقارنته مع المناطق الأوروبية لان توزيع المرض في الوطن العربي يعبر عن ثلاث مراتب فقط[1] وهي مرتبة عالية منفردة تضم جيبوتي حيث نسبة المرض لكل مائة ألف من السكان (5-6) والمرتبة الثانية الممتدة مابين (1-5) تضم البحرين و السعودية والسودان و تونس، أما الأقطار العربية فتقع ضمن المرتبة الثالثة (دون الواحد) كما توضحه الخريطة التالية:

شكل رقم(02)[2]:وضعية الوباء لسنة 2010م



[1] عبد علي الخفاف ،مرجع سابق،ص153

[2] ONUSIDA 2010: Le point sur l'épidémie ، rapport sur l'épidémie mondiale de sida، chapitre 2، p23



تكشف الخريطة التالية أن معدلات انتشار فيروس السيدا مازالت منخفضة في المنطقة العربية،إلا أن خلال الجدول رقم (02) السابق ذكره نلاحظ أن عدد المصابين في المنطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط في ارتفاع مستمر إذا ما قرنها بسنة2001 م فنلاحظ ان سنة 2010م بلغ حوالي 470 ألف شخص يحملون فيروس الإيدز و59 ألف شخص أصيبوا حديثا بالفيروس، و35 ألف حالة وفاة بسببه، عكس سنة 2001 م حيث بلغ حوالي 320 ألف شخص يحملون فيروس الإيدز و43 ألف شخص أصيبوا حديثا بالفيروس، و22 ألف حالة وفاة بسببه وتؤكد تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشتركة لمكافحة الإيدز[1] أن تلك المنطقة تشهد انتشارا ضعيفا للفيروس حيث تبلغ النسبة حاليا 0.3% بين البالغين في الفئة العمرية بين 15 و49 عاما إلا أن المنطقة تعد أيضا أبطأ من غيرها في التصدي لهذا المرض.

ويشير الجدول(11) السابق ذكره أن انتقال الفيروس VIH في شمال إفريقيا و الشرق الأوسط (العالم العربي)هو تبعا لمنط الثالث الذي يرجع انتقال الفيروسVIH إلي: أولئك الأشخاص الذين نقل إليهم دم أو مشتقاته الملوثة بالفيروس و المستوردة عموما من مناطق تبين فيما بعد أنها مصابة بشدة بهذا الفيروس أو أولئك الأشخاص الذين كان لهم اتصال جنسي سابق بالأشخاص المصابين بالفيروس وتتضمن كل من العمال و الطلبة الذين يقضون فترة من الزمن خارج أوطانهم،كذالك الموطنين الذين يسافرون للخارج لقضاء العطل بحث عن عمل أو مباشرة أعمالهم وتشير التقديرات إلى أن انتقال المرض في البلدان العربية بالوسائل التالية: 70%انتقال جنسي ،10%انتقال بالدم الملوث،20%انتقال

[1] بتصرف من معطيات
Institut pasteur d'Algérie، laboratoire national de référence de l'infection VIH/SIDA : rapport2010,p1

بالحقن الملوث وتشير الأدلة التي تم جمعها إلى أنه باستثناء جيبوتي والصومال وجنوب السودان، فإن انتقال الإيدز في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا محدود ومن بين أقل المعدلات على مستوى العالم.

لكن هناك مناطق صغيرة ينتشر فيها الفيروس في مختلف أرجاء المنطقة بين فئات معينة من السكان.

ظهر انتشار العدوى بين شبكات ودوائر متعاطيي المخدرات عن طريق الحقن والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء اللاتي يعملن بالدعارة وزبائنهن. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الرجال هم من يمارسون السلوكيات الأكثر خطورة، وتنتقل العدوى لأغلب النساء عن طريق أزواجهن.

رغم أن معدل انتشار الفيروس غير مرتفع بشكل عام بين سكان المنطقة، فقد ارتفعت معدلات الانتشار في العقد الماضي بين الفئات الثلاث المذكورة من السكان، وتتباين معدلات الانتشار بين هذه الفئات من بلد لآخر، بشكل عام، هناك أدلة حاسمة على زيادة انتشار الوباء بين متعاطيي المخدرات عن طريق الحقن في عدد قليل من البلدان، وتراوح معدل انتشار نقص المناعة داخل هذه الفئة بين0 و38% وبلغ معدلات أعلى بين مجموعات معينة من فئة متعاطيي المخدرات عن طريق الحقن. ينتشر استخدام أدوات الحقن نفسها دون تعقيم بين متعاطيي المخدرات وهو ما يزيد من مخاطر نقل العدوى بين من يفعلون ذلك داخل هذه الفئة، في حين يعتبر معدل انتشار الإيدز بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع غيرهم من الرجال في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (من 0 إلى 28%) أقل منه في مناطق أخرى، فإن العديد من البلدان تشهد ارتفاعا في نسبة انتشار الفيروس بين أفراد هذه الفئة وبحلول عام 2011م كان هذا المعدل يشكل الزيادة في إجمالي الإصابات بالفيروس في العديد من البلدان. ويبدو أن أفراد هذه الفئة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يمارسون سلوكيات عالية المخاطر مثل العلاقات الجنسية المتعددة وارتفاع المشاركة في تعاطي ممارسة الجنس وانخفاض معدل استخدام الواقي الذكري.

وكخلاصة فإن انتشار فيروس الإيدز بين العاملات بالدعارة مازال عند مستويات منخفضة في أغلب بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وإن كان انتشاره أعلى بكثير في هذه الفئة بالمقارنة مع انتشاره بين جميع السكان ويتركز الانتشار الكبير للوباء بين العاملات بالدعارة في المناطق التي تقع على حدود منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، خاصة في جيبوتي والصومال وجنوب ، كما كشفت تقارير الأمم المتحدة على أن الإصابة بفيروس السيدا في المجتمعات العربية على الرغم الجهود الوقائية التي تبدلها هذه الدول في مقاومة هذا المرض تعتبر منخفضة وان نسبة العاملات في الدعارة بالمنطقة أقل من المعدلات العالمية.

ففي الكويت: يبلغ عدد المصابين الكويتيين 136 مصاباً منهم 39 امرأة و3 أطفال، و94 رجلا، ويؤكد المعنيون بالأمر أن إصابات الأطفال قليلة بسبب التوعية المستمرة ومتابعة الأمهات المصابات.

الإمارات: يبلغ عدد المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة «السيدا» في الدولة هو 657 مريضا، توفي منهم 191 مريضا.

السعودية: يشير بحث اجري في الرياض أن نصف حالات العدوى بالفيروس المناعي البشري وقعت خلال ممارسات جنسية بين الذكور والإناث، وان معظم المصابات هن زوجات انتقل إليهن الفيروس من أزواجهن. أما الرجال فأصيبوا بالعدوى من ممارسة جنس مدفوع الأجر. وكشف البحث أن نسبة 26% تُعزى إلى نقل الدم الملوث أو مشتقاته في فترة مبكرة من ظهور الوباء، وان غالبية الإصابات (57% منهم) سجلت في مدينة جدة، وتليها الرياض ثم الدمام وعسير والتقارير تؤكد ارتفاع حالات الإصابة في المملكة العربية السعودية.. ووفقا لبيانات البرنامج الوطني للإيدز التابع لوزارة الصحة السعودية في منتصف عام 2011[1]، فإن عدد المرضى الجدد بالإيدز في عام 2010 وصل إلى 439 مريضا وكانت وزارة الصحة قد أوضحت أن الحالات المكتشفة لمرضى نقص المناعة المكتسبة

[1] www.alriyadh.com/.../article68474... - Arabie saoudite

(السيدا) انخفضت بين السعوديين في عام 2010 م بنسبة تقل بـــ9 في المائة عن الحالات المكتشفة لعام 2009 م وبنسبة 13 في المائة عن الحالات المكتشفة لعام 2008م، حيث تم اكتشاف 1121 حالة سيدا جديدة عام 2010م، مضيفة أن العدد التراكمي لجميع الحالات المكتشف إصابتها بالسيدا بلغ منذ بداية عام 1984 م وحتى نهاية عام 2010 م «16334 حالة» منها «4458 سعوديا» و«11876 غير سعودي» ويلاحظ أن نسبة غير السعوديين تمثل ثلاث أضعاف تقريبا مقارنة بالسعوديين.

مصر: يبلغ عدد الحالات التي تم اكتشافها مصابة بالسيدا في مصر، لسنة2011 م نحو 2400 حالة، من بينها 1000 حالة من الأجانب، وتم ترحيلهم، إلا أن منظمة الصحة العالمية حسب

تقرير سنة 2011م [1] كشفت عن وجود 11 ألف مريض بالسيدا في مصر ،وقد توفي منهم 900 حالة، ومازال على قيد الحياة 1300 حالة، وعدد النساء اللاتي يحملن المرض نحو 650 امرأة، وهؤلاء المرضى لا يتم عزلهم عن المجتمع، بل يمارسون حياتهم ويذهبون لعملهم بصورة طبيعية، فهم يتلقون العلاج الذي يتمثل دوره في الحد من زيادة نسبة الفيروس بالدم، بحيث تعد مص رمن أقل دول العالم من حيث معدل انتشار مرض السيدا، حيث يبلغ أقل من 2 لكل 10000 نسمة كما يبلغ عدد المتعايشين بهذا المرض من المصريين حوالي 2400 متعايش في كافة أنحاء الجمهورية.

لبنان: بلغت الأعداد المبلغ عنها في العام 2011م، 109 إصابات، ليصل العدد التراكمي الى 1455 إصابة، فيما يشير العدد التقديري حسب تقرير الأمم المتحدة 3600 متعايش، 93% منهم من الذكور، و7% من الإناث، ما يعطي مؤشراً على أن المثالية الجنسية هي سبب من أسباب انتقال فيروس السيدا في لبنان ، كما كشفت تقرير الأمم المتحدة أن عدد الإصابات الجديدة وصلت إلى 6000حالة وهي تميت شخصاً كل دقيقة ، مخلفة أكثر من 20 مليون وفاة و 13 مليون يتيم و40 مليون مصاب.

[1] www.unaids.org › Accueil › Régions et pays › Pays

تونس: كشف مصدر رسمي تونسي[1] أن 89 حالة جديدة تحمل فيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، تم تسجيلها في تونس سنة2011م ، بينها 31 تونسيا و58 أجنبيا، في الوقت الذي تؤوي فيه تونس لاجئين فارين من ليبيا ، كما أن مجموع الحالات المسجلة في تونس لمرضى السيدا وصل إلى 1670 م مريضا منذ اكتشاف أول حالة لهذا المرض عام 1985م ، وتوفي نحو 518 شخصا نتيجة لفيروس السيدا، فيما يقدر العدد المحتمل للمتعايشين مع المرض بـــ1152 حالة. وأشار نفس المصدر إلى أن المراقبة الوبائية للعدوى بالسيدا، عبر تسجيل الحالات المشخصة، والبحوث الميدانية، والترصد ألمخبري، أظهرت أن معدل الإصابات 67 حالة سنويا.

وأظهرت إحصاءات جديدة لوزارة الصحة التونسية أن عدد المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً الذين تتم معالجتهم سنويا يراوح ما بين 30 ألفا و40 ألف حالة كل سنة.

المغرب: حسب تقارير الصحية للمملكة المغربية[2] نلاحظ ان هناك حوالي **أربعة ألاف إصابة جديدة بفيروس السيدا في المغرب، 80 بالمائة منها "لا علم لهم بإصابتهم بالفيروس"، اذ يعتبر ذلك عاملا أساسيا لانتقال العدوى حيث تمثل 47.9 % منهم نساء**، وتنتشر غالبية الإصابات في ثلاث مناطق من المغرب، هي سوس ماسة درعة (جنوب غرب) بنسبة 25 بالمائة، ومراكش تانسيفت (وسط) بنسبة 18 % والدار البيضاء الكبرى، بنسبة 12 بالمائة.

وتشهد المناطق الحضرية أعلى نسبة من المصابين، بنسبة تفوق 78 بالمائة، وتعد العلاقات الجنسية غير المحمية على رأس قائمة طرق انتقال العدوى بالداء في المغرب، بنسبة 89 في المائة.وحسب التقرير نجد ان هناك ما يزيد عن 14000 متعاطي للمخدرات عبر الحقن وهذه المجموعة البشرية

[1] www.centerblog.net/sante/224425-12-le-vihsida-en-tunisie

[2] بتصرف من

Royaume Du Maroc : mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, Rapport National 2010, p08

تعتبر أكتر تعرضا من غيرها للإصابة بفيروس السيدا والالتهاب الكبدي" سي"،ولعل انفتاح هذا القطر العربي على السياحة الأوروبية و الأمريكية بشكل خاص ،كما أن تجارة الجنس منتشرة بشكل واسع كذالك تعاطي المخدرات لهذا تعتبر بوابة الوطن العربي إلى أوروبا ،كذالك لعبت السياحة دورها في تونس و مصر كما لعبت ظروف الحرب بتأثيراتها في لبنان والانفتاح الاقتصادي الواسع في السعودية ، وعمان و قطر على ارتفاع النسبي للمرض في هذه الأقطار.

- وضعية السيدا في المجتمع الجزائري

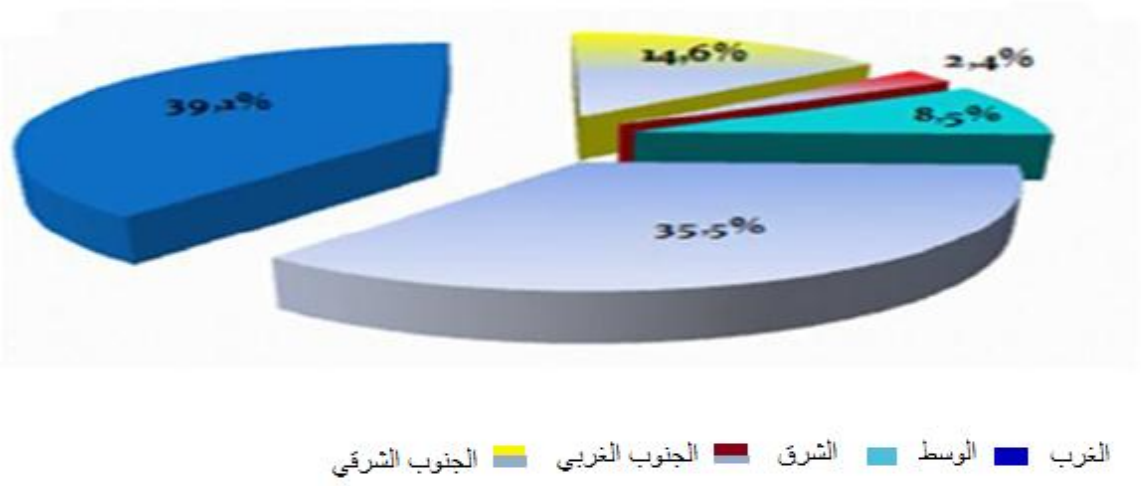
المجتمع الجزائري كباقي المجتمعات العربية تتميز بنسب ضعيفة جدا واقل من الواحد لكل مائة ألف نسمة أي ضمن المرتبة الثالثة (دون الواحد) حيث بلغ عدد حالات الإصابة بمرض السيدا من سنة 1985م الى غاية سنة 2011م ب1272حالة ،كما بلغ عدد المتعايشين بفيروس السيدا ب5525حالة، ولاشك أن هذه الأرقام ليست دقيقة وليست شاملة بفعل الظروف التي كانت تمر بها الجزائر وبفعل عدم شمولية نظام الرصد أو عدم رغبة في الإعلان نتيجة العوامل الاجتماعية والثقافية المحيطة بالمرض(باعتبار السيدا من الطبوهات).

وعن تاريخ دخول مرض السيدا للجزائر فقد عرفت أول حالة لمرض السيدا سنة 1985م وتم تشخيصه في مصلحة الأمراض الجلدية بمستشفى الجامعي بالجزائر العاصمة لشخص نتيجة ممارسة جنسية بالخارج وفي نفس المدة تم الكشف عن ثلاث حالات أخرى أين اثنين منها بفعل الشذوذ الجنسي بسيدي بلعباس أما عن حالات السيد الأخرى التي تم كشفها فكان معظمها إما نتيجة زرع أو نقل دم ملوث في بداية سنة 1980م وذالك قبل وضع إجراءات مراقبة الدم أو عن طريق أشخاص المقيمين بالخارج خاصة بفرنسا (طلاب أو عمال) .

الملاحظ من خلال قراءة مختلف التقارير حول انتشار فيروس السيدا في المجتمع الجزائري انه في تطور مستمر عبر كامل التراب الوطني وهذا ما تؤكده التقرير الطبية وبعض البحوث الخاصة بوباء

السيدا أن المعطيات الوبائية في تصنيف وباء السيدا في الجزائر[1] ينتقل من وباء اقل فعالية إلى وباء مكثف في بعض مناطق أو مراكز الوطن نتيجة انتشار بعض الآفات الاجتماعية في تلك المناطق(لانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات) بحيث يكشف الشكل(رقم 02) التالي المناطق الأكثر انتشار أو تمركز لفيروس السيدا في المجتمع الجزائري لسنة 2014م .

شكل رقم (03):يمثل توزيع حالات الاصابة بفيروس السيدا حسب مناطق الفحص[2]

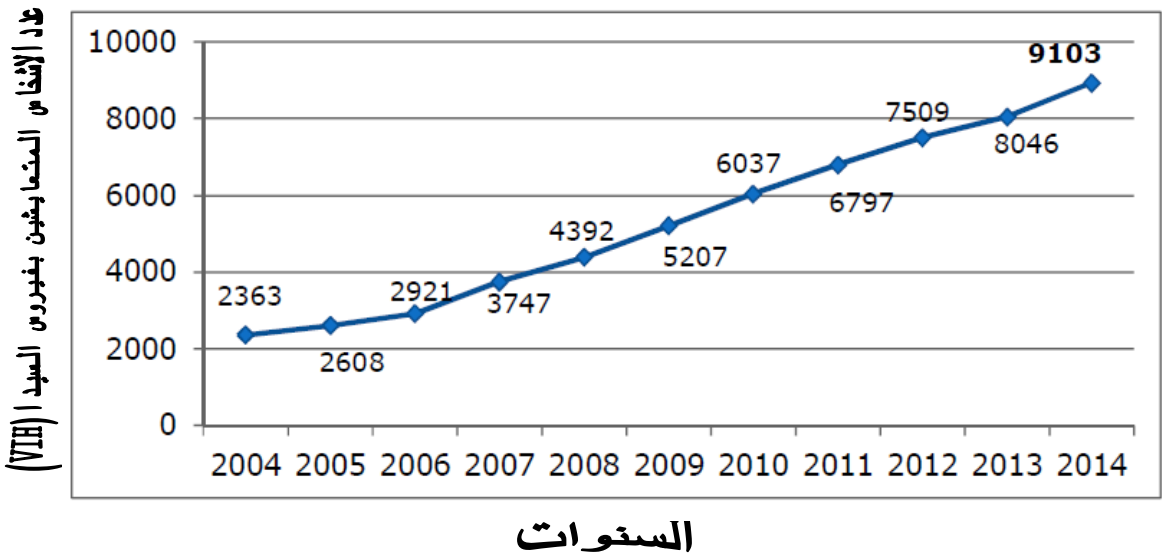


من خلال القراءة الشكل رقم(03) نلاحظ ان النسب الاكثر ارتفاعا نجدها في المنطقة الصحية وسط الجزائر بنسبة 39.5 % المتمثلة في المناطق (الجزائر، بليدة ،بومرداس ،تيبازة ،تيزي وزو، بجاية ،بويرة، شلف، مدية ،جلفة ،عين الدفلة) والمنطقة الصحية غرب الجزائربنسبة 35.5% و المتمثلة بولاية وهران التي تشمل (وهران ،تلمسان، معسكر ،مستغانم ،غليزان، سعيدة ،سيدي بالعباس ،عين تيموشنت، تيارت، تسمسيلت، البيض) وهذا لا يدل ان الاشخاص المصابين بفيروس السيدا هم من تلك المناطق ولكن تمثل هذه النسب الاشخاص الذين تم اختبارهم لفحص فيروس السيدا في تلك المنطقة،

[1] Mokhtari Lakhdar, belkaid rosa, belateche faouzia : situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA, santé plus, journal de formation et d'information médicales publie par FOREM, Alger, p10
[2]Mokhtari Lakhdar, belkaid rosa, belateche faouzia : situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA, opcit,p11

مما يدل أن هاتين المنطقتين الصحيتين تعتبر الأكثر المراكز استقطابا لهاته الحالات على غرار المراكز الصحية أوالمناطق الصحية الأخرى، فمن جهة نتيجة لموقعها و من جهة أخرى لامتلكها الوسائل و الأجهزة وكدا الأخصائيين في مجال الأوبئة و بالأخص السيدا مما يفسر ارتفاع فيروس السيدا بمنطقة دون أخرى، بالإضافة لعدم تلقي مرضى للمناطق المتبقية لعلاجهم بالمدن التي يقيمون فيها ويفضلون الانتقال إلى الجزائر العاصمة للعلاج، وهذا ما جعل نسبة المنطقة الصحية للجنوب الشرقي تقدر ب 14.6% وتشمل (كل من ورقلة اليزي تمنراست الواد بسكرة غردية الاغواط انعامة) تم تليها المنطقة الصحية الشرقية بنسبة 8.5%و الممثلة في ولاية قسنطينة والتي تشمل المناطق التالية (قسنطينة ،قالمة ،عنابة ،خنشلة ،سوق اهراس ،ام بواقي، بورج بوعرريج ،سطيف، باتنة ،مسيلة ،سكيكدة ،تبسة ،جيجل، ميلة، الطرف) تم تليها نسبة منطقة الصحية للجنوب الغربي ب2.4% والذي يتمثل في ولاية بشار التي تشمل كل من تندوف و ادرار ،و من خلال تتبع تطور انتشار فيروس السيدا في المجتمع الجزائري نلاحظ ازدياد تصاعدي في عدد الحالات إلى أن وصل أربعة أضعاف مابين سنة1990م الى سنة1995م ثم تضاعفت الحالات مابين سنة1995م الى2000 م حيث بلغ عدد الحالات سنة 2000 م: 484حالة وارتفع إلى 635حالة في30 سبتمبر سنة 2004م،كما تم إحصاء 1657حالة لحاملي فيروس السيدا و2292حالة جديدة من نفس السنة في حين سجل سنويا أكثر من 800حالة مؤكدة حسب التقارير الرسمية إذ نلاحظ ارتفاع عدد الحالات منذ ظهور السيدا إلى سنة 2014 م إلى9103 حالة لحاملي فيروس السيدا و1561حالة سيدا و الشكل رقم (03) يكشف لنا مدى تطور نسبة الاشخاص المتعايشين بفيروس السيدا .

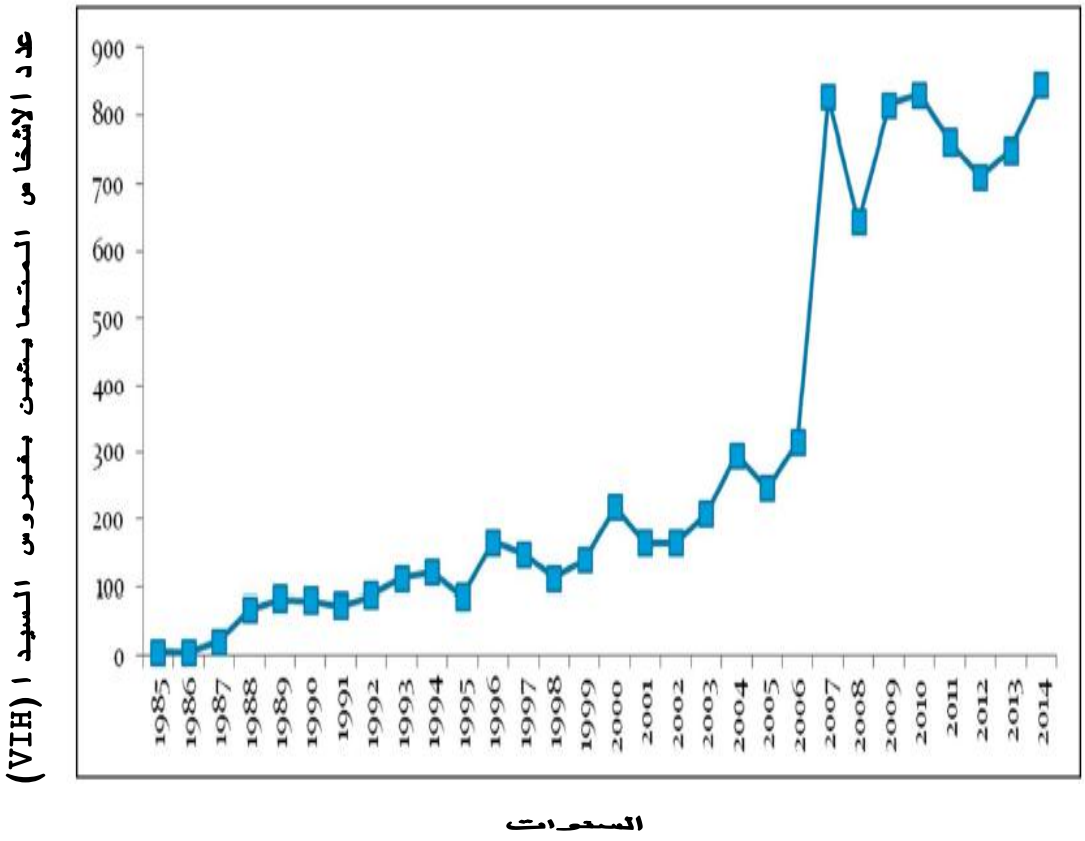
شكل رقم (04)[1]: يمثل تطور عدد الاشخاص المصابين بفيروس السيدا مابين (2004-2014)م



بالرغم من التطور في عدد الاصابات بفيروس السيدا الموضح في الشكل اعلاه الا ان الاحصائيات التي قام بها مركز الفحوص الطبية تاكد ان خلال خمس السنوات الاخيرة عرف المجتمع الجزائري عدد حالات جديدة من الاصابات بفيروس السيدا غير مستقرة نسبيا وتتراوح بمعدل مابين 700الى 800 حالة جديدة في السنة وتفسر هذا الارقام التوقعات التي جاء بها برنامج الوطني لصحة سنة 2013م-2015م من خلال استراتجية مكافحة انتقال فيروس السيدا من الدم و العلاقات الجنسية وعلى ان تكون التوقعات اقل من 1000حالة جديدة في السنة حتى اخر سنة 2015م والشكل التالي يوضح لنا تطور عدد الاصابات الجديدة منذ ظهوره الى سنة 2014م

[1] Ministère de la Santé et de la Population et de La Réforme Hospitalière, direction de la prévention, comité national de lutte contre les IST/VIH/SIDA: rapport de l'évaluation du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA- Algérie 2014-, ONUSIDA ,décembre ,2014 ,p7

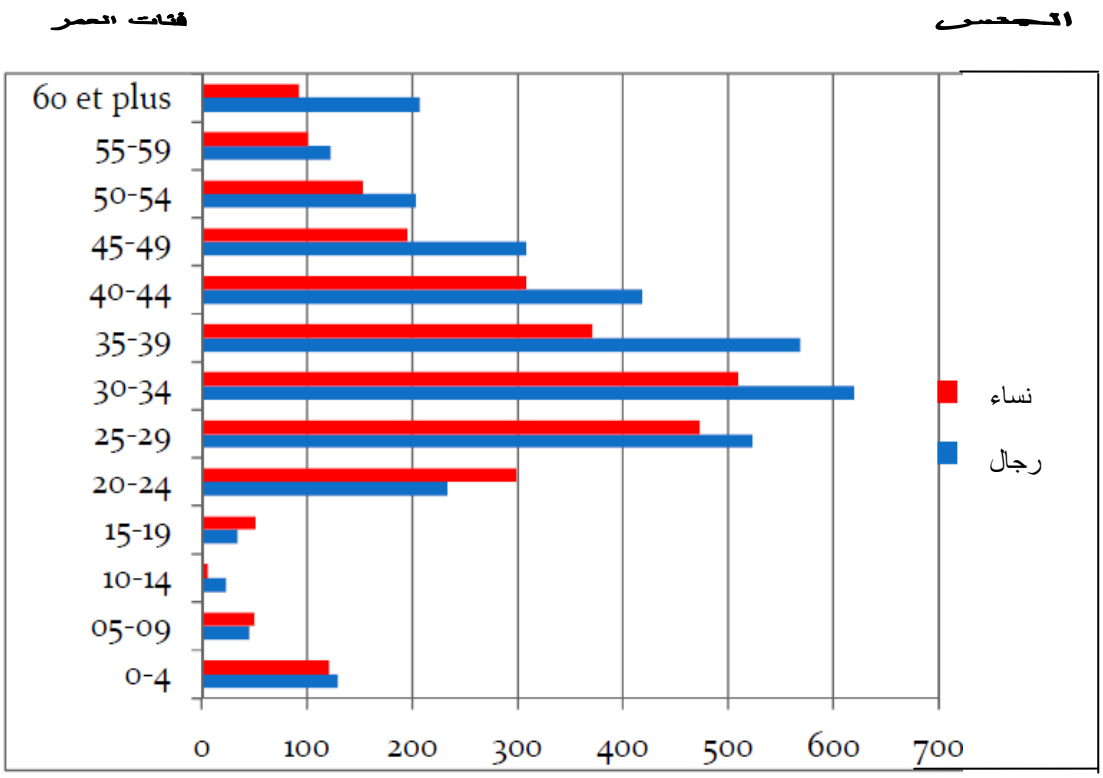
شكل رقم (05)[1]: يمثل تطور عدد الاصابات الجديدة لفيروس السيدا (VIH)مابين(1985-2014)



نلاحظ من خلال الشكل رقم(05)ان عدد الاصابات في ارتفاع بسط و مستمر وهي تتوزع بشكل غير متوازي حسب الجنس فنجد 61% من جنس الذكور و49% من جنس الإناث أي اقل من رجلين مقابل امرأة واحدة عرضة للإصابة بالعدوى والفئة الأكثر عرضة للإصابة هي مابين 20-49 سنة و التي تمثل 80% من مجموع الحالات باعتبارها الأكثر نشاط جنسيا، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي :

[1] Ministère de la Santé et de la Population et de La Réforme Hospitalière, direction de la prévention, comité national de lutte contre les IST/VIH/SIDA: opcit,p8

شكل رقم (06)[1]:يمثل توزيع الاشخاص المصابين بفيروس السيدا(vih) حسب الجنس و فئات السن



عدد الاشخاص المصابين بفيروس السيدا (VIH)

من خلال شكل رقم (06) نلاحظ ان الفئة مابين 25-39 سنة اكثر عرضة للاصابة بنسبة 1.36% لكلا الجنسين تم تليها الفئة مابين 20-24سنة بنسبة 0.77% ، مما يدل ان الاشخاص البالغين يشكلون اكثر من نصف المصابين بالسيدا و تتزايد النسبة عند الرجال اكثر من النساء نتيجة العلاقات الجنسية الغير سوية علما ان تقدير العدد الاجمالي لهذه الحالات يقل كثيرا عن عدد التقديرات المبلغ عنها و وفق تقرير وزارة الصحة وسكان وإصلاح المستشفيات أن انتشار مرض السيد بين مختلف الفئات الاجتماعية على مستوى الوطني يتم بواسطة طرق العدوى المذكورة سابقا وهي موضحة في الجدول التالي:

[1] Opcit,p8

جدول رقم (13)[1]:يمثل توزيع عدد الأشخاص الحاملين لفيروس السيدا حسب طرق العدوى من سنة1985م الى سنة2011م

الجنس / طرق العدوى	ذكور	إناث	غير محددا	المجموع	النسبة (%)
علاقات جنسية طبيعية	438	455	20	913	16.52
اللواط	33	-	00	33	0.61
حقن المخدرات	49	08	01	58	1.05
دم وأدوات ملوثة بالفيروس	52	38	06	96	1.74
من الأم إلى الطفل	59	49	05	113	2.04
طرق أخرى معروفة	02	01	01	04	0.07
طرق غير محدد	2075	1657	576	4308	78
المجموع	2708	2208	609	5525	100

من خلال بيانات الجدول (13) يبدو أن انتشار السيدا في المجتمع الجزائري يتم عن طريق العلاقات الجنسية المغايرة او الطبيعية بنسبة 16.52% تم تليها عدم الرغبة في الإعلان عن طرق العدوى (طرق غير محدد) بنسبة 78% ، وبعد ذالك تظهر طرق العدوى عن طريق نقل دم واستعمال أدوات ملوثة بنسبة 1.74%وتكون فئة الذكور أكثر عرضة للعدوى من الإناث، كما يكشف لنا هذا الجدول(13) أن انتشار السيدا في الجزائر يرجع نتيجة الموقع الجغرافي فهي على الحدود مع المغرب و تونس التي تظهر في المرتبة لأكثر من (5) وكذا جنوب الصحراء الكبرى كالمالي ونيجريا و كذا

[*]Centre de Dépistage Volontaire /Service Pr.DIF, bilan d'activités du LNR -IPA 2009

غياب سياسة محكمة في ترقية الفحوص التطوعية وإستراتجية فعالة للحد من انتشار السيدا فهذا الواقع ساعد على انتشار السيدا وتفاقم حجمه برغم من تواجد 61 مركزا للكشف السري والمجاني وهي منتشرة في كافة ولايات البلاد إلى جانب الوكالة الوطنية للدم وثمانية مراكز إحالة تعالج الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة/السيدا، كما تعمل الحكومة الجزائرية على توفر الأدوية المضادة للفيروسات التراجعية مجانا، التي أكدته بيانات البحوث التي قام بها مركز الفحوص الطبية والبرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا و السيدا.

المبحث ثالث: اشكالية تانيث السيدا

أولا: نبذة تاريخية لتطور نسبة فيروس السيدا لدى المرأة

- نسبة تطور فيروس السيدا لدى المراة في العالم

يبدوا أن ظهور فيروس السيدا بالنسبة للمرأة لم يكن بارزا في بدايته و إنما ظهر نتيجة انتشاره عبر العالم وهذا ما أشارت إليه معظم الدراسات و تقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك على أن المرأة تعاني حاليا وضعا حرجا على مستوى الصحة العامة و بالأخص عند انتشار فيروس السيدا وأصبحت هدفا سهلا للفيروس حيث مثلت النساء 50% [48%-53%] من عدد الأشخاص البالغين(أي من 15 سنة فأكثر) في جميع أنحاء العالم سنة 2010 اي ما يقارب 16 مليون امرأة تعيش مع فيروس نقص المناعة البشرية و89% من هؤلاء النساء يعيشون في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل[1] وعليه أصبح فيروس السيدا احد ابرز الأسباب الرئيسية لوفاة النساء في سن الإنجاب حيث مثلت نحو 1.2مليون[1.1مليون-2.8مليون] من النساء و الفتيات المصابين حديثا و ما يقارب 63 % من الحالات

[1] LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA : Le point sur l'épidémie et sur les progrès بتصرف من du secteur de santé vers un accès universe, oms, onusida, unicef, Rapport de situation 2011, p19

التي تتراوح أعمارهم بين [15-24] سنة من النساء المتعايشات بفيروس السيدا في سنة 2011[1] و هم يتوزعون بنسب متباينة على مختلف المناطق ، حيث بلغت نسبتهم بمنطقة البحر الكاريبي ب 53٪ [47-61٪] والتي تعتبرالمنطقة الوحيدة التي توجد فيها النساء اكثر من الرجال في صفوف البالغين الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية[2] ، و في سنة2010م (هذه الميزة يرجع إلى حد كبير إلى حقيقة أن عدد النساء يفوق عدد الرجال في هايتي، التي لديها وباء فيروس نقص المناعة البشرية أكبر في منطقة البحر الكاريبي)، وزادت نسبة النساء بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية قليلا على مدى السنوات الماضية ففي أمريكا اللاتينية قدرت ب 35٪ [29-41٪] في عام 2010 م مقابل 32٪ [26-41٪] في عام 2001م ، وفي أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية والوسطى قدرت ب 26٪ [23-33٪] في عام 2010 م مقابل 25٪ في عام 2001 [22-28٪][3] .

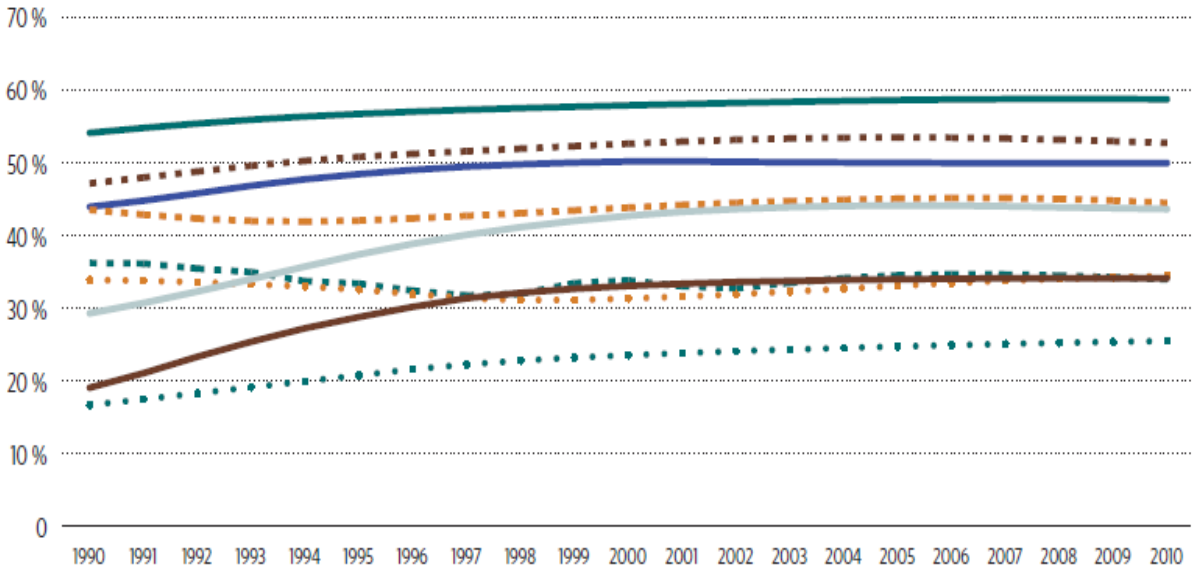
وعلاوة على ذلك فإن نسبة لم تتغير إذ بلغ 34٪ من [30-37٪] إلى 35٪ [30-38٪] في آسيا، و34٪ [28-40٪] إلى 35٪ [30-40 ٪] في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، و 45٪ [24-57٪] إلى 45٪ [31-50٪] في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و هذا ما يوضحه الشكل(07)

[1] ONUSIDA : fiche d'information, 2011, p3

[2] ONUSIDA 2010: Le point sur l'épidémie, opcit, p18 بتصرف من

[3] Ibid, p19

شكل(07) : يمثل نسبة النساء البالغات [15 سنة فأكثر] المتعايشات بفيروس السيدا حسب المناطق الجغرافية خلال فترة ما بين1990-2010[1]



افرقيا جنوب الصحراء، منطقة الكاريبي، في انحاء العالم، شمال افرقيا و الشرق الاوسط ، اوسيانيا ، أمريكا ألاتينية، اسيا، اوروبا الشرقية و اسيا الوسطى، اوروبا الوسطى و الغربية و شمال امريكا

رغم هذا الاحصائيات المذكورة الا انه ازداد عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في كل منطقة من مناطق العالم خلال العامين الماضيين(2012-2013)م، وهي أكبر زيادة يتم تسجيلها في شرق آسيا وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى .في شرق آسيا، كانت الزيادة المسجلة 56٪ خلال العامين الماضيين و 48٪ في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى.

و حسب تقرير ومنظمة الصحة العالمية (WHO) / UNAIDS [2] فان النساء تتاثر بشكل متزايد وتشكل ما يقرب من نصف البالغين أي37200000 ما بين (15-49) سنة الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم، وتعتبر أفريقيا جنوب الصحراء المنطقة الأكثر تضررا

[1] Opcit, p20
[2] Oms : Centre des médias , Communiqué de presse conjoint ONUSIDA/OMS

حيث قدر عدد المصابات فيها ما يقرب من 60٪ من البالغين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أي 13.3مليون، ومعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية تتجاوز 25٪ .في بوتسوانا وليسوتو وسوازيلاند، ومعدلات انتشار بين النساء الحوامل لا يزال يفوق 30٪ .وانخفض متوسط العمر المتوقع أقل من 40 سنة في تسعة بلدان في المنطقة.

ففي عام 2013، حوالي 60٪ من جميع حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة بين الشباب وعرفت الفتيات ما يقرب من 1000 امرأة شابة مصابة حديثا بفيروس نقص المناعة البشرية كل يوم حيث تمثل النساء 58٪ من البالغين الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و 39٪ في أمريكا اللاتينية، و 30٪ من في منطقة البحر الكاريبي، و 50٪ من في جنوب وجنوب شرق آسيا، و بلغت نسبة النساء 38٪ في باقي مناطق آسيا [1]، كما توضح الاحصائيات ان هناك ارتفاع في عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري بين النساء حيث انتقلت النسبة من 21٪ في عام 1990 إلى 38٪ في عام 2013.

– نسبة تطور فيروس السيدا لدى المراة في الجزائر

عند بداية انتشار فيروس السيدا في مجتمع الجزائري كانت المراة تعتبر من الفئات الاقل تعرضا للاصابة بالفيروس و مع مرور الوقت اصبحت هي الواجهة الجديدة للمرض حيث كشفت الاحصائيات ان جنس الانثوي يمثل 3/1 حالات الاصابة حيث بلغ عدد الاصابة لدى النساء سنة 2012 ب 2902 حالات اصابة لتنتقل الى 4000 حالة بين سنة 2013–2014 وحسب تقريرالمخبر لوطني لمعهد باستور ان الجزائر تسجل من سنة الى اخرى تطور ملحوظ في نسبة الاصابة بفيروس السيدا لدى النساء و الجدول رقم (14) التالي يوضح هذا التطور

[1] Onu-femmes : VIH/sida : quelques faits et chiffres

جدول رقم (14)[1]: يمثل تطور عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا مابين سنة 2002م–2011م

السنة	<2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	المجموع
عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا	428	71	107	65	117	285	234	311	316	274	2208

يوضح الجدول رقم (14) تزايد عدد النساء المتعايشات مع فيروس السيدا ابتدا من سنة 2006 حيث سجل حوالي 631 شخص من بينهم 117حالة من حاملي فيروس السيدا لدى النساء و 25 اصابة بمرض السيدا بعدما كان هناك حوالي 56 امراة متعايشة بفيروس السيدا سنة 2005م و وصل الى حوالي 316 امراة متعايشة بفيروس السيدا سنة 2010م فهذا الارتفع في عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا يدل على ان المراة اصبحت عرضة لخطر الاصابة بهذا الفيروس لاسباب البيولوجية والاجتماعية التي تجعلها اكثر عرضة للاصابة ،وبفضل الاستراتجية مكافحة فيروس السيدا و البرامج الوقائية لفيروس السيدا انخفض عدد المتعايشات بفيروس السيدا خلال سنة 2011م وسجل حوالي 274 حالة من العدد الاجمالي الذي قدر ب 2217 حالة ، ويعتبر العمر من اهم المتغيرات التي لها ارتباط وثيق بخطر الاصابة ،لان الاحصائيات تدل على ان معظم النساء يصيبن بالفيروس السيدا في عمر صغير نسبيا اي من 20–39 سنة ،مما يدل ان فيروس السيدا بات يصيب مختلف فئات العمر لدى المراة باعتبارها مستقبلة و ناقلة لفيروس السيدا سواء كان ذالك لشريكها (زوجها او شخص اخر) اولاطفالها عن طريق الحمل والجدول رقم (15) التالي يوضح تطور عدد المتعايشات بفيروس السيدا حسب العمر .

[1] Institut pasteur d'algerie, laboratoire national de référencevih/sida : répartition des cas بتصرف من de séropositifs selon l'age le sex et année de 1985 au 31 d'écembre 2011, p7

جدول رقم (15) [1]: يمثل توزيع عدد المتعايشات بفيروس السيدا حسب العمر خلال فترة مابين 2002–2011

السنة / العمر	<2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	المجموع
4-0	7	2	4	4	9	7	9	8	12	9	71
9-5	6	2	1	0	0	1	2	3	11	2	28
14-10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
19-15	3	1	3	1	2	2	2	9	4	4	31
24-20	33	4	10	5	4	20	28	33	20	23	180
29-25	41	9	13	4	17	20	27	48	48	38	265
34-30	51	8	15	7	19	33	36	28	40	43	280
39-35	28	5	8	7	7	29	23	29	25	33	194
44-40	26	11	6	7	6	8	23	24	26	20	157
49-45	20	7	4	3	4	9	13	9	19	8	96
54-50	7	0	3	2	1	11	5	9	19	11	68
59-55	4	1	2	3	1	6	4	5	4	11	41
60فاكثر	4	3	1	1	2	9	1	8	13	9	51
غيرمحدد	196	18	37	21	47	136	61	99	75	63	753
المجموع	428	71	107	65	119	291	234	312	316	274	2217

يكشف الجدول رقم (15) أن فيروس السيدا يصيب جميع فئات العمر دون استثناء ويرتفع خاصة عند الفئات الغير محددة ب753 حالة مابين فترة 2002–2011 الا ان الظهوره يبدا عند سن مبكر(20–24سنة) وبنسبة قليلة تبلغ 180حالة خلال فترة 2002الى 2011 عن طريق العلاقات الغير شرعية و يزداد ارتفاعا عند الفئة 30–34 سنة و التي تعتبر اكثر نشاط جنسيا ثم ينخفض باستمرار عند باقي

[1] Institut pasteur d'algerie :opcit, P8

الحالات ليصل 51حالة عند الفئة 60سنة فاكثر بسبب انتقال الفيروس لبعضهن عن طريق ازواجهن بينما تمثل اقل نسبة عند فئة الاطفال بسبب انتقال الفيروس عن طريق الام و تعايشهم معه لفترة اطول من خلال المعالجة وتناولهم مضادات حياوية لفيروس السيدا ، ولمعرفة طرق انتقال فيروس السيدا لدى المراة الجدول رقم (16) يكشف الوسائل و الطرق العدوى كما يلي :

جدول رقم (16):يمثل توزيع طرق العدوى لفيروس السيدا لدى المراة خلال فترة مابين 2002م–2011م[1]

السنة / طروق العدوى	<2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	المجموع
علاقات جنسية طبيعية	4	1	2	0	0	3	2	4	2	2	20
حقن المخدرات	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
دم وأدوات ملوثة بالفيروس	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
من الأم إلى الطفل	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	5
طرق أخرى معروفة	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
طرق غير محدد	198	15	48	33	30	69	40	59	31	53	576
المجموع	211	16	50	33	32	73	43	63	33	55	609

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) ان الطروق الغير محددة هي الطرق الاكثر ارتفاعا نتيجة ان المراة لا تصرح بسبب الاصابة ويعود ذالك لكون مرض السيدا عار لها لارتباطه بالعلاقات الغير شرعية ،في حين تعتبر العلاقات الجنسية الطبيعية اي من الزوج لزوجة هي ثاني طرق ارتفاعا

[1] Opcit,p2

وقدرت ب 20حالة خلال الفترة مابين 2002–2011 بينما تعتبر باقي الطرق اقل انتشارا بين النساء وذالك يرجع للمراقبة و التوعية التي تقوم بها المؤسسة الاستشفائية و مجتمع المدني للحد من هذا الفيروس وتعبر طرق العدوى من الام الى الطفل منخفض ويعكس نجاح الرعاية الصحية للام قبل وبعد الولادة للحصول على طفل غير مصاب ، وعليه من الممكن أن يفسر جزئياهذا الارتفاع النسبي لفيروس السيدا لدى المراة في المجتمع الجزائري بسبب الطبيعة المختلفة لكل امراة حسب العمر وكذا القيم الاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري التي لا تسمح بالعلاقات الجنسية قبل الزواج وكذا افتراض المتزوجات على ان ازوجهن مخلصين هذا ما ادى الى اعتبار ان النساء سبب المرض وليس ضحيا ولمعرفة نسبة تطور فيروس السيدا لدى المراة مابين سنة 2012الى 2015 انظر ملحق رقم (04) وعليه هنا يمكن ان نتساءل ماهي العوامل التي ساعدت على تانيث السيدا ؟ .

ثانيا: العوامل التي تساعد على تأنيث الوباء

المراة لا تستطيع السيطرة على المخاطر التي توجهها من قبل العدوى من فيروس السيدا لانها في بعض الحالات لا تختار الشريك او الزوج ولا الاوضاع ولا حتى الزمن للعلاقة الجنسية ، فهي ضحاية سوء المعاملة الجنسية. وفي العديد من المجتمعات، تعجز المرأة عن السيطرة على تصرفات شريكها أو تجنب إقامة علاقة مع الزوج الذي قد يكون مصابابحكم العادات و التقاليد و الدين ،وعليه هناك عدة عوامل تجعل من انتشار الفيروس السيدا يخص المراة بصفة عامة و المراة الجزائرية بصفة خاصة والتي يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- يعتبر الجانب البيولوجي و الفزيولوجي للمراة اهم عامل لنتشار فيروس السيدا بين النساء و هذا يرجع لان المراة اكثر تعرضا للالتقاط المراض من خلال الاتصال الجنسي بسبب امكانية حدوث جروح وتقرحات في جهازها التناسلي خلال العملية الجنسية و تكون الفتيات في السن 18 سنة اكثر

عرضة للاصابة بالتقرحات لأن النمو غير متكامل وتزداد إمكانية الإصابة خاصة اذا كانت مصحوبة بعنف.

- يعتبر الموروث الثقافي في العلاقات الاجتماعية سبب في تعرض المراة للاصابة حيث يعتبر الزواج القسري و الزواج المبكر احد العوامل من انتشار الفيروس السيدا لدى المراة فهي ضحية لعادات وتقاليد بعض الأسر، لأنه منذ الصغر تربى الفتاة وتعتبر بمثابة سلعة تستخدم لتقوية أواصر الأسر ة، والحفاظ على الشرف وتمثل علاوة على ذلك أداة يمكن أن تحسن وضع الأسرة الاقتصادي.
- تنشاء المراة في المجتمع وداخل الاسرة على ان الرجل له سلطة في اتخاذ القرارات بما فيها الجنسية لهذا تكون اكثر تعرضا للاصابة بفيروس السيدا ولالامراض الاخرى المنتقلة جنسيا ويكون السبب فيها غالبا الرجل.
- النساء و الفتيات يسيؤن فهم اليات انتقال و الوقاية من فيروس السيدا وكذا الامراض المنقولة جنسيا وحتى وان كانت لديهم ثقافة جنسية فهم عاجزوم في اتخاذ القرار للحفاظ على صحتهن خوفا من الطلاق وحتى من العادات و التقاليد لانهم يخضعون للرقابة الاجتماعية وهذا ما يجعل الفتيات اقل عرضة للاصابة من النساء المتزوجات او سبق لهم الزواج
- عدم المساواة بين الجنسين في المجتمع يزيد من تفاقم وضع المراة في جوانب عديدة من الجتمع مثل الوضع الاقتصادي و القانوني و ثقافي و الديني و السياسي وحتى الصحي و التي تساهم في انتشار الفيروس بين النساء و تانيث الوباء

ثالثا :الاثار الاجتماعية لفيروس السيدا على حياة المراة

ان معرفة اثار فيروس السيدا على حياة المراة يجب معرفة اولا اسباب و عوامل التعرض و انتشار فيروس السيدا في مجتمع الجزائري لانه منذ أن صار التركيز على شخصية وسلوك المصاب بفيروس

العوز المناعي البشري وما يحيط به من عوامل اجتماعية واقتصادية وخاصة عند ضحيا هذا المرض (النساء والأطفال)، بدأت تختلف نظرة المجتمع إليه،واتجهت الأفكار نحو تفهم أكثر لهذا المرض بعدم التميز بينه وبين باقي الأمراض، كما حاول العديد من الدارسين لهذه المشكلة الصحية ،البحث في أسباب المساعدة لانتشاره قصد الوقاية والحد منه.

لقد لاحظنا من خلال البحوث والدراسات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة أن الإصابة بمرض السيدا يرجع لأسباب خاصة بالمصاب كسلوكياتهم و نمط حياتهم .

مما لاشك فيه انه لا يوجد سبب واحد ووحيد للإصابة بمرض السيدا بل عدة عوامل ساهمت على تفاقمه نظرا لاعتماده على مجموعة من المكونات الاجتماعية والاقتصادية و ثقافية التي تضافرت معا وأدت إلى زيادة هذه المشكلة الصحية ، وهذا ما أكدته بحوث علم اجتماع طبي في تفسيرها للعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لها صلة وثيقة بالصحة والمرض، وبالذات فيما يتعلق بظروف العمل (مجال العمل ،البطالة ،السكن ،المجال الاجتماعي ..لخ)[1] وانعكاسها على الصحة الجسمانية و العقلية و كذا أثارها على انتشار الأمراض.

إذا نظرنا إلى المرض كواقعة اجتماعية فهو ليس فقط مجموعة من الأعراض التي تؤدي بنا إلى الطبيب بل هو حدث مؤلم يمكن أن يهدد إدماجنا الاجتماعي أو يعادل حيتنا الفردية أو نكبة جماعية لها أسباب و أثار لا تعد، و أن إصابة المريض ودخوله في حالة المرض لأسباب متعددة وخاصة تلك المرتبطة بنمط الحياة العاطفية ، الاجتماعية والمهنية [2] التي تعكس شخصية الفرد وهوية المجتمع.

بتصرف من

[1] Marc(Ferland),Ginette (Paquet): influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être, le système de santé au Québec,organisations,acteurs et enjeux,Québec,Les Presses de l'Université Laval,Chapitre3,1994, p53-72

[2] Charmillot (Maryvonne): les savoir de la maladie, les cahiers de la section des science de l'éduction, 1997 , p23-26

فمن خلال هذا التعريف نلاحظ أن مرض السيد ذو خلفية متعددة الأسباب، فهو يبدءا في جذوره كمسالة طبية إكلينيكية لكنه ينتهي بمشاكل صحية واجتماعية لارتباطه بتغيرات الحاصلة في المجتمع لهذا تختلف مسبباته الاجتماعية من بلد لأخر، و باعتباره مشكلة صحية شاملة فهي تمس شخصية الفرد القابل للإصابة و كذا هوية المجتمع وثقافته، نظرا لارتباط مرض السيدا بالسلوك ألانحرافي ، فأسبابه لا تختلف عن أسباب الانحراف، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1. عوامل واسباب الاصابة و انتشار فيروس السيدا في المجتمع الجزائري

– العامل الاجتماعي–الاقتصادي:

إن المستوى الاجتماعي ــ الاقتصادي لمجتمع ما يلعب دورا هاما في تحديد درجة الصحة و المرض، فهو يحدد المستوى الغذائي وطبيعة المسكن والازدحام ومستوى صحة البيئة و كذالك يحدد المستوى الاقتصادي قدرة المجتمع على تقديم الخدمات الصحية اللازمة لأبنائه في مختلف المناطق[1].

فهناك دراسات كثيرة و بحوث في علم اجتماع طبي كشفت عن العلاقة بين العوامل الاقتصادية وبين تأثيرها على الصحة والمرض وهذا من خلال أهمية العوامل الاقتصادية ودورها في إعطاء النظم الاجتماعية شكلها وصورتها فهي التي تحدد مثلا نوع التعليم الذي يمكن أن يتلقاه الفرد ،كما تعين نوع المهنة التي يعمل فيها ،وهي كذالك تحدد دوره و مركزه و الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها، كما أن لها دور في تكوين الأسر،و عليه فهي تؤثر تأثيرا واضحا على الفرد و وسطه الاجتماعي[2].

وأصبح من المعروف أن الظروف الاقتصادية والمهنية ،كالفقر و البطالة وعدم الاستقرار المهني و لا مساواة و عدم الاستقرار الاقتصادي قد تنعكس على الصحة وتؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض، التي تختلف باختلاف الأشخاص و الظروف التي يتعرضون لها ، لان هناك ظروف يكون المرض فيها مصدر خطر كبير على المجتمع ويؤدي إلى نوع من السلوك الجماعي ، فحينما يرتفع معدل

[1] مزاهرة أيمن و الآخرون :علم اجتماع الصحة ،مرجع سابق،ص55

[2] حسين عبد الحميد احمد رشوان :دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض، مرجع سابق،ص166

المرض في المجتمع فان ذالك معناه نقص الطاقة البشرية و من تم تكون للمرض نتائج خطيرة على الإنتاجية والأسرة و بناء المجتمع ككل[1] ، و تشير المعلومات بصفة عامة أن جل الأمراض المعدية تنتشر عند الفئات الفقيرة أوالمعدمة بشكل واضح عن انتشارها عند الفئات الغنية أوالميسورة [2].

والملاحظ في مرض السيدا من خلال البحث الميداني و بعض القراءات لدراسات برنامج الأمم المتحدة (ONUSIDA) إن الإصابة بفيروس السيدا يختلف في مسبباته الاجتماعية والاقتصادية من بلد لأخر حسب معدل انتشاره و لكنه يتشابه في وسائل انتقال العدوى و أيضا في طرق الوقاية و المكافحة ،كما انه يصيب الجنسين على حد سوى دون مراعاة سنهم ولا مستواهم الثقافي ولا الاجتماعي ولا الاقتصادي، أي أن انتشاره يتعلق بسبب الغنى و الفقر ، فالفقر قد يسبب المرض نتيجة انخفاض مستوى المعيشة ، الذي يعتبر مصدر خطر للإصابة بالمرض نتيجة انه يدفعهم إلى تبني سلوك انحرافي لتلبية رغباتهم كما أن الغنى أيضا قد يكون مصدر خطر للإصابة بالمرض نتيجة الإسراف في اللهو.

وهناك أيضا مؤشرات اقتصادية أخرى مباشرة وغير مباشرة مساعدة على انتشار فيروس السيدا والتي لها علاقة بالموقع الجغرافي–الاقتصادي وقبل أن نتناول هذه المؤشرات ينبغي أن نضع في الاعتبار عدة أمور منها :صعوبة فصل مشكلة السيدا على الفرد و المجتمع كل على حدا نظرا لعلاقة التفاعل والتشابك العوامل التي تؤثر في كل من الفرد والمجتمع.

أما المؤشرات الأخرى الاقتصادية التي لها علاقة بالمجتمع و هي تختلف حسب الموقع الجغرافي و معدل الانتشار و عليه فإذا نظرنا إلى معطيات خريطة رقم(1،2) على التوالي التي سبق ذكرها نلاحظ أن هناك اختلاف جوهري في معدل الانتشار السيدا عبر العالم، فهو يصيب الدول الصناعية

[1] حسين عبد الحميد احمد رشوان :مرجع سابق، ص246-249
[2] نفس المرجع،313

كما يصيب الدول في مراحل النمو وبالتالي ليس له حدود اجتماعية اقتصادية،وان معظم الدول التي نسبة الانتشار فيها عالية هم الدول الفقيرة أوالدول في مرحلة النمو الاقتصادي وبالأخص جنوب إفريقيا على سبيل المثال (نسبة الانتشار:15%-28%) فهذه البيانات تشير إلى الأوضاع و التمايزات الاجتماعية الشديدة التي عرفتها جنوب إفريقيا و التي نتجت عن فوائد التوسع الصناعي السريع[1] والتي استغلتها الأقلية البيضاء المسيطرة سياسيا ،فقد عزل السكان الأصلين في مناطق حضرية و سرعان ما أصبحت مزدحمة،ومصدر للمرض الاجتماعي و الصحي .

بالإضافة إلى ذالك فان معظم السكان الأصليين ظلوا يعيشون على مستوى الكفاف دون الاستفادة من تدابير الصحة العامة الجيدة و بشكل خاص الرعاية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسيا، زد إلى ذالك التنقل الاجتماعي للذكور في المجتمع (بمعنى أن الذكور يتركون المناطق القابلية متجهين نحو المناطق الحضرية بغرض العمل أوالعمل الموسمي أوالتجارة أوبأهداف أخرى ثم العودة إلى المناطق القبلية) ، فان كل هذه العوامل والأوضاع ساعدت على انتشار السيدا في جنوب إفريقيا و المناطق المجاورة لها[2] أما المؤشرات الاقتصادية بالنسبة لدول التي ينتشر فيها السيدا بنسب ضعيفة جدا (نسبة الانتشار اقل من 0.1%) كالدول العربية، و بالأخص الجزائر فهي مرتبطة بتأزم الوضع العام في المجتمع أي أن ظهور مرض السيد وانتشاره في المجتمع الجزائري مقترن بسوء الأوضاع الاقتصادية و السياسية الناتجة عن مخلفات العشرية السوداء (حرق وتخريب البني التحتية للاقتصاد الوطني ،التخلي عن القطاع ألفلاحي، الخوصصة التي أدت إلى تسريح العمال ،الانتقال من الاقتصاد الموجه إلى الاقتصاد الحر ، مشاكل الاستثمار،..لخ)، التي أدت إلى ظهور العديد من الأزمات و المشاكل جعلت من

[1] Collection Sciences Sociales et SIDA : Le SIDA en Afrique Recherche en sciences sociales de l'homme et de la société,ORSTOM, 1997,p9-11

[2] Mburano Rwenge : facteurs contextuels de la transmission du sida en Afrique subsaharienne,une synthèse، IFORD، Yaoundé, Cameroun, 2000,p3

المجتمع عاجزا أمام تلبية متطلبات أفراده، مما سهم في توفير بيئة وشروط مساعدة على الإصابة و انتشار الأمراض ، ولاسيما مرض السيدا في مختلف مناطق الوطن، لهذا يعتبر مرض السيدا كاشف للصعوبات وتناقضات الاجتماعية والطرح الاجتماعي–الاقتصادي لهذا الوباء له اثر عميق على صيرورة مجتمعنا و وقاية الفرد تعتبر من أولوياته [1] .

ومن خلال هذا الطرح لنوعية العوامل الاقتصادية التي تساعد على ظهور المرض وانتشاره و إذا حولنا حصر دور هذه العوامل الاقتصادية التي تعتبر مساعدة للإصابة أو مصدر خطرو أهمها في انتشار المرض لدى المراة وذالك باستخراج ما يتماشى مع خصوصية الواقع الذي نحن بصدد دراسته نجدها تنحصر فيما يلي:

–**الهجرة** : تؤكد كثير من الدراسات في علم اجتماع الطبي على أهمية و دور الهجرة باعتبارها مؤشر من مؤشرات انتشار الأمراض المعدية و لفهم أهميتها يجب عرض أنواعها و أسبابها و أثارها على الفرد والمجتمع .

من اجل هذا نستطيع أن نتكلم بصفة مختصرة عن الهجرة كمفهوم لتنقل الاجتماعي

الذي هو عبارة عن الحركة الاجتماعية التي ينتقل فيها ملايين من الناس من مكان إلى أخر والذي شبهه احد الباحثين بنبض المجتمع الذي يدل على استمرار الحياة، التي تنتج عن السلوك الرعوي الذي يلزم الراعي على التنقل حسب الفصول مع أغنامه للبحث عن الماء العذب و المرعي الجيد و كذالك النساء و الرجال يختارون غالبا الهجرة نحو المدن للبحث عن عمل[2] ،و هناك بعض الدراسات تكشف أن أرامل من السيدا يحبذون الريف بالنسبة إلى المدينة هروبا من العار و من اجل البحث عن وسائل البقاء و لاستمرار، ويذهب الكثير من علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا إلى أن الهجرة ظاهرة

[1]Luc Montagnier, Robert gallo : le sida,Opcit ,p224

[2] UNESCO/ONUSIDA : l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH /SIDA, l'expérience de l'Ouganda,rapport national, UNESCO1999, p11

اجتماعية وجدت ومازالت توجد في كل زمان ومكان ،و التي ترجع إلى تباين أو تناقض الواقع الاجتماعي وهي حسب رأي مرتون تعود إلى المشاكل الاجتماعية المصاحبة لتقدم الصناعي و يزداد الإحساس بها عند بعض الأفراد عندما يقارنون الظروف التي يحيوها بالظروف التي يمكن أن تكون موجودة[1]، لهذا تعتبر أول هدف للتنقل الاجتماعي من اجل تحقيق المصالح والأهداف نتيجة عدة عوامل أهمها عوامل الطرد والجذب[2]، بحيث يعود الطرد إلى ظروف البيئة التي يعيش فيها الناس مما يحملهم على تركها .

أما الجذب فيشير إلى الظروف الطيبة في البلد الذي يستقبل المهاجرين ،كفرص توفير العمل و توفير المسكن الملائم ، وفيما مضى تمكن الناس من الهجرة من بلد لأخر دون وجود قيود أو حواجز ولذلك المهاجرون الأوائل لأمريكا من العاهرات و المساجين ،والأميين ، و المضطهدين في بلدهم نتيجة لاتجاهاتهم السياسية المناهضة ،ونادرا ما كان يستخدم جواز السفر، و في وقتنا الحالي تختار الدول نماذج معينة من المهاجرين

و تنطوي الهجرة على نوعين[3] :

1- هجرة مؤقتة :ويقصد بها معدل الالتحاق أو الضم ،مثل الهجرة إلى البلاد والأقطار الأخرى لتحقيق غرض معين ثم الرجوع إلى أوطانهم مرة أخرى ، ويقيم هؤلاء إما في نفس المركز الحضري أو المناطق المحيطة به، ولذلك فهم يلحقون بالمركب السكاني للمنطقة ، وان كانوا لا ينتمون إليه .

2- هجرة دائمة: وهي هجرة بعض الأفراد بصفة نهائية و الاستيطان في البلاد التي هاجروا إليها، وتنقسم الهجرة الدائمة إلى نوعين الهجرة الخارجية و الهجرة الداخلية.

بتصرف من

[1] محمد عاطف غيث:المشاكل الاجتماعية و السلوك ألانحرافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1981، ص65-77

[2] محجوب محمد عبده:الهجرة و التغير البنائي في المجتمع الكويتي ،دراسة في انتروبولوجيا الاجتماعية ، وكالة المطبوعات ،الكويت،ص273

[3] حسين عبد الحميد احمد رشوان، مرجع سابق،ص351

أ- الهجرة الخارجية:وهي انتقال عدد من أفراد المجتمع إلى مجتمع أخر طلبا للعمل، أو تطلعا لفرص أحسن في الحياة، أو فرارا من الاضطهاد .

ب- الهجرة الداخلية:وهي انتقال الأفراد و الجماعات من منطقة داخل المجتمع إلى منطقة أخرى في نفس هذا المجتمع، ذلك كالانتقال من الريف إلى المدن وتزداد هذه الظاهرة داخل المجتمعات كلما زادت المدن في خصائصها كمراكز جذب.

وتتميز الهجرة الداخلية في البلدان النامية بشكل عام و في المجتمع الجزائري بشكل خاص ، بأنها هجرة باتجاه واحد من الريف إلى المدينة ، ولهذا فهي تتسبب في مشاكل عمرانية في ضواحي المدن مثل نموا المدن و الأحياء القصديرية و الضواحي التلقائية غير مخططة ، وما يترتب عليها من مشكلات عديدة تؤثر في الحياة الاجتماعية والاقتصادية للأفراد ،فهي تؤدي إلى الازدحام الذي يعوق البناء الاجتماعي عن أداء وظائفه الأساسية،فضلا عن كونها تمثل العامل الرئيسي في تشكيل الطبقات الاجتماعية.

ولقد حاول العديد من الباحثين في الكشف عن أهم الآثار الاجتماعية[1] التي تترتب على الهجرة، والتي هي أكثر ظهورا و وضوحا في المدن الكبرى إذا قورنت بأي مدينة أخرى أو منطقة قروية و يرجع ذالك إلى ما يلي :

- اتساع نطاق تقسيم العمل و التخصص و خاصة في المراكز الصناعية مما ينجم عنه أن تصبح المدن الكبرى مركز جلب سكانية بحثا عن العمل أو عن فرص جديدة للحياة

- النمو الحضري السريع يؤدي إلى اتساع نطاق الخدمات و ما تحتاجه من أيدي عاملة

و ما يترتب على ذالك من تحرك السكان من المناطق الريفية أو المدن الصغرى إلى المدن الكبرى .

[1] محمد عاطف غيث، مرجع سابق ،ص103

– انخفاض معدل الزيادة الطبيعية في سكان المدن الكبرى أدى إلى اتساع نطاق الهجرة إليها،ومن المشاكل التي يمكن أن تترتب على اتساع عمليات التنقل الاجتماعي[1] ما يلي:

1. اتساع دائرة المناطق المتخلفة في المدن الكبرى لان المهاجرين يميلون في أوائل فترات إقامتهم إلى اللجوء إليها في فترة البحث عن عمل ،مما يؤدي إلى ظهور بعض الأمراض المعدية وانتشارها

2. ظهور الأمراض النفسية و الاضطرابات العصبية نتيجة لعدم قدرة بعض المهجرين على التكيف السريع مع الحياة الحضرية و طابعها في المدن الكبرى

3. وجود فرص كثيرة لممارسة الدعارة، نظرا لانفصال المهاجرين عن الروابط الاجتماعية التي كانت تشدهم إلى المجتمع المحلي

4. وجود عوامل كثيرة تؤدي إلى تفكك الأسرة و ازدياد نسب الطلاق و الانحراف خاصة بين المهاجرين .

استنادا مما سبق ذكره يمكن أن نستخلص أهم العوامل المساعدة على انتشار السيدا والتي تتعلق بالهجرة الداخلية والخارجية الخاصة بالتبادل التجاري لان معظم الدراسات تؤكد أن أغلبية الأشخاص المصابين بداء السيدا هم من رجال الذين يعملون بالتجارة أو رجال الأعمال الذين يهجرون من الداخل أو الخارج الوطن من اجل بيع أو شراء أو نقل السلع و الذين يتعرضون إلى مجموعة من مؤشرات كالعزلة وعدم الاستقرار و صعوبة الحياة [2].

وهكذا فان انتشار مرض السيدا بنسب مرتفعة قد اقترن مع وجود أعداد كبيرة من المهاجرين العاملين في المناجم أو التجارة،إذن من الصعب على الشخص الذي لا يلتقي زوجته كل ثلاث أشهر أو مرة كل عام أن يلتزم بقرين واحد ، وهكذا كشفت دراسة أن أعلى معدلات الإصابة بالمرض في دولة جنوب

[1] نفس المرجع ،ص104

[2] UNESCO/ONUSIDA, Opcit, p11

إفريقيا قد ظهرت في محافظات كوازلو وناتال و شرق البرتغال و أدنى معدلات في غرب و شمال كيب تاون ، وهذا التباين يقترن مع وجود النشاط التعديني و الصناعي و تجمعات العمال المهاجرين[1]

أما بالنسبة للجزائر تعتبر بصفة خاصة الأكثر حساسية لخطر الإصابة بالسيدا من جراء التنقل الاجتماعي (الهجرة) نظرا لموقعها الجغرافي الذي يعمل على زيادة معتبرة للهجرة و بالأخص الهجرة الغير شرعية لسكان الصحراء الجنوبية نحو الشمال، و قد كشفت بعض الدراسات على انه تم تسجيل 42 جنسية ، معظمهم من الشباب ما بين 20و 29سنة و 20% هم من النساء و أن نصف منهم لهم مستوى تعليمي مرتفع يتجاوز مستوي البكالوريا[2].

-العامل الثقافي:

انطلاقا من العوامل الاجتماعية ــ الاقتصادية المذكورة سابقا و التي كان لها تأثير مباشر على مختلف البناءات والمؤسسات الاجتماعية، نتيجة تدهور العلاقات الاجتماعية و السلوك ونمط القيم من اجل توفير و تحسين ظروف المعيشة، والتي أدت بدورها إلي تفشي عدة ظواهر و مشاكل صحية، كظاهرة التسول و الهجرة وكذا تفشي الآفات الاجتماعية وانتشار الأمراض و خاصة مرض السيدا ، و لكون العامل الاقتصادي والذي يعبر عنه ماركس بالعامل المادي ويعتبره المحرك الأساسي لكل عملية تغير ، لأنه يعبر عن سياسة و ثقافة المجتمع.

وعليه يمكن أن نعتبر العوامل الاجتماعية ــ الاقتصادية كأرضية خصبة لظهور نماذج ثقافية المتعلقة بتربية الأبناء و تنشئتهم الاجتماعية و العلاقات الأسرية، والتي تؤثر تأثيرا جوهريا على انتشار الأمراض، و إذا أخذنا على سبيل المثال السلوك الجنسي (الشذوذ الجنسي) باعتباره نموذج للعادات السائدة في مجتمع ما أو ثقافة جماعة والذي له علاقة وطيدة بانتشار مرض السيدا.

[1] عبد علي الخفاف:جغرافية الايدز في العالم، مرجع سابق، ص112-113

[2] Ministère de la Santé et de la Population et de La Réforme Hospitalière, direction de la prévention, comité national de lutte contre les IST/VIH/SIDA: rapport de l'évaluation du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA2002-2006، ONUSIDA ,septembre2006 ,p35

فإننا نلاحظ أن عوامل البيئة و التنشئة الاجتماعية لها دورا كبيرا في إثارته،وعليه فالثقافة تعكس شخصية الفرد من خلال سلوكه وأسلوب حياته، لهذا يؤكد بعض المختصين في دراسة موضوع داء السيدا على أهمية العوامل الثقافية لاحتوائها على العديد من العناصر الموجهة لشتى أشكال السلوك البشري، ولكونها تمثل العنصر الأساسي من اجل الوقاية و مكافحة انتشار فيروس السيدا.

ويتضح ذالك بشكل أكثر في برامج الصحة العامة التي كشفت عن ضرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية لدراسة سلوك الأفراد و عادتهم من اجل وضع سياسة وقائية ناجحة ،خاصة إذا كانت موجهة لإقناع الناس بالأخذ بعين الاعتبار كل التدابير الوقائية لمنع انتشار فيروس السيدا. هذا لكون الثقافة تحوى الكثير من العناصر المؤثرة و الموجهة لسلوك البشر و المشكلة لعادتهم و قيمهم والتي تشجع على تكوين صحة جيدة و تحض على العلاج للأمراض.

ولعل أهم هذه السلوكيات هي عادات النظافة(نظافة الجسم، الملابس، المنزل، البيئة) والتربية الصحية السليمة من اجل مكافحة الأمراض.[1] ومنه فالثقافة أمر متصل ومتفاعل مع الإنسان و تعتبر حصيلة للنشاط البشري، فهي تقوم على إشباع الفرد لحاجياته الأساسية و تعتبر طرق الحياة و معتقدات المجتمع كخصائص أو مؤشرات ثقافية، وهي أيضا كخلفية أساسية في تشكيل مستوى النشاط أو الفعل، ولها تأثير واضح على الصحة وعلى الخدمة الصحية إما سلبا أو إيجابا أي بالحد منها أو المساهمة في انتشارها[2] .

فإذا نظرنا إلى الثقافة كما عرفها تايلور(Taylor) كمفهوم وصفي :اقصد بالثقافة كل تلك الأبنية العقلية أو الأفكار التي يكتسبها الفرد أو يخلقها بعد مولده،و تشمل الأفكار كلا من الاتجاهات والمعاني

[1] مزاهرة أيمن و الآخرون،مرجع سابق،ص144
[2] نفس المرجع،ص153

العواطف المشاعر،القيم ،الأهداف، الاهتمامات،المعارف والعلاقات و الارتباطات و المعتقدات[1] ، كما عرفها بدنجتون(Piddington):بأنها ذلك المجموع الكلي للأجهزة المادية و الفكرية التي يشبع الأفراد عن طريقها حاجاتهم البيولوجية و الاجتماعية و يتكيفون لبيئتهم [2] أي على أنها تنشئ عن طريق الحياة الاجتماعية البشرية وهي تشمل جميع نواحي التراث الاجتماعي البشري أو كل ما يميز الحياة الاجتماعية عند الإنسان ،فهي تؤثر على المرض و على سلوكهم وكذا على كيفية التصرف حياله،و علاجه وانتشاره، وحتى أسلوب الشكوى منه ،لذالك تمارس التنشئة الثقافية دورها في سلوك المرض في المجتمع باختلاف قطاعاته، وبداخل المؤسسات الصحية، ويظهر ذالك من خلال الثقافات الريفية و البدوية والحضرية وثقافة النوع (ذكر وأنثى) و الثقافة المرضية و التطور الحضاري السريع و الأصول الاجتماعية [3] ، فإذا كانت الثقافة تحدد طرق العلاج والوقاية فإنها تحدد من زاوية أخرى نوع المرض وأسبابه فلهذا يهتم علماء الاجتماع بالثقافة باعتبارها احد الأسس الجوهرية التي تقيم الحقيقة الاجتماعية .

فالمجتمع يقوم كنسق من العلاقات المتبادلة بين الأفراد و لهذا لا يمكن أن نعزل الفرد عن مجتمعه و ثقافته، لأنه لا يصبح إنسان إلا من خلال تفاعله مع الآخرين في الجماعة، و هذا التفاعل في حد ذاته يخضع لقيود الثقافة و ضغوطها ،فمن الصعب الفصل بين الثقافة والمجتمع باعتبار أنهما مظهران لشيء واحد، فإذا كانت الحاجات الإنسانية الأساسية يمكن تفسيرها اجتماعيا، فان طريقة إشباعها تأتي عن طريق الثقافة ولهذا يلعب العامل الثقافي دورا هاما في تعديل السلوك و تغير الاتجاه حيث يؤثر الإطار الثقافي الذي ينشيء فيه الفرد على سلوكه، إذا هذا الإطار هو الذي يشمل الفرد بالرعاية والعناية ومنه أي تغير في الجانب الثقافي يؤدي إلى إحداث تغيرات عديدة في صور التفاعل في

[1] سامية حسن الساعاتي:الثقافة والشخصية، بحث في علم اجتماع ثقافي، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 1983، ص50

[2] نفس المرجع، ص43

[3] ايمن مزاهرة :مرجع سابق ،ص147

المجتمع مما يهيئ الفرصة إلى ظهور قيم جديدة وأهداف جديدة تنعكس بدورها على البناء الاجتماعي الذي بتغيره يؤدي إلى خلق قيم جديدة أخرى ولهذا يقال أن التغيرات البنائية تتبعها دائما تغيرات في القيم الاجتماعية [1].

وملاحظ من دراسة مرض السيدا انه يعكس ثقافة المجتمع من خلال سلوك أفراده و طرق معيشتهم ، فهو يعمل على إبراز الصفة الاجتماعية غير السوية من خلال بعض عادات سلوك الأشخاص في علاقاتهم الاجتماعية لان ذلك السلوك يعتبر جزء من الثقافة الوسط الذي يعيش فيه ،و منه أي تغير في الجانب الثقافي يعمل على إنتاج تغير اجتماعي و طرق جديدة للحياة خاصة في نهاية القرن العشرين في كل من إفريقيا و الدول الصناعية .

وتتمثل هذه التغيرات في الحرية الجنسية والقبول الاجتماعي للشذوذ الجنسي التي وصفها بعض الكتاب الغربيين بأنها ثورة جنسية في مدن أوروبا الغربية و أمريكا وإفريقيا الجنوبية وانتشرت ظاهرة معاشرة بدون زواج (الزنا) كطريقة للحياة حيث أصبحت ظاهرة عامة و تمارس على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية إلى درجة انه أصبح يعتبر جزءا من الثقافة السائدة في أمريكا[2] بينما في المجتمعات العربية والإسلامية تناهض هذا النوع من السلوك وتنهى عنه لأنه يؤدي إلى ارتفاع نسبة الطلاق و ارتفاع نسبة الأطفال الغير شرعيين و كذا انتشار الأمراض خاصة مرض السيدا و عليه فمشكلة السيدا تكشف عن ضعف أو فشل المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية ،كالأسرة و العمل...لخ على القيام بدورها وباعتبارها السبب المساعد على انتشار فيروس السيدا.

ولتوضيح اثر العوامل الثقافية على انتشار فيروس السيدا سوف نتعرض فيما يلي لدراسة الأسرة باعتبارها أهم وسط اجتماعي–ثقافي يتأثر ويؤثر فيه الفرد خاصة المصاب بفيروس السيدا و هذا

[1] محمد عاطف غيث:المشاكل الاجتماعية و السلوك الانحرافي، مرجع سابق، ص80
بتصرف من:
[2] احمد سالم الأحمر :علم اجتماع الأسرة ،دار الكتاب الجديدة المتحدة ،بيروت ،لبنان ،الطبعة الأولى ،2004،ص167-171

لكون أسباب الإصابة مرتبطة بمتغيرات خاصة بالمريض و محيطه و التي تلعب دور مهم في انتشار المرض ،فالأسرة من جهة يمكن أن تكون سبب من أسباب المساعدة للإصابة بالمرض كما يمكن أن تكون كإطار مرجعي دال في معايشة المرض وهذا لكونها مجال تظهر فيه الآثار التي تنجم على التغيرات والعوامل الاجتماعية ــ الاقتصادية والثقافية وحتى السياسية السالفة الذكر.

ــ دور و أهمية الأسرة وعلاقتها بالمرض

بما أن الأسرة تعتبر همزة وصل بين الأفراد والمجتمع من خلال عملية التنشئة الاجتماعية فهي تعد أيضا انعكاسا للتغيرات الاجتماعية والثقافية الكبرى في المجتمع، كما أنها مسببا للمرض من جهة ومن جهة أخرى كوسط أو البيئة المحيطة بالمرض و في محاولة تحديد اسباب التعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا ارتاينا توضيح دور الاسرة كمسبب للمرض .

ــ دور الأسرة كمسبب للمرض

تؤكد كثير من الدراسات الحديثة في علم اجتماع طبي على الدور ألسببي للأسرة في عملية المرض، وان الأمراض التي يمكن أن تظهر في محيط الأسرة تلازمها في الحاضر وفي تجارب أعضائها المستقبلة داخلها.كما هناك بعض العلماء بان أمراض أعضاء الأسرة تنشا من تجاربهم في الطفولة، وكثير من الأبحاث تبنت هذا الرأي كنقد للأسرة كنظام اجتماعي حيث ركزت على دور الأم في الأسرة[1].

و تشير إلى أن تأثير الأسرة على صحة أفرادها له صور متعددة، مرتبطة بمتغيرات متداخلة نابعة من طبيعة الإصابة بحد ذاتها ،و مع ذالك فان الميكانيزمات التي تربط بين خصائص الأسرة و المرض لم تتضح بعد ، ولكن بعض البحوث ترى أن بناء الأسرة و طبيعة العلاقات بداخلها تنطوي على أهمية

[1] محمد علي محمد والآخرون :دراسات في علم الاجتماع الطبي ،مرجع سابق ،ص271-272

كبرى[1] ، إذ تلعب هذه العوامل دورا مباشرا أو وسيطا ،كما أنها تمارس تأثيرها على نقاط مختلفة في مسار المرض. وقد يكون موقف الأسرة مثلا:

(أ) يشكل وسيطا باثولوجيا في حد ذاته

(ب)يؤثر على فرص الفرد في الاحتكاك بالوسائط التي تحدث المرض

(ج) يؤثر على فرص حدوث الاضطرابات الناجم عن هذا الاحتكاك

(د) يؤثر على قوة الاضطراب في الصحة و خطورته

(ه) يؤثر على إمكانية تلقى العلاج

(و) يمارس نفوذه على الاستجابة للعلاج

والجدير بالذكر انه يحتمل وجود عامل معين قد يرتبط بعدد من الأمراض، ومن كل ما تقدم يتبين لنا انه من الصعب في الواقع التنبؤ لوجود عامل واحد و وحيد يؤثر على ظهور المرض وخاصة مرض السيدا نظرا لخصوصيته،فهو مرتبط بالسلوك ألانحرافي ،مما جعلنا نركز على عوامل الانحراف وبالأخص الجو الأسري وباعتبار الأسرة همزه وصل بين الفرد والمجتمع فهي تؤثر وتتأثر بما يوجد في المجتمع

من اضطرابات وصراعات وعادات وتقاليد ، أي أنها مرآة تنعكس عليها صورة المجتمع،لذا فلها تأثير كبير على شخصية الفرد ، ومن هنا يمكن القول أن الجو الأسري له انعكاس على صحة الفرد الجسمية والنفسية من خلال الاضطرابات الأسرية وإذا حولنا تقصي أسباب الاضطرابات التي تحدث في الأسرة فسوف نرجعها إلى ثلاث أسباب رئيسية قد تساعد على الإصابة بمرض السيدا من خلال نتائج البحث الاستطلاعي .

[1] علي المكاوي :علم اجتماع طبي،مرجع سابق،ص297

1-السبب الأول: يرجع إلى العادات والتقاليد بعض الأسر، وهي عادات مرتبطة ببعض السلوكيات التي لها دور بارز على صحة و المرض سلبا أو إيجابا إي بالحد منها أو المساهمة في انتشارها مثل:

-عادات النظافة و العادات الترفيهية و الجنسية نتيجة الأخلاق السيئة التي تمهد الاتصال والاختلاط بين الفئات المنحرفة داخل الأسرة ، والتي لها علاقة وطيدة بمدى انتشار مرض السيدا بسبب تأثرها على فرص التعرض لمسببات المرض.

-العادات التي تقوم على الزواج الداخلي أو على الزواج الخارجي بالمغتربين و الذي يقوم على اعتبارات متعددة ، منها سلطة الأب و الرغبة في توسيع نطاق العلاقات القرابية من الداخل و المحافظة على الثروة أو العصبية مهما كان سلوك الزوج المغترب ، ومنها الرغبة في تغيير مركز للمرأة الاقتصادي الاجتماعي

2-السبب الثاني: يرجع إلى اضطراب العلاقات بين أعضاء الأسرة وخاصة بين الزوج و الزوجة وبين الآباء و الأبناء، وكدا أسلوب التنشئة الاجتماعية والتي قد تكون مساعدة على انتشار مرض السيدا ، وقد أثبتت دراسات عديدة أن هذه الاضطرابات العلاقات بين الزوج والزوجة متعلقة بالخيانة الزوجية التي تعود في اغلب الأحيان ،الانفصال أو الطلاق، أو الهجر نتيجة عدة أسباب اقتصادية و اجتماعية و ثقافية أو إلى عوامل نفسية بحته.

وإذا أخدنا الانفصال على سبيل المثال كتوضيح للبيئة الأسرية قابل أن يكون في نفس الوقت كمحدد لصحة و كعنصر وسطي من خلال العلاقة بين المرض و الصحة[1] وما هو إلا نتيجة إلى الخلافات التي قد تنشا بين الزوجين و تكون اقل خطر استقرار العلاقة الزوجية إذ لم تعجل بقرار الطلاق ،ذالك لان الخلاف و عوامله و نتائجه تختلف في كل حالة ،لأنه قد يكون راجعا لطبيعة العلاقة الشخصية

[1] Ginette(paquet) ,benoit (Tellier) :les facteurs sociaux de la santé,le système de santé au Québec,organisations,acteurs et enjeux, Québec , Les Presses de l'Université Laval, chapitre3,2003,p86

التي تربط بين الزوجين وما يترتب على ذالك من نفور أو تباعد يزداد إلى درجة التي تفضي إلى الخيانة الزوجية لعدم وجود مصدر للإشباع الجنسي أو العاطفي و بالتالي يصبح الزوج الخائن أو الزوجة الخائنة مصدر من مصادر نقل المرض للشريك أما إذا كانت هناك حالة طلاق فيكون سلوك الزوج أو الزوجة مرتبط بالانحراف أما لتلبية الرغبة الجنسية و العزوف عن الزواج بالنسبة لرجل .أما بالنسبة لزوجة فهناك عدة أسباب متداخلة تؤدي بالزوجة إلى هذا السلوك و بالأخص انخفاض المستوى المعيشي و كدا رفض عائلتها الوقوف بجانبها و مساعدتها على تربية أطفالها.

أما إذا كان الخلاف قائم بين الآباء و الأبناء فان الموقف يختلف ،لأنه مهما زاد الخلاف فلن يؤدي ذالك إلى انحلال الأسرة خصوصا إذا ظل الوالدين من حيث موقفهما متساندين فان طرق وأساليب التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة تكون احد الطرف المساعدة إلى التعرض للإصابة بفيروس السيدا.

إن سوء التنشئة الاجتماعية تنعكس حتما على شخصية الفرد وسلوكه المستقبلي،فقد أظهرت دراسات كوغلر وبريل [1]عام 1967 أن أية عوائق في طريق عملية التنشئة أو أية اضطرابات تعوق التطبيع الاجتماعي وبناء قدرة الفرد على الاندماج الاجتماعي فإنها ستنعكس اضطرابات نفسية وسلوكية ،ستولد إحباطات وتوترات لدى الفرد لهذا يشكل الجو الانفعالي الذي يسود الأسرة و الذي ينتج عن ديناميكية العلاقات الموجودة بين أفراد هذه الأسرة ،ونوعها ، وطبيعتها ،اثر واضح و ملموس على تماسك الأسرة واتزانها أو اضطرابها .

فالأسر التي نجد فيها الزوج والزوجة في اختلافات مستمرة أو انفصال دائم نجد أبنائهم غالبا متأثرين أوأكثر من ذالك منحرفين ،لان مثل هذه العلاقات تجعل الأبناء عرضة للقلق و التوتر ،إذا انه في جو

[1] جليل وديع شكور:أمراض المجتمع، الأسباب.الأصناف.التفسير.الوقاية والعلاج، الدار العربية للعلوم، بيروت، الطبعة الأولى، 1998، ص30

مفعم بالاضطرابات لا يمكن للأبناء أن يتمتعوا بمجال نفسي و صحي مريح يتم من خلاله الإشباع العاطفي.

ولا يمكن للأسرة بإكمالها أن تقوم بوظائفها و عليه تنجم العديد من المشكلات الأسرية، و التي من بينها الخيانة و الانحراف و هذا للبحث عن مجال أخر أكثر إغراء وأكثر هدوء لتلبية أهدافه و حاجياته،فقد أثبتت دراسات عديدة أن 70% الى90% من الأحداث المنحرفين أتوا من بيوت شبها التناقض و عدم الانسجام و الاضطراب بين علاقات أفرادها ،وخاصة علاقة الأم و الذي يعتبرها الكثير من علماء النفس الاجتماعي بأنها قاعدة النظام التربوي و مركز التنشئة الاجتماعية للفرد [1] ، لان الطفل منذ ولادته يقضي معظم وقته مع أمه أكثر من أي فرد أخر فهي التي تلبي حاجاتهم وتقوم بالدور الأكبر في تنشئتهم و أي ضعف في العلاقة بينها وبين أبنائها،سيصيبهم بأضرار بالغة ، وسيشعرون بكراهيتها ويعبرون عنها في حينها ، وتظهر أثارها على الأسرة ،فيما بعد عن طريق الانتقام من المجتمع .

أما الدراسة التي قامت بها وحدة بحوث الجريمة و الأحداث في المملكة العربية السعودية أن اغلب اسر الأحداث الأسوياء أكثر قربا لتكامل في نسقها البنائي والوظيفي من الأسر الأحداث المتشردين [2] ، وعليه يكون هذا الجو الانفعالي سبب كذالك في تكوين السلوك الشاذ و المرتبط بظروف التربية التي يتلقها داخل الأسرة.

وفي الأخير نستخلص إن التفاهم بين الأبوين و تقدير كل منهما للأخر من أهم مقومات سعادة الأسرة وان الخلاف و عدم التفاهم يهدد سعادة الأسرة و يعكر صفو العلاقات الاجتماعية السائدة فيها كما يهدد

[1] Medhar (Slimane) : tradition contre développement,Alger,E.N.A.P, 1992, p45

بتصرف من:

[2] عبد الرحمان عبد الله الصبيحي :أطفال الشوارع في العالم العربي ،مطابع الحميضي،الرياض ،الطبعة الثانية، 2007 ،ص50-53

امن و استقرار النفسي و الصحي لأفرادها ،كما أن انعدام التفاهم يكثر تنازعهما أمام أبنائهم و يكثر تبعا لذالك الشجار و الخلافات على أتفه الأسباب، و يحل العداء و الشقاق محل الوفاق و الاتساق .

ومن تم ينعكس حال الأبوين على معاملتهما فيكثر أخطاؤهما معهم ويعم الشقاء الأبناء والآباء على حد سواء إما من الجانب النفسي أو الصحي ، وقد يؤدي النزاع و الخلاف بين الزوجين إلى أن يهاب الابن الزواج ،ويحاول الانصراف عنه لان تكوين أسرته يذكره بما مر به من قلق و خوف زعزع شعوره بالأمن و الاطمئنان وقت أن كان أحوج ما يكون إلى هذا الأمن و هذا قد يدفعه أن يكون أكثر استعدادا لسلوك ألانحرافي وبالتالي أكثر عرضة للإصابة بالمرض ونشره.

السبب الثالث: يرجع إلى تدهور الوضع الاقتصادي للأسرة،ولاشك أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي ينتمي إليه الفرد له تأثير كبير في تكوين سلوكه الاجتماعي ،وينبع في كثير من الحالات للظروف الاقتصادية المعاشة ، وبالتالي فان الأنماط السلوكية لأي فرد تجاه موقف اجتماعي ترتبط إلى حد كبير إلى انتمائه الاقتصادي .

ولا جدال في أهمية المدخول المالي في استقرار الأسري فان كان هذا المدخول ضعيف أو منعدم فانه يؤثر على نفسية الأسرة و يعرضهم إلى مختلف الخبرات والتجارب القاسية و الإحباط المستمر الذي يؤدي بهم إلى السلوك الغير مرغوب فيه اجتماعيا ويؤكد سروكين على أهمية العامل الاقتصادي لتكيف الإنسان وثقافته .

كما أن هذا العامل مسؤول إلى درجة كبيرة عن الانحرافات السلوكية لدى الأبناء كما يؤدي في كثير من الأحيان إلى عدم احترامهم لأسرهم لعجز هذه الأخيرة عن إشباع حاجتهم فيتمرد الشباب على السلطة الوالدين و يعارضها أو قد يتحمل الشاب فقر الأسرة على عاتقه لإحساسه بالمسؤولية تجاهها فيعمل على الحصول على المال حتى وان كان بطرق غير شرعية .

ولعل الأسرة الجزائرية قد تأثرت إلى حد كبير بالحالة الاقتصادية للبلاد و خاصة الأسر المحدودة الدخل و الأسر الفقيرة و التي من أثارها انخفاض القدرات الشرائية نتيجة ارتفاع أسعار المواد الغذائية وهذا الانخفاض يؤدي بدوره إلى انخفاض المستوى المعيشي للأسرة و هو بلا شك يعمق من إحساس شبابنا بحدة المشكلة و يجعل من بعضهم يقعوا فريسة للانحراف بكل أنواعه، وقد تم تحديد الوضع الاقتصادي للأسرة في النقاط التالية :

أ. نوعية السكن: إن عدم توفر المسكن الصحي و عدم تناسب السكن مع حجم الأسرة وافتقاره للمرافق و الخدمات الأساسية يمثل من جهة عاملا لارتفاع المشكلات الاجتماعية كالمشاجرات العائلية و الخيانة الزوجية والطلاق و تشرد الأطفال..لخ ، وقد تلجا بعض الأسر إلى السكن في أماكن مزدحمة و غير صحية بسبب عجزها المادي نتيجة غلاء أسعار البيوت والشقق،الأمر الذي أدى إلى ارتفاع عمر الزواج بين الشباب وزيادة معدلات العنوسة بين كثير من الفتيات .

وعليه فالأسرة التي تعيش في المسكن الضيق قد تكون كبيرة العدد و المسكن ضيق من ناحية مساحته و عدد غرفه يجعل الراحة منعدمة، مما يضطر الشباب لترك المنزل و الاتصال بالأوساط الخلقية الفاسدة التي قد توجه الفرد إلى السلوك الانحرافي [1]خاصة إذا اختلفت المستويات الثقافية و الفعلية لهذه الأسر الذي من شانه أن يعمل على غياب أرضية مشتركة بين أفراد الأسرة الواحدة ،كما أن الأسر التي يعيش أفرادها على اختلاف أعمارهم ذكور و بنات في مسكن مزدحم سوف لن يتمكنوا من الاحتفاظ بمستوى من الحشمة في المعاملة بين أفرادها الأمر الذي يساعد على الوقوع في مشاكل جنسية تؤثر على سلوكهم.أما إذا توفر المسكن الصحي ،قد تغيب وسائل الضبط الاجتماعي و الرقابة

[1] علي بوعناقة :الأحياء الغير مخططة و انعكاساتها النفسية و الاجتماعية على الشباب ،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر ،1987،ص329

الأسرية وهو الشيء الذي يولد لديه الامبالات وروح المغامرة واللهو متأثرا بذالك بتجارب وعوامل اجتماعية أخرى قد تكون مساعدة على انحرافه وتعرضه للأمراض .

ب. حجم الأسرة: إن عدد أفراد الأسرة له تأثير واضح وكبير على اهتمام بصحة الأسرة و سرعة اللجوء إلى الخدمات الصحية و على طبيعة و نوعية هذه الخدمات وبذالك فهي تؤثر على مدى انتشار الأمراض[1] ،ولذلك يرتبط حجم الأسرة بمستوى صحتها وما يعتريها من أمراض ،فكبر حجم الأسرة و ما يصاحبه من انخفاض مستوى الدخل و التعليم و ازدحام المسكن بالأفراد يساهم في سوء الحالة الصحية للأسرة ، ويعرضها لكثير من الأمراض ،كما بصعب التكيف بين أعضائها .

فإذا ما أصيب احد أعضاء الأسرة بمرض معدي إن كثرة عدد أفراد الأسرة يسبب عبئا على أرباب الأسر لتامين الحد الأدنى من متطلبات الحياة الكريمة و الرعاية والعناية اللازمة لأفراد الأسرة، وأحينا يكثر الفقراء من الإنجاب لبعض المعتقدات التي تتركز في الإحساس بالأمان إذا ما فقدوا واحدا أو أكثر منهم سواء بالمرض أو سوء التغذية.

كما تفتقد هذه الأسر القدرة على تخطيط حياتهم و تنظيمها في المستقبل[2] ،والخطورة التي يتعرض لها أطفال هذه الأسر الكبيرة الحجم ،خاصة في الأسر الفقيرة ،من حرمانهم من أن يحيوا حياة طبيعية كتلك التي يعشها أقرانهم من الأسر اقل عدد وأيسر حالا، وعليه فان الأسر التي تتميز بحجم اسري كبير تمتاز بإهمال عاطفي لعدم قدرتها على التوفيق في المعاملة بينهم كما أنها لا يمكن أن تلبي أو تحقق رغبات كل أفرادها، وعليه فنتيجة ضعف الإمكانيات المادية للأسرة و إهمالها لأمور أبنائها قد يدفع بهم للانحراف الذي يعتبر مصدر من مصادر الأساسية لتعرض للإصابة بالمرض ، وقد أجريت عدد من الدراسات كشفت عن العلاقة بين حجم الأسرة و تعرضها لسوء الصحة ،وانتشار الأمراض ،

[1] أيمن مزاهرة :علم اجتماع الصحة ،مرجع سابق،ص128
[2] عبد الرحمن عبد اله الصبيحي ،مرجع سابق،ص29

و من بين تلك الدراسات بحث ليزونيوسن LEES ET NEWSEN (1954) في انجلترا، وفيرجسونFERGUSEN في اسكوتلاند(1952م)، وبيلز BILES في استراليا،وتاكمان وريجان tucknan Et Regan في الولايات المتحدة الأمريكية(1967م)[1].

ج. العمل وطبيعته:للعمل أهمية أساسية في التنمية الاقتصادية كما يعتبر قيمة اجتماعية يصبو إليها الفرد، فهو من جهة يساعده على رفع المستوى الاقتصادي و المعيشي للأسرة كما يساهم في تلبية حاجيات و رغبات الأفراد و من جهة أخرى يؤثر على أفراد الأسرة وذالك بغياب مصدر التوجيه والإرشاد بالنسبة للأبناء نتيجة خروج كلا من الأبوين للعمل خارج المنزل و قد يكون مصدر قلق وعدم استقرار الأسرة .

إضافة إلى ذالك يلعب العمل دورا بارزا في ترقية الفرد و منحه مكانة اجتماعية مرموقة على المستوى الاجتماعي و الاقتصادي إلا أن له أثاره على الصحة والمرض. كما يعتبر الوسط المهني كمصدر للعدوى لاحتوائه مختلف المسببات سواء كانت كيميائية أو بيولوجية أو فزيولوجية و كذا نفسية اجتماعية ،وهذا ما أكدته معظم الدراسات حول علاقة الوسط المهني بالصحة والمرض فكشفت أن العديد من الأمراض المهنية ما هي إلا نتيجة تعرض العمال إلى تأثير الوسط المهني المزري والذي يعكس التمايز الاجتماعي [2] .

إلا أن في حالة مرض السيدا ، الوسط المهني لا يعتبر مصدر للعدوى وإنما مصدر للانتشار المرض إذا ما اقترن مع طبيعة عمل المصاب بالمرض ،و نجد ذالك خاصة في وسط المهن الحرة كاتجار ، وسائقي الأجرة نظرا لتنقلهم لمسافات بعيدة ولاحتكاكهم بمختلف الأوساط الاجتماعية ،و كذالك في

[1] حسين عبد الحميد احمد رشوان:دور المتغيرات الاجتماعية في الدب و الأمراض،مرجع سابق،ص220

[2] Marc (Ferland), Ginette (Paquet): influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être, opcit, p63

بعض المهن الاستغلالية التي تستغل ضعف وحاجة المرأة بالمتاجرة بها كفتح بيوت لدعارة أوالتحرش الجنسي.

•أهمية الأسرة كمجال طبيعي لتكفل بالصحة والمرض

انطلاقا مما سبق ذكره عن دور وأهمية الأسرة و علاقتها بصحة ومرض أفرادها فبرغم أنها تلعب دورا سببي في عملية المرض إلا أنها تتأثر بمرض احد أعضائها وتعاني الكثير من جرائه لهذا فهي ليست فقط سياق أو سبب للفترات المرضية ،بل هي كذالك جماعة غير مستعدة للتخلي عن مسؤوليتها اتجاه أعضائها ، وكذالك عن استقلاليتها و على حرية أفعالها ،و أن تأثيرها على صحة أفرادها له صور متعددة [1] .

وتؤكد الكثير من الأبحاث أن المرض مشكلة الأسرة كلها وليست مشكلة المريض فحسب ،وتتعدد أبعاد هذه المشكلة و تختلف باختلاف العضو المريض سواء كان الزوج أو الزوجة،أو الأبناء العائلين،أو الأطفال المعولين،و تقوم الأسرة بدور بارز في الخدمة الصحية فهي المرجع الأساسي لتحديد نوعية الخدمة المطلوبة(رسمية أو شعبية)

ونوع المؤسسة التي يلجا إليها العضو المريض، علاوة على أنها المصدر الأصلي لاتخاذ القرار الطبي العلاجي.

كما أن طبيعة الأسرة و حجمها و نوعيتها (نووية، ممتدة)، له الأثر الواضح على الخدمة الصحية و بشكل فارق في المدينة أو الريف.

وفي مجتمعنا الجزائري حسب ما استنتجنه في البحث الاستطلاعي ، نلاحظ أن الأسرة لا تتأثر بمرض السيدا، وذالك للسرية المحاطة به ،و المصاب وحده من يعاني بالمرض،باعتبار أن مرض السيدا يؤدي

[1] Cresson (geneviére) ,martin (Claudine) :famille et santé,apprécier la diversité des contributions familiales,sciences sociales et santé ,paris,édition universitaire,vol13,n°1,mars,1999,p41

إلى اضطرابات جوهرية في استقرار و توازن الأسرة سواء داخلها أو خارجها ،لكونه يصيب سمعة الأسرة و تصبح موصومة والنظر إلى المريض على انه منحرف خاصة إذا كانت علاقته طيبة مع محيطه.

أما إذا كان المريض ضحية و بالأخص النساء ،فظروف الإصابة تمكن المريض الإعلان عن مرضه و التخفف من مسؤوليته و التزاماته العادية ،ومن ثم فان اتجاهات أعضاء الأسرة و ردود أفعالهم نحو المريض تتيح له الرعاية الكافية ، وتساعده في التغلب على مضعفات المرض و ذالك بالمواساة و تخفيف المعانات.

طالما أن هذا التباين في التصرفات اتجاه المرض يعبر عن واقع اجتماعي، وطالما أن هذه الحقيقة قد مارست، ومازالت تمارس، تأثيرات هائلة على مختلف جوانب حياة الأفراد وبالاخص المراة و تدل الدراسات على وجود اثار نفسية واجتماعية وسيكولوجية تختلف باختلاف الظروف التي تتعرض لها المراة في الاسرة و المجتمع و سنحاول ان نختصر تلك الاثار على حياة المراة و المجتمع.

2. اثر السيدا على المجتمع

إن اثر السيدا على المجتمع يتعلق بعدة عوامل كمية وكيفية ،لكونه يؤثر على مختلف المستويات،كالمستوى الديمغرافي والاقتصادي،ونظرا لتباين أرقامه و انتشاره في مختلف الدول، فان أثاره مرتبطة بمعدل انتشاره في المجتمع،كما أن الاقتراب إلى البعد الاجتماعي لتفسير أسباب انتشار السيدا هو كذالك مناسب لتحليل أثار الناجمة عن السيدا.

وعليه نجد أن في المجتمعات التي يكون فيها معدل انتشار السيدا مرتفع، كجنوب الصحراء الغربية الكبرى و الأمريكيتين و أوروبا ،أثار سلبية وخيمة سواء اجتماعيا أواقتصاديا، وان أسرعها وضوحا وظهورا هي التأثيرات الاجتماعية التي نتجت عن وفاة العديد من الأشخاص،السبب الذي أدى إلى

تراجع بعض البلدان في الترتيب العالمي حسب التنمية البشرية و قد يصل الأمر إلى انهيار المجتمع و زواله[1].

كما أدى إلى أزمات اقتصادية بسبب التكاليف التي كانت كبيرة و هائلة ،وكذا فقدان اليد العاملة وبالأخص في المصانع والمناجم مما أدى إلى انتشار الفقر و العوز في الأسر المصابة و كذا ارتفاع نسبة تشرد الأطفال ،و قد قدر احد الاقتصاديين أن ال10.000حالة الأولى من السيدا في أمريكا قد كلفت 1.6مليون يوم في المستشفى و1.4بليون دولار كتكاليف صحية و4.8 بليون دولار كفقد في النشاط الاقتصادي.[2]

أما في المجتمعات التي يكون فيها معدل انتشار السيدا منخفض أو شبه منعدم كالمجتمعات العربية والإسلامية وبالأخص المجتمع الجزائري ، فان تأثيرات السيدا على المجتمع فهي اقل وضوحا و إن كانت لا تقل عمقا و أهمية ، والتي ترتبط بمشاكل اجتماعية و اقتصادية وصحية، حيث أن المرض يمنع أفراد المجتمع من تأدية أدوارهم و واجباتهم و بالتالي يطرح مسالة سير المجتمع ، و لفهم أثار السيدا في المجتمع الجزائري يجب البحث في المتغيرات النابعة من حياة الأفراد المصابين و كدا حالة المريض المعاشة مع محيطه ،و التي تتم في عوالم اجتماعية مختلفة أهمها الأسرة كإطار مرجعي تقوم على أساس التفاعل وفق شبكة من الأدوار و المكانات متمايزة و متداخلة في ذات الوقت.

وسنعرض فيما يلي اثر المرض على الأسرة وأساليب موجهته، والتي تعني سلامتها و استقرارها سلامة واستقرار المجتمع كله وذالك من خلال عرض كل من دور المريض و الحياة الأسرية و اثر المرض على الحياة الاقتصادية للأسرة.

بتصرف من:

[1] ONUSIDA 2006 : impacte du sida sur les personnes et les société, rapport sur l'épidémie mondiale de sida,chapitre 4, p89-114

[2] ياسين عبد اللطيف :الايدز أسبابه والوقاية منه و آثاره النفسية والاجتماعية,مرجع سابق،ص141

3- تاثير المرض على المراة و الحياة الأسرية

إن تأثير المرض على الحياة الأسرية باختلاق الفرد المصاب ، ويظهر هذا التأثير على ثلاث مستويات المستوى الاقتصادي ،المستوى ألعلائقي ، ومستوى توزيع الأمراض، وهى غير منفصلة عن بعضها البعض في واقع الحياة الأسرية ،فإذا تناولنا توزيع الأدوار داخل الأسرة و علاقته بالمسار المرضى . فإننا نجد أن القيمة المختلفة للدور لها معنى فيما يخص فهم تأثير المرض على الحياة الأسرية و ذالك من خلال مقاربات تالكت بارسونزT.PARSONS، إذ يرى انه من الصعب بناء نموذج مبسط لتأثير المسار المرضي على بناء الأدوار داخل الأسرة، فمثلا نجد هذه النمطية الصارمة Typologie Rigide، في تحليل تأثير المرض على الأسرة حسب وضعية المريض، ودوره في الأسرة[1] ، وانطلاقا من مقاربته التميزية للأدوار بين الزوجات و التي تنطلق من فصل الأدوار الأسرية، عن الأدوار الاجتماعية، فحسب بارسونز يمارس الأب دورا أدائيا Instrumental أي متكفل بالاتصال مع العالم الخارجي، إضافة لكونه الممون الاقتصادي للأسرة،أما الأم تمارس دورا تعبيريا فهي مكلفة لكل ما هو عاطفي،ومن هنا نجد بارسونز يميز بين تأثير مرض الزوج(الأب) و الزوجة (الأم) باعتبارهم الشخصين القادرين على ممارسة ادوار المسؤولية الأساسية ،فهو يرى أن الأثر الأساسي لمرض الزوج هو تغير من دور و وظيفة الأم حيث تصبح لا تمنح الوقت و الاهتمام الكافي لأبنائها و تصب كل اهتماماتها لزوجها نظرا لبقاء الزوج في المنزل في أوقات غير معهودة من قبل وهذا ما يؤدي إلى اختلال التوازن في تقسيم الأم(الزوجة) للعاطفة بين الزوج و الأبناء أي أن مرض الأب (الزوج) له تأثير على الحياة العاطفية داخل الأسرة [2] .

بتصرف من:

[1] Parsons (Talcott), Fox (René): le soin au malade et la famille américaine urbaine,in:steudler (François),sociologie médicale, paris, A.colin, 1972,p157-179

[2] opcit, p166

أما فيما يخص مرض الزوجة فيرى برسونز، أنها الأكثر تأثير على توازن الحياة الأسرية انطلاقا من كونها الدعامة الأساسية للوحدة الأسرية، فهذا يؤدي إلى تحمل الزوج و الأبناء لمسؤولية الحفاظ على الوحدة الأسرية بدل الأم (الزوجة) بحيث يصبحون ملزمين بطريقة غير منتظرة لتحقيق مطالب لم تكن من قبل مرتبطة بمهامهم العادية[1] ،أما مرض الأبناء فيؤدي إلى اختلال في توازن الأسري ،وهذا لكون الأم تجد صعوبة في تلبية حاجات الأب من جهة و من جهة أخرى خلق منافسة بين الأخوة نظرا للاهتمام الكبير بالابن المريض.

أرد بارسونز من خلال هذه التحاليل الوصول إلى نتيجة أساسية تتمثل في ثقل الضغطات العاطفية التي يخلقها المرض داخل المحيط الأسري ،و بالتالي عدم قدرتها على تحمل الآثار المترتبة عنه مما تنتقل عملية التكفل بالمريض من الأسرة إلى المؤسسة العلاجية كميكانيزم أساسي للضبط الاجتماعي[2]

،فحسب بارسونز البناء الأسري له دور في أصل المرض و في شكل سيروراته كما ذكرنا سابقا .

في حين نلاحظ أن هناك محدودية في الطرح البارسونزي ،في تحليل السياقات المختلفة و المتعددة التي يخلقها المسار المرضي داخل الأسرة التي يمكن فصلها عن السياق الاجتماعي العام فهي تزيد من تقدير التأثير العلاجي للطبيب و تحط من قيمة العائلة

وانساق التضامن غير المهنية [3] .

إذا أسقطنا هذا الطرح البرسونزي على دراسة المسار المرضي للمصاب بالسيدا نجده لا يتماشى مع خصوصية المجتمع الجزائري في بعض النقاط كانطلاقه من نموذج الأسرة الغربية التي تمتاز بالنمط النووي و كذا النمط الثقافي السائد و المتمثل في الحرية وقبول السلوك الجنسي.

[1] ibid, p167
[2] Cresson (Genevieve) ,martin (Claudine) ,opcit,p63
[3] Ibid, P61.

إلا أن الأسرة في المجتمع الجزائري ليست فقط مؤسسة اجتماعية، لها خصائصها الخاصة بها، بل هي أيضا تعبر عن خصائص مجتمعها و عن قوانينه العامة ،و منه يكون من الضروري أن نأخذ بعين الاعتبار نمطها التقليدي رغم اتجاهها لنمط النووي فإنها لا تزال محافظة على علاقاتها و أدوارها داخل العائلة من اجل تحقيق التضامن والأمن والاستقرار(المساعدة الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي)، مهما المشاكل والتغيرات التي عرفها المجتمع الجزائري.

بالتالي مهما كان نوع المرض أو حدته فهي انسب بيئة التي تحيط بالمريض وتخفف عنه من جهة وتتأثر به، و من جهة أخرى نجد أن دور المريض يتأثر بالمرض أكثر من تأثره بالألم الناتج عن المرض إذ يصبح فاعل أساسي في التجربة المرضية دون تدخل الأسرة للمحافظة على اندماجه و تكيفه مع وسطه الاجتماعي وبالتالي نستنتج أن الأسرة تحافظ على دورها ووظيفتها اتجاه مريضها حسب موقف المريض و دوره في الأسرة وكذا انطلاقا من الاعتراف بالقيم العائلية و السلوك على أساسها و الذي يتطلب دراسات أكثر دقة .

- اثر المرض على الحياة الاقتصادية للأسرة

إن مرض أي فرد من أفراد الأسرة يؤثر على اقتصاديات الأسرة ،لكن يبقى هذا التأثير نسبي و مرتبط بمجموعة من العوامل النابعة من داخل الأسرة و العوامل الخارجية عن الأسرة أي انه خاصة بالمحيط الأسري من جهة و بالمحيط المجتمعي بصفة عامة من جهة أخرى و ما يهم هنا تأثير المرض على التسيير المادي للأسرة .

وهذا يتوقف على طبيعة الأعراض المصاحبة لمرض السيدا و مدة استمراريته كونه يتطلب مجموعة من النفقات التي تتكفل الأسرة بتسديد جانب منها ،فإذا كان المريض هو الزوج، فان مرضه يسبب اضطرابات مادية ناشئة عن توقف الدخل أو نقصه (بسبب طبيعة عمله إذا كان عمل مرهق)،

وبالأخص إذا لم تستطيع مدخرات الأسرة أن تواجه الموقف الجديد الناشئ عن المرض عائل الأسرة وهو مصدر الدخل فيها[1] ، وإذا أخذنا المرحلة التي يمر بها المجتمع الجزائري ،الانتقال إلى اقتصاد السوق وضعف القدرة الشرائية للمواطن ، وعدم توافق النفقات الأسرية مع مواردها المالية ، وكذالك طبيعة مرض السيدا الذي يتميز بطول المدة،و كذالك بالنفقات المترتبة عنه. نلاحظ أن اثر المرض على اقتصاد الأسرة يتحدد بعامل أساسي وهو عمل المرأة كزوجة كبديل لفقدان دخل الزوج ،أما إذا كانت الزوجة مريضة ،فمرضها يخلق وضعيات تؤثر بطريقة مباشرة على الحياة المادية للأسرة ، وأحيانا يكون اثر هذه الوضعيات غير مباشر مثلا توقف الأم عن العمل ،تخلي الأم عن بعض مهامها الاقتصادية المعتادة ، وبنفس الشيء إذا كانوا الأبناء هم الممولين للأسرة، أما إذا كان كل من الزوج والزوجة مريضين فهنا يدخل دور المجتمع المدني في مساعدة الأسرة.

- أهم الأساليب المتخذة لموجهة المرض

نظرا لما يحمله مرض السيدا من وصمة دينية واجتماعية فهو يطرح مشكلة الاندماج الاجتماعي للفئة المتعايشة بفيروس السيدا هذا لكون اندماج الفرد في وسطه الاجتماعي يعتبر كمؤشر لمعايشته المرض ، وبنظر إلى تعريف عملية الاندماج الناجح تتم و تكتمل بمساهمة الأفراد أو الجماعات المندمجة في استمرارية و حركية المجتمع الكبير و هذا ما يمنع حدوث تميز ، ومنه الاندماج هو عنصر هام و فعال في استمرارية المجتمعات و في خلق وضعية توازن في الوحدات الاجتماعية الجزئية التي تؤثر حتما على المجتمع ككل ،بالإضافة إلى عملية التكيف التي تقتضي تعديلا في أشكال العلاقات القائمة بين الأفراد أو الجماعات بهدف التخفيف أو التجنب الخوف من التوترات و النزعات سواء كانت العملية واعية أو غير واعية[2] .

[1] سامية محمد جابر و الآخرون :المجتمع و الأسرة ،دار المعرفة الاجتماعية ،الإسكندرية ،1998،ص369

[2] Birou (Alain): vocabulaire des sciences sociales, paris, édition ouvrières,1966,p07

ويعد بحث دوركايم حول الانتحار من ابرز البحوث الدالة عن أهمية الاندماج الاجتماعي في استقرار الفرد وانسجام المجتمع ، وقد ركز على عنصر الاندماج في الحياة الاجتماعية و مدى تأثير انعدام هذا العنصر على حياة الفرد و شعوره بالعزلة التي تعتبر حافز فعالا لارتفاع ميوله الانتحارية التي يدخل العامل الاجتماعي كمؤشر مباشر في إحداثها ، وقد صرح بذالك بقوله أن هناك توجه مجتمعي مشترك للانتحار[1] ، بمعنى أن تدخل عناصر البناء الاجتماعي هي التي تكون وراء النزوع إلى اتخاذ السلوك الانتحاري الذي يتأتى من انعدام و فقدان الروابط التي تربطه بالجماعة هذا فضلا عن شعور الفرد بأنه لا سند له يسنده في محيطه،و كما يقول هالفاكس Halfaxe :أن السبب الحقيقي للانتحار هو شعور المنتحر بالفراغ من حوله و بعدم اشتراكه في كل المعطيات الاجتماعية للحياة بمعنى انه غير مندمج، مما يدل على أن تكامل الفرد مع المجتمع المحلي قد يكون وقاية عامة لصحته .

فمن خلال أهمية اندماج الفرد أو إعادة اندماجه في وسطه الاجتماعي،و انطلاقا من البحث الميداني، نلاحظ أن الفرد المصاب بالسيدا و ردود أفعاله اتجاه المرض تجعله يتبنى أساليب متعددة لموجهة المرض قصد المحافظة على اندماجه الأولى ،أي المحافظة على علاقاته وروابطه المعتادة التي تربطه بمحيطه،وذالك أن المريض يكون دائما إلى الحاجة إلى الأمن و الاستقرار و الحاجة إلى القبول الاجتماعي، ومن اجل إعادة التوازن و إيقاف القلق و الخوف و إزالته يلجئ إلى الكتمان و السرية كأهم ميكانزمات التي يستخدمها المريض من اجل تخفيف من هذا الشعور كما يلجئ إلى الكذب والتمويه لإخفاء مرضه ،لتوافق مع الآخرين ،و من أهم الأساليب التي يتخذها لمواجهة هذه الاضطرابات هي السرية التي اتبعتها جميع المستشفيات .

لدى نجد أن أغلبيتهم أو معظمهم من يقوم بإنكار أو إخفاء و عدم مصارحة أسرته بالحقيقة نظرا لطبيعة الإصابة التي قد تعرض إلى القلق و الخوف عند جميع أفراد الأسرة ،و الأقارب و الأصدقاء

[1] Durkheim (Emile) : le suicide ;étude de sociologie, paris, nouvelle édition, P.U.F, 1960, p339

والجيران وقد يتعرض الزوجين(الوالدين) إلى الطلاق أو عدم الاستقرار من جهة، و إلى إحباط شديد ومستمر بالشعور بالذنب والتقصير مجرد معرفة نوع الإصابة من جهة أخرى.

كما نجد بعضهم يستعين بأسلوب الانتقام، وذالك بمواصلة إصابة الآخرين بالاختفاء وراء كذبه، كما نجد بعض الأخر من يستعمل أسلوب التجنب و الهروب من الآخرين وحتى الانتحار و ذالك بعدم قبول حقيقة المرض.

ومن خلال هذا الطرح نستنتج أن نتيجة تفاعل الفرد المصاب بمرض السيدا مع الشروط التي تحيط به والظروف التي يمر بها،يمكن للمريض فيها إعلان عن مرضه والتخفيف من مسؤوليته المعتادة بلا حرج، أو عدم إعلانه عن مرضه، التي تكون له أثار نفسية قد تعيق اندماجه.

3. اثر السيدا على المراة

تعتبر وصمة العار الملحقة بالمراة المتعايشة بفيروس السيدا من اهم النتائج فيروس السيدا الذي يؤثر على المراة و من شانه ان يخلق لها اثار سلبية على المستوى النفسي حيث تظهر عندها عدة أعراض مرضية تبدأ بالقلق الوسواسي و الغضب و التمرد على الاخر (الزوج و الاهل اذا كانت مرغمة على الزوج) وكذا على الذات و اليأس و العزلة و الانسحاب و التفكير في الانتحار أو الإقبال عليه، وكل هذه الاعراض بسبب فقدنها لقيمتها الاجتماعية ، وعلاقتها الاجتماعية مما يضعف لديها عامل تقدير الذات بسبب الاحساس بعدم الانتماء الذي هو أساس الإحساس بالطمأنينة و السكينة و الاتزان النفسي فيضخم بالتالي عندها الإحساس بالدونية و الضعف و كذا بالإثم و الذنب وهذا قد يغير من سلوكها سواء بالكف وتنظيم علاقتها مع الاخرين واما ان ان تشهر عدائها في نقل العدوى ونشره للاخرين لبناء جماعة مرجعية (مدمنو المخدرات ، و ممتهني العلاقات الغير شرعية) لتوسيع دائرة المتعايشين.

اما من ناحية العادات الاجتماعية التقلدية تعتبر الوظيفة الرعاية الصحية التي تقوم بها المراة داخل الاسرة من اهم الوظائف اذا تعطيها مكانة و دور في الحياة وبمجرد مرضها تفقد هذا الدور و هاته

المكانة وبمجرد معايشاتها مع الفيروس وتعرفها على المرض وكيفية تطوره تقوم بتنظيم علاقاتها على اساس ذالك وتزداد ادوارها عما كانت عليه بالنسبة للبعض منهن مع عبء طفل او زوج مصاب ينسين مرضهن ويتكفلن بهم حتى الممات .

اما بالنسبة لنسق الثقافي المختلف هناك من ينظر للنساء من خلال التمثيل الاجتماعي لهويتهم الانجابية و في وجود فيروس السيدا و نقص المعلومات تتاثر جل النساء المصابات بفيروس السيدا على انهم مصدر خطر لنشر المرض في حين تتعرض المراة المصابة بالفيروس للطرد و الضرب و الطلاق او الهجر من قبل الاسرة و الزوج اذ لم يكون مصاب كما يمنعنا اويحرمنا من حق الحضانة والارث .

اما بالنسبة للمراة العاملة فسرية المحاطة بالمرض تجعلها امام اختيار صعب حسب وضعيتها وطبيعة عملها اما في مزاولة عملها دون معرفة صاحب العمل بذالك او تخليها عن عملها وهناك من تبحث عن عمل حتى تعيل اسرتها بسبب وفاة زوجها .

وبالنسبة للجانب الصحي تتاثر المراة اكثر من الراجل وهذا لكون التركيب الفزيولوجي لها اكثر عرضة للامراض

ثالثا: اهم الخدمات الصحية للمراة المتعايشة بفيروس السيدا وكيفية تعاملها

نظرا لانتشار فيروس السيدا لدى المراة اصبح هذا الاخير يشكل عبئا صحيا ومديا يؤرق الجهات الصحية و الخزينة العمومية، لهذا تعد الثقافة الصحية من اهم الخدمات الضرورية لبدل جهود جماعية على كافة المستويات المحلية والاقلمية والعالمية لنشر التثقيف الصحي للحد من انتشار فيروس السيدا من خلال توعية المجتمع وتدريب المسؤولين و تنمية شعورهم اتجاه اخطار هذا الفيروس على الفرد والمجتمع و كانت تجربة الجزائر في مجال الخدمة الصحية من اهم السياسات الصحية التي كان لها تاثير واضح وفعال في تغيير نظرة المجتمع نحو المرض و تغيير سلوكيات المريض و بالاخص

تخفيض معدلات الوفيات خاصة لدى النساء و الاطفال بالتعاون مع المؤسسات المحلية ومنظمة الصحة العالمية بتوفير العلاج و التثقيف الصحى .

بالرغم من التقدم التي احرزته الجزائر في الخدمة الصحية الا ان المجتمع لا يزال يعاني من انتشار المرض و انتقاله بين الجنسين بسبب الفجوات الواسعة في معرفة خطورة انتقال المرض وانسب الطرق السليمة للوقاية منه نظرا لتركيز كل الابحاث و الدراسات على المرض وكيفية انتقاله متجاهلين المريض ومدى تاثيره على محيطه وكذا ثقافة المجتمع التي تفرض نفسها بالحاح كبير في تفسير المرض على انه لعنة إلهية تصيب الشواذ وعلى هذا الاساس ظهرت مجموعة من الابحاث –اجنبية على وجه الخصوص –ساهم فيها باحثون واطباء في دراسة تاثير العناصر الثقافية و الاجتماعية على مرض السيدا باعتبار ان مفهومي الصحة و المرض يرتبطان بالنوحي الثقافية ونسق القيم الاجتماعية لهذا تعتبر الخدمات الصحية الوقائية و العلاجية من اهم السياسات التي تجعل من المريض مسؤولا على وقاية صحة الاخرين وعليه لابد أن يكون مزودا بالقدر المناسب من الثقافة الصحية تمكنه من إدراك ما يهدده من الأخطار الصحية ، كما لابد أن يلعب دورا فعالا في المقاومة والعلاج وأن يكيف سلوكه ويغير من عاداته وأساليب سلوكه بما يحافظ على صحته.

وعليه نحاول من خلال هذا العنصر تحديد بعض المفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية مع ذكر اهمية التثقيف الصحي ونوعية الوسائل والاساليب التوعية لمكافحة فيروس السيدا بالنسبة للمريض و المجتمع وكدا الجهود و السياسات المبدولة لرعاية المراة المتعايشة بفيروس السيدا .

1. تحديد بعض المفاهيم الخاصة بالخدمة الاصحية

–مفهوم الخدمة الصحية و خصائصها

الخدمة الصحية تعرف على انها "النشاط الذي يقدم للمنتفعين ،و التي تهدف الى اشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة او خدمة اخرى "[1] تعتبر الخدمة الصحية من خلال هذا التعريف انها ليست منحصرة فقط على ما توفره المؤسسة الاستشفائية من اجهزة و معدات وخدمات ذو نوعية جيدة لتحقيق الاهداف الصحية بل هي مزيج متكامل من عناصر ملموسة وغير ملموسة لإرضاء متطلبات حاجات المرضى ،أي ان ادارة الاستشفائية هي المسؤولة على تخطيط مواردها لتفي تلك المتطلبات واكتشاف الامراض الجديدة و الادوية الجديدة حسب الاحتياجات ، وكدا تعمل على تكييف برامج الوقاية وبتكلفة معقولة يتحملها المجتمع و الافراد من اجل زيادة التفاعل بين المؤسسة الاستشفائية والمجتمع بصورة ايجابية سواء كانت تقدم من طرف القطاع الحكومي او القطاع الخاص ، لان الفرد يبحث دائما عن الخدمة الشاملة للفحص و التشخيص و الرعاية و العلاج حتى يتم الشفاء ، وهوكذالك يبحث عن الحماية ضد الامراض المعدية التي يمكن ان تضره .

وعليه يمكن تعريف الخدمة الصحية هي كل نشاط يعمل على تحقيق المتطلبات و الحاجات الصحية الشاملة (الداخلية و الخارجية)من النواحي العلاجية و الوقائية و التاهلية و من اهمها رفع الوعي الصحي لافراد المجتمع عن طريق دور المستشفى في التثقيف الصحي .

-مفهوم الرعاية الصحية:

وتشير إلى كافة العوامل السياسية و الاقتصادية ،الاجتماعية ،البيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبدلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض ، ويعكس تعريف منظمة الصحة العالمية أبعادا عديدة لنظام الرعاية الصحية ، بالإضافة إلى العيادات الداخلية و الخارجية تدخل عوامل أخرى مثل :

- العوامل الاقتصادية: التي تحدد الحجم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات

[1] فوزية شعبان مدكور :تسويق الخدمات الصحية ،ايتراك لنشر و التوزيع ،القاهرة ،1998،ص97

الصحية و كيفية توزيعها

– العوامل السياسية : التي تعكس أولويات توزيع الموارد في الخطط الصحية المختلفة ، وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي

– العوامل الاجتماعية : التي تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد، والمفاهيم السائدة إزاء الخدمات الصحية المتوفرة

– العوامل البيئية: كطبيعة المناخ، ومدى توفير المياه النقية و مدى تلوث البيئة...الخ والتي تلعب دورا هاما في التأثير على المستوى الصحي للأفراد [1] ،وخدمات الرعاية الصحية كثيرة منها :

– تقديم الرعاية الصحية للافراد

– رعاية الامومة و الطفولة

– تقديم الرعاية الصحية لطلاب المدارس و الجامعات

–اعطاء التطعيمات للاطفال

– مكافحة الامراض المعدية و المتوطنة

–توفير الادوية المناسبة

ومن الملاحظ انه ليس هناك اتفاق على هذا التعريف الموحد بين الخدمة الصحية والرعاية الصحية فقد يعتبر البعض في هذا المجال أن نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يخالفهم البعض الأخر في هذا الرأي.

و يمكن تعريف الرعاية الصحية أنها خدمة أو خدمات العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع ، كالمعالجة أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض،أو التحاليل المخبرية التشخيصية كما أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية

[1] علي المكاوي ،مرجع سابق ، ص(61-62)

وقائية كالتوضيحات و المعلومات التي يقدمها الطبيب للمريض حول المرض ما وطرق انتشاره و طرق الوقاية منه.

وعليه تشمل الرعاية الطبية كافة أوجه الرعاية الصحية للمريض من تقديم الدواء والغذاء والمعاملة الجيدة من قبل الأخصائي الاجتماعي و تتضمن فحص المريض وتشخيص المرض و إلحاق المريض بإحدى المؤسسات الصحية و تقديم العلاج اللازم لمريض ومتابعة حالته الصحية بمراقبة غذاءه ، فالمساعدة بين جميع القوى العاملة الطبية (الفريق الطبي) تساعد المريض على استعادة صحته لتدليل أي مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجها[1].

-مفهوم الثقافة الصحية

نظرا لكون الثقافة حسب علم اجتماع الصحة و الانثروبولوجيا تشمل على مجموعة عناصر التي تمارس تاثيرها بوضوح على الصحة و المرض و تحكم تصرفات الانسان من خلال الموجهات السلوكية التي تضمنها العادات الاجتماعية بمختلف تصورتها لدى الافراد والتي تساعده في البحث عن أفكار جديدة في الطب الحديث التي هي كفيلة لتبني البدائل المختلفة في بتطوير العلاج ومواجهة المرض ، ذالك لكونها تؤثرالى حد كبيرفي الموضوعات التالية :

1- نمط انتشار المرض بين الناس

2- طريقة الناس في تفسير المرض و معالجته

3- السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث

ونظرا لكون الثقافة تحدد نوعية معلومات الانسان عن المرض و الوقاية منه نلاحظ توجد اختلافات بين الناس حيال المرض و الوقاية منه باختلاف المجتمعات والثقافات ،حيث تقبل بعض الجماعات على الخدمات الصحية وتدبر بعضها الاخر عنها، وقد اوضحت الكثير من الدراسات كيفية تاثير الثقافة

[1] مزاهرة أيمن و الآخرون، مرجع سابق ،ص75

على استجابات الناس للالام و العلل في مختلف الثقافات ،وبالتالي كشفت النقاب عن تباين هذه السلوكيات في حالات المرض(ومنها دراسة ستشمان suchman ودراسة زبوروفسكي وكذالك وفق ايرال كوسE.Koos) على تاثير الثقافة على المعرفة الفعلية لافراد بالصحة و المرض وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية معينة [1] .

ويظهر هذا الاختلاف في الخلفية الثقافية لانها تؤثر تأثيرا إيجابي و فعال في الإستجابة للمرض و في العلاقة مع الطبيب، حيث أن الطبيب يفترض أن هناك قيم معينة مرتبطة بالصحة و المرض إذا عرفنا المريض من خلال خلفيته الثقافية سيساعده هذا على سرعة فهم المريض للطبيب و بالتالي في سرعة العلاج[2]" لذا يمكن القول بأن الثقافة الصحية ماهي الا جزء مصغر من الثقافة العامة، وأن انتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي في أي بلد من البلدان لايرجع إلى نقص الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بقدر ما يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته ويتحمل المسؤولية في وقاية صحة الآخرين.

وعليه لابد أن يكون الفرد نفسه مزودا بالقدر المناسب من الثقافة الصحية تمكنه من إدراك ما يهدده من الأخطار الصحية ، كما لابد أن يلعب دورا فعالا في المقاومة والعلاج وأن يكيف سلوكه ويغير من عاداته وأساليب سلوكه بما يحافظ على صحته، والتربية هي الوسيلة المناسبة لتحقيق هذه الأغراض جميعها والعمل على تحسين الصحة لدى الأفراد فالثقافة الصحية بمفهومها الحديث هي عملية تربوية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي عن طريق تزويده بالمعلومات والخبرات بقصد التأثير في معرفته وميوله وسلوكه من حيث صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه كي تساعده على الحياة الصحية وهي تهدف بوجهٍ عامٍ إلى حث الناس على تبني عادات صحية في حياتهم وعلى اتباع هذه

[1]علي المكاوي :الانثروبلوجيا الطبية دراسة نظرية و بحوث ميدانية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1991،ص(36-37)

[2]نادية محمد السيد عمر:علم اجتماع طبي المفهوم و المجالات،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ، ص154

العادات ، وعلى الاستفادة بوعي وحكمة من الخدمات الصحية المتاحة لهم، وعلى اتخاذ قراراتهم بأنفسهم، سواء كانوا فرادى أو مجتمعين، لتحسين حالتهم الصحية وتحسين بيئتهم .

وعلى هذا الاساس يمكن تعريف الثقافة الصحية على انها تقديم المعلومات والبيانات والحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة المواطنين(الاصحاء و المرضى) والهدف الأساسي منها هو الإرشاد والتوجيه بمعنى الوصول إلى الوضع الذي يصبح فيه كل فرد على استعداد نفسي وعاطف للتجاوب مع الإرشادات الصحية وعند التطرق لهذا المفهوم لابد من التفريق بين العادة الصحية والممارسة الصحية حيث أن العادة هي ما يؤديه الفرد بلا تفكير أو شعور نتيجة كثرة تكراره أما الممارسة فهي ما يفعله الفرد عن قصدٍ نابعٍ من تمسكه بقيمٍ معينة.

ومنه يمكن القول لكي تتحقق تلك المشاركة و التجاوب من جانب الأفراد هناك مسئوليات و مهام تقع على عاتق العاملين في مجال الصحة العامة لكي تدفع الأفراد و تحثهم على القيام بمسئولياتهم تجاه صحتهم ، و يتم ذلك عن طريق الثقافة الصحية . التي تعد من أهم مجالات الصحة العامة الحديثة وتعتبر جزءا أساسيا لأي برنامج للصحة العامة ، و لم تعد الثقافة الصحية عملية ارتجالية ، بل أصبحت عملية فنية لها أسسها و مبادئها التربوية في مجال تحسين الصحة ورعايتها و تهدف الى:

1. نشر المفاهيم و المعارف الصحية السليمة
2. تمكين افراد المجتمع من تحديد مشاكلهم الصحية و احتياجاتهم
3. التعريف بالادوار الفعالة و المفيدة التي تقوم بها المؤسسات الصحية المختلفة مثل المركز الصحية الاولية ومركز رعاية الامومة و الطفولة
4. تحسين الصحة على مستوى الفرد و المجتمع و ذالك بتغير السلوكيات الغير صحية
5. خفض نسبة حدوث الامراض و انتشارها

6. تشجيع الافراد على الاشتراك و تدعيم الدور الذي تقوم به الوحدات الصحية من علاج والوقاية .

-مفهوم التثقيف الصحي

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

والتثقيف الصحي أو التربية الصحية هي عملية إيصال المعلومات والمهارات الضرورية لممارسة الشخص حياته وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعية هذه الحياة الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع.

والهدف الأساسي منه هو إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافرفيها الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصياتٍ وتقاليد وعاداتٍ خاصة بها، وذلك بهدف تعزيز الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها من قبل المستفيدين من هذه الخدمات ، وقد قام العديد من المهتمين في مجال التثقيف الصحي بوضع العديد من التعريف بهدف توضيح المفهوم ومن هذه التعاريف

1- التثقيف الصحي هو عملية تهدف لملء الفجوة بين معلومات الناس الصحية و ممارستهم الصحية

2- هو ذالك الجانب من الرعاية الصحية المعني بالتاثير في العوامل ذات العلاقة بالسلوك

3- هو أي مجموعة من الانشطة التعلمية المنظمة و المصممة لتسهيل اختيار الفرد لسلوك المتلائم مع الصحة ..[1]

4- التثقيف الصحي هو الترجمة لما هو معروف ومألوف عن الصحة، فيما يتعلق بالصحة التامة للفرد أو بسلوك الجماعة عن طريق العملية التنفيذية أو التعليمية.

[1] نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع ،مرجع سابق ،ص301

واستنادا إلى هذا التعريف فإن التثقيف الصحي يتضمن

أ .الحقائق الصحية الأساسية.

ب .الأهداف الصحية للسلوك الصحي.

ج .العملية التعليمية لتحقيق هذه الأهداف.

أن التثقيف الصحي هو هذا الجانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية"..) [1].

أورد مصطفى القمش مجموعة تعاريف نوردها فيما يلي) :

-عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض، والمشاكل الصحية .

-عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكهم إيجابيا نحو الأفضل في مجال الصحة.

-علم وفن التأثير على رغبات وسلوكية الأفراد في المجتمع، وأداة لكسب ثقتهم واستقطابه نحو الأجهزة الصحية، والتعاون مع المسؤولين في سبيل وقاية المجتمع من الأمراض، ومحاولة تجنبها، مما يؤدي لرفع المستوى الصحي والاجتماعي وتحقيق الحياة السعيدة.

-عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة وتحويلها إلى أنماط سلوكية على مستوى الفرد والمجتمع باستخدام الأساليب التربوية الحديثة الهادفة لرفع المستوى الصحي والاجتماعي للفرد والمجتمع[2].

والهدف الأساسي من التثقيف الصحي هو إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافر فيها الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصيات وتقاليد وعادات خاصة بها

[1]إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات نظرية، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية، 1991،ص(191-192)

[2]مصطفى القمش وآخرون :مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر .والتوزيع، عمان،2000 ،ص(181-182)

وذلك بهدف تعزيز الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها من قبل المستفيدين من هذه الخدمات ويتضمن ذلك الأتي[1]:

- تغيير مفاهيم الافراد فيما يتعلق بصحتهم ومرضهم، وجعل الصحة العامة هدف عندهم.

-الاشتراك والمساهمة بالفعاليات الصحية بأنفسهم، ودون دافع خارجي.

-توضيح أهمية وجهود القائمين على الرعاية الصحية ومؤسساتها، لرفع المستوى الصحي والاجتماعي للمواطنين.

-تعريف المواطنين بالدور الرئيسي، والأعمال التي تقوم بها المؤسسات الصحية مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

-تثمين وتقييم الصحة للجميع، وذلك بجعل الصحة غاية وهدفا غاليا في نظر المواطنين.

-تشجيع المواطنين لإنجاح الخدمات الصحية، وتفهمهم لغايات وأهداف الخدمات والمراكز.

-تعزيز الأنشطة التي تشجع الناس على التمتع بصحة جيدة، وكيفية المحافظة على الصحة.

-مفهوم الوعي الصحي

يقصد بالوعي – (consciousness) كمفهوم حسب محمد الجوهري" -أنه عبارة عن اتجاه عقلي انعكاسي، يمكن الفرد من إدراك ذاته، وإدراك البيئة المحيطة به، والجماعة التي ينتمي إليها كعضو ويذهب جورج ميد(G.Mead) إلى أن عمليات الاتصال تساعد الفرد على النظر إلى نفسه والقيام بدور الآخرين، وتعتبر عملية الاستدماج للآخرين أو تمثل الظروف المحيطة، شرطا أساسيا لظهور الوعي ، ويقصد بالوعي الصحي إلمام الفرد بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضا إحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد

[1]نفس المرجع ،ص(182-183)

نتيجة الفهم والإقناع [1]، كما أنه يعني" :جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة، والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية" [2].

وعليه مفهوم الوعي الصحي يحتوي على بعدين **أحدهما** البعد المعرفي وهو ما قصد في التعريفات السابقة بالمعرفة والفهم والإدراك ،و البعد الثاني : البعد الوجداني والمتمثل في الشعور والتقدير والذي يكون أساس وموجه للسلوك.

2. اهمية الخدمة الصحية

برزت اهمية الخدمة الصحية بعدما لاحظ الاطباء ان اغفال العوامل الاجتماعية و النفسية للمريض يؤدي الى تدهور العلاج وتاخره فظهرت حاجة الميدان الطبي الى الاستعانة بالخدمات الصحية كمجهود هام ومكمل للمجهودات الطبية واصبح للخدمة الصحية اهمية خاصة للانسان و المجتمع وتكمن هذه الاهمية في[3] :

-مساعدة المرضى في سرعة التماثل للشفاء ومن ثم يستمر عطائهم وانتاجهم وبذلك تتحقق اهداف المجتمع

-تساعد في عمالية الوقاية عن طريق نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية للوقاية من المرض وذلك تجنبا للاصابة بالمرض او انتكاسه او انتشار العدوى بين افراد الاسرة ومن ثم المجتمع

-ان هناك من الامراض لا تستجيب للعلاج الطبي وحده لكونها ذات صبغة اجتماعية ،وتلك الامراض اسباب حدوثها وانتشارها واستفحالها ،تكمن في الجوانب الاجتماعية و الانماط الثقافية و بيئية ومن هنا تبرز اهمية تدخل الخدمة الصحية للتعامل مع الاسباب لازالتها او التخفيف منها

[1] احمد محمد بدح و الاخرون :الثقافة الصحية ،دار المسيرة لنشر و التوزيع ،عمان الاردن ،2015 ،ص15
[2] إقبال إبراهيم مخلو ف:مرجع سابق،ص 192
[3] ابراهيم عبد الهادي المليجي :الرعاية الطبية و التاهلية من منظور الخدمة الاجتماعية ،سلسلة جدران المعرفة ، الاسكندرية ،2006 ،ص40

– ان المرض ليس مشكلة المريض وحده بل تمتد اثاره و مشاكله الى الاسرة بل والى المجتمع لذالك تمتد جهود الخدمة الصحية الى اسرة المريض و المجتمع لازالة تلك الاثار و المشكلات

– تعمل الخدمة الصحية على تحقيق اهداف القطاع الصحي من العلاج الى اقصى حد ممكن وتهيئ انسب الظروف للخدمات الطبية لتحقيق فعالية افضل

ونستطيع ان نستخلص مما سبق اهداف الخدمة الصحية ونقسمها الى[1] :

اهداف بعيدة : توفير الرعاية الصحية للمواطنين و المحافظة على سلامتهم و وقايتهم من الاصابة بالامراض و العاهات ليتمكنوا من القيام بمسؤوليتهم الاجتماعية قبل مجتمعهم و المحافظة على كيان الوطن .

اهداف قريبة :وتكمن توفير سبل الوقاية من جانب و العلاج من جانب اخر للمواطنين المحتاجين للمساعدة وذالك عن طريق التعامل مع المريض و ظروفه المحيطة به و التعامل مع الطبيب و هيئة التمريض واقسام المؤسسة الطبية لتسهيل الاجراءات لكي تحقق الرعاية الطبية اهدافها و الخدمة الصحية اهدافها الوقائية

الاهداف الوقائية : تعني اثارة وعي الموطنين بالامراض و اعراضها و الوقاية منها و طرق العدوى و العلاج وكذا تعريف الموطنين بالمسسات الطبية و العيادات و المراكز التي تقدم لهم فرص العلاج و التحليل وتعرفهم ايضا بالاسعافات الاولية والوقاية من انتكاس المرض وذالك بستخدام وسائل الاعلام و عقد المؤتمرات و المحاضرات وعمل المنشورات ...لخ

الاهداف الانمائية او الانشائية : يعني اعادة تكيف المريض مع البيئة او اعادته للحياة الاجتماعية وذالك من خلال برامج التاهيل الطبي و النفسي و الاجتماعي و المهني .[2]

[1] نفس المرجع ،ص44
[2] مرجع سابق ،ص45

ثالثا :اهم الجهود و البرامج التوعوية الموجهة للمراة المتعايشة بفيروس السيدا

يتطلب اي مرض تحديد حجمه ومدى انتشاره وخطورته في اي مجتمع مما يسمح بتحديد الاستراتجيات كقواعد بنائية لحصر ومواجهة المشكلة الناجمة عن المرض وذلك كون حدوث ازمة او مشكلة صحية مرتبط بجهود والبرامج المسطرة لتطوير الخدمات الصحية في المجتمع وفي اطار جهود و البرامج العلمية لمواجهة مشكل السيد موضوع الدراسة نذكر منها:

أ- الجهود والبرامج العلمية لمواجهة مشكلة السيدا عالميا ، وذالك بواسطة منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية لصحة حيث بدأت في مراحل الوباء المبكرة بتخصيص اعتمادات من ميزانيتها لتغطية المتطلبات العاجلة للوباء ، كما وفقت على إقامة برامج خاصة لسيدا :1- كبرنامج العالمي للسيدا بمنظمة الصحة العالمية (GPA) ذالك على أساس ثلاث أهداف رئيسية[1] هي:-الوقاية من العدوى بفيروس السيدا .

1. تخفيض الآثار الشخصية والاجتماعية للعدوى

2. حشد الجهود المبذولة على الصعيد الوطني و الدولي و توحيدها في مكافحة السيدا

وشملت انشطة البرنامج انشطة عالمية وأخرى اقلمية و وطنية ،بحيث تظم الأنشطة العالمية تنظيم اجتماعات و مشاورات تقنية و عالمية حول القضايا و السياسات العامة.

3. برنامج الأمم المتحدة المشتركة لمكافحة السيدا (UNAISD) الذي يقوم على أساس الخبرات المكتسبة ويوفر على الصعيد العالمي الدعم لصياغة التشريعات والسياسات

و التخطيط الاستراتيجي ،والإرشاد التقني ، والبحوث و التطوير ، والدعوة و العلاقات الخارجية ،أما على مستوى البلدان فهو يقوم بتعزيز القدرات الوطنية على رد فعل تجاه التأثير الشامل للفيروس.

[1] محمد حلمي وهدان :وبائيات متلازم العوز المناعي المكتسب (الايدز،مرجع سابق،ص31-33

أما عن الجانب القانوني والتشريعي الجهود تمثلت في العديد من المواثيق و الإعلانات بدا من إعلان حق العلاج و انتهاء بحق السر الطبي ، وكدا الحق في الإعلان لكسب ثقة المريض ، وتحمله المسؤولية الوقاية والعلاج ،وكدا الحق في الموافقة على إجراء الفحص الطبي على غرار الحقوق الأخرى و الاستفادة من العمل و الدراسة .

وإجمالا للجهود الدولية التي انتهت بتنظيم مواد ووثيقة دولية نلاحظ أن هذه المجهودات تميزت في التأكيد على الصيغة الاجتماعية و إبراز دور المجتمع المحلي في مكافحة السيدا .

ب- الجهود و البرامج العلمية لمواجهة مشكلة السيدا في الجزائر

لقد تأثر المجتمع العربي و المجتمع الجزائري بالأخص بهذه المشكلة بسبب التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي من شانها أن تؤثر على انتشار هذا الوباء ذالك بما تسببه تلك التغيرات من مشكلات التفكك الأسري و جرائم العنف الأسري، والبطالة، وانخفاض مستوى دخل الفرد، وازدياد معدلات التسرب الدراسي..لخ .

ومن خلال مراجعة و تحليل الاتجاهات والسياسات الخاصة بالتصدي لمشكلة السيدا فهي لم تحظى بالاهتمام الكافي من قبل وزارات الدول، أما الاهتمام الأكبر بالمشكلة فكان من نصيب المؤسسات والمنظمات والجمعيات غير حكومية التي تبذل الجهود التطوعية لمساعدة المصابين بالمرض من خلال وضع البرامج لمكافحة المرض وكدا استقطاب المرضى لمساعدتهم داخل تلك الجمعيات ، وان كانت تعتمد تلك الجهود على التمويل الأجنبي من المنظمات الدولية التي سبق ذكرها و غيرها من الجهات المانحة .

ومما لا شك فيه أن هذا التمويل الأجنبي جعل من الجمعيات و المنظمات فضاء يشجع على التعبير عن مشاكلهم و معاناتهم ،و كذا تساؤلاتهم و اهتماماتهم لكل العوائق المادية والمعنوية بالإضافة إلى

نشاطاتهم (التلاقي والتعارف قصد الزواج للمصابين ،الدعم النفسي والاجتماعي ،الدعم بنظام الاتصال الهاتفي الخاص ،وكذا مختلف المعلومات للجمهور ..)هم كذالك يحولوا المصلحة الفردية إلى مصلحة جماعية[1] إن تشكيل وظهور هذه الجمعيات تعتبر كشرط أساسي للتمثيل الاجتماعي لمكافحة السيدا وهذا لما تضمنه برامجها:

-من المراقبة المستمرة لانتشار الفيروس السيدا وتقييم وضعه الوبائي

-مكافحة انتشار الفيروس بحملاتها التوعوية لدى مختلف الفئات وبالأخص الفئات الأكثر عرضة للإصابة وهم الشباب

-تثقيف الجمهور و توعيته حول المسؤوليات الشخصية و الاجتماعية حيال السيدا

-التعليم والتدريب المستمرين للأشخاص الفنيين العاملين في مجال السيدا

-مراقبة حاملي الفيروس ومرضى السيدا و تقديم النصح لهم

-العناية بالمرضى المصابين بالسيدا ومن يتصل بهم

فمن خلال هذه البرامج، وتواجد الجمعيات في مختلف المناطق الحساسة، ساعد على تغيير اتجاهات و تصورات الأفراد اتجاه المرض، كما ساعد في وضع قانون إجراء الفحوص المصلية قبل الزواج وكذا تغيير سلوك بعض المصابين و ذالك بإعادة الثقة لديهم في التخطيط للمستقبل.

كما اوصت مؤتمرات العمل الدولي لمكافحة السيدا على انه ينبغي توفير خدمات العلاج و الوقاية لجميع المصابين دون تميز و مساعدتهم حتى يتكيفوا مع الواقع مرة اخرى ومن اهم السياسات و الجهود المبدولة لموجهة فيروس السيدا لدى المراة نجد:

-تعزيز ربط الصحة الجنسية و الانجابية بمايدين فيروس السيدا للمتعايشات معه من الاثر الصحي العمومي عبر منع حملهن مادمن لا يرغبن بذالك

[1] Claude (Thiaudiére), sociologie du sida, opcit, p34

-تامين خدمات تنظيم الاسرة للمصابات بفيروس السيدا

-تامين الحقوق الانجابية للمتعايشات فضلا عن حق وصولهن الى المعلومات والتثقيف و الوسائل التي تتيح لها بممارسة هذه الحقوق

وما يمكن استخلاصه من هذا العرض ان الجهود و البرامج العلمية لمواجهة مرض السيدا كانت نتيجة تدفق لنشاط وجهود خبراء من جميع الاقطار سواء كان على المستوى العالمي او العربي من خلال منظمات و هيئات أهلية وحكومية و كذالك في الجانب القانوني و التشريعي .

فاذا كانت معرفة المريض باصابته بفيروس السيدا من الشروط المسبقة للحصول على العلاج فان زيادة فرص الاستفادة من خدمات تحرى الاصابة بالفيروس تظل من اهم المشاكل التي تواجهها البلدان في الربط بينهم و بين الخدمات الوقائية من الفيروس و رعايتهم وعلاجهم ،وكانت نتيجة هذه الجهود والبرامج ظهور التثقيف الصحي كشكل من اشكال الرعاية الصحية لذالك يعد التثقيف الصحي للوقاية من مرض السيدا من اهم الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية للفرد و المجتمع للحد من انتشاره وجاء اكتساب الثقافة الصحية لمرض السيدا من خلال التجربة و الدراسة و الملاحظة لحلات المتعايشين بفيروس السيدا لاكتشاف العوامل المسؤولة عن الاصابة و انتشار الفيروس والتي نلخصها في النقاط التالية : مستوى العدوى–او طرق الانتقال –او الشخص القابل للعدوى فهذه النقاط ساعدت على وضع اجراءات للوقاية ضد المرض وهي كالتالي:

1–القضاء على مصدر العدوى

2–قطع طريق انتقال العدوى

3-حماية الشخص المعرض للعدوى وذالك بتحديد الفئات الاكثر عرضة للخطر و تقدير مدى قابليتهم وتسجيلهم واتخاذ الاجراءات الوقائية التي تعتمد على العلاج والتثقيف بصفة عامة لما له(التثقيف) من اهمية و دور في الحد من انتشار المرض.

ونعني بالتثقيف الصحي بالنسبة للفرد: العناية او الرعاية او المعالجة الذاتية التي هي عمالية تفاعلية مستمرة بين الطقم الطبي او المعالج و المريض ، و الهدف الاساسي للتثقيف الصحي تتخلص بتغير سلوك المريض للاتجاه الصحيح و السليم و تشجيع عملية المعالجة الذاتية التي تعتمد على المعلومات المستندة على راي الاطباء و النفسانيين الذين يقدمون له العون و المساعدة في تقبل المرض و التعايش معه عن طريق تدريبه على المعالجة الذاتية (يقصد به تعليمه كيفية تناول الدواء و اتباع ارشادات العلاج بالدواء) لضمان السيطرة على المرض و العيش بصحة جيدة وعمر طويل دون مضاعفات.

-العناصر الاساسية لثتقيف الصحي

لكي يكون المصاب بفيروس السيدا دورا فعال و اساسي في السيطرة على مرضه يجب ان يتمتع باربعة عناصر التالية :

1-السرية و الكثمان

2- الثقافة و المعرفة بطبيعة المرض و مدى خطورته و مضاعفاتهو تقيد بتعليمات العلاج و عدم نشر المرض

3- الدافع الذاتي و الارادة الكافية لتقبل المرض و معايشته و تحمل المسؤولية و الالتزام بالتعليمات وعليه نستنتج ان دور التوعية و التثقيف الصحي للفرد و بالاخص للمريض هو امر في غاية الاهمية لضمان السيطرة على المرض فبتثقيف الصحي يصبح للفرد دور اساسي في الحد من انتشار المرض في محيطه الاجتماعي وذالك بخلق لديه دوافع ذاتية لمواصلة الالتزام بالتعليمات العلاج و الوقاية .

اما بالنسبة لاهمية التثقيف للمجتمع فهي تكمن في تغير ذهنية المجتمع حول المرض و المريض وذلك عن طريق وسائط اي تجنيد الجمعيات في نشر المعلومات حول المرض وكيفية انتقاله في شكل نشطات تقوم بها في الاماكن التي يمكن ان يتواجد فيها اشخاص لهم قابيلة لاصابة و نشر المرض بحث جل النشطات تشمل النقاط التالية :

1-تحديد المرض وتشخيصه وذالك بعرض افلام وثائقية حول المرض و المريض وذالك من اجل خلق قاعدة واضحة حول المرض وكيفية انتقاله

2- نشر القواعد الصحية السليمة للحفاظ على الصحة كالالتزام بالنظافة وعدم مشاركة الاخرين بمستلزمتهم الخاصة كفرشات الاسنان

3- اتباع الانماط السليمة في الممارسة الجنسية كالزواج و الابتعاد عن الفاحشة و المحافظة على شريك واحد و كذا استعمال العازل وكذا الابتعاد عن المخدرات لما لها من ارتباط وثيق بنتقال المرض وتكمن صعوبة تطبيق برامج التثقيف الصحي بشكل مؤثر وواسعٍ في أنها تتعامل مع مرض السيدا باعباره من الطبوهات لارتباطه بالعلاقات الجنسية من جهة والذي يحدده ويؤثر عليه من جهة اخرى عدد كبير جدًا من العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية والشخصية، فهو لا يكتفي فقط بإيصال المعرفة إلى الناس بل يجتهد للوصول للهدف الذي يسعى إليه وهو تغيير السلوك الخاطئ وذهنية المجتمع نحو المرض و المريض ، ولكي تكون الرسالة الصحية أكثر إقناعا وأقدر على التأثير فإن اختيار الوسائل التي تقدم من خلالها المعلومة الصحية أمر هام جدا .

- وسائل وأساليب التوعية و التثقيف الصحى لمكافحة مرض السيدا

إن بلوغ الصحة العامة نفسيا وجسميا مع الفرد والمجتمع يتطلب تعاون الجميع مع القائمين

بتوفير الرعاية الصحية، حيث أن وسائل الإعلام والتكنولوجيا تعتبر وحدها غير كافية لبلوغ أهداف التوعية والتثقيف الصحي بالنسبة لمرض السيدا لما له من حساسية اتجاه ثقافة المجتمع

فطرق التثقيف الصحي لمرض السيدا يعتمد على الاساليب التالية للوقاية و الحد من انتشار المرض والتي نستخلصها فيمايلي:

- **وسائل الاتصال العامة:**

ويقصد بهذه الوسائل الإذاعة والتلفزيون والصحافة و مواقع الانترنات باعتبارها تستطيع الدخول إلى كل مكانٍ وتفرض نفسها على أي مجتمعٍ بصرف النظر عن رغبة تلك المجتمعات أو الفئات في الاستماع إليها أو رؤيتها أو قراءتها، فوسائل الإعلام لها مميزات عديدٌة لانتشارها الواسع، وهي تتمتع بنفوذ قوي وأثر كبير في تغيير سلوك ونظرة نحو المرض ، فالتلفزيون والمذياع جهازان قويان من أجهزة الإعلام ولهما مقدرة على تغيير سلوك الكبار والصغار معا ولكن التأثير على الصغار أكبر، وبالإمكان استعمالهما في التثقيف الصحي فمن خلالهما يمكن أن تنقل المعلومات حول المرض بصورة جيدة في حين تسخرها الدولة الا في يوم واحد والذي يصادف يوم العالمي لمكافحة السيدا وتكون موجهة للمجتمع ككل وكافة قطاعاته .

- **الوسائل التعليمية:**

إن الهدف من هذه الوسائل هو جزءٌ من العملية التثقفية التي تحاول توصيل معلوماتٍ حول المرض داخل المؤسسات التعلمية و الاماكن العامة و يستهدف منها تعليم وتدريب متلقيها بصورةٍ منظمةٍ حتى تتكامل لديه الرؤية والمفهوم من المعلومة المقدمة وتكون في شكل المحاضرات والندوات مع استخدام الوسائل السمعية والبصرية ، الورشت الصحية والمؤتمرات، التمثيل والاغاني، النشرات والمطبوعات والإصدارات،استخدام مواقع الانترنت.

الخلاصة

لقد اشرنا في هذا الفصل حقيقة مرض السيدا حيث أصبح من المعلوم إلى أي فئة ينتمي هذا الفيروس والى أي خلايا في الجسم يضرب ،و كيف يتم الحصول عليه في سوائل الجسم ،وما هي الطرق التي ينتقل بها،واهم الانعكاسات السلبية له على الصحة ،وما هي الأدوية التي يعالج بها ، وكذا طرق الوقاية منه.

و في هذا الإطار استطعنا أن نعرف انه لا ينتقل عن طريق المراحيض أو تناول الطعام أو المصافحة، كما انه لا ينتقل عن طريق الهواء أو السعال أو العطس.

وان معظم الأشخاص المصابين بالسيدا يعيشون في المجتمع حياة طبيعية و لا خطر منهم على أي شخص كان ، وهم بحالة طبيعية و صحية عادية في المراحل الأولى من المرض.

كما حولنا كذالك البحث في جذور واصل المرض من خلال نشأته و تطوره في العالم والمجتمع الجزائري خاصة، و ذالك بعرض إحصائي لمدى انتشاره عبر العالم وعلى الصعيد الوطني بهدف فهم وإدراك خطورة انتشاره، وتمكنا من خلال هذا العرض أن مشكلة السيدا كظاهرة بيولوجية و إحصائية تختلف من بلد لأخر و حتى في المنطقة الواحدة سواء من ناحية طبيعة الإصابة(التي كانت سابقا مرتبطة بالأشخاص المثالين و البغايا) أو من ناحية نسبة الانتشار التي فاقت كل التوقع برغم الجهود المبذولة إذ أصبحت مشكلة السيدا في الوقت الحاضر تصيب بدرجة الأولى الأشخاص الذين يمارسون العلاقات الجنسية الطبيعية و تعتبر المرأة أكثر تعرضا للإصابة بفيروس السيدا إذ تمثل نسبة 50% في سنة 2014م مقابل 30% سنة 1997م و من اجل هذا تبين لنا انه يجدر بنا أن نتساءل في هذا الفصل عن إشكالية تأنيث السيدا من خلال طرح الثقافي والاجتماعي لان لكل ثقافة طريقة خاصة في التعامل مع السيدا ،محاولين في ذالك تحويل مشكلة السيدا من بنية بيولوجية محضة الى معطى ثقافي

و الى واقعة اجتماعية دالة على قضايا كبرى كالآفات الاجتماعية وكتمييز و الوصمة .....لخ ،وقد حصرنا ولو نسبيا لأهم الأسباب والآثار الاجتماعية التي تصيب المجتمع و المراة بصورة خاصة.

كما بين هذا الفصل اهمية الخدمات الصحية سواء كانت وقائية او علاجية او انمائية في رفع الوعي الصحي لدى الفرد و المجتمع وكذالك في مساعدة المريض و في تغير تصورات المجتمع حول المرض من خلال الجهود المبدولة في تفعيل البرامج الوقائية لمكافحة السيدا عن طريق المؤسسات والمنظمات والجمعيات غير حكومية عن طريق التثقيف الصحي.

و بما ان النساء هم الاكثر الفئات تضررا و تعرضا لفيروس السيدا ليس لانهم نساء بالمعنى البيولوجي ولكن لان حياتهم الجنسية تجرى في سياق يتسم بالعديد من اوجه عدم المساواة والتمييز على جميع الاصعدة (التعليم ،العمل ،الحياة المنزلية، السلطة ،السياسة..) و التي هي من اصل ضعف و حساسية المراة اتجاه السيدا و بالاخص في سلوكيات الوقاية ،و نحن بدورنا قد خصصنا لها قسم ميداني التالي للكشف عن واقعها الاجتماعي من خلال التطرق إلى أهم المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي ادت الى اصابتها بفيروس السيدا،وذالك انطلاقا من طرح الافتراضات و الاجابة عليها ميدنيا .

لمعرفة تطور الاحصائيات من سنة2011الى غاية2015 الخاصة باحصائيات فيروس السيدا انظر الملحق رقم (03).

القسم الثاني

الجانب الميداني

مدخل:

يعتبر الإطار النظري السابق ذكره مدخلا هاما في رصد واقع المراة عبر محطات التاريخية في مختلف المجتمعات وبالاخص المجتمع الجزائري موضحين اوضاعها الاجتماعية و الاقتصادية والسياسية وحتى الصحية للكشف عن علاقة اوضاعها كامراة والاسباب التي تجعلها تتعرض لفيروس السيدا وكدا أثاره الاجتماعية بصورة شمولية، انطلاقا من كون مرض السيدا ليس فقط ظاهرة بيولوجية بقدر ما هو ظاهرة اجتماعية تعاني منها كل المجتمعات.

مما لا شك فيه أن الإطار النظري لا يستطيع أن يوضح واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري، لدى جاء هذا القسم كصورة مكملة التي تساعد في فهم وتحليل أهم المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي ادت الى تعرض المراة للإصابة بفيروس السيدا ومدى اثاره على صحتها واسرتها في مجتمعنا الجزائري .

وبما أن السيدا يعاش كحالة فردية، فان أسباب الإصابة به تظهر كمؤشرات سوسيولوجية للوضع الاجتماعي و الاقتصادي والثقافي .

تعرضنا في هذا القسم إلى اربعة فصول مقسمة كالتالي :

الفصل الاول تناولنا فيه الاجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الثاني تناولنا فيه عرض البيانات الكمية و الكيفية لعينة البحث

الفصل الثالث قمنا فيه بتحليل الفرضية الاولى

الفصل الرابع خاص بتحليل الفرضية الثانية

الفصل الخامس قمنا بتحليل الفرضية الثالثة

الفصل السادس خصصناه لاهم نتائج الدراسة

الفصل الاول

الاجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

المبحث الاول: نوع الدراسة و منهجها

المبحث الثاني :تقنيات المستعملة

المبحث الثالث :مجالات الدراسة

المبحث الرابع :العينة و طرق اختيارها

المبحث الخامس : المعالجة الاحصائية

تمهيد

مما لا شك فيه إن طبيعة الدراسة أو البحث في علم اجتماع هي التي تحدد بشكل حاسم المنهج المستخدم وهذا المنهج هو الذي يحدد بالتبعية أسلوب البحث و الأداة الأكثر ملائمة من غيرها و حتى تلك الأداة البحثية تحتاج هي الأخرى إلى فن معين لتطبيقها الأمر الذي يحقق في النهاية غايات البحث وأهدافه[1]، وعلى هذا الأساس اتبعنا في بحثنا هذا على الخطوات الآتية

المبحث الاول : نوع الدراسة و منهجها

نظرا لطبيعة الدراسة و التمثلة في تبيان واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا في مجتمع الجزائري وما تتطلبه من جمع بيانات وحقائق من الواقع فان هذه الدراسة تنتمي الى مجال الدراسات الميدنية التي تعتمد على عدة مناهج لتحقق من الفروض و اختبارها في الواقع، لان ذالك التعداد يفرضه مبدأ المرونة المنهجية الذي يدعونا إلى عدم الاعتماد كلية على منهج وحيد والتقيد به عند دراسة ظاهرة أو مشكلة ما فقد تصلح عدة مناهج لدراسة موضوع واحد [2] ، من اجل تكيف الاقتراب النظري السابق ذكره مع معطيات الواقع في تحديد اسباب تانيث السيدا اعتمدنا على مبدأ السببية الذي يرى أن الظواهر الاجتماعية تتبع نوع من الحتمية في مسارها أي انه لا يمكن أن تظهر أي ظاهرة بفعل الصدفة المحضة بل كل ظاهرة لها أسبابها و دوافع جعلتها تظهر بمعنى أن لكل سبب مسبب،فاستعنا بالأسلوب التاريخي من خلال المعطيات التاريخية محاولين بذالك الكشف عن وضع المراة عبر مراحل تاريخية واسباب ظهور السيدا (SIDA/VIH) من اجل حصر مدى تطوره وانتشاره لدى المراة بصفة خاصة و المجتمع الجزائري بصفة عامة .

كما اعتمدنا على المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة او حدث معين بطريقة كمية او نوعية في فترة زمنية معينة او عدة فترات من اجل التعرف على الظاهرة او الحدث من حيث المحتوى و المضمون و الوصول الى نتائج و تعميمات تساهم في فهم الواقع و تطويره[3]

[1] صلاح مصطفى الفوال:علم الاجتماع بين النظرية و التطبيق، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1996، ص168

[2] صلاح مصطفى الفوال،مرجع سابق، ص168

[3] ربحي مصطفى عليان ،عثمان محمد غنيم : مناهج واساليب البحث العلمي النظرية و التطبيق، دار صفاء لنشر والتوزيع ،عمان ،ط1،2000 ،ص43

و اعتمدنا في هذا البحث على اسلوبين في المنهج الوصفي اهمها :

- اسلوب المسح بالعينة الذي يسمح اخذ جزء من المجتمع المراد دراسته للوصول الى نتائج واستنتاجات لها نوع من المصدقية شرط ان تكون العينة ممثلة للمجتمع

- و اسلوب دراسة حالة باعتباره أسلوب يسمح بالتعمق إلى جانب الشمول والترابط في الدراسة وتكون النتائج أكثر دقة وموضوعية...إلا أن استخدام منهج دراسة الحالة ينطوي على قدر من الصعوبات المتمثلة أساسا في صعوبة تعميم النتائج المتحصل عليها لارتباطها بخصائص متعلقة بالحالة موضوع الدراسة فقط [1].

فكان علينا جمع المعلومات كما و كيفا لان من جهة الوقائع الاجتماعية هي بطبعتها وقائع إحصائية تتسم بالتكرار و الدينامية تسعى إلى الإحصاء بصورة كمية من اجل تفسير الظواهر المبحوثة عن طريق اختبارها بعدد من المتغيرات التفسيرية و هذا ما يؤكده هيمان (Hymen) بقوله يمكن للباحث من أن يقيس كميا مدى ارتباط الظاهرة المبحوثة بمختلف العوامل و الأوضاع المؤثرة فيها والتعبير عن ذالك من خلال الإحصاء –بصورة كمية [2] و من اجل فهم و تحليل الظاهرة ،دعمنا البحث ببعض الحالات لأن تطبيق المنهج الكيفي يأخذ بعين الاعتبار الواقع المعيشي للأشخاص المبحوثين ، والفهم ما هو إلا اكتشاف طبيعة الظاهرة الإنسانية مع الأخذ بعين الاعتبار المعاني المعطاة من طرف الأشخاص المبحوثين وهذا لكون العلم لا يبدأ على الإطلاق بمرحلة القياس الكمي المضبوطة لكنه يسير في خط من الاتصال المنطقي من التصنيفات الكيفية و هذا ما أكده لازارسفيلد [3](lazersfeld)

مبحث الثاني : التقنيات المستعملة

يتطلب البحث السوسيولوجي بعض الأدوات و الوسائل التي تمكن الباحث من الاقتراب للواقع لغرض جمع المعطيات و البيانات و التي تعتبرها مادلان قرافيتش مثل المنهج إجابة لكيف ؟ و هي

[1] عثمان حسن عثمان :المنهجية في كتابة البحوث والرسائل الجامعية ، منشورات الشهاب، الجزائر ، 1998 ، ص3
[2] صلاح مصطفى الفوال: منهجية العلوم الاجتماعية، منشورات عالم الكتاب، القاهرة، 1982، ص212
[3] موريس أنجرس : منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، تدريبات علمية ،تر:بوزيد صحراوي و الآخرون ،دار القصبة ،الجزائر ،الطبعة الثانية ،2006،ص57

وسيلة لبلوغ الهدف الذي يكون محدد على مستوى الأفعال أو المراحل الميدانية [1]. فاعتمدنا في بحثنا هذا على التقنيات التالية :

-الملاحظة: استعنا بالملاحظة المباشرة أو البسيطة التي يقوم فيها الباحث مباشرة بنفسه في جمع المعلومات بدون التطرق إلى الأشخاص معينين فهي ترجع إلى حسه الملاحظ [2]، كان ذالك في المستشفى الهادي فليسي و الجمعيات الخاصة بمكافحة السيدا مثل جمعية الحياة و جمعية التضامن السيدا بغرض جمع قدر كافي من المعلومات الخاصة

بالمبحوثات المتواجدات هناك ، كما قمنا بالملاحظة المنظمة التي تتم في ظروف مخطط لها ، مضبوطة، دقيقة و يتم بواسطتها جمع الوقائع و البيانات من اجل الكشف عن معدل المتغيرات التي تظهر أثناء فترة الملاحظة البسيطة و كذا الوقوف على مستوى مشاركة المبحوثين [3] فاستعمالها كان كتقنية تدعميه بغرض التقرب من المبحوثات و كسب ثقاتهم .

-**المقابلة :** هي عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث و شخص او اشخاص اخرين بهدف الوصول الى حقيقة اوموقف معين يسعى الباحث لمعرفته من اجل تحقيق اهداف الدراسة"[4] ومنه قمنا بتقنية المقابلة النصف الموجهة (entretien semi directif) الذي يقول موريس أنجرس عنها :بالمقابلة النصف الموجهة نحصل بها على المعلومات بأكثر دقة من أي تقنية أخرى باعتبارها الوسيلة العلمية للبحث في عملية اتصال شفوي للحصول على معلومات مرتبطة بهدف معين[5] فكانت هذه المقابلة الحرة موجهة لبعض المختصين في المجال الصحي و الجمعيات الخاصة بمكافحة السيدا ،لجمع بعض المعلومات حول السيدا و المراة المتعايشة بفيروس السيدا و كذا كانت مقابلة خاصة مع عينة بحثنا

[1] Grawitz (Madelin) , opcit,p318

[2] Quivy (R), Campenhood (L.V) : manuel de recherche en science social, paris, 2éme édition, DUNOD, 1995, p164

[3] جلبي عبد الرزاق : تصميم البحث الاجتماعي ،أسس و استراتجيات ،دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،1995، ص25

[4] محمد عبيدات و الاخرون :منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات،داروائل لطباعة و النشر،عمان،ط2 ،1999 ،ص55

[5] موريس أنجرس، مرجع سابق ،ص142

لجلب المعلومات الخاصة بحالتهم وعلاقاتهم الاجتماعية واسباب تعرضهم للاصابة بفيروس السيدا، وفي نفس الوقت تكون الاجابات متباينة من مقابلة إلى أخرى بالنسبة إلى سؤال ما، قد تكون إجابة مبحوث ما عنه مطولة، وتكون إجابة المبحوث الثاني موجزة وتكون إجابة الثالث مختلفة جذريا عنهما، وعليه فهي تقودنا في اتجاهات متعددة، ونستطيع بالضرورة أن نقارن بين كل الأجوبة .المتحصل عليها[1]" وعليه تعتبر هذه التقنية المستعملة تدعمية لوصف الظاهرة المدروسة .

وبمان أغلب البحوث والدراسات السوسيولوجية تتم التأكد من صدق فروض الدراسة وتساؤلاتها عن طريق ما يعرف باستمارات البحث الميداني لذااستعملنا تقنية استبيان المقابلة (استمارة المقابلة) لتجنب عيوب الاستمارة الموزعة .

ـــ **الاستمارة بالمقابلة :** تحتل هذه الأداة مركزا هاما في البحوث السوسيولوجية، وتعتبر من الأدوات الاكثر استعمالا وانتشارا في الدراسات الإمبريقية، وذالك لما توفره من بيانات حول الموضوع المراد دراسته،نظرا لخصوصية عينتنا ارتأينا إلى استخدام الاستمارة عن طريق المقابلة ،وهي التقنية الأساسية في بحثنا هذا نظرا لأهميتها في جمع المعلومات وتحديد مسار البحث، فهي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوثين خلال عملية المقابلة، كما تفرض عليه التقيد بموضوع البحث وعدم الخروج عن إطاره العريضة ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية [2]. فبفضل المقابلة بالاستمارة قمنا بانجاز نوعين من الاستمارة استمارة خاصة بفئة العزاب و استمارة خاصة بفئة التي سبق لها الزواج ولمراعاة سرية المرض وخصوصية المبحوثة استعنا بمساعدة الاخصائية النفسية للمصلحتين التي تمت الدراسة فيهما فقامتا بدورهما على ملئ الاستمارة

[1] مرجع سابق،ص203

[2] إحسان محمد الحسن:الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت، 1982، ص65

وارجاعها لنا بسبب رفض بعض المبحوثات ادلاء بتصرحاتهم اثناء تواجدنا و تضمنت استمارتنا المحاور التالية :

اولا الاستمارة الخاصة بفئة التي سبق لها الزواج وتتضمن اربعة محاور هي

المحور الاول خاص بالبيانات العامة

المحور الثاني خاص بالمستوى المعيشي و الاقتصادي للمراة المتعايشة بفيروس السيدا

المحور الثالث خاص بالعلاقات الاسرية و المسار المرضي

المحور الرابع خاص بالثقافة الصحية للمراة المتعايشة بفيروس السيدا

ثانيا الاستمارة الخاصة بفئة العزاب وتتضمن خمسة محاور كالتالي

المحور الاول خاص بالبيانات العامة

المحور الثاني خاص بالحالة المدنية والمستوى التعليمي للوالدين

المحور الثالث خاص بالمستوى المعيشي و الاقتصادي للاسرة

المحور الرابع خاص بالعلاقات الاسرية و المسار المرضي

المحور الخامس خاص بالثقافة الصحية للمراة المتعايشة بفيروس السيدا

وعلى هذا ارتكز بحثنا هذا على مرحلتين أساسيتين هما:

المرحلة التحضيرية :وهي مرحلة تم فيها جمع الوثائق و المراجع التي لها صلة بموضوع بحثنا والتي دامت مدتها عشرة أشهر ابتداء من 15سبتمبر 2011 إلى غاية 26جوليا2012.

المرحلة الاستطلاعية: من اجل تحديد إشكالية وصياغة فرضيات_بحثنا كان لابد علينا القيام بدراسة استطلاعية لكون "هذه المرحلة يتم تجريب التقنيات على عينة أولية مثل تقنية الاستمارة أو تحليل

المصادر المبرمجة في البحث"[1] وهذا من اجل ضبط أسئلة الاستمارة وتحديد الإشكالية وصياغة الفرضيات ، فكانت أول خطوة في هذه المرحلة تطلب التنقل إلى جمعية التضامن من اجل مكافحة السيدا المتواجدة في ضواحي باب الوادي اين قمنا بتفاق المشاركة في الدراسة على اساس مد يد المساعدة للوصول الى عينة بحثنا دون ان تكون هناك رسميات ادرية على مستوى المستشفى وتحصلنا بهذا على عدة تسهيلات من بينها تعاون الاخصائين النفسين المنخرطين في الجمعية والعاملين في نفس الوقت بالمستشفى وكدا كانت لنا لقاءات مع نساء متعايشات بفيروس السيدا على مستوى الجمعية اين قمنا معهم بالمقابلة وجه لوجه فكان ذلك في شكل حوار موجه بغرض توجيه المبحوثة نحو أهداف البحث مع ترك حرية نسبية لها للتعبير والنقاش من اجل الحصول على معلومات خاصة بمسار حياتها واسباب تعرضها للاصابة بفيروس السيدا والتي تم تسجيلها مباشرة عن طريق الة التسجيل واخدنا بعين الاعتبار ان يكون الحوار منفرد مع المبحوثة اثناء فترة المقابلة وقد تم ذالك خلال فترات متقطعة من نشاطات الجمعية خلال فترة مابين 2012/10/01م الى غاية 2012/12/31م اين تم اللقاء ب10مبحوثات و فيما يلي وصف لعينة الدراسة الاستطلاعية

جدول رقم (17):وصف عينة الدراسة الاستطلاعية

المقابلة	الحالة الاجتماعية	السن	مكان الاقامة	مدة الاصابة
1	متزوجة	46	غليزان	15 سنوات
2	متزوجة	45	شلف	20 سنوات
3	ارملة	36	عنابة	8 سنوات
4	متزوجة	30	العاصمة	9 سنوات

1. Grawitz (Madelin) : Les méthodes des sciences sociales, paris, Ed Dalloz ,8ème édition, 1990,632

5	متزوجة	29	العاصمة	8 سنوات
6	عزباء	23	معسكر	3 سنوات
7	عزباء	29	وهران	7 سنوات
8	ارملة	49	تزي وزو	6 سنوات
9	مطلقة	57	تسمسيلت	4 سنوات
10	مطلقة	38	عين الدفلة	5 سنوات

ومن خلال هذا المقابلات تم وضع فروض البحث والتي نجيب من خلالها على التساؤلات المطروحة في إشكالية البحث، والتي تتلخص في محاولة الكشف عن اسباب تعرض المراة لفيروس السيدا من خلال تناولنا لوضعها الاجتماعي و الاقتصادي والصحي وكذا اثر هذا المرض على حياتها ودورها في الاسرة اضافة الى التحضير لبناء استمارة البحث في شكلها النهائي بعد تصحيحها عدة مرات بفضل استعانتنا ببعض الاساتذة واخص بالذكر الاستاذة الفاضلة عميرة جويدة وكذالك الدكتورة بالقايد روزة بمستشفى بني مسوس.

المبحث الثالث : مجالات البحث

مهما كانت القدرة التي يتمتع بها الباحث من المنهجية و التخطيط لبناء البحث، فإن طبيعة الموضوع و خصوصية الظاهرة المدروسة و معطيات الواقع تبقى من العوامل الاساسية المحددة لإطار ومجال الدراسة و لاسيما العامل الزمني و المكاني منه.

أ- المجال المكاني

الاول : التعريف بميدان الدراسة

لمحة تاريخية للمؤسسة :

هو مستشفى جهوي يقع شرق بلدية وادي قريش بدائرة باب الوادي، مجاورة لمقبرة القطار،وسمي بمستشفى القطار سابقا نسبة للمقبرة ،ويستقبل المرضى من عدة ولايات الوطن ، ويعود تأسيسه إلى فترة الاحتلال الفرنسي، كان عبارة عن عيادة الأمراض المعدية والأوبئة الخطيرة، يتشكل من بيوت فوضوية داخل مقبرة القطارومع غداة الاستقلال حولت العيادة إلى مستشفى تابع للمركز الاستشفائي

الجامعي لمين دباغين مايو سابقا وفي سنة 1988 تم ترقيته إلى مؤسسة استشفائية متخصصة في الأمراض المعدية، وسميت باسم الهادي فليسي الذي اغتاله الإرهاب في تلك الفترة، وهي مقسمة الى اربعة مصالح مصلحة لومار (A،B) ومصلحة لفرون–نيكول (C) ومصلحة باستور –فيدال ومصلحة الاشعة ونجد كذالك المخبرالمركزي و وحدة مخبر الاستعجالات وجناح الاستعجالات.

تحتوي هذه المؤسسة ايضا على كل تخصصات الأمراض المعدية المنتشرة في الجزائر، خاصة مرض الإيدز، تقدم الأدوية مجانا على شكل دوري وتحاليل مجانية وسرية خاصة بهذا المرض تقوم بمتابعة المريض بعد خروجه من المستشفى نظرا لخطورة المراض، لذا يتوجب توفيرعناية طبية جيدة، ويعمل بالمؤسسة أطباء مختصون وأساتذة جامعيون وباحثون في الأمراض المعدية،فهي تعد المؤسسة الاستشفائية الوحيدة بولاية الجزائر المتخصصة في الأمراض المعدية لذا فكل الحالات الخطيرة المتعلقة بالأمراض المعدية تلجأ إليها بعد أن يتم توجيههم من قبل المستشفيات التي تستقبلهم وأكثر الحالات يتم فحصها بالمؤسسة ثم يعاد تحويلها إلى مستشفياتها ، لهذا تعرف المؤسسة الضغط على مصالحها الصحية والاستشفائية، وبالتالي فإن الإقبال على هذه المؤسسة لا يرتبط بالقرب أو البعد عنها وإنما بدرجة خطورة الحالة الصحية للمريض وقلة الاطباء المختصين عبر الوطن.

ثانيا : تحديد مكان الدراسة

تم إجراء الدراسة الميدانية لبحثنا في المستشفى و بالضبط في مصلحة

لومار (A) المخصص لنساء ومصلحة لفرون –نيكول (C) كونه المكان الذي تم استجواب فيه المبحوثات من طرف الاخصائين النفسيين نظرا لكون دراستنا تتطلب جمع معلومات متعمقة ارتأينا إلى استجواب بعض المريضات وجها لوجه ، وذالك بعدما التقينا بهم بقاعة الانتظار بالمستشفى النهارhôpital de jour للمصلحتين و الذي يأتون إليه المرضى كل ثلاث أشهر أو شهرين للفحص وأخذ الأدوية و يغادروا المستشفى في نفس اليوم، و كان ذالك كل يوم الاثنين و الثلاثاء .

ب– المجال البشري

حدد المجال البشرى لهذا البحث بالمراة المتعايشة بفيروس السيدا ونظر لصعوبة التواصل مع فئة محددة ارتاينا ان تكون المبحوثة متعايشة بفيروس السيدا وتكون مدة الاصابة بفيروس اكثر من سنة

ج- المجال الزمني

اخذت هذه الدراسة من الزمن فترات متقطعة و متقاطعة ومتباينة تباين طبيعة الخطوة التي عرفتها ، فبغض النظر عن فترة بداية الاهتمام بالموضوع كأطروحة لنيل شهادة الدكتورة ، كانت فترة الاستطلاع (فترة خاصة لاجراء المقابلات الاولية لبعض الحالات وإعداد الاستمارة و اختبارها وتصحيحها) متزامنة مع الفترة الخاصة بإعداد الفصول النظرية أي الفترة الخاصة بالمطالعات و التهميش وبطاقات القراءة ثم التحرير و التصحيح فهي امتدت من سنة ديسمبر 2011 إلى مارس2013 ،أي حوالي سنة ونصف و بالنسبة للفترة الخاصة لتوزيع الاستمارة المصححة واتمام اجراء بعض المقابلات فهي كذلك في السداسي الأول من2013 وتم الاستلام الاستمارات الى غاية افريل 2014 بفترات متقطعة من قبل الاخصائين النفسانين (أي مابين 2013/1/4م الى 2014/04/12 م كفترة لتوزيع الاستبيانات وجمعها).

بصفة عامة استغرقت الدراسة من جانبها النظري و الميداني مدة تتراوح اربع سنوات أي من بداية اول تسجيل في الدكتورة سنة 2011م الى سنة 2014 م.

المبحث الرابع : العينة و طرق اختارها

ان تحديد الواضح لمجتمع الدراسة والذي يقصد به جميع العناصر او المفردات التي سيدرسها الباحث امر ضروري جدا لانه يساعده في تحديد الاسلوب العلمي الامثل لدراسة هذا المجتمع خاصة في حالة المجتمعات الكبيرة او الغير محدد لذالك يلجا الباحث في مثل هذه الحالات الى استخدام اسلوب العينة بدلا من اسلوب المسح الشامل و لتمثيل السليم و الشامل لمجتمع الدراسة اعتمدنا على الخطوات والتقنيات الاحصائية التالية :

اولا: تحديد وحدة التحليل

ان وحدة التحليل في هذه الدراسة حددت بالمراة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري

ثانيا : تحديد مجتمع الدراسة

لتحديد مجتمع الدراسة قمنا بالاتصال بمصلحة الاستقبال بالمستشفى لمعرفة العدد الصحيح للحاملي فيروس السيدا على مستوى المستشفى الذي سوف تجرى عليه الدراسة خاصة وان عينة بحثنا هذا مقصودة ونقصد بالعينة المقصودة ": هي التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظرا لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة"

ولقد بلغ العدد الاجمالي للمتعايشين بفيروس السيدا المتحصل عليه من ادارة الاستقبال في فترة البحث ب 7542 حالة استشفاء منهم 3439 انثى و4103 ذكر منذ بداية المرض الى سنة 2013 وقد بلغ عدد المصابين بمرض السيدا ب 378 حالة منهم 216 حالة لدى فئة النساء موزعين على مختلف مصالح المستشفى المذكورة سابقا وبما ان موضوع بحثنا مخصص للمراة المتعايشة بفيروس السيدا فقد حدد مجتمع الدراسة من جميع النساء المتعايشات بفيروس السيدا على مستوى مستشفى الهادي فليسى

ثالثا :تحديد عينة الدراسة

تختار العينة عادة حسب طبيعة موضوع الدراسة فلكل باحث عينة خاصة به وطريقة خاصة لاختيارها لذا لابد للباحث من أخذ عينة ممثلة للمجتمع الأصلي ليتسنى له أخذ صورة مصغرة من مجتمع الدراسة وقد تم أخذ عينة البحث عن طريق تطبيق الاستمارة بالمقابلة والتي قامت بها الاخصائية النفسية لكل من مصلحة لومار(أ) ومصلحة لفرون باعتبار المصلحتين اللتين تستقبل عدد كبير من المتعايشين بفيروس السيدا كعينة صالحة وممثلة لجميع حالات الظاهرة المدروسة،وبماننا اعتمدنا على ادتين لدراسة وهما الاستمارة بالمقابلة والمقابلة الحرة احتجنا الى تحديد عينة البحث بالاستمارة تم اقتطفنا منه عينة لمقابلتها وجها لوجه شخصيا من اجل التعمق اكثر و وصف واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا .

بناء على موضوع الدراسة الذي يتسم بالحساسية كونه يمس شريحة معينة في المجتمع تتميز بخصوصية وضعيتها وعدم دقة الإحصائيات مع الواقع بسبب التكتم و السرية التي يكتسيها هذا النوع من المرض، فإننا اعتمدنا على العينة القصدية في اختيار المبحوثات.

والباحث في العينة القصدية يختار حالات تحقق له الغرض من دراسته، ونقصد بالعينة المقصودة ": هي التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظرا لتوفر بعض الخصائص في أولئك

الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة"وفيما يلي الخطوات المتبعة في اختيار العينة القصدية في البداية الاختيار حددنا لها شرط وهو ان لا تقل مدة الاصابة عن سنة واحدة اما الطريق للوصول الى مفردات العينة كان عن طريق العينة الحصية التي تشبه العينة الطبقية في المراحل الاولى في التحديد فقمنا بتقسيم العينة حسب المصالحة المتواجدة فيها عينتنا وقد وقع اختيارنا على مصلحتين (لومار (أ) و لفرون) لاجراء بحثنا نظرا لوجود عدد كبير منهم على مستوى المصلحتين ولقد بلغت عينة البحث بعد اتمام المقابلات و استرجاع الاستمارات الى 165 مفردة منهم 30 مفردة تم استجوابهم شخصياعن طريق المقابلة وجه لوجه ويمكن تلخيص الخطوات على الشكل التالي :

1- حصر شامل لكافة المتعايشين بفيروس السيدا على مستوى المستشفى

2- اختيار مصلحتين لومار (أ) ولفرون لاجراء الدراسة

3- تسليم وتوزيع الاستمارات بالتعاون مع الاخصائين النفسين على مستوى المصلحتين بالتساوي ما يقارب مئة و ثلاثون استمارة لكل مصلحة

4- اعطاء تعليمات للاخصائيين النفسانين لمقابلة كل من تنطبق عليهم الشروط وعدم اجراء المقابلة على الحالات الجديدة

5- بلغ عدد العينة بعد جمع واجراء المقابلة ب165 مفردة

و الجدول التالي يضوح توزيع عينة البحث حسب المصلحة الاستشفائية

جدول رقم (18):يمثل توزيع العينة حسب المصلحة الاستشفائية

مصلحة	حجم العينة	النسبة المئوية (%)
لومار(أ)	125	76
لفرون	40	24
المجموع	165	100

المبحث الخامس : المعالجة الاحصائية

بعد انتهاء جمع الاستمارات وعددها 165 استمارة تم ترقيمها وتفريغها وادخالها بالحسوب الالي باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package For Social Sciences: SPSS)،والإجراءات التي اتبعت لتحقيق ذلك شملت:

أ- تفريغ الاستمارات

-1: تعريف المتغيرات فيSPSS ومراجعتها

يتم تعريف المتغيرات في نافذة محرر البيانات(Data Editor) ولقد اشتملت هذه العملية على :تعيين اسم للمتغير ,تحديد نوع المتغير ,تعيين وصف للمتغير وقيمه,تحديد القيم المفقودة ,وأخيرا تحديد عرض المتغير .بعد الانتهاء من هذه العملية روجعت مراجعة دقيقة وذلك لاستدراك أية أخطاء.

-2: تفريغ البيانات فيSPSS ومراجعتها

أدخلت البيانات المتعلقة بكل استمارة مباشرة إلى نافذة محرر بيانات(SPSS) بالاستناد إلى دليل الترميز ,ولقد بلغ معدل تفريغ بيانات كل استمارة ب30 دقيقة ,وهي عملية شاقة ودقيقة .بعد تفريغ كل الاستمارات تمت مراجعتها مراجعة نهائية ,وخلال هذه العملية تم استدراك العديد من الأخطاء وتصحيحها ,بذلك أصبحت البيانات جاهزة للتحليل الإحصائي.

ب -التحليل الإحصائي للبيانات:

بعد تفريغ الاستمارات على الحاسوب اجرينا بعض من العمليات الحسابية على البيانات للاجابة على تساؤلات الدراسة بواسطة مايلي

- التكرار و انسب المئوية لوصف خصائص وسيمات العينة
- اختبار ك^2 لقياس الارتباط بين المتغيرات المستقلة (العوامل الاجتماعية) والمتغير التابع الاصابة بفيروس السيدا

الفصل الثاني

عرض البيانات الكمية و الكيفية

المبحث الاول :عرض البيانات الكمية وتحليلها

تمهيد

اولا: عرض خصائص الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث

1-الخصائص الديموغرافية و الجغرافية لعينة البحث

2- الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث

ثانيا :عرض بيانات خاصة بالمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي و الاقتصادي للمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا واسرتها

2- بيانات خاصة بالحالة الصحية والثقافة الصحية للمراة العازبةالمتعايشة بفيروس السيدا

ثالثا :عرض بيانات خاصة بالمراة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للاسرة المراة التي سبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا

2- بيانات خاصة الحالة الصحية و الثقافة الصحية للمراة التي سبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا

المبحث الثاني : عرض البيانات الكيفية و تحليلها

تمهيد

اولا:عرض و تحليل المقابلة مع حالات لم يسبق لهم الزواج (العزباء)

ثانيا:عرض وتحليل المقابلة مع الحالات التي سبق لها الزواج

ثالثا:تحليل عام لمحتوى المقابلات

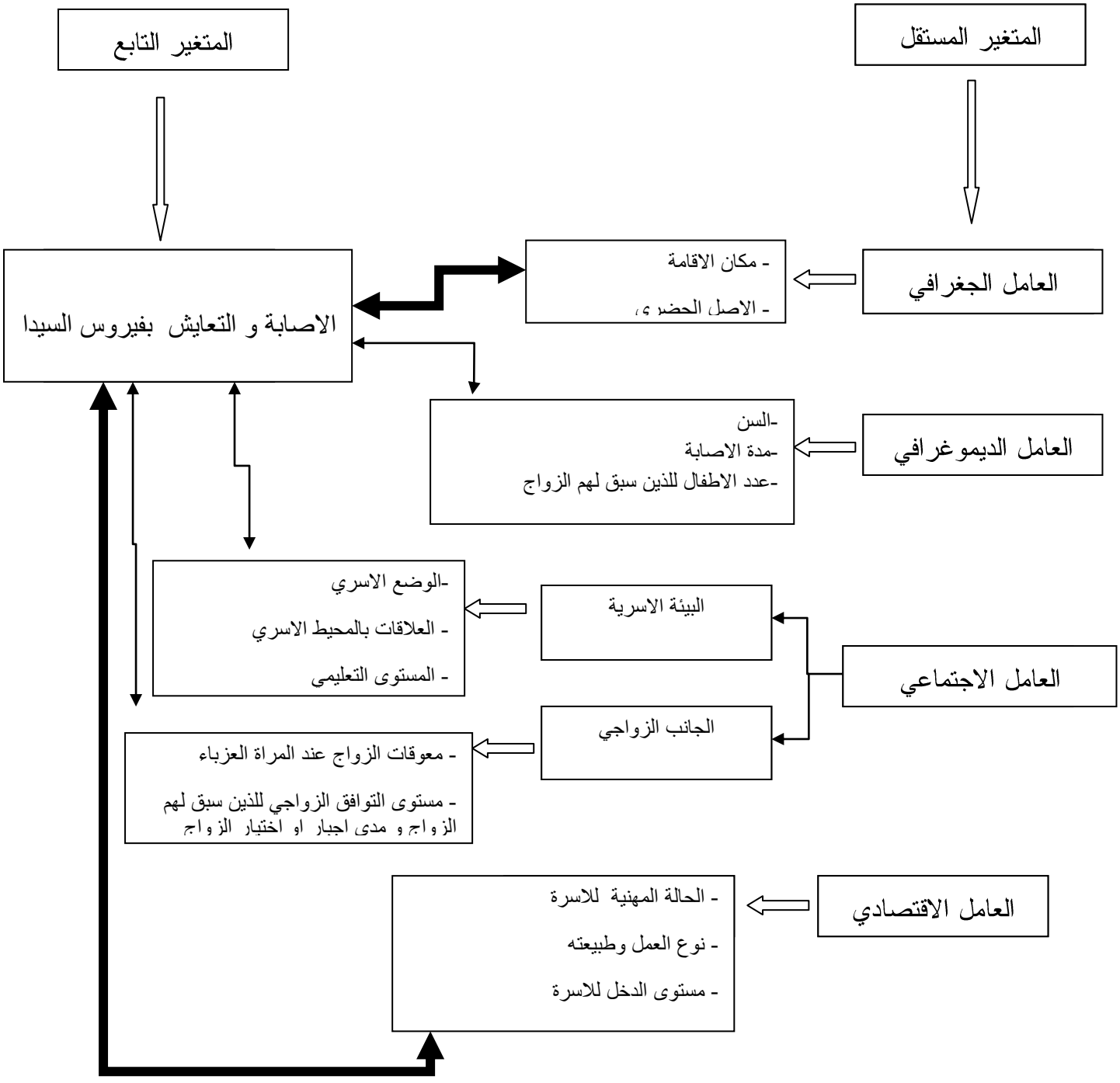
استنتاج

المبحث الاول : عرض البيانات الكمية

تـــــــــــــــــــمهيد

بعد جدولة البيانات و تصنيفها في جدول بفضل برنامج التحليل الاحصائي spss سوف يتم تحليلها احصائيا لاعطاء صورة وصفية تحليلية دقيقة لمضمون الجدول وما يشمله من نتائج وذلك بهدف تحليل الدرجة التي يمكن ان تعمم بها نتائج البحث على المجتمع الاصلي ،علما ان اهم ما يميز افراد عينتنا انها من النساء المتعايشات بفيروس السيدا والهدف من عرض البيانات الكمية هو توفير بيانات مفصلة تفسر واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري ، من خلال تطبيق وسيلة البحث على عينة متكونة من 165 فرد والتي سنحاول من خلالها تقديم او اعطاء صورة شاملة و واضحة حول مميزات افراد العينة كميا وذالك بالاعتماد على متغيرات اساسية نستغلها لاعطاء جداول بسيطة و معالجة النتائج المتحصل عليها معالجة إحصائية التي من خلالها يتم استخلاص العلاقات بين المتغيرات ومن تم الاجابة على فروض البحث ، واللجوء فيما بعد الى دراسة كيفية نتناول فيها عرض بعض الحالات حتى نتمكن من وصف معمق لواقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا واسباب تعرضها للاصابة وكدا اثر المرض على حياتها الاجتماعية وهذا ما سوف يتم التطرق اليه في هذا الفصل.

وحتى يتسنى للقارئ ادراك متغيرات موضوع الدراسة سوف نوضحها كتالي :


المتغير التابع
المتغير المستقل
الاصابة و التعايش بفيروس السيدا
العامل الجغرافي
- مكان الاقامة
- الاصل الحضري
العامل الديموغرافي
-السن
-مدة الاصابة
-عدد الاطفال للذين سبق لهم الزواج
العامل الاجتماعي
البيئة الاسرية
-الوضع الاسري
- العلاقات بالمحيط الاسري
- المستوى التعليمي
الجانب الزواجي
- معوقات الزواج عند المراة العزباء
- مستوى التوافق الزواجي للذين سبق لهم الزواج و مدى اجبار او اختيار الزواج
العامل الاقتصادي
- الحالة المهنية للاسرة
- نوع العمل وطبيعته
- مستوى الدخل للاسرة

الفصل الثاني

اولا: عرض خصائص الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث

1- الخصائص الديمغرافية و الجغرافية لعينة البحث

جدول رقم (19) توزيع عينة البحث حسب السن

السن / التكرارات	ك	%
28-19	**46**	**27,9**
38-29	**47**	**28,5**
48-39	**45**	**27,3**
58-49	**14**	**8,5**
68-59	**13**	**7,9**
المجموع	**165**	**100,0**

الاحصاء	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	معامل الالتواء
القيمة	2,40	2,00	2,00	1,20	0,094

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) أن اغلبيه أفراد العينة يتمركزن في الفئة العمرية التي تتراوح مابين 29-38 سنة وذالك بنسبة 28.5 % وتليها الفئة العمرية التي تتراوح مابين 19-28 سنة بنسبة 27.9% في حين سجلت نسبة 27.3% لا تقل اهمية عن باقي النسب عند الفئة العمرية التي تتراوح 39-48 سنة .

كما نلاحظ كذالك من خلال الجدول انه تم تسجيل ادنى نسبة في الفئة العمرية 49-58 و59-68 سنة التي تقدر على التوالي 8.5% و7.9% وهي نسبة ضعيفة بمقارنتها مع نسب الفئات العمرية الاخرى وعليه نستخلص من الجدول ان 84% من المبحوثات المتعايشات بفيروس السيدا تتراوح اعمارهم مابين 19-48 سنة وهذه المرحلة تتوافق مع فترة المراهقة و الشباب اين تزداد فيها حيوية الانسان و النشاط البيولوجي بينما 16% منهن يتراوح سنهم مابين 49-68 سنة وهي مرحلة ممهدة وقريبة للشيخوخة مما يدل ان فيروس السيدا يصيب مختلف فئات العمر لدى المراة بعتبارهم أكثر تعرضا من الناحية البيولوجية وذالك ما أوضحته عدة دراسات ،بوصفهن الطرف المتلقي و لديهن مسطح مخاطي

كبير..[1] ،اما عن متوسط السن عند المبحوثات فقد قدر ب 37.13 سنة و بالنظر إلى الجانب الإحصائي في الجدول يتبين أن توزيع العمر بعينة الدراسة يكاد يكون متماثلا بسبب الاقتراب الكبير بين قيم المتوسط ,الوسيط ,والمنوال ويؤكد معامل الالتواء هذه الاقتراب إذ جاءت قيمته الموجبة منخفضة جدا تساوي بالتقريب 0.1 وتعطي هذه النتيجة مؤشرا كبيرا على مصداقية تمثيل العينة لمجتمعها الذي سحبت منه ,الأمر الذي يسمح بتعميم النتائج .

جدول رقم (20) :توزيع افراد حسب مدة الاصابة

مدة الاصابة	ك	النسبة المئوية (%)
سنة واحدة	17	10,3
سنتين	88	53,3
3سنوات	16	9,7
4سنوات	22	13,3
5سنوات	2	1,2
7سنوات	12	7,3
9سنوات	8	4,8
المجموع	165	100,0

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم(20) ان 53.3% من المبحوثات قد مضى على إصابتهم مدة سنتين مقابل 13.3% مر على إصابتهم 4 سنوات و10.3% قد مر عليهن سنة واحدة من الإصابة بفيروس السيدا وقد مر 4.8% منهن ب9 سنوات من الإصابة مما يفسر أن جل المبحوثات قد تعايشا مع فيروس السيدا في حين أن اقصر مدة للإصابة مقدرة ب64% بالتقريب هن يمثلن الإصابات الجديدة مابين عام وعامين كما أن 24% منهن تتراوح مدة إصابتهم مابين 3سنوات إلى غاية 5 سنوات وهي مدة لاباس بها من معايشة الفيروس وتليها نسبة تمثل أطول مدة للإصابة وقدرت

[1] محمد حلمي وهدان :وبائيات متلازم العوز المناعي المكتسب (الايدز)،منظمة الصحة العالمية ،مكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، الطبعة السابعة ،1998،ص4

بالتقريب 12% وهي تعكس تجربة المرأة مع الفيروس السيدا و اندماجها في الحياة الاجتماعية ،مما يفسر أن رغم اختلاف مدة الإصابة الا ان هناك تعايش مع الفيروس .

جدول رقم (21) : توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال

عدد الأطفال	ك	نسبة المئوية (%)
ليس لديهم أطفال	119	72,12
طفل واحد	20	12,12
طفلين	17	10,30
ثلاث أطفال فأكثر	9	5,45
المجموع	165	100,0

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم(21) أن أغلبية المبحوثات ليس لديهن أطفال وقدرت نسبتهم ب72.12 % وتليها نسبة معتبرة لديهن مابين طفل وطفلين قدرت نسبتهم على التوالي ب12.12 % و10.30% في حين صرح الباقي بان لديهن أكثر من 3اطفال وقدرت نسبتهم ب5.45% نستخلص من الجدول أن هناك 28%من المبحوثات وهي تمثل نسبة ضئيلة من لديهم أطفال إضافة إلى فيروس السيدا مما يعكس ويؤثر على حياتهم الاجتماعية لان وجود الأطفال يسبب لها صعوبة في التوافق مع مرضها وتربية أطفالها وهي تتساءل من يعتني بأطفالها ان توفيت وقد قدر عدد أطفال المصابين بالفيروس السيدا حوالي 11 طفل أي بنسبة 24% من المبحوثات الذين لهم أطفال والجدول التالي يمثل توزيعهم حسب السن .

جدول رقم(22): توزيع أطفال المصابين بفيروس السيدا للمبحوثات حسب السن

سن الطفل	ك	النسبة المئوية(%)
شهرين	4	36,36
عامين	3	27,27
7سنوات	2	18,18
13سنة	1	9,1
17سنة	1	9,1
المجموع	11	100,0

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (22) أن أغلبية الأطفال المصابين بفيروس السيدا لا يتعدى الشهرين من عمرهم بنسبة 36.36 % تم تليها نسبة 27.27%من الأطفال الذين بلغو عامين من سنهم و18.18 % بلغوا السبع سنوات في حين نسبة ضئيلة منهم سجلت أعمارهم تقريبا نسبة 9.1 % في السن 13 عشر و 14 عشر مما يجعلنا نستنتج أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا رغم حملها للفيروس عرضت هي الأخرى طفلها للفيروس وهذا ما سمح لنا بتكوين فكرة حول أسباب انتشار الفيروس وذالك باعتبار المرض السيدا يقف كعائق أمام حياة المصاب نتيجة طبيعة علاجه والظروف المحيطة به .

جدول رقم(23): توزيع أفراد العينة حسب عدد أسرتهن

حجم الاسرة*	ك	النسبة المئوية(%)
5-3	78	47,27
8-6	50	30,30
9 فاكثر	37	22,42
المجموع	165	100,0

الاحصاء	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	معامل الالتواء
القيمة	5.58	6	3	2.38	0.186

من خلال معطيات الجدول رقم (23) نلاحظ ارتفاع نسبة المبحوثات التي لديهن اسر صغيرة الحجم لا تتجاوز 5 أفراد حيث قدرت نسبتهن ب47.27% تم تليها نسبة 30.30% من المبحوثات التي لديهن اسر متوسطة الحجم التي تتراوح مابين 6-8 أفراد في حين سجلت نسبة ضئيلة نوعا ما عن باقي النسب وقدرت ب22.42% عند المبحوثات التي تنتمين إلى اسر كبيرة الحجم والتي تفوق 9 أفراد وقد سجل متوسط و وسيط أفراد اسر المبحوثات بالقريب 6 أفراد بانحراف معياري يقارب 2.38 مما يدل على ان عدد أفراد الأسرة او حجم الأسرة له اثر كبير في وضعية المرأة المتعايشة بفيروس السيدا .

* حجم الاسرة هنا تمثل جميع افراد الاسرة الذين يعيشون تحت سقف واحد بما فيهم الاهل(جد ،جدة،عم ،عمة اوخال خالة ...الخ

جدول رقم (24): يمثل توزيع افراد العينة حسب مدة الاستشفاء

عدد ايام الاستشفاء	ك	النسبة المئوية (%)
1-3 ايام	81	49,10
4-15 يوم	9	5,45
شهر-شهرين	20	12,12
شهرين فأكثر	55	33,33
المجموع	165	100,0

من خلال الجدول رقم(24) نلاحظ أن عدد أيام استشفاء أغلبية المبحوثات لا تتجاوز 3 ايام بنسبة تقدر 49.10 % تم تليها نسبة تقدر ب33.33% تجاوزت مدة استشفائها عن شهرين كما سجلت نسبة تقدر ب12.12% تتراوح مدة استشفائها مابين شهر وشهرين تم تليها نسبة ضعيفة مقارنة مع باقي النسب و تقدر ب5.45 % و عليه نستنتج ان أغلبة أفراد العينة لا تتجاوز مدة استشفائهم عن 15 يوما بنسبة بالتقريب 55% وباقي افراد العينة تتراوح مدة استشفائهم مابين شهر إلى شهرين فأكثر بنسبة تقارب 45% مما يدل أن صحة أفراد عينتنا لها علاقة بمدة الاستشفاء و التي تعتبر مدة ارتقاء بالمستوى النفسي والصحي للمتعايشين بفيروس السيدا و العودة إلى الحالة الطبيعية وارتفاع مدة الاستشفاء يعكس وجود خلل وظيفي في أعضاء المريض او انه مصاب بإمراض أخرى تلزمه المستشفى وذالك حسب طبيعة المرض واثر الفيروس عليه.

جدول رقم (25): توزيع افراد العينة حسب مكان الاقامة

مكان الاقامة	ك	النسبة المئوية(%)
وهران	4	2,4
الشلف	8	4,8
حاسي مسعود	17	10,3
تسمسيلت	19	11,5
بسكرة	26	15,8
تيزي وزو	9	5,5
الجلفة	24	14,5
عين الدفلى	24	14,5
تيارت	15	9,1
واد سوف	5	3,0
ورقلة	5	3,0
افلو	5	3,0
الجزائر	2	1,2
خنشلة	1	,6
سطيف	1	,6
المجموع	165	100,0

كما سبقنا وان اشارنا ان مستشفى الهادي فليسى المختص بالامراض المعدية يستقبل المرضى من عدة ولايات الوطن و بالاخص المشاكل او التعقيدات الصحية الخاصة بفيروس السيدا لهذا نلاحظ من خلال الجدول تتباين نسب النساء المنحدرين من منطقة الى اخرى مما يدل على ان هناك مناطق يتمركز فيه

الفيروس بنسب كبيرة اي بما يسمى بؤرة انتشار الفيروس ونلاحظ انه كلما اقتربنا لمناطق الوسطى تزداد نسبة النساء المتعايشات بفيروس السيدا ولتفسير هذه النسب قمنا بتصنيفها حسب ولايات الوطن كتالي

جدول رقم (26): تصنيف مكان الاقامة حسب منطقة الولاية (الجهة)التي تقطن بها المراة المتعايشة بفيروس السيدا

ولايات الوطن	المناطق	ك	%
الوسط	الجزائر،شلف،تيزيوزو،عين الدفلة ،تيسمسيلت	62	37,6
الغرب	وهران،افلو،تيارت،جلفة	48	29,1
الشرق	خنشلة ،سطيف	2	1,2
الجنوب	بسكرة ،حاسي مسعود،واد سوف،ورقلة	53	32,1
المجمـــــــــــــــــــــــــــــــوع		165	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (26) أن النساء المتعايشات بفيروس السيدا ينحدرن من المناطق الوسطى بنسب تقدر ب37.6% تم تليها المناطق الجنوبية بنسبة تقدر ب32.1% كما سجلت المناطق الغربية 29.1 % من النساء المتعايشات بفيروس السيدا وكانت اقل نسبة تتراوح ب1.2% سجلت بالمناطق الشرقية مما نستنتج أن فيروس السيدا منتشر في جميع مناطق الوطن إلا أن اختلاف نسب انحدار النساء المتعايشات بفيروس السيد على قرب المستشفى المختص بالأمراض المعدية وهو مكان إجراء الدراسة وهو يستقبل جميع المرضى من أنحاء الوطن ونظرا لكون الجنوب ، ثاني نسبة ينحدرن منها النساء مما يفسر أن المنطقة الجنوبية تفتقر لأطباء مختصين في الأمراض المعدية وبالتالي يتم توجههم بمستشفى العاصمة على غرار المنطقة الشرقية فهي تتوفر على اكبر المستشفيات مثل مستشفى قسنطينة وعنابة المختصة بالأمراض المعدية وتواجد البعض منهم بمستشفى الجزائر العاصمة يدل على رغبة المرضى في مباشرة العلاج على مستوى العاصمة حتى لا يكتشف أمرإصابتهم بالفيروس .

و على هذا الأساس قمنا بتقسيم الأصل الجغرافي إلى مجالين أو منطقتين حضارية و الأخرى ريفية وذالك حسب الجهات الرئيسة للوطن التي ذكرنها سابقا و الجدول التالي يوضح مناطق انحدار عينة بحثنا كتالي :

جدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب منطقة السكن

المنطقة	ك	النسبة المئوية(%)
حضرية	99	60,0
ريفية	66	40,0
المجموع	165	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27) ان اغلب المبحوثات ينحدرن من منطقة حضرية و يتراوح عددهم ب99 مستجوبة و بنسبة تقدر 60 % بينما يتراوح عدد المبحوثات اللواتي ينحدرن من المنطقة ريفية ب66 مستجوبة وقدرت نسبتهم ب40% وهذا ما يدل أن لمنطقة السكن لها تأثير على تعرض المرأة لفيروس السيدا لما تحمله كل منطقة من خصوصية وعادات وتقاليد قد تؤثر على المرأة و عرفنا في بحثنا هذا المنطقة الحضرية هو المكان الذي تكثر فيه العلاقات الاجتماعية و الروابط المهنية وغيرها من العلاقات اليومية لاحتوائها على مرافق اجتماعية وصحية كالمصانع و المؤسسات الاستشفائية منها و المهنية وكذا أماكن الترفيه و التسلية وغيرها من المرافق التي تقدم الخدمات للمجتمع وتخلق نوع من الاضطراب والاختلال في التوازن العلائقى بين الأفراد بسبب تنوع الثقافات الفرعية وهذا المكان يسمى بالمدينة لذي يعتبر مجال واسع الذي يساعد على انتشار فيروس السيدا لوجود عدة عوامل منها خروج المرأة للعمل وغيره عكس المنطقة الريفية التي تمثل القرية وما تحاط به من مناطق مبعثرة

وهو المكان التي تكون فيه العلاقات و الروابط القرابية أكثر منها اجتماعية لوجود سلطة العادات و التقاليد على حياة الأفراد رغم تواجد بعض المرافق والمؤسسات الصحية في القرية وهذا ما يجعلنا نستنتج أن مرض السيدا يتواجد في جميع المناطق وان الأصل الجغرافي يعتبر من أهم العوامل التي تعمل على تحديد نسبة النساء المتعايشة بفيروس السيدا .

2- الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لعينة البحث

جدول رقم (28) :توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	ك	النسبة المئوية(%)
امي	42	25,5
ابتدائي	53	32,1
متوسط	45	27,3
ثانوي	17	10,3
جامعي	8	4,8
المجموع	165	100,0

من خلال قراءة الجدولرقم (28) نلاحظ أن المستوى التعليمي للمبحوثات يختلف بنسب متفاوتة من مستوى لأخر حيث سجل عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا في المستوى الابتدائي ب53 امرأة بنسبة 32% من مجموع الكلي تم تليها نسبة 27.3% من النساء ذات المستوى المتوسط وتراوح عددهم ب45% بينما النساء اللواتي لم تذهبن إلى المدرسة فقدرت نسبتهم ب25.5% ويتراوح عددهم ب42 امرأة من المجموع الكلي ،أما النساء اللواتي لديهن المستوى الثانوي و الجامعي فقد بلغ عددهن بين 17 و 8 نساء من مجموع الكلي وهن يمثلن اقل نسبة بحيث وصلت نسبتهن إلى 10.3 % في المستوى الثانوي و4.8% في المستوى الجامعي مما يدل على أن نساء عينتنا يغلب عليهن المستوى التعليمي أمي والابتدائي و المتوسط بنسبة 85 % من المجموع الكلي وهذا يشير انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما قل عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا و يؤكد ايضا أن فئة كبيرة من النساء المتعايشات بفيروس السيدا لم يكملن تعليمهن لأسباب متعددة منها ترجع للمجتمع ومنها لها علاقة بالعرف وعادات بعض الأسر التي لا تسمح لهم بمزاولة التعليم و إجبارهن على الزواج ورغم هذا فان مهما كان المستوى التعليمي فان خطر تعرض المرأة لفيروس السيدا يمس كل المستويات التعليمية و جوهر الاختلاف يظهر في سبب تعرض المرأة لفيروس السيدا ومدى وعيها بالمرض.

جدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	ك	النسبة المئوية(%)
عزباء	52	31,5
مطلقة	37	22,4
أرملة	30	18,2
متزوجة	46	27,9
المجموع	165	100,0

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (29) الخاص بالحالة المدنية لأفراد عينتنا نجد أن أغلبية افردها تتراوح بين العزوبية و الزواج بنسبة تقدر 31.5 % العزباء تم تليها نسبة المتزوجين ب 27.9% بينما تكاد منخفضة بالنسبة للمطلقات و الأرامل بنسب 22.4% و18.2 % على التوالي مما جعلنا نقسم فئة بحتنا إلى فئتين ،فئة العزاب و فئة الذين سبق لهم الزواج نظرا لاختلاف الظروف والخصائص الاجتماعية ،حيث سجلنا اقل نسبة لفئة العزاب والتي قدرت ب31.5% والتي ترجع إلى تأخر سن الزواج لأسباب اجتماعية واقتصادية التي يمر بها المجتمع مما يجعل البعض منهن تسلك سلوك منحرف بينما بلغت اكبر نسبة لنساء اللواتي سبق لهم الزواج ب68.5 % من المجموع الكلي لأفراد العينة والتي يمكن إرجاع سبب إصابتها للمشكلات التي قد حدثت لهم بعد الزواج إذا نجد من بين المبحوثات اللواتي سبق لهن الزواج مبحوثة واحدة أصيبت بفيروس السيدا بعد ترملها بمدة قصيرة و خمس مبحوثات تطلقنا بعد إصابتهن بفيروس السيدا وعليه يمكن توضيح لاحقا كل فئة على إحدى لمعرفة أسباب تعرض المرأة الجزائرية لفيروس السيدا .

جدول رقم (30): توزيع أفراد العينة حسب مدى عملهن

التكرار / العمل	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	60	36,4
لا	105	63,6
المجموع	165	100,0

يشير الجدول رقم (30) إن أغلبية المبحوثات بدون عمل بنسبة قدرت ب63.6 % من المجموع الكلي لإفراد العينة في حين سجلت نسبة قليلة وقدرت ب36.4% من النساء المتعايشات بفيروس السيدا اللواتي لديهن عمل ومع مقارنة هذه النتيجة مع فئات عمر المبحوثات المذكورة سابقا نجد ان84 % من هن يتراوح عمرهم من19–48 سنة وهذه الفئة يفترض أنهن في سوق العمل كما أن تعليمهن هو مابين المستوى الثانوي و الجامعي بنسبة قدرت ب43 % مما يفسر أن هناك مشاكل وظروف اجتماعية واقتصادية تجعلها ضحية العوز و الفقر مما يفسر أيضا لجوء البعض لسلوكيات منحرفة من اجل كسب العيش .

أما إذا تطرقنا إلى نوع المهنة التي تمارسها العاملات نجد أن أغلبية أفراد العينة التي تعمل هن عاملات بالإدارة و عاملات بالنظافة (منظفات) بنسبة تقدر لكلا المهنتين 9% تم تليها مهنة الحلاقة بنسبة 3% أما باقي المهن فسجلت اقل نسبة وقدرت ب1.8% وتبين هذه النسب أن عمل المرأة المتعايشة بفيروس السيدا تتباين حسب المستوى التعليمي وحاجة المرأة للعمل وهذا طبيعي لان أغلبية أفراد العينة دون مستوى وبالتالي سوف تكون لهن فرص العمل محدودة والذي سوف نوضحه لاحقا حسب الخصائص الاجتماعية لكل فئة و الجدول رقم (31) التالي يوضح نوع المهنة التي تمارسها المراة المتعايشة بفيروس السيدا .

جدول رقم (31): توزيع افراد العينة حسب نوعية المهنة التي تمارسها

المهنة / التكرارات		ك	النسبة المئوية(%)
لا تعمل		105	63,6
تعمل	اطا ر سامية في الادارة	3	1,8
	عاملة بالادارة	15	9,0
	تقنية في الصحة	5	3,0
	مساعدة تربوية	3	1,8
	مسيرة لجمعية	1	1, 2
	حلاقة	9	5,4
	بائعة	3	1,8
	خياطة	3	1,8
	مساعدة طاهية	3	1,8
	عاملة بالنظافة	15	9,0
المجموع		165	100,0

جدول رقم (32): توزيع افراد العينة حسب مقدار دخل الاسرة

مقدار الدخل الاسري / التكرارات	ك	النسبة المئوية(%)
اقل من 18000دج	107	64,8
من 18000 الى 28000دج	21	12,7
من 28000 الى38000دج	9	5,5
اكثر من 38000دج	28	17,0
المجموع	165	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) ان اغلبة المبحوثات تصرح ان دخل اسرتها اقل من 18000دج بنسبة قدرت ب 64.8% وهذه النسبة تمثل الدخل الاسري للمبحوثات العاطلات عن العمل كما صرحنا ان هذا الدخل لا يلبي طلباتهن ولا طالبات اسرهن مما يفسر ان لدخل الاسرة سبب للجوء البعض منهن الى سلوك سلوكيات منحرفة من اجل الحصول على مبلغ مالى او منصب عمل ، تم تليها نسبة 17% من المبحوثات التي اجابت ان دخل اسرتها اكثر من 38000دج الذي يمثل دخل عالى مقارنة مع باقي النسب كما صرحت بقية المبحوثات ان دخل اسرتهن يتراوح مابين 18000–28000 و28000–38000 دج بنسب قدرت ب 12.7% و 5.5 % على التوالي وهي الاسر التي يمثل دخلها بين العادي والمتوسط نظرا لعمل المراة المتعايشة بفيروس السيدا ومسهامتها للاسرة وهكذا نستنتج ان الدخل الاسري للمبحوثات منخفض وذالك بمقارنته مع ظروف المعيشية الحالية فهولا يلبي طالبات وحاجيات المراة ومما لا شك فيه ان النسب التالية تختلف باختلاف نوع المهنة لكل من المبحوثات واسرهن .

جدول قم (33): توزيع افراد العينة حسب مقدار الدخل وطبيعته

طبيعة الدخل / الدخل(دج)		مؤقت	شهري	يومي	المجموع
اقل من 18000دج	ك	52	31	24	107
	%	48,9	30,0	22,4	100,0
من 18000 الى 28000دج	ك	0	8	13	21
	%	,0	38,1	68,4	100,0
من 28000 الى38000دج	ك	0	5	4	9
	%	,0	55,6	44,4	100,0
اكثر من 38000دج	ك	14	10	4	28
	%	46,6	35,7	13,3	100,0
المجموع	ك	66	54	45	165
	%	40,0	32,7	27,3	100,0

من خلال جدول رقم (33) يتضح لنا أن أغلبية اسر المبحوثات و المقدر عددهم ب66 امرأة يحصلنا على دخل مؤقت بنسبة قدرت ب40% منهم 48.9 % يتحصلنا على دخل اقل من 18000دج وهو دخل ضعيف ومتدني ولا يلبي حاجياتهن كما تحصلنا على نسبة 46.6 % منهن يتقاضى أسرهن دخلا

أكثر من 38000دج وهو يعتبر دخل لاباس به خاصة وانه ذا طابع يومي يلبي حاجيات أفراد الأسرة تم تليها الفئة التي دخل أسرتهن تابت ومستقر ب54 أسرة من المجموع الكلي لأفراد العينة أي بنسبة 32.7% منهن 55.6 % لا يتعدى دخلهم الشهري عن28000–38000دج وتليها نسبة 40% يتعدى دخلهم الشهري عن 38000دج أما بقية اسر المبحوثات تراوح الدخل الشهري الأسري لديهن ب اقل من18000دج وتتراوح نسبهم ب30% و 38.1 % منهن يتراوح مابين 18000–28000دج، بينما المبحوثات اللواتي صرحنا أن دخل أسرهم يومي قدرت نسبتهم ب27.3 % منهن 68.4 % يتراوح دخلهن مابين 18000–28000دج وتليها نسبة44.4% من اسر المبحوثات يتراوح دخلهم مابين 28000–38000دج أما بقية الأسر لا يتجوز دخلهن عن 18000دج بنسبة 24.3% وسجلنا اقل نسبة عند الأسر الذين تعدى دخلهن عن 38000 دج وهذه القراءة تجعلنا نستنتج أن مستوى الدخل الأسري المبحوثات منخفض وغير مستقر لا يلبي طالبات و حاجيات أفراد الآسرة و بالأخص المرأة العازبة التي تشكل أغلبية أفراد العينة يمكن ارجع ذالك لظروف العمل و نوعية المهنة للمبحوثات وأسرهن والذي سوف نتطرق إليه لاحقا .

جدول رقم (34) :توزيع أفراد العينة حسب مقدار الدخل و عدد أفراد الأسرة

حجم الاسرة / الدخل(دج)		5-3	8-6	9فاكثر	المجموع
اقل من 18000دج	ك	49	26	32	107
	%	45,8	24,3	29,9	100,0
من 18000 الى 28000دج	ك	19	2	0	21
	%	90,5	9,5	,0	100,0
من 28000 الى38000دج	ك	0	5	4	9
	%	,0	55,5	44,4	100,0
اكثر من 38000دج	ك	10	17	1	28
	%	35,7	60,7	3,6	100,0
المجموع	ك	78	50	37	165
	%	47,3	30,3	22,4	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) ان حجم الاسرة من خلال عدد افردها بلغ ذروته عند الاسر التي يتراوح عددهم مابين 3-5 افراد بنسبة قدرت ب47.3 % والتي تعتبر اسر صغيرة تم تلتها نسبة قدرت ب30.3% من الاسر المتوسطة وبعدها اسركبيرة الحجم ويتروح عددهم ب 37 فرد أي بنسبة 22.4 % كما نلاحظ ان الدخل اغلبية هذا الاسراقل من 18000دج فبرغم اختلاف حجمها لا يمكن أن يلبي حاجيات كل افراد الاسرة وبالاخص الاسر متوسطة الحجم وكبيرة الحجم وما لاحظناه أيضا أن رغم أغلبية أفراد العينة ينحدرون من منطقة حضرية إلا أن عدد افرد أسرهم مرتفعة فاسر عينة بحثنا تشبه الأسرة في الريف من حيث عدد افردها نظرا لاختلاف الموقع الجغرافي من جهة واعتقد اغلبية الأسر بان كثرة الإنجاب تدل على الخصوبة بغض النظر على طريقة وأسلوب العيش وهذا يجعلنا نستنتج أن الوضعية الاقتصادية للأسر تؤثر على سلوكيات افردها وخاصة المرأة التي جعلها عرضة للآفات و الأمراض الاجتماعية ويرجع هذا كله لتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية التي شهدها المجتمع الجزائري التي أدت إلى انخفاض المستوى المعيشي للأسر الجزائرية ودفعت بالمرأة للخروج للبحث عن العمل لتلبية حاجياتها وحاجيات أسرتها .

جدول رقم (35):توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن وصيفته

نوع السكن / صفة السكن		ملكية خاصة	مؤجر	سكن وظيفي	اخرى	المجموع
بيت تقليدي	ك	4	51	0	0	55
	%	7,3	92,7	,0	,0	100,0
فيلا	ك	0	8	0	0	8
	%	,0	100,0	,0	,0	100,0
شقة	ك	19	52	26	0	97
	%	19,6	53,6	26,8	,0	100,0
اخرى	ك	0	,0	0	5	5
	%	,0	,0	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	23	111	26	5	165
	%	13,9	67,3	15,8	3,0	100,0

من خلال الجدول رقم (35) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات تسكن في شقق وبلغ عددهم ب52 مبحوثة من المجموع الكلي لأفراد العينة أي بنسبة قدرت ب53.6% تم تليها المبحوثات التي تسكن ببت تقليدي وقدرت نسبتهم ب92.7 % أما البقية تسكن فيلا و في مساكن فوضوية ومساكن عبور أما ملكية السكن فقد صرحت أغلبيتهم أن المسكن مؤجر وبلغت نسبتهم ب67.3 % وتلتها المبحوثات اللواتي صرحن أن مسكنهم ملك لهم (ملكية خاصة) أو تابع لسكن الوظيفي وقدرت نسبتهم 13.9 % و 15.8% على التوالي ، في حين أن المساكن الفوضوية والعبور تعتبر مساكن لا سند له أي انه لا يمكن اعتباره ملك خاص أو مؤجر وصرحن المبحوثات فيه عن أخرى بالنسبة للملكية، و يجدر الإشارة هنا أن هذا النوع من السكنات يختلف حسب وسط الإقامة حيث تشكل المساكن من نوع الفيلات والشقق و البيوت القصديرية ومراكز العبور من أهم أنواع المساكن المنتشرة في المناطق الحضرية، في حين أن المساكن التقليدية أكثر انتشارا في المناطق الريفية، كما أننا نجد أن العامل الاقتصادي غالبا ما يتدخل في اضطرار صاحب الدخل المنخفض إلى الإقامة في المسكن الرخيص وضيق.

جدول رقم (36):توزيع افراد العينة حسب عدد الغرف

تكرار / عدد الغرف	ك	النسبة المئوية(%)
3-1	95	57 ,5
6-4	60	36,4
7 فأكثر	10	6,1
المجموع	165	100,0

يتضح من خلال قراءة الجدول رقم (36) ارتفاع نسبة المبحوثات اللواتي لديهن عدد الغرف قليلة تتراوح بين 1-3 غرفة بنسبة 57.5% تليها فئة المبحوثات اللاتي لديهن عدد غرف كثيرة تتراوح بين 4-6 غرفة بنسبة قدرت ب36.4% تليها اقل نسبة سجلت في فئة المبحوثات اللاتي لديهن أكثر من 7 غرف إذ قدرت نسبتهن ب6.1% ويمكننا أن نستخلص أن نسبة كبيرة من الأسر التي تتشكل من عدد كبير من الأفراد تسكن مابين غرفة واحدة وثلاث غرف،كما نجد أن هناك أسر يشترك عدد كبير من

أفرادها في غرفة واحدة على اختلاف جنسهم وسنهم،و الذي قد يؤدي إلى ممارسة النشاط الجنسي في وقت مبكر ومع سوء الظروف المعيشية لكلا الجنسين قد يؤدي الى ارتفاع نسبة العنوسة مشكلا بذالك خطرا على سلوكيات البعض منهم وهذا حسب تصريح المبحوثات.

جدول رقم (37):توزيع أفراد العينة حسب نوعية السكن و المنطقة السكنية

منطقة السكن / نوع السكن		بيت تقليدي	فيلا	شقة	اخرى	المجموع
ريفية	ك	47	6	13	0	66
	%	71,1	9,1	19,7	,0	100,0
حضرية	ك	8	2	84	5	99
	%	8,1	2,0	19,7	5,0	100,0
المجموع	ك	55	8	97	5	165
	%	33,3	4,8	58,8	3,0	100,0

من خلال الجدول رقم (37) يتضح أن أغلبية المبحوثات تسكن الشقق بنسبة قدرت ب58.8% تم تلتها الفئة التي تسكن بالبيت التقليدي بنسبة 33.3 % أي أن أغلبية المبحوثات يسكنون الشقق وينحدرون من المناطق حضرية بنسبة قدرت ب84.8% تم تليها نسبة المبحوثات اللواتي تسكن في البيوت القصديرية و تنحدرنا من الريف التي قدرت ب71.1% و يمكننا أن نستنتج من هذا الجدول أن النمو الحضري السريع الذي عرفته الجزائر جراء النزوح الريفي خاصة في العشرية السوداء جر وراءه أزمات خانقة أدت إلى انتشار البيوت القصديرية ومراكز العبور والضواحي التلقائية الغير مخططة مما أدى إلى ظهور مشاكل صحية و أفات اجتماعية منها انتشار فيروس السيدا في مختلف المناطق الحضرية والريفية على حدا سواء ويظهر اثر هذا الاختلاف خاصة في مستوى الحي الذي تسكن فيه المرأة المتعايشة بفيروس السيدا .

جدول رقم (38):توزيع افراد العينة حسب مستوى الحي

التكرارات / مستوى الحي	ك	النسبة المئوية(%)
حي قصديري	31	18,8
مجمع سكاني	47	28,5
حي شعبي	79	47,8
حي راقي	8	4,8
المجموع	165	100,0

من خلال الجدولرقم(38) نلاحظ أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا تنتمي الى مختلف الأحياء بنسب مختلفة حيث نجد أن أغلبية المبحوثات تنتمي إلى الأحياء الشعبية بنسبة 47.8% تم تليها نسبة 28.5% من المبحوثات تنتمي إلى المجمعات السكنية ،و 18.8% من المبحوثات ينحدرن من الأحياء القصديرية بينما المبحوثات اللواتي ينتمين إلى الأحياء الراقية فقد سجلت اقل نسبة وقدرت ب4.8%

نستنتج من خلال البيانات وجود أربع مستويات للأحياء التي تنتمي إليها المرأة المتعايشة بفيروس السيدا ،فالأحياء الشعبية التي تسكن فيها المبحوثات تتميز النمو السكاني، وتضم سكان من طبقات اجتماعية متواضعة، كما تعتبر هذه الأحياء أمكنة متخلفة بسبب الفوارق الطبقية والتهميش الاجتماعي وتشمل على عمارات والمساكن الضيقة، تحيط بها أسواق شعبية غالبا ما تكون مليئة بالحركة والمعاملات، تتواجد بها مقاهي وملاهي ومؤسسات صناعية و صحية إلى غير ذلك من المنشات كما أن البعض من سكانها له مستوى ثقافي محدود ومستوى اقتصادي متواضع أو متدني وفي مثل هذه الأحياء غالبا ما تخلق مجالا واسعا لظهور سلوكيات منحرفة .

أما بالنسبة المجمع السكاني فهو عبارة عن مستوطنات عشوائية ذات أصول ريفية أو سكنات مبعثرة في الريف الجزائري ،بينما أحياء قصديرية او الفوضوية فهي تتمركز حول أو داخل المراكز الحضرية الكبرى أو المدن الصغرى أو المجاورة : هذه الأحياء لا تتوفر على شروط الحياة الكريمة وتعتبر بيئة فاسدة تؤثر سلبا على سلوك أفرادها لانتشار العادات الاجتماعية السيئة مثل تعاطي المخدرات

والإدمان على الخمور والتدخين والبغاء إلى جانب انتشار ممارسة العنف بكل أشكاله.

في حين نجد الأحياء الراقية التي تسكن فيها المبحوثات فهي تتميز بمستوى ثقافي واجتماعي و اقتصادي مرتفع ويحتوى على كل المنشات الترفيهية التي قد تؤدي إلى سلوكيات منحرفة ،إلا أنها لا تخلو من الإصابة بفيروس السيدا مقارنة بالأحياء الأخرى ويرجع ذالك إلى السرية المحاطة بالمرض . مما يدل أن الحي يسهم في تزويد الفرد ببعض القيم والمواقف والاتجاهات والعادات والمعايير السلوكية التي يتضمنها الإطار الحضاري الذي يميز المنطقة الاجتماعية التي تسكن فيها المرأة المتعايشة بفيروس السيدا لاحتوائه على بعض العوامل المساعدة التي تعمل على تشكيل علاقات الفرد و تواصله بالأفراد والجماعات، فيزوده إما بالمواقف والظروف التي تقودها إلى الانحراف أو الإصابة بالأمراض

يعرف الحي في التعبير الجزائري ب"الحومة" وهي تعني المجال الجماعي الذي يدل على الحماية والقرابة اللذين يدلان على الانتماء والمأوى واللجوء، فقد كان الحي في المجتمع الجزائري في الماضي تطغى عليه قواعد الاحترام والتشبث بالقيم الأخلاقية المتعارف عليها في المجتمع ككل، والتي كانت تمارس دور الرقيب على مختلف سلوكات وتصرفات أفراد الحي[1].

أما اليوم وفي ظل التغيرات العميقة التي تعرض لها المجتمع في جل الميادين الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ومع تردي الظروف المعيشية، وتنامي الضغوطات الديمغرافية أصبح الحي حلبة صراع وتناقض لسلوكيات الأفراد لما يحمله من عوامل مساعدة لانتشار المشاكل و الآفات وظهور أشكال جديدة لنشطات انحرافية مختلفة .

[1] Larbi IChboudéne :.**De La Houma a L' espace cité, Lumière sur la ville** , Alger .Editions DALIMEN,2004, P : 345

ثانيا :عرض بيانات خاصة بالمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي و الاقتصادي للمراة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا واسرتها

جدول رقم (39):توزيع افراد العينة العزباء حسب السن و المستوى التعليمي

فئات السن / المستوى التعليمي		امي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
28-19	ك	0	0	5	0	0	5
	%	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
38-29	ك	0	7	11	6	0	24
	%	,0	29,2	45,8	25,0	,0	100,0
48-39	ك	4	9	5	2	0	20
	%	20,0	45,0	25,0	10,0	,0	100,0
58-49	ك	0	3	0	0	0	3
	%	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
68-59	ك	0	0	0	0	0	0
	%	,0	,0	,0	,0	,0	,0
المجموع	ك	4	19	21	8	0	52
	%	7,6	36,5	40,4	15,3	,0	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (39) أن أغلبية المبحوثات مستواهم التعليمي ينحصر بين المتوسط والابتدائي اذا بلغت نسبتهم على التوالي ب40.4% و36.5% تم يليها المستوى الثانوي بنسبة15.3 % وسجلت اقل نسبة المتمثلة 7.6 % دون مستوى (أمي) كما أن أغلبية المبحوثات تتراوح أعمارهم مابين 29-38 سنة بنسبة قدرت ب 45.8% تم تليها الفئة التي تتراوح أعمارهم مابين 39-48 سنة بنسبة 45.2% الذي مستواهم ينحصر بين الابتدائي و المتوسط من المجموع الكلي ،في حين بلغ متوسط العمر للمبحوثات ب38 سنة بانحراف معياري قدر ب8.2 ، ولمعرفة مدى استقلالية وارتباط بين

المتغيرين قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,805[a]	12	,157

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ قيمة كي مربع تساوي 16.805وبدرجة حرية تقدر ب12 وقيمة ك مربع الجدولي يساوي 21.03 بينما نجد قيمة مستوى الدلالة الاختباري 0.157 وهذه القيمة اكبر من مستوى المعنوية 0.05 وهذا يوضح ان قيمة كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود دلالة إحصائية بين المتغيرين، أي تاكيد الفرضية الصفرية مما يجعلنا نفسر أن المرأة العزباء المتعايشة بفيروس السيدا هي في السن الشباب وتعاني من العنوسة ومستوى تعليمي متدني بسبب الظروف السيئة التي يمر بها المجتمع والسن الذي تنتمي إليه المبحوثات يعتبر أكثر إثارة واحتكاك بالعالم الخارجي من خلال الأدوار المختلفة التي تقوم بها في الحياة الاجتماعية مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بفيروس السيدا .

جدول رقم (40):توزيع افراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و منطقة السكن

المستوى التعليمي / منطقة السكن		امي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
ريفية	ك	7	13	9	0	0	29
	%	24,1	44,8	31,0	,0	,0	100,0
حضرية	ك	4	7	10	2	0	23
	%	17,4	30,4	43,5	8,7	,0	100,0
المجموع	ك	11	20	19	2	0	52
	%	21,2	38,5	36,5	3,8	,0	100,0

من خلال الجدول رقم (40) يتبين لنا أن أغلبية المبحوثات المنحدرات من الريف لهن المستوى الابتدائي بنسبة قدرت ب44.8 % في حين سجلت اقل نسبة لهذا المستوى في المناطق الحضرية بنسبة قدرت ب30.4% أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لهن مستوى متوسط سجلت أعلى نسبة في المناطق الحضرية وقدرت ب43.5% مما يدل على أن المرأة الريفية اقل حظا في التعليم من المرأة الحضرية وهذا يرجع في الثقافة الريفية التي تعمل على تهميشها وحثها على الخروج المبكر من المدرسة وتخيرها بين الجلوس بالبيت أو الزواج نظرا لظروف الصعبة التي تمر بها بعض الأسر الريفية والتي تدخل فيه عدة متغيرات أهمها البعد ألمجالي عن المدرسة و نقص الوعي التعليمي والاقتصادي لدى الآباء رغم التقدم الحاصل في المجتمع إلا ا ن ثقافة التهميش لزالت راسخة لدى بعض الأسر الريفية ،ومن اجل معرفة استقلالية أو ارتباط متغير الأصل الحضري مع متغير المستوى التعليمي قمنا بحساب كي مربعkhi-deux فتحصلنا على النتائج التالية

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,258	3	4,032[a]	Khi-deux de Pearson

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ قيمة كي مربع تساوي 4.032 وبدرجة حرية تقدر ب3 وقيمة كي مربع الجدولي يساوي 7.82 بينما قيمة مستوى الدلالة الاختباري 0.258 وهذه القيمة اكبر من مستوى المعنوية 0.05 أي قيمة كي مربع المحسوبة اقل من قيمة كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود دلالة احصائية بين المتغيرين ،مما يجعلنا نفسر ان الاصل الحضري يساهم في تدني مستوى التعليمي بلاضافة الى هناك عوامل اخرى لها اثار على ثقافة و وعي المراة ازاء الاخطار التي تتعرض لها في حياتها .

جدول رقم (41):يمثل الوضع العائلي لافراد العينة العزباء

التكرارات / الحالة المدنية	ك	النسبة المئوية(%)
يعيشان معا	12	23,1
وفاة احدهما او كلاهما	21	40,4
مطلقان	19	36,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (41) يتضح ان اغلبية المبحوثات ينتمون الى اسر متصدعة بسبب غياب احد الولدين اما بالوفاة او الطلاق فقدرت نسبة المبحوثات اللواتي ينتمين الى اسر احد الوالدين متوفي او كلاهما ب40.4% بينما قدرت نسبة المبحوثات اللاتي تنتمين للاسر التي فيها الابوين مطلقين ب36.5% في حين سجلت اقل نسبة في الاسر التي يتواجد فيها الابوين معا أي يعيشان معا وعلى قيد الحياة والتي قدرت ب23.1% وبهذا يتضح لنا أن معظم العائلات تعيش حالة من تفكك الأسرة خاصة إذا جمعنا الحالات التي تدرج ضمن التفكك الطلاق ووفاة أحد الوالدين يتضح لنا أن نسبة التفكك بلغت حوالي78% وبهذا يمكننا القول أن معظم عائلات المبحوثات هي عائلات تعاني من التفكك، وهذا التفكك الذي يكون له آثار سلبية على المرآة ومما يساهم في انحرافها وتعرضها لخطر الإصابة بفيروس السيدا باعتبار أن الآسرة هو المكان الوحيد الذي يؤثر و يتأثر فيها الفرد باعتبارها المنبع الوحيد لسلوك الفرد وشخصيته فمن خلال ما يواجهه من سلوكيات داخل الأسرة فهي تحفز عنده التفكير حول السلوك الذي من خلاله يكون مقبول آم لا و عليه تعتبر التنشئة الأسرية أدق عملية نفسية اجتماعية يواجهها الفرد ويخضع لها بدء بميلاده و انتهاء بوفاته لكي يصيح شخصا اجتماعيا مواكبا للمراحل العمرية التي يعيش فيها[1] .

[1] معين خليل عمر:علم اجتماع الأسرة, دار الشروق, عمان, الطبعة الأولى, 2000, ص84

جدول رقم (42): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مهنة الأب

التكرارات / مهنة الاب	ك	النسبة المئوية (%)
متوفي	9	17,3
يعمل	17	32,7
لا يعمل	22	42,3
متقاعد	4	7,7
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (42) يتضح أن 42.3% من أباء المبحوثات لا يعملن مقابل 32.7% يعملن في حين سجلنا 7.7% من هم متقاعدين عن العمل و17.3% أبائهم متوفون مما جعلنا نستنتج أن سبب عدم عمل أباء المبحوثات حسب تصريحهن هو عدم وجود فرصة للعمل من جهة و غلق المؤسسة التي كانوا يشتغلون بها وهذا ما يعكس واقع التشغيل في مجتمعنا .

جدول رقم (43):توزيع أفراد عينة العزباء حسب مهنة الأم

التكرارات / مهنة الأم	ك	النسبة المئوية (%)
متوفية	12	23,1
تعمل	10	19,2
لا تعمل	30	57,7
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (43) نلاحظ أن أغلبية أمهات أفراد عينتنا لا تعمل بنسبة قدرت بالتقريب 58% مقابل 19.2% تعملن من اجل تلبية حاجيات أفراد أسرهن خاصة وان أغلبية أفراد عينتنا هن من اسر

متفككة مما دفع بخروج الأم للعمل في حين سجلنا 23.1% أمهاتهم متوفية مما يدل على وضعية المزرية التي تعيشها بعض أفراد عينتنا إذا ما قرناه بنوعية الدخل الأسري الذي ظهر انه ضعيف حسب ما يبينه الجدول التالي

جدول رقم (44):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية الدخل الأسري

التكرارات / نوعية الدخل	ك	النسبة المئوية(%)
ضعيف	33	63, 5
متوسط	19	36,5
عالي	0	,0
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (44) يتضح أن دخل اسر المبحوثات ضعيف وقدرت نسبته ب63.5% مقابل 36.5% دخل أسرهم متوسط مما يدل على أن دخل اسر المبحوثات لا يلبي رغباتهن و احتياجاتهن مما دفع البعض منهن للخروج بحثا عن العمل أو القيام بممارسات انحرافية لسد حاجياتهن وهذا حسب تصريح بعض المبحوثات .

جدول رقم (45):توزيع أفراد العينة العزباء حسب رتبتها داخل الأسرة

التكرار / الرتبة	ك	النسبة المئوية(%)
الكبرى	9	17,3
المتوسطى	36	69,2
الصغرى	7	13,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول (45) صرح أغلبية المبحوثات أن رتبتهم داخل الأسرة هي المتوسطة بنسبة قدرت 69.2% مقابل 17.3% من صرحن أن رتبتهن داخل الأسرة هي البنت الكبرى في حين صرحت

13.5% منهن إنهن البنت الصغرى مما يجعلنا نستنتج أن ترتيب المبحوثات ليس له علاقة بتعرضها للإصابة بفيروس السيدا لان الفيروس لعينة بحثنا أصيبت به جميع المبحوثات مهما كان رتبتهم داخل الأسرة مما يجعلنا نستنتج ان هناك ظروف اجتماعية واقتصادية التي تعيشها المرأة في أسرتها و في محيطها الاجتماعي .

جدول رقم (46):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوع الاقامة

التكرار / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
مع الاهل	21	40,4
في الشارع	13	25,0
مع الاصدقاء	18	43,6
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (46) يتضح أن أغلبية المبحوثات تقيم مع الأهل بنسبة 40.4% مقابل 34.6% منهن يعيشون مع الأصدقاء و 25% منهن يقيمنا في الشارع مما يجعلنا نستنتج أن أفراد عينتنا لا يعشنا مع أهلهن بنسبة تقارب 60 % وهذا يدل على أن الشارع هو بؤرة الرذيلة بالنسبة للمرأة مما يجعلها تتعرض لجميع أنوع الآفات والأمراض خاصة منها تعرضها للإصابة بفيروس السيدا وهذا ما صرحت به المبحوثات اللواتي تمتهن البغاء.

جدول رقم (47):توزيع افراد العينةالعزباء حسب مدى و نوع العمل

التكرارات / المهنة		ك	النسبة المئوية(%)
لا تعمل		35	67,3
تعمل	عاملة بالادارة	7	13,5
	تقنية في الصحة	4	7,7
	مساعدة تربوية	2	3,8
	حلاقة	2	3,8
	بائعة	2	3,8
المجموع		52	100,0

من خلال جدول رقم (47) نلاحظ ان اغلبية المبحوثات لا تعملن بنسبة تقدر ب67.3% مقابل 33% منهن تعمل من اجل مساعدة اسرهن في الدخل وذالك بأسلاك مختلفة و بنسب متباينة فسجلنا 13.5% كأعلى نسبة في الادارة و 7.7% في الصحة بينما باقي النسب فهي متساوية للاعمال البسيطة كالحفافة و البائعة في محل مما يجعلنا نستنتج ان اغلبية فئة بحثنا لا تعمل الا ان البعض منهن يمارسنا البغاء من اجل كسب المال وهذا حسب تصرحهن .

جدول رقم (48):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوع الحي الذي تسكنه

التكرارت	ك	النسبة المئوية(%)
حي قصديري	13	25,0
مجمع سكاني	29	55,8
حي شعبي	10	19,2
حي راقي	0	,0
المجموع	52	100,0

حسب الجدول رقم (48) يتضح لنا ان اغلبية افراد عينتنا تنحدرنا من المجمع السكاني الذي يعبر عن منطقة عشوئية ريفية بنسبة قدرت بالتقريب 56% تم تلتها نسبة قدرت ب25% صرحن انهن يسكن بحي قصديري بينما سجلت اقل نسبة وقدرت ب19.2% من من يسكن في حي شعبي مما يجعلنا نستنتج ان اغلبية افراد عينتنا ينحدرنا من الريف ويقطن في احاء تكثر فيها الافات و الامراض الاجتماعية و الجدول التالي يوضح نوع الانحرفات المتوجدة على مستوى الاحياء

جدول رقم (49) : توزيع افراد العينة العزباء حسب نوع الانحرافات الموجودة في الحي

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
المخدرات	24	46,2
البغاء	15	28,8
الاثنين معا	13	25,0
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (49) يتضح لنا ان افراد عينتنا تتوجد في اماكن او احياء يكثر فيها الانحراف سواء كان تعطي للمخدرات او البغاء بنسب مختلفة في حين سجلنا 46.2% من الاحياء تكثر فيها

المخدرات التي تعتبر مصدر خطر لنقل الفيروس السيدا مقابل بالتقريب 29% من الاحياء تتوجد فيها بؤر للبغاء الذي يعتبر المصدر الاساسي لانتقال الفيروس في حين سجلنا 13% من الاحياء يتوجد وينتشر فيها كل من المخدرات و البغاء مما يجعلنا نستنتج سبب تعرض المراة لفيروس السيدا في مثل هذه الاحياء خاصة وان كانت المراة شابة و غير متزوجة وتعيش في ظروف صعبة قد تمنعها من جهة ان تعيش كأقرانها وقد تتأثر بمحيطها الخارجي وتصبح تبحث عن حلول لسد حاجياتها وايجاد مبررات لواقعها .

جدول رقم (50): توزيع افراد العينة العزباء حسب اسباب عدم الزواج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
عدم الاهتمام وتشجيع اهلي لذالك	10	19,2
بسبب حالتي و سمعة اسرتي السيئة	16	30,8
رغبتي باكمال الدراسة	0	,0
ليس لديا رغبة في الزواج	7	13,5
بسبب طلب اهلي مهرا عاليا	0	,0
لكوني افتقد الجمال	1	1,9
لم يتقدم لخطبتي اي احد حتى الان	13	25,0
قضاء وقدر	5	9,6
المجموع	52	100,0

من خلال جدول رقم(50) يتضح ان اهم سبب عدم زواج افراد بحثنا هو سمعة الاسرة السيئة التي سجلت اعلى نسبة التي قدرت ب30.8% تم تلتها نسبة 25% المتمثلة في عدم اقدام أي احد لخطبتها بينما سجلت 19.2% لعدم تشجيع الاهل لزواج ابنتهم و 13.5% من ليس لديهم رغبة في الزواج

الذي يكون كرد فعلها هو العزوف عن الزواج والتمرد على المجتمع بسلوكها الجنسي الذي يصبح أمرا حتميا مع تقدمها في السن كتلبية لرغباتها، في حين سجلنا اقل نسبة متمثلة في 9.6 % و1.9% يرجع عدم الزواج فيها الى القضاء و القدر و افتقاد الجمال مما يجعلنا نستنتج ان اهم اسباب عدم زواج افراد عينتنا حسب تصريحهن هو سمعة الاسرة السيئة وعدم اقبال أي احد لخطبتهن وقد يرجع هذا لظروف الاسرة و اساليب التنشئة الاجتماعية التي دفعت بافراد عينتنا للجوء الى السلوك الانحرافي كرد فعل لتلبية رغبتها كما جاء في الجدول التالي :

جدول رقم (51): توزيع افراد العينة العزباء حسب سبب اقدامها لعلاقات غير شرعية (غير محمية)

التكرارات / الاحتمالات	نعم		لا	
	ك	%	ك	%
الحصول على المال لسد الحاجيات	16	30,8	36	69,2
هروبا من المشاكل و الخلافات	2	3,8	50	96,1
البحث عن اللذة و إشباع الغريزة	9	17, 3	43	82, 7
طمعا في الحصول على عمل	6	11,5	46	88,5
ترعرعت في بيئة مشتتة ومنحرفة	18	34,6	34	65,4
أسرتي من ترغم عليا هذا الفعل	1	1,9	51	98,1

يوضح الجدول (51) أهم أسباب إقدام أفراد عينتنا للعلاقات الغير شرعية فنلاحظ أن المرتبة الأولى كانت لأغلبية أفراد عينتنا التي ترعرعت في بيئة مشتتة ومنحرفة بنسبة قدرت ب34.6 % ثم تليها الفئة التي ترغب في الحصول على المال لسد حاجياتها بنسبة 30.8% في المرتبة الثانية وسجلنا أيضا نسبة قدرت ب17.3% من لهن رغبة في إشباع الغريزة وهن يعتبر اخطر فئة في نشر الفيروس وهي في المرتبة الثالثة ، في حين سجلنا اقل نسبة في المرتبة الرابعة و الخامسة عند الفئات التي تقدم على العلاقات الغير شرعية مكرهة أو هروبا من المشاكل و الخلافات مع أفراد أسرتها بنسبة قدرت على التوالي ب3.8% و1.9% مما يجعلنا نستنتج أن البيئة الأسرية و الظروف الاجتماعية هي الأسباب الأكثر تأثير على المرأة و التي تدفعها للقيام بسلوكيات منحرفة قد تؤثر على صحتها وصحة المجتمع.

2-بيانات خاصة بالحالة الصحية والثقافة الصحية للمرأة العازبة المتعايشة بفيروس السيدا

جدول رقم (52):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدة الإصابة بفيروس السيدا

التكرارات / مدة الإصابة	ك	النسبة المئوية(%)
سنة	6	11,5
سنتين	32	61,5
3 سنوات	5	9,6
4 سنوات	1	1,9
7 سنوات	7	13,5
9 سنوات	1	1,9
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم(52) يتضح لنا أن مدة إصابة أفراد عينتنا رغم أنها شرط أساس في بحثنا إلا أنها مابين سنة إلى ثلاث سنوات إذ سجلت اكبر نسبة عند الفئة التي تراوحت مدة إصابتها سنتين والتي قدرت ب61.5% تم تلتها الفئة التي تراوحت مدة إصابتها سبعة سنوات ب13.5% وسجلنا اقل نسب عند الفئات التي تراوحت مدة إصابتهم 9سنوات ب1.9% مما يجعلنا نستنتج أن فيروس السيدا لزال في انتشار لدى أفراد المجتمع لان أغلبية المصابات بفيروس السيدا لا تتعدى إصابتها عن السنتين منذ ظهوره لأول مرة في المجتمع الجزائري.

جدول رقم (53):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدة الاستشفاء

التكرارات / الحالات	ك	النسبة المئوية(%)
من اسبوع الى15 يوما	25	48,1
شهر الى شهرين	19	36,5
3 اشهر فاكثر	8	15,4
المجموع	52	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (53) ان مدة استشفاء لافراد عينتنا متباينة اذ سجلنا اكبر نسبة لمدة الاستشفاء لاغلبية افراد عينتنا مابين اسبوع الى خمسة عشر يوم وقدرت ب48.1% و بين شهر شهرين ب36.5% في حين سجلنا اقل نسبة لمدة الاستشفاء ب15.4% مما يدل ان اغلبية افراد عينتنا تتراوح مدة استشفائها مابين شهر الى ثلاث اشهر فاكثر وهذا حسب طبيعة المرض الذي تعاني منه افراد عينتنا و الذي اعتبر سبب اكتشاف فيروس السيدا و الجدول الموالي يوضح ذالك

جدول رقم (54):طرق اكتشاف المرض لافراد عينة العزباء

التكرارات	ك	النسبة المئوية(%)
تحاليل للفيروس	7	13,5
بسبب الانفلونزا الموسمية	10	19,2
اسهال مزمن ونقص في الوزن	17	32,7
بسبب الحمل	3	5,8
بسبب الحمى و التاليل في الجسم	9	17,3
بسبب مرض صدري وطفح جلدي	6	11,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (54) يتضح لنا أن طرق اكتشاف المرض تختلف لدى أفراد عينتنا بسبب صعوبة اكتشاف المرض دون إجراء تحاليل أو ظهور أعراض ثانوية للمرض فالنتائج تظهر لنا أن أغلبية أفراد العينة اكتشفت مرضها بسبب ظهور أعراض الإسهال المزمن و نقص في الوزن بنسبة بلغت 32.7% ونظرا لعلاقة الفيروس بفقدان المناعة تعتبر الأنفلونزا الموسمية ثاني طريقة تم اكتشاف بها المرض بنسبة قدرت ب19.2 % لان بوجود الفيروس تتعقد حالات الأنفلونزا ويتعرض صاحبها لانتكاسات قد تكون خطيرة ومميتة كما سجلنا أيضا نسب قدرت ب9% تم اكتشاف الإصابة عن طريق الحمى المستعصية وظهور التاليل في الجهاز التناسلي حسب تصريح المبحوثات في حين سجلنا نسب قليلة قدرت ب13.5 % من قامو بتحاليل مخبرية لفيروس السيدا وهي نسبة قليلة مقارنة مع التوعية الاعلامية والطبية في هذا الشان مما يجعلنا انستنتج ان طرق اكتشاف الفيروس لا يكون الا عن طريق التحاليل المخبرية لعينة من الدم او لظهور امراض مستعصية مثل الحمى و الاسهال الشديد ونقص الوزن وكذا بعض الأمراض مثل أنفلونزا أو الأمراض الصدرية ..لخ

جدول رقم (55):توزيع افراد العينة العزباء حسب طرق تعرضها للاصابة فيروس السيدا

التكرارات / طرق الاصابة	ك	النسبة المئوية(%)
عن طريق علاقات جنسية بسبب البغاء	19	36,5
عن طريق علاقات جنسية بسبب الزنا	33	63,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (55) نلاحظ ان اغلبية افراد العينة تعرضوا للاصابة بفيروس السيدا عن طريق علاقات جنسية بسبب الزنا بنسبة قدرت ب63.5% مقابل 36.5% منهن اصبن بالفيروس عن طريق العلاقات الجنسية بسبب البغاء مما يفسر ان الطريق الوحيد للاصابة بفيروس السيدا هي العلاقات الجنسية بالنسبة للمرأة خاصة وأنها لا تتعاطى المخدرات المصدر الثاني لانتقال الفيروس السيدا كما وضحنا في الفصل السابق .

جدول رقم (56):توزيع أفراد العينة العزباء حسب عدد الشركاء في العلاقات الجنسية

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
شريك واحد	28	53,8
شريكين	5	9,6
أكثر من ثلاثة شركاء	19	36,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (56) يتضح أن 53.8% من المبحوثات لها شريك واحد مقابل 46% منهن تعتمد في علاقاتها على شريكين فأكثر مما يفسر أن العلاقات الجنسية المختلطة سبب في انتشار فيروس السيدا وتعتبر المرأة ناقل لفيروس السيدا .

جدول رقم (57):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى معرفتهم للسيدا قبل الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	20	38,5
لا	32	61,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول (57) يتضح أن أغلبية أفراد عينتنا لا يعرفون مرض السيد اقبل إصابتهم بفيروس السيدا بنسبة 61.5% مقابل 38.5% من لديهم معرفة مسبقة على هذا المرض مما يجعلنا نستنتج أن هناك إخفاق في دور وسائل الإعلام و الجمعيات في نشر التوعية الوقائية ضد مرض السيدا في المناطق النائية و في أوساط الفئات المهمشة رغم أن هناك جهود مبذولة ضد انتشار هذا المرض وجدول التالي يوضح ذالك

جدول رقم (58): توزيع أفراد العينة العزباء حسب أهم مصدر التي تلقت فيها النصيحة و الإرشادات الصحية و الوقائية بعد الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	نعم		لا	
	ك	%	ك	%
وسائل الاعلام (تلفاز،مذياع،جرائد،مجلات،الانترنات)	3	5,8	110	97,3
الاستفادة من الطبيب	29	55,8	84	48,7
الاستفادة من الاخصائي النفساني	15	38,8	98	60,2
الاستفادة من الجمعيات	5	9,6	108	91,1

من خلال الجدول رقم (58) يتضح أن أهم طرق للاستفادة من الإرشادات الصحية فكانت في المرتبة الأولى لأغلبية أفراد عينتنا عن طريق الطبيب بنسبة قدرت ب55.8% تم تلتها الفئة التي تلقت النصيحة و الإرشاد الوقائي من الأخصائي النفساني بنسبة قدرت ب 38.8% كثاني طريقة في حين سجلنا اقل نسبة من أفراد عينتنا تلقت النصح و الإرشاد من الجمعيات ضد فيروس السيدا و وسائل الإعلام خاصة منها الانترنت وهذا حسب تصريح المبحوثات من اجل البحث عن وسائل أخرى للعلاج مما يفسر أن للطبيب دور هام في توعية المريض إضافة لعلاجه بمساعدة الأخصائي النفساني الذي يعمل على متابعة المرضى داخل المستشفى لإكمال الخطة العلاجية ومعرفة مدي تقدم وتحسن الحالة وتقيم النواحي الإيجابية والسلبية لدى المريض والقيام بتدخلات الملائمة لرفع مستوي الحالة النفسية للمريض من اجل متابعة خطة العلاج التي يقدمها الطبيب للمريض لضمان استمرارية التحسن وعدم انتشار المرض في حين أن دور وسائل الإعلام و الجمعيات يكتفي بالإشهار و التوعية للمجتمع بصفة عامة دون النظر للفئات المهمشة كما لاحظنا أن علاقة المبحوثات بالطبيب مهمة جدا في تحسن حالة المريض كما يوضحه الجدول التالي .

جدول رقم (59):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقة مع الطبيب المعالج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
عادية	32	61,5
حسنة	15	28,8
جيدة	4	7,7
سيئة	1	1,9
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (59) يتضح أن أغلبية المبحوثات صرحنا أن علاقتهن بالطبيب المعالج عادية بنسبة قدرت ب61.5% في حين صرحن 28.8% منهن أن علاقاتهن حسنة مع طبيب المعالج بينما سجلنا نسبة قليلة منهن من صرحنا أن علاقتهن بالطبيب المعالج جيدة بنسبة 7.7% مقابل 1.9% منهن علاقتهن بالطبيب سيئة مما يجعلنا نستنتج أن علاقة الطبيب المعالج لأغلبية أفراد عينتنا عادية وتفسر على أنها علاقة تنظيمية تحكمها قواعد التنظيم الإداري وذالك باعتبار الطبيب عاملا من بين عمال المؤسسة الاستشفائية في حين أن دور الطبيب وعلاقته مع المريض تتجاوز هذه العلاقة التنظيمية إلى علاقة إنسانية باعتبار الطبيب يعمل على المحافظة على صحة الفرد و في هذا الصدد نجد إليزابت بارنس تقول " :إن الطبيب الذي لا يسمع لمريضه ولا يهتم بمشاعره يدفع بهذا الأخير إلى الإحساس بخيبة أمل تجاه الطبيب، وهذا يؤثر سلبا على عملية العلاج، فمثلا :عندما يقوم الطبيب بزيارة تفقدية للمرضى بالمستشفى ولم يتوقف أمام سرير أحد هؤلاء، فهذا الأخير لا يفكر .في " إنني في تحسن " بل يفكر في "إن الطبيب لا يهتم بي[1] وهنا يقع التمييز بينه وبين باقي المرضى مما يؤدي الى عدم التزام المريض بتعاليم الطبيب في المعالجة وهذا ما يوضحه الجدول الموالي

[1] Elizabeth Barnes : Les relations humaines à l'hôpital, Ed : Privat, Toulouse, 1968, P 41

جدول رقم (60): يوضح مدى التزام أفراد عينة العزباء بمواعيد العلاج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	22	42,3
لا	30	57,7
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (60) يتضح أن أغلبية أفراد عينتنا أنها لا تلتزم بمواعيد العلاج بنسبة قدرت 57.7% مقابل 42.3% من يلتزم بالعلاج ومواعده ويمكن تفسير سبب عدم الالتزام حسب المختص النفساني لفئة عينتنا إلى النقاط التالية :

- إحباط ويأس المريض من الشفاء
- الرغبة بعدم الشفاء حتى هناك من يحاول الانتحار
- عدم وجود ثقة كافية مع الطبيب المعالج وفشل الطبيب في إيصال المعلومات الكافية للمريض أو أن موقف الطبيب معهم كان موقف سيئ أي نظرة احتقار
- وجود ظروف وأسباب تتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية وتدخلاتها

بينما ترجع كل من الطبيبة عابد و بالعباس في مصلحة لومار (أ) أسباب عدم الالتزام بالمواعيد إلي بعد المريضة عن المستشفى وربما تلجا إلى مستشفى اقرب إلى ولايتها .

جدول رقم (61): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى تعرضهن لأمراض أخرى قبل وبعد الإصابة بفيروس السيدا

الحالات / التكرارات	قبل		بعد	
	ك	%	ك	%
نعم	0	,0	6	11,5
لا	52	100,0	46	88,5
المجموع	52	100,0	52	100,0

من خلال الجدول رقم (61) يتضح أن أغلبية أفراد العينة لم تكون مصابة بأمراض أخرى قبل الإصابة بفيروس السيدا كما نلاحظ انه سجلنا اكبر نسبة قدرت ب88.5 % من المبحوثات لم تتعرض لأمراض أخرى بعد إصابتها بفيروس السيدا إلا مضعفات الفيروس بينما 11.5% منهن تعرضنا لأمراض أخرى بسبب تعقيدات الفيروس مما يدل أن فيروس السيدا يمكن أن يعرض حامله إلى أمراض أخرى تكون مزمنة ولا تقل خطورة من الفيروس و هذا ما يوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (62):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الأمراض التي تعرضوا لها بعد الإصابة بفيروس السيدا

التكرارات / نوع المرض	ك	النسبة المئوية(%)
مضاعفات الفيروس	46	88,5
أمراض أخرى	6	11,5
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (62) يتضح أن نسبة الأعلى من مجموع أفراد عينتنا والتي تقدر ب88.5% تمثل المبحوثات التي تعانين من مضاعفات الفيروس بعد الإصابة مثل الإسهال و نقص الوزن وارتفاع

الحرارة بينما اقل نسبة قدرت ب11.5% من المبحوثات التي تعاني أمراض أخرى مثل الربو ، أمراض الجهاز التناسلي ، الكليتين ،السل ،انتفاخ الكبد ..لخ من الأمراض ومن هذه البيانات نستنتج أن أغلبية أفراد العينة رغم اختلاف نوعية الأمراض فهي تستدعي الرعاية الصحية .

جدول رقم (63): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى استمرارهم في العلاقات الجنسية الغير شرعية بعد الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	27	51,9
لا	25	48,1
المجموع	52	100,0

الجدول رقم(63) يكشف أن معظم أفراد العينة لزلنا محافظين ومستمرين على علاقاتهم الجنسية بنسبة51.9% مقابل 48% منهم من قام بتغيير سلو222كهم الجنسي بعد الإصابة بفيروس السيدا وهذا يفسر إما أن هته الفئة لم تستوعب بعد خطورة نقل المرض لنقص الوعي الصحي لديهم و إما استمرارهم يعتبر كميكانيزم للانتقام بنشر الفيروس أو لأسباب أخرى سوف نكتشفها من خلال مدى إقبالهم على استعمال الواقي أثناء علاقاتهم الجنسية

جدول رقم (64): توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى استعمال الواقي خلال العلاقات الجنسية

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	0	,0
لا	48	92,3
بعض الاحيان	4	7,7
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (64) نلاحظ أن أغلبيتهم لا يستعملون الواقي بنسبة 92.3% تم تليها نسبة 7.7% فهم يستعملونه حسب الموقف في بعض الأحيان مما يفسر على أن عدم استعمال الواقي يرجع لعدم قدرة المراة على مناقشة العلاقات الجنسية مع الرجل لما له من سلطة بينما استعماله بطريقة غير واعية له أسباب وأثار سلبية تهدد على استمرار انتشار المرض و ذالك نتيجة عدم فهم المريض لكل ما يقال له عن طرق الوقاية، كما لاحظنا أن معظمهم يعتقدون أن حسب ما قيل لهم أن استعمال الواقي قد يمنع انتشار المرض مئة بالمئة كما أكد البعض منهم أن سوء حالتهم الاقتصادية تجبرهم على استمرار علاقاتهم الجنسية خاصة بدون واقي من اجل المحافظة على الزبون.

جدول رقم (65):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى إمكانية الحصول على الواقي

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
متوفر	37	71,1
غير متوفر	6	11,5
لا اعرف	9	17,3
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول رقم (65) نلاحظ أن أغلبية أفراد عينتنا يصرحن أن إمكانية الحصول على الواقي متوفرة بنسبة قدرت ب71.9 % مقابل 17.3% لا يعرفن أن الواقي متوفر في حين سجلنا اقل نسبة وقدرت ب11.5% صرحنا أن الواقي غير متوفر مما يفسر أن أغلبية المبحوثات رغم لديهم معلومات عن الواقي إلا أننا نلاحظ انه يوجد نقص في الوعي الصحي لمدى خطورة وانتشار الفيروس وهذا يجعلنا نستنتج أن انتشار السيدا لا يرتبط فقط بنقص الوعي الصحي لبعض الفئات وإنما لانعدام التثقيف الصحي من قبل مؤسسات الدولة والجمعيات الخاصة بمكافحة السيدا نظرا لاقتصارهم بنشطات داخل المدن على غرار الأرياف باعتبارها الأكثر المناطق تضررا بالمرض وذالك حسب مكان إقامة فئات عينتنا ،أي إنها لا تقم بدورها كما ينبغي وذالك حسب رأي أفراد عينتنا و لذالك نجد أن معظم أفراد

عينتنا حسب تصريحاتهم لم ينخرطوا لأي جمعية من الجمعيات المتواجدة عبر الوطن حتى وان يعرفون مكانها لأنهم لا يتقون في احد.

جدول رقم (66):توزيع أفراد العينة العزباء حسب مدى اللجوء إلى مساعدات غير طبية

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	29	55,8
لا	23	44,2
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول (66) يتضح أن أغلبية أفراد العينة يلجئن إلى مساعدات غير طبية بنسبة قدرت ب55.8% مقابل 44.2% صرحنا إنهن لا يلجان إلى مساعدات غير طبية في حين طرحنا سؤال عن نوع المساعدة الغير طبية فصرحنا إنهن يلجان إلى الطب التقليدي (التداوي بالأعشاب)مما يفسر أن خصوصية مرض السيدا وخطورته ورغم التطور الطبي في الكشف عنه و معالجة تطوره إلا انه لم يجد له حلا شافيا بالإضافة إلى قلق من الموت دفع بالبعض من المرضى للبحث عن شفاء و التداوي بالطرق التقليدية رغم انه محفوف بالمخاطر .

جدول رقم (67): يوضح اهم الصعوبات التي تواجها المبحوثات (العزباء) بعد الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
الاحساس بدونية و الخوف	28	53,8
عدم اهتمام الدولة بهذه الفئة	17	32,7
غلاء الادوية وعدم وجود امكانية لتعويضها	7	13,5
المجموع	52	100,0

يكشف الجدول رقم (67) أهم الصعوبات التي تواجهها المبحوثات التي تم تصنيف نتائج الجدول من خلال سؤال مفتوح فلاحظنا أن أغلبية المبحوثات تعانين من الإحساس بدونية و الخوف وقدرت نسبتهم قدرت ب53.8 % تم تليها نسبة 32.7% من صرحنا أن الدولة لا تهتم بفئة المتعايشين بفيروس السيدا ولا تقدم لهم الدعم الاجتماعي بينما 13.5% منهن صرحنا أن أهم الصعوبات التي تواجههم هي غلاء الأدوية وعدم وجود إمكانية لتعويضها وخاصة أنهم قد أصيبوا بأمراض مزمنة بعد الإصابة بفيروس السيدا وهذا يجعلنا نستنتج أن هناك عدة صعوبات توجه المرأة التي لم يسبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا و أهمها الإحساس بدونية و الخوف من كشف أمر مرضهم و التي دفعت بالبعض منهن إلى الانتقام كرد فعل للواقع المعاش .

ثانيا :عرض بيانات خاصة بالمراة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا

1- بيانات خاصة بالمستوى الاجتماعي و الاقتصادي للمراة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا وأسرتها

جدول رقم (68): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة الاجتماعية و السن

الحالة المدنية		مطلقة	ارملة	متزوجة	المجموع
28-19	ك	12	0	29	41
	%	27,9	,0	70,7	100,0
38-29	ك	10	2	11	23
	%	43,5	8,7	47,8	100,0
48-39	ك	14	8	3	25
	%	56,0	32,0	12,0	100,0
58-49	ك	0	11	0	11
	%	,0	100,0	,0	100,0
68-59	ك	1	9	3	13
	%	9,1	81,8	9,1	100,0
المجموع	ك	37	30	46	113
	%	32,7	26,5	40,7	100,0

من خلال الجدول رقم (68) يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات اللواتي سبق لهن الزواج هن متزوجات بنسبة قدرت ب40.7% تم تليها فئة المطلقات بنسبة 32.7% أما فئة الأرامل فسجلت ب26.5% وتتباين هذه النسب حسب فئات العمر للمبحوثات إذ نجد أغلبية المبحوثات في سن مابين 19–28 سنة بنسبة قدرت ب70.7% هن متزوجات تم تليها فئة مابين 39–58 سنة هن مطلقات بنسبة قدرت ب56% مما يفسر أن النساء المتزوجات اللواتي تتروح اعمرهن مابين 19–38 هن أكثر عرضة للإصابة بفيروس السيدا .

جدول (69) :توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي

التكرارات / لمستوى التعليمي	ك	النسبة المئوية (%)
امي	38	33,6
ابتدائي	34	30,1
متوسط	24	21,2
ثانوي	9	8,0
جامعي	8	7,1
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (69) يتضح لنا ان اغلبية النساء التي سبق لها الزواج لهن مستوى امي بنسبة قدرت ب33.6% أي بدون مستوى تم تلتها الفئة التي لها مستوى ابتدائي بنسبة قدرت ب30.1% اما مستوى المتوسط فقدرت نسبتهم ب21.2% بينما الفئة التي لها مستوى تعليمي ثانوي و عالي أي جامعي سجلت اقل نسبة و فقدرت على التوالي ب 8% و7%مما يجعلنا نستنتج ان85% من المبحوثات المتعايشات بفيروس السيدا لهن مستوى تعليمي ضعيف مقابل 15% من لهن مستوى أي كلما ارتفعنا في المستوى التعليمي كلما قل عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا مما يفسر ان للمستوى التعليمي دور في الحفاظ على الصحة وبالاخص الصحة الجنسية دون الغاء الظروف المسببة في الاصابة بفيروس السيدا.

جدول رقم (70):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الزواج بالسنوات

مدة الزواج		3-1	6-4	9-7	12-10	15-13	15فاكثر	المجموع
مطلقة	ك	22	15	0	0	0	0	37
	%	59,5	40,5	,0	,0	,0	,0	100,0
ارملة	ك	2	7	12	0	0	9	30
	%	6,7	23,3	40,0	,0	,0	30,0	100,0
متزوجة	ك	28	10	3	2	2	1	46
	%	60,9	21,7	6,5	4,3	4,3	2,2	100,0
المجموع	ك	52	32	15	2	2	10	113
	%	46,0	28,3	13,3	1,8	1,8	8,8	100,0

من خلال الجدول رقم (70) يتضح أن مدة الزواج تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية للمبحوثات إذا نجد أن أغلبية المبحوثات تتراوح مدة زواجها مابين(1-3) سنوات بنسبة قدرت ب46% التي تقابلها فئة المتزوجات التي قدرت نسبتهم بتقريب 61% تم تليها المدة مابين (4-6) سنوات بنسبة 28.3% مقابل أعلى نسبة قدرت ب40.5% عند المطلقات كما نلاحظ انه كلما ارتفعت مدة الزواج قل عدد ونسبة المبحوثات المتعايشات بفيروس السيدا إذ سجلنا نسبة 13.3% عند مدة مابين(7-9) وكانت من نصيب أغلبية الأرامل والتي قدرت نسبتهم ب40% ،وتلتها نسبة8.8 % عند مدة أكثر من 15 سنة في حين سجلنا اقل نسبة وكانت متساوية عند مدة (10-12) و(13-15) وقدرت ب1.8% مما يجعلنا نستنتج أن النساء الأكثر عرضة لفيروس السيدا هن نساء التي لا تتجاوز مدة زواجهم عن (1-3) سنوات ،و من خلال هذه المعطيات نجد ان الوسيط مدة الزواج يمثل 5.3 سنة ان نصف افراد العينة لا تتجاوز مدة زواجهم 5 سنوات

مما يفسر ان مهما اختلاف مدة الزواج فان المرة تكون مصدر خطر لتعرض لاصابة بفيروس السيدا مهما كانت حالتها الاجتماعية بسبب تظافر عدة عوامل نكتشفها لاحقا كما يفسر ايضا ان فيروس السيدا ليزال في الانتشار في أوساط الذين سبق لهم الزواج رغم أن هناك جهود مبذولة في مكافحته .

جدول رقم (71) : توزيع أفراد العينةالتي سبق لها الزواج حسب الأصل الحضري

التكرارات / منطقة السكن	ك	النسبة المئوية(%)
حضرية	76	67,3
ريفية	37	32,7
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (71) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات اللواتي سبق لهن الزواج و المتعايشات بفيروس السيدا هن ينحدرن من منطقة حضرية بنسبة قدرت ب67.3% تم تليها المبحوثات اللواتي تنحدرنا من الريف بنسبة قدرت ب32.7% مما يجعلنا نستنتج أن ارتفاع نسبة المبحوثات في المنطقة الحضرية مقارنة بالمنطقة الريفية بحكم أن المرأة في المنطقة الحضرية أكثر تحررا من المرآة الريفية في جميع المستويات إضافة لكون المدينة تعتبر المنطقة الأكثر حركية وتفاعل بين أفرادها مما تعتبر بؤرة انتشار الآفات والأمراض وخاصة منها السيدا .

جدول رقم (72): يمثل توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب صلة القرابة بين أزواجهن

صلة القرابة / التكرارات	ك	النسبة المئوية (%)
لا توجد قرابة بينهما	58	51,3
ابن عمها	4	3,5
ابن عمتها	8	7,1
ابن خالها	11	9,7
ابن خالتها	2	1,8
توجد قرابة من بعيد	30	26,5
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (72) يتضح ان اغلبية المبحوثات صرحن ان ليس هناك قرابة بينهما بنسبة قدرت ب51.3% تم تليها المبحوثات اللوتي صرحن ان لهن قرابة من بعيد بنسبة قدرت ب26.5%

في حين قدرت اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي صرحن ان هناك صلة قرابة بين أزوجهن حيث سجلنا 9.7% صلة القرابة(ابن خالها) ثم نسبة 7.1% صلة القرابة (ابن عمتها) وتليها نسبة 3.5%صلة القرابة (ابن عمها) ثم اقل نسبة عند صلة القرابة (ابن خالتها) وقدرت ب1.8%مما يجعلنا نستنتج أن أغلبية أفراد عينتنا الذين سبق لهن الزواج ليس لديهن صلة قرابة مع أزواجهن 51% مقابل 49% منهن لهن صلة قرابة ولو من بعيد مع أزوجهن.

جدول رقم (73): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب كيفية اختيار الزوج

التكرارات / كيفية اختيار الزوج	ك	النسبة المئوية (%)
بوسطة الاهل مع موافقتك	36	31,8
بواسطة الاهل مع عدم موافقتك	16	14,1
بواسطتك مع رفض الاهل	50	44,2
بواسطتك مع موافقت الاهل	11	9,7
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (73) نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة تم اختيار الزوج بمفردهم مع رفض الأهل بنسبة قدرت ب44.2 % ثم تليها الفئة اللاتي تم اختيار الزوج بواسطة الأهل مع موافقتها بنسبة قدرت ب31.8% بينما الفئة اللاتي تم اختيارها لزوج عن طريق الأهل مع رفضها قدرت نسبتها ب14.1% وتليها اقل نسبة عند الفئة اللاتي اختارت الزوج بمفردها مع موافقة الأهل بنسبة 9.7% مما يجعلنا نستنتج ان كيفية اختيار الزوج تغيرت في المجتمع الجزائري عما كانت عليه سابقا نظرا لتحولات الحالية التي فتحت المجالات عديدة لتعارف الجنسين والتقائهم سواء في مجال الدراسة او العمل ..لخ مما جعل أغلبية أفراد عينتنا تم اختيارها لزوج بمفردها ورفض الأهل لهذا الاختيار ناتج لأسباب وعوامل عديدة والتي أشار إليها مصطفى الخشاب في قوله " هذه الطريقة لا تتيح لرجل و المرأة فرصة كافية لمعرفة كل منهما الأخر و الوقوف على طبيعتهما و أرائهما واتجاهاتهما في الحياة ..[1]

[1] مصطفى الخشاب :دراسات في علم اجتماع عائلي ،بيروت ،دار النهضة العربية ،1985،ص244

وهذا ما يفسر عدة اسباب التي تجعل الاهل يرفضون اختيار ابنتهما والتي سوف نكتشفها لاحقا.

جدول رقم (74):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعدد الزواج بالنسبة لزوج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	34	30,1
لا	79	69,9
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (74) يتضح أن أغلبية أفراد العينة صرحن أن أزوجهن ليس لهم زوجة ثانية بنسبة قدرت بالتقريب 70% ثم تليها المبحوثات اللاتي صرحن أن أزوجهن لهم زوجة ثانية بنسبة قدرت ب30 % مما يدل على ان المجتمع الجزائري لايعرف تعدد الزوجات كباقي الدول العربية وان الرجل المتزوج في هذه الحالة ومع تلك الظروف يكون ميلا لنساء او ان تكون له زوجة ثانية لهذا في حدوث أي مشاكل زوجية تتعرض المراة اما لطلاق او الخيانة الزوجية التي كانت سبب في تعرض اغلبية المبحوثات .

جدول رقم (75) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى وطبيعة العمل

التكرارات / المهنة		ك	النسبة المئوية(%)
لا تعمل (ماكثة بالبيت)		70	61,9
تعمل	عاملة بالنظافة	37	32,7
	عاملة بالإدارة	4	3,5
	إطار سامية في الإدارة	2	1,8
المجموع		113	100,0

من خلال الجدول رقم (75) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات ماكثات بالبيت أي لا تعمل بنسبة قدرت ب61.9% مقابل 38% منهن تعملن وتشغلن وظائف مختلفة حسب مستواهم التعليمي إذا سجلن أغلبيتهن يعملن في النظافة بنسبة قدرت 32.7% و3.5% في الإدارة في حين سجلنا اقل نسبة في وظيفة إطار سامي بنسبة قدرت ب1.8% .

جدول رقم (76): توزيع أفراد العينة حسب مدى عمل الزوج بالنسبة للمتزوجات

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	34	73,9
لا	12	26,1
المجموع	46	100,0

من خلال الجدول رقم (76) يتضح لنا إن أغلبية أزواج المبحوثات يعملن بنسبة قدرت ب73.9% مقابل 26.1% لا يعملن وحسب تصريحات المبحوثات أن عدم العمل هو بسبب البطالة أو التقاعد في حين أن أغلبيتهم بطال بسبب تسريح من العمل أو عدم إيجاد عمل بسبب الظروف الاقتصادية لذي يعاني منها المجتمع الجزائري في حين الأزواج الذين يعملون فطبيعة عملهم ساعدت على نقل العدوى وهذا ما نسعى توضحه في الجدول التالي:

جدول رقم (77): توزيع أفراد العينة المتزوجة حسب طبيعة العمل و مهنة الأزواج

طبيعة العمل / مهنة الازواج		اعمال حرة	مؤسسة عمومية	مؤسسة خاصة	المجموع
تاجر،بناء،مزارع،مقاول	ك	16	0	0	16
	%	100,0	,0	,0	100,0
حارس	ك	0	2	0	2
	%	,0	100,0	,0	100,0
أستاذ	ك	0	1	0	1
	%	,0	100,0	,0	100,0
مهنة عسكرية	ك	0	5	0	5
	%	,0	100,0	,0	100,0
مهندس	ك	0	0	2	2
	%	,0	,0	100,0	100,0
موظف في الإدارة،أو شبه طبي	ك	0	4	4	8
	%	,0	50,0	50,0	100,0
المجموع	ك	16	12	6	34
	%	47,1	35,3	17,6	100,0

من خلال الجدول رقم (77) يتضح أن أغلبية أزواج المبحوثات يمتهن أعمال حرة بنسبة قدرت ب47% تتمثل طبيعتها في التجارة و البناء و الزراعة تم تليها نسبة 35.3% من أزواج المبحوثات الذين يعملن بالمؤسسة العمومية و تمثلت طبيعة مهنة أغلبيتهم في المهنة العسكرية في حين سجلنا اقل نسبة وقدرت ب17.6% من الأزواج يعملون في مؤسسات خاصة وأغلبيتهم موظفين في الإدارة أو الشبه طبي مما يجعلنا نستنتج بالنسبة أن أزواج المبحوثات المتعايشات بفيروس السيدا أغلبيتهم

ينتمون للأعمال الحرة فهم أكثر تعرضا للإصابة ،لأنهم يتميزون بعدم حب العمل الدائم و يجدون في الأعمال الحرة الكسب السريع و حرية العمل بدون قيود وبتالي هذه الحرية تسمح لهم بالتنقل سواء بالريف أو المدينة أو خارج الوطن حيث صرح بعض أفراد عينتنا أن أزواجهم بحكم عملهم يتنقلون خارج الوطن أو داخله لأيام طويلة بعيدين عن أسرتهم ، وهذا ما يزيد لدى البعض حب المغامرة والتسلية بحكم بعدهم عن زوجتهم .

جدول رقم (78):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل

التكرارات / نوعية الدخل	ك	النسبة المئوية(%)
ضعيف	76	67, 2
متوسط	9	8,0
عالي	28	24,8
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (78) يتضح لنا ان نوعية الدخل لاغلبية المبحوثات ضعيف وقدرت نسبتهم ب67.2% تم تليها الفئة التي صرحت ان دخلها عالي بنسبة قدرت ب24.8% في حين سجلنا اقل نسبة لدى الدخل المتوسط والتي قدرت ب8% مما يجعلنا نستنتج نوعية الدخل يرتبط بمدى عمل المبحوثات وازوجهن ومقدار الدخل مما يفسران اغلبية المبحوثات تعتمد على دخل الزوج لكونهن لا يعملن اما بقية المبحوثات فيعتمدنا على دخلهن سواء كانوا مطلقات او ارامل وهذا سوف نفسره لاحقا.

جدول رقم (79):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تلبية متطلبات الاسرة ماديا

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
لا تلبي	76	67,3
تلبي	37	32,7
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (79) يتضح لنا ان اغلبية افراد العينة صرحن انها لا تلبي متطلبات افراد اسرتها من جهة لان الدخل منخفض لا يتجاوز28.000 دج كما وضحنا سابقا بنسبة قدرت ب 67.3% مقابل 32.7% منهن صرحن انها تلبي متطلبات افراد اسرتها وذلك لكون دخلها يتعدى 38.000دج يجعلنا هذا نستنتج ان اغلبية افراد عينتنا يعيشون اوضاع اجتماعية سيئة لا تلبي حاجيات افردها .

جدول رقم (80):توزيع افراد العينةالتي سبق لها الزواج حسب نوع الاقامة

التكرارات / نوع الاقامة	ك	النسبة المئوية(%)
مع الاهل	10	8,8
مع اهل الزوج	35	31,0
مستقلة	68	60,2
المجموع	113	100,0

من خلال جدول رقم (80) يتضح ان اغلبية المبحوثات تعيشن حياة مستقلة عن الاهل بنسبة قدرت ب60.2% تم تليها الفئة التي تعشن مع اهل الزوج بنسبة قدرت ب31% بينما سجلنا اقل نسبة من المبحوثات اللتي تعيشن مع اهلهن وقدرت ب8.8% مما يجعلنا نستنتج ان اغلبية المبحوثات يستقرون

بيت مستقل بعد زواجهن بينما بقية المبحوثات يستقرون في وسط اسرة ممتدة ويرجع ذالك حسب تصرحاتهن الى العادات و تقاليد وكذا الى الضغوطات الاقتصادية .

جدول رقم (81) :توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي الذي تسكنه

التكرارت / مستوى الحي	ك	النسبة المئوية(%)
حي قصديري	18	15,9
مجمع سكاني	18	15,9
حي شعبي	69	61,1
حي راقي	8	7,1
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (81) يتضح ان اغلبية المبحوثات التي سبق لها الزواج يسكنون في حي شعبي وقدرت نسبتهم ب61% تم تليها المبحوثات اللاتي تسكن في حي قصديري ومجمع سكني بنسب متساوية قدرت ب15.9% وسجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللاتي تسكن في حي راقي بنسبة وقدرت ب7% .

جدول رقم (82) : توزيع افراد العينةالتي سبق لها الزواج حسب نوع الانحرافات الموجودة في الحي

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
المخدرات	45	39,8
البغاء	31	27,4
الاثنين معا	37	32,7
المجموع	113	100,0

حسب الجدول رقم (82) يوضح ان اغلبية المبحوثات التي سبق لهن الزواج صرحن ان المخدرات هو النوع الوحيد الموجود على مستوى حيهم بنسبة قدرت ب 39.8 %ثم تلتها الفئة اللاتي صرحنا ان كل من المخدرات و البغاء هم اهم الانحرفات المتوجدة في حيهم بنسبة قدرت ب 32.7 % في حين سجلنا 27.4% من انحاف البغاء المتواجد في الحي مما يجعلنا نستنتج ان أي حي لا يخلو من الانحرفات و الافات الاجتماعية رغم تباين نسبها لانها كلها قد تؤدي للاصابة بفيروس السيدا نظرا لاختلاف طرق انتقاله وتعد تلك الانحرفات من اسباب انتقال الفيروس .

2-بيانات خاصة بالحالة الصحية والثقافة الصحية للمرأة التي سبق لها الزواج والمتعايشة بفيروس السيدا

جدول رقم (83): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الاصابة و الحالة الاجتماعية

مدة الاصابة		سنة واحدة	سنتين	3سنوات	4سنوات	5سنوات	7سنوات	9سنوات	المجموع
مطلقة	ك	8	15	4	10	0	0	0	37
	%	21,6	40,5	10,8	27,0	,0	,0	,0	100,0
ارملة	ك	1	24	0	0	1	4	0	30
	%	3,3	80,0	,0	,0	3,3	13,3	,0	100,0
متزوجة	ك	2	17	7	11	1	1	7	46
	%	4,3	36,9	15,2	23,9	2,2	2,2	15,2	100,0
المجموع	ك	11	56	11	21	2	5	7	113
	%	9,7	49,9	9,7	18,6	1,8	4,4	6,2	100,0

من خلال الجدول رقم (83) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات مدة إصابتهم بفيروس السيدا تتمثل في سنتين بنسبة قدرت 49.6 % مقابل 80% منهن أرامل تم تليها مدة سنة واحدة وثلاث سنوات بنسب متساوية قدرت ب 9.7% مقابل 40.5 % للمطلقات و36.9 % للمتزوجات بينما باقي المبحوثات التي تتراوح مدة إصابتهم ارع سنوات فأكثر فقد سجلنا نسب متفاوتة حيث سجلنا نسبة 6.2 % لأطول مدة إصابة عند 9 سنوات لفئة المتزوجين مما يجعلنا نستنتج ان اغلبية الاصابات بفيروس السيدا هي اصابات جديدة تتراوح مدة الاصابة مابين سنة الى ثلاث سنوات بنسبة قدرت ب69% واغلبيتهم هن مطلقات و ارامل .

جدول رقم (84): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدة الاستشفاء

التكرارات	ك	النسبة المئوية(%)
من أسبوع الى15 يوما	12	10,6
شهر إلى شهرين	31	27,4
3 أشهر فأكثر	70	62,0
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول (84) يتضح أن أغلبية المبحوثات اللاتي سبق لهن الزواج صرحن ان مدة مكوتهن بالمستشفى دامت من ثلاث أشهر فأكثر بنسبة قدرت ب62% تم تلتها المبحوثات اللواتي دامت مدة استشفائهن من شهر الى شهرين بنسبة قدرت ب27.4% في حين سجلنا اقل مدة تتروح مابين اسبوع الى 15 يوما بنسبة قدرت ب10.6% ، مما يدل ان المراة التي سبق لها الزواج تختبر صحتها متأخرا مما يجعلها تتأثر بفيروس السيدا أكثر و تفوت عليها فرصة العلاج في وقت مبكر مما يستدعي مكوثها مدة طويلة للاستشفاء .

جدول رقم (85): يوضح طرق اكتشاف المرض لافراد العينة التي سبق لها الزواج

طرق اكتشاف المرض / التكرارات	ك	النسبة المئوية(%)
عند وفاة الزوج	32	28,3
عن طريق تحاليل الحمل	10	8,8
بعد إصابة الزوج	33	29,2
عن طريق التحليل التطوعي	8	7,1
بسبب الحمى و إسهال مزمن ونقص في الوزن	24	21,2
التهابات مهبلية	6	5,3
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (85) يتضح ان اغلبية المبحوثات اكتشفن اصابتهن بالفيروس عنداصابة ازوجهن وقدرت نسبتهن ب29.2% ثم تلتها نسبة 28.3% من المبحوثات اللواتي صرحن ان طرق اكتشاف مرضهن كان بعد وفاة الزوج بينما بلغت نسبة اللواتي اكتشفن طرق إصابتهن عن طريق الحمى و الإسهال المزمن بنسبة قدرت ب 21.2% في حين سجلت اقل نسبة بالنسبة عند اللواتي

اكتشفنا طريقة إصابتهم سواء عن طريق التحاليل الحمل أو التطوعي أو عن طريق الالتهابات المهبلية وهي على التوالي:8.8% ،7.1% ،5.3% ، وهذه النتائج تؤكد ان أغلبية المبحوثات سبب إصابتهن بفيروس السيدا هو عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج وبنسبة قدرت ب66% بينما باقي المبحوثات فكان تعرضهن للإصابة بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الغير شرعية (الزنا او البغاء (الدعارة)) وإن أسباب إصابتهم بالسيدا يكمن في دوافع اجتماعية و ذاتية كما يوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (86): توريع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب تعرضها للاصابة بفيروس السيدا

التكرارات / طرق الاصابة	ك	النسبة المئوية(%)
عن طريق البغاء (الدعارة)	8	7,1
عن طريق الزنا	26	23,0
عن طريق نقل الدم	4	3,5
عن طريق علاقات جنسية طبيعية (عن طريق الزوج)	75	66,4
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (86) يتضح أن أغلبية أفراد عينتنا تصرح أن سبب تعرضها لفيروس السيدا هي عن طريق علاقات جنسية طبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب66.4% تم تليها نسبة 23% الذي كان الزنا سبب إصابتهم في حين سجلنا نسبة ضعيفة قدرت على التوالي ب7.1% و4% عند اللواتي كان سبب إصابتهن البغاء ونقل الدم مما يفسر أن سبب إصابة أغلبية أفراد عينتنا كان عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية واللواتي يعتبرنا ضحيا الخيانة الزوجية .

جدول رقم (87) :توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى معرفتهم لسيدا قبل الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
لا	79	69,9
نعم	34	30,1
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (87) يتضح أن أغلبية المبحوثات التي سبق لهن الزواج صرحن ان ليس لهن معرفة سابقة حول مرض السيدا بنسبة قدرت ب69.9% في حين صرحن 30.1% منهن أن لهن معرفة غير كافية حول المرض أي انه يصيب فقط الأشخاص المنحرفين جنسيا مما يدل أن رغم أن المرض لم يعد كما كان سابقا من الطبوهات بسبب انتشاره بين مختلف الفئات وكذا رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة للوقاية والعلاج إلا أننا نلاحظ أن هناك فئات لاباس بها لم تسمع به أو ليس لها معرفة حوله إلا الاسم فقط وهذا ما يفسر استمرار انتشاره في المجتمع بالإضافة إلى عوامل أخرى سوف نكتشفها لاحقا .

جدول رقم (88): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب أهم مصدر التي تلقت فيها النصيحة والإرشادات الصحية و الوقائية بعد الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	طرق الاستفادة من الإرشادات الصحية			
	نعم		لا	
	ك	%	ك	%
وسائل الاعلام (تلفاز،مذياع،جرائد،مجلات،الانترنات)	0	,0	113	100,0
الاستفادة من الطبيب	58	51,3	55	48,7
الاستفادة من الاخصائي النفساني	45	39,8	68	60,2
الاستفادة من الجمعيات	10	8,8	103	91,1

من خلال الجدول (88) يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات تم تلقيها النصيحة الوقائية و العلاجية بعد الإصابة حسب اهميتها فكانت في المرتبة الاولى لطبيب المعالج بنسبة قدرت ب51.3% تم تلتها المبحوثات اللواتي استفدنا من الأخصائي النفساني طرق الوقاية و العلاج بنسبة قدرت ب39.8% في المرتبة الثانية بينما سجلنا نسبة ضعيفة من من استفدنا من الجمعيات وقدرت ب8.8% في المرتبة الثالثة مما يفسر ان الطقم الطبي يلعب دور أساسي في النصيحة و الإرشاد الوقائي للحد من انتشار المرض لدى المبحوثات وذالك طبعا حسب العلاقة التي تربط المريض بالطبيب والتي سوف نوضحها من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (89):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية العلاقة مع الطبيب المعالج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
عادية	86	76,1
حسنة	25	22,1
جيدة	2	1,8
سيئة	0	,0
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (89) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات صرحن أن علاقتها مع الطبيب المعالج عادية بنسبة قدرت ب76.1% تم تلتها الفئة التي صرحت أن علاقتها بالطبيب المعالج حسنة بنسبة قدرت ب22.1% في حين سجلنا نسبة ضعيفة جدا ممن لهن علاقة جيدة مع الطبيب المعالج وقدرت ب1.8% مما يجعلنا نستنتج ان علاقة الطبيب بالمريض في حالة مرض السيدا هي علاقة الزامية تقف على ضوابط وقائية للحفاظ على حياة المريض مما يفسر ان العلاقة مبنية على قدرة تعايش المريض بالفيروس اكثر من علاقة اتصال وتعاطف والجدول الموالي يوضح نوع هذه العلاقة .

جدول رقم (90): يوضح مدى التزام أفراد عينة التي سبق لها الزواج بمواعيد العلاج

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	72	63,7
لا	41	36,3
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (90) يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات يلتزمنا بموعدهن للعلاج وقدرت نسبتهم ب63.7% تم تلتها نسبة 36.3% من المبحوثات اللواتي صرحنا إنهن غير مواظبات على الالتزام بمواعيد العلاج لأسباب تعود أغلبيتها لظروف الاجتماعية و بعد المسافة مما يجعلنا نستنتج أن امتثال المبحوثات بمواعيد العلاج يعكس امتثال المريض لنصائح الطبيب الذي ينعكس على طبيعة العلاقة بالطبيب ورغبة المريض في المحافظة على صحته .

جدول رقم (91): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعرضهن لأمراض أخرى قبل وبعد الإصابة بفيروس السيدا

الحالات / التكرارات	قبل		بعد	
	ك	%	ك	%
نعم	20	17,7	35	31,0
لا	93	82,3	78	69,0
المجموع	113	100,0	113	100,0

من خلال الجدول رقم (91) يوضح أن أغلبية المبحوثات لم تتعرضا لأي أمراض أخرى قبل أو بعد الإصابة بنسب قدرت ب82.3% قبل الإصابة و69% بعد الإصابة بينما سجلنا نسبة 17.7% قبل

الإصابة و 31% بعد الإصابة مما يفسر أن أغلبية المبحوثات بصحة جيدة لولا فيروس السيدا وهذا ما يفسره الجدول التالي :

جدول رقم (92):توزيع أفراد العينة حسب نوع الأمراض التي تعرضوا لها بعد الإصابة بفيروس السيدا

التكرارات / نوع المرض	ك	النسبة المئوية(%)
مضاعفات الفيروس	78	69,0
أمراض أخرى	35	31,0
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول (92) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات يشكون من مضعفات الفيروس بعد الاصابة بنسبة قدرت ب69% تم تلتها الفئة التي تعاني من أمراض أخرى بنسبة قدرت ب31% في حين صرحت هذه الفئة ان فيروس السيدا ان هناك من طور مرضها الذي كانت تعاني منه مثل مرض السكري الذي أصبح يعالج بالأنسولين بدل الأقراص كما عمل على ظهور أمراض أخرى مثل السل و الربو ، أمراض الجهاز التناسلي ، الكليتين ،انتفاخ الكبد ..لخ

جدول رقم (93):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى اللجوء إلى مساعدات غير طبية

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	8	7,1
لا	105	92,9
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (93) يتضح أن أغلبية المبحوثات اللواتي سبق لهن الزواج لا يلجئن إلى مساعدات غير طبية بنسبة قدرت ب92.9% مقابل اقل نسبة قدرت ب7.1% من المبحوثات اللواتي يبحثن على مساعدة غير طبية لعلاج فيروس السيدا مما يجعلنا نستنتج أن هذه النتائج لا تفسر بضرورة أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا و التي سبق لها الزواج أنها لا تبحث عن أي طريقة للعلاج ولكن حسب تصريحهن أن غياب الزوج الذي يعتبر الممول الوحيد على الأسرة وكذا غلاء المعيشة ومسؤولية التربية والظروف الصعبة التي تعيش فيها لا تسمح لها بذالك نظرا لغلاء الدواء الذي يحضره الطب الشعبي والذي لم يسمعوا بعد بنتائج نجاحه ،و الجدول الموالي يوضح أهم الصعوبات التي تواجه المرأة المتعايشة بفيروس السيدا.

جدول رقم (94): يوضح أهم الصعوبات التي تواجهها المبحوثات التي سبق لهم الزواج بعد الإصابة

التكرارات / الاحتمالات	ك	النسبة المئوية(%)
غلاء المعيشة	55	48,7
الإحساس بالدونية وبرفض الأسرة	18	15,9
عدم اهتمام و دعم الدولة بهذه الفئة	15	13,3
غلاء الأدوية وعدم وجود إمكانية لتعويضها	25	22,1
المجموع	113	100,0

يفسر الجدول رقم (94) اهم الصعوبات التي تواجهها المراة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا التي تم تصنيف نتائجها من خلال سؤال مفتوح ، فلاحظنا أن أغلبية المبحوثات تعتبر غلاء المعيشة من أهم الصعوبات التي تواجهها بالإضافة لمرضها والتي قدرت نسبتهم ب48.7% تم تلتها الفئة التي توجهها صعوبة غلاء الأدوية وعدم وجود إمكانية لتعويضها بنسبة قدرت ب22.1% وذالك نظرا لمرضهم المزمن والمكلف بينما سجلنا اقل نسبة لدى المبحوثات اللواتي تعتبرن الإحساس بالدونية وبرفض الأسرة وكذا عدم اهتمام ودعم الدولة بهذه الفئة من أهم الصعوبات التي تواجههم

وقدرت نسبتهم على التوالي ب15.9% و13.3% وهن يمثل الفئة الأكثر تهميش نظرا لظروف حياتهن فهذه النتائج تجعلنا نستنتج أن المرأة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا تعيش أوضاع وظروف سيئة اجتماعيا ونفسيا جراء إصابتها بفيروس السيدا بالاظافة الى اعالتها لاسرة تحوى اطفال مصابين هم ايضا بالسيدا كما جاء في خاصائص العينة فهي من جهة تحمل مرضها ومرض طفلها ومن جهة اخرى تحمل مسؤولية اسرة من حيث التنشئة الاجتماعية و الاعالة الاقتصادية .

جدول رقم (95): توزيع أفراد العينة حسب إمكانية استعمال الواقي في العلاقات الجنسية الطبيعية

التكرارات / امكانية استعمال الواقي	ك	النسبة المئوية(%)
يمكن	2	1,8
لايمكن	111	98,2
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (95) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات صرحن أن ليس هناك إمكانية لاستعمال الواقي بنسبة قدرت ب98.2% مقابل 1.8% منهن صرحن أن هناك إمكانية لاستعمال الواقي خلال العلاقات الجنسية الطبيعية مما يجعلنا نستنتج أن المرأة في المجتمع الجزائري غير قادرة على مناقشة العلاقة الجنسية مع زوجها حتى وان كانت للحفاظ على صحتها و إلا اعتبرت ساقطة أو لها ماضي حسب ما صرحت المبحوثات وهذا ما يعرضها للإصابة بالأمراض المنتقلة جنسيا على اختلاف أنواعها وخطورتها كما تعتبر المناقشة في موضوع العلاقات الجنسية من الطبوهات التي لا يمكن كسرها وهذا لما لرجل من سلطة على المرأة في اتخاذ القرارات وان الاصابة بفيروس السيدا قدرهم ولا يمكن الهروب منه جراء السلوكياتهم اللاسوية والتي هي غير مقبولة اجتماعيا،بحيث حملتهم وصمة عار تجعلهم معزولين عن افراد اسرتهم والمجتمع ككل لولا السرية المحاطة بالمرض .

جدول رقم (96):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب رأيهن حول اهم طرق للحد من انتشار فيروس السيدا

التكرارات / الاحتمالات	نعم		لا	
	ك	%	ك	%
الامتناع عن الممارسات الغير شرعية	55	48,7	58	51,3
تجنب استعمال الأدوات المستعملة كفرشاة الأسنان و أدوات الحلاقة	18	15,9	95	84,1
استعمال الواقي في العلاقات الجنسية	15	13,3	98	86,7
نشر الوعي لمخاطر مرض السيدا	25	22,1	88	77,8

من خلال الجدول رقم (96) يتضح أن أغلبية المبحوثات صرحن أن أهم طريقة للوقاية من فيروس السيدا هو الامتناع عن ممارسة العلاقات الغير شرعية بنسبة قدرت ب48.7% تم تلتها في المرتبة الثانية طريقة نشر الواعي لمخاطر مرض السيدا بنسبة 22.1% بينما المرتبة الثالثة كانت لطريقة تجنب استعمال الأدوات المستعملة بنسبة قدرة ب15.9% وأخر طريقة كانت لاستعمال الواقي كحل بديل للحد من انتشار الفيروس وكانت بنسبة 13.3%، وفي المقابل نلاحظ ان اغلية المبحوثات اللواتي صرحن ان الطرق المذكورة سابقا ليست اهم الطرق للوقاية بفيروس السيدا وسجلت فيهم باعلى نسب وكان رايهم حسب اهم طرق للحد من انتشار السيدا هو وفاء الزوج والرجوع الى القيم الدينية و وضع قوانين صارمة ضد الشخص الذي ينقل لعدوى لزوجته كمنعه من العلاج فهذا التباين في النتائج والاهمية تجعلنا نستنتج ان المراة التي سبق لها الزواج بعضهن لهم نظرة انتقامية لزوج او الشريك كما ان لهم ثقافة صحية حول المرض من حيث الاسباب وطرق الوقاية .

المبحث الثاني :عرض البيانات الكيفية

تـــــــــــــــــمهيد

في هذا المبحث قمنا بعرض نتائج المقابلات وفقا للمنهجية المذكورة سابقا محاولة منا وصف واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري على شكل قصة حياة مختصرة عن طريق سؤال عام حول الحياة الاجتماعية (النشأة و الجانب العلائقي وأسباب و اثأر الإصابة) وذالك لتدعيم النتائج الإحصائية من اجل مناقشة وتحليل الفرضيات بحثنا ، التي تم سردها كتالي ...

اولا :عرض المقابلات مع حالات لم يسبق لهم الزواج (العزباء)

الحالة الأولى :

لقد التقينا بالحالة الأولى على مستوى مكتب جمعية تضامن الايدز وكان هذا في شهر فيفري2013 م ولقد دامت مدة المقابلة بالتقريب ساعة زمن.

فتاة تبلغ من العمر 23سنة مر على إصابتها سنتين وهي عزباء وبطالة لها مستوى تعليمي متوسط وهي من ولاية الغرب الجزائري وهي تنتمي إلى عائلة جد بسيطة لا تلبي كل حاجيات أفرادها ، فولدها عامل بسيط في مؤسسة عمومية وأمها ماكثة بالبيت أما بالنسبة لعلاقتها بهم تقول أنها عادية و في إطار محدود أي لا يوجد اتصال بينهما ولا مع بقية أفراد الأسرة إلا في نطاق التعامل اليومي خاصة مع الإخوة ذكور ، فهي تعتبر الأخت الوسطى لستة إخوة منهم 3ذكور و 4 إناث منهم الأخت الكبرى متزوجة والبقية بدون زواج ،أما فيما يخص علاقتها العاطفية فلقد كانت لها علاقة مع احد الأشخاص يكبرها بعشرين سنة وهو إطار في مؤسسة خاصة الذي وعدها بمنصب عمل السنة المقبلة فتطورت علاقتهما عبر الهاتف و تكررت اللقاءات لمدة 7اشهر دون إخبار أي احد من أفراد عائلتها إلا الأخت الكبرى لأنها تتفاهم معها وحسب تصرحتها كانت تعتبره السند الوحيد لها لأنه كان يشعرها بالحياة ولا يرفض لها طلب .

اما فيما يخص حالتها المرضية تقول انها كانت تشعر بالتعب الشديد وعدم الرغبة في الاكل حيث تهيا لها انها حامل فتصلت بصديقها واشار ليها بان تذهب لزيارة اختها المتزوجة حتى يرى في امرها

وعند وصولها لبيت اختها قصت لها الحالتها فطلبت منها اجراء فحوص للحمل فكانت النتائج انها لم تكون حامل فقالت ..لقد ارتحت كثرا لانني كنت خائفة من هذا الامر وبعدها ذهبت الى اللطبيب و وصف لي دواء لاسترجاع صحتي وبعد اسابيع اشتد المرض عليا بسبب الحمى و الاسهال لم افق الا وانا بالمستشفى واخبروني بانني مصابة بالسيدا ، فكانت الصدمة الكبرى لانني كنت مع علاقة بشخص قام بتدميري عوض ان يساعدني فدخلت في غيبوبة بكاء وخوف حتى انني فكرت بالانتحار ولكن بمساعدة الاطباء انا هنا اتكلم معك ...

الحالة الثانية :

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة شابة تبلغ من العمر 40 سنة ،عزباء و لها مستوى تعليمي ثانوي و هي تنحدر من ولاية الوسط ومتعايشة بفيروس السيدا لمدة اربع سنوات و هي موظفة في مؤسسة عمومية وتعتبر أكبر إخوتها (ذكر و 4 إناث) ، والدها متوفى و أمها ماكثة بالبيت ، إن العلاقة بينها و بين والدتها جيدة لاعتبارها أولى بناتها و تساعدها في البيت و الإنفاق لأن منحة تقاعد الأب لا تكفي إطلاقا ، أما الأخ فهو مهاجر بفرنسا و نظرا لغياب الاب و الاخ جعلمن المبحوثة تعيش حرمانا عاطفيا كبيرا وتتحمل مسؤولية اخواتها اضافة الى سنها الذي قارب 40 أين اصبحت تعمل المستحيل من اجل الظفر بزوج فتعرفت على شخص بمكان عملها اين اقدمت على ممارسة الجنس معه عدة مرات مع اخذ احتياطات عدم الحمل ومع مرور الوقت اصبح الامر عادي بالنسبة لها لان فكرة الزواج بالنسبة لها اصبحت مستحيلة خاصة حين تذكرها لشريكها ،وتصف حالتها الصحية بالمأساوية حين نقلت الى المستشفى في حالة حرجة اين اصيبت بجفاف و هزل شديد و اسهال قوى دام اكثر من شهر واكتشفت حينها انها مصابة بفيروس السيدا الذي ادخلها في اكتاب شديد وعزلة ولكن بمساعدة الطقم الطبي استرجعت صحتها وهي تعيش حياة عادية بفضل العلاج .

الحالة الثالثة:

التقينا بالحالة الثالثة بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي وقبلت مقبلتنا بعد الانتهاء من الفحص ،فكانت المقابلة في حديقة المستشفى ودامت مدة المقابلة ساعة زمن شابة تبلغ من العمر 37سنة من الجزائر العاصمة غير متزوجة ومتعايشة بفيروس السيدا منذ سبعة سنوات أي عن عمر 31سنة جامعية تقطن في حي راقي وعائلة مثقفة فولدها يعمل مدير مؤسسة صناعية وأمها معلمة في الطور الثانوي أما بالنسبة لعلاقتها بالأسرة صرحت أنها جيدة مبنية على التفاهم و الصراحة مع جميع أفراد أسرتها المتكونة من 2ذكور وهي البنت الوحيدة وتعتبر البنت المدللة في الأسرة رغم هذه العلاقة فهي لم تخبر أي شخص بسبب إصابتها ولا حتى علاقتها .

أما بالنسبة لحياتها العاطفية تقول :أنها سبب في إصابتها ...تعرفت على شخص قبل نهاية الدراسة الجمعية ..هو صيدلي وشخص متفهم ومثقف بدأت علاقتي به بالهاتف واللقاء وخروج معه دامت علاقتنا ثلاث سنوات بعد التخرج وهو من ساعدني للحصول على منصب عمل وكان كثير السفر إلى انجلترا وكانت تربطني معه علاقة جنسية سطحية كنت أظن أنها بسيطة وعادية ولكنني اكتشفت أنني وضعت نفسي في مشكلة جد صعبة خاصة حين اخبرني في أخر لقاء معه انه أصيب بفيروس السيدا ..في البداية اعتقدت انه يمزح معي ويريد أن يعرف ردة فعلي لهذا الخبر لأنني اعرف هذا المرض جيدا فلم أتقبل مزاحه ولم أتخيل انه كذالك لكونه مثقف وصيدلي وظننت انه يريد التهرب من علاقتنا وبعدها انقطعت أخباره عني وبالنسبة لحالتها الصحية ...بعدما تفرقنا وبعد مرور شهور أصبت برشحة برد قوية مع إعياء عام للجسم بالإضافة إلى أزمة صدرية (bronchite) رغم كل محاولات العلاج التي وصفها لي الطبيب إلا أنها كانت فاشلة فوجهني لمخبر لإجراء تحاليل دم ...وعند إجراءها في البداية لم يخبروني بل اخبروا أسرتي وبعدها أخبرتني أخصائية نفسية بهذا المرض محاولة معرفة سبب الإصابة لأنهم استبعدوا العلاقات الجنسية لأنني لم افقد عذريتي ولكن الخبر كان صدمة بالنسبة لي ولم أتقبلها لأنني اعتبرتها خيانة لنفسي ولأسرتي وكان الصيدلي هو من تذكرته ولم اعرف إن كان حيا أو ميت لأنه اخبرني بهذا من قبل...وبفضل أسرتي و الطبيبة المعالجة وخاصة السرية استطعت

أن أتخطى الصدمة وبعد وقت طويل تقبلت المرض وأعيش حياتي العملية و الأسرية عادية وبنفسية جيدة..

الحالة الرابعة:

التقينا بالحالة الرابعة بحديقة المستشفى الهادي فليسي بعد الفحص ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ... شابة تبلغ من العمر 30سنة دامت مدة إصابتها سنتين وهي غير متزوجة و تمتهن البغاء ذو مستوى تعليمي ابتدائي ، تقطن في حي تكثر فيه الانحرافات و الآفات الاجتماعية وهي أخت لثلاث إخوة ذكور و 2 إناث حسب تصريحاتها أن بسببها أبيها و أمها الذين كانوا يرغمونها على البغاء منذ صغرها لان أبيها يتعاطى المخدرات والكحول وأمها تمارس الجنس من اجل تربيتها هي وأخواتها أي أنها من بيت يكثر فيه السلوك أللأخلاقي و أن العلاقات الجنسية الغير شرعية هي المؤمن الوحيد لعيشهم وهي الأخرى اكتشفت أنها مصابة عندما أصبحت حاملا تدهورت حالتها ونقلت إلى المستشفى ثم إلى مستشفى القطار أين اكتشفوا أنها مصابة بالسيدا هي و الجنين الذي في بطنها .

الحالة الخامسة:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة نصف ساعة فتاة تبلغ من العمر 20سنة مصابة منذ سنة لها مستوى تعليمي ابتدائي واصلها الجغرافي ريفي تابع لولاية الغرب لا تمارس أي عمل و تعتبر الوحيدة بين أخوتها الذكور(أربعة ذكور) و تحتل مركز الأخير في سلم الترتيب الخاص بالإخوة كما أنها يتيمة الوالدين ..فيما يخص علاقتها بالإخوة فهي علاقة جيدة كلها عطف وحنان و احترام وحسب تصرحتها أن إخوتها هم من يصرفون عنها ويلبون طلبتها لان كل إخوتها متزوجين ومستقلين بغرفة خاصة لهم ولا مشاكل مع زوجتهم ..كما لديها الكثير من العلاقات مع الأقارب و الأهل و الأصدقاء وهي تتردد كثيرا عند خالها لأنها ترتاح أكثر عنده لوجود بنات خالها في سنها كما أنها تعرفت على شخص يكبرها سنا أثناء ترددها على بيت خالها ولقد وعدها بالزواج وبالتعويض عن كل الحرمان و الوحدة التي كانت تعيشها إلى درجت أنها مارست معه الجنس عدة مرات ...أما بالنسبة لحالتها الصحية فبعد مرور أربعة أشهر من تعرفها بذاك

الشخص أصيبت بإسهال و حمى شديدة نقلت لأجلها للمستشفى وهناك اكتشفت أنها مصابة بالفيروس الذي لم تسمع عنه من قبل كما التقت بنفس الشخص هناك بالمستشفى يعالج فأصيبت بصدمة حاولت من خلالها الانتحار خوفا من ردة فعل إخوتها ولكن بمساعدة الطقم الطبي استرجعت صحتها وتجاوزت الفكرة وتقبلت المرض .

الحالة السادسة :

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة شابة 37سنة عازبة ماكثة بالبيت تنحدر من ولاية الغرب الجزائري لها مستوى متوسط وهي تتعايش مع الفيروس لمدة سبع سنوات،ولدها يعمل باحدى المصانع وامها ماكثة بالبيت فعلاقتهما بهما فهي عادية وهي تعتبر البنت الكبرى مابين خمسة اخوة واخوات اختها الاصغر منها تزوجت وهذا ماجعلها تعمل المستحيل من اجل تحقيق رغبة الزواج فوصفت علاقتها العاطفية كالحلم المستحيل حين تعرفت بشخص عند ترددها عند اختها المتزوجة الذي وعدها بالزواج فتطورت علاقتهما باللقاء ولكن ما ان علم بحملها تخلى عنها وانكر علاقته بها مما جعلها تقرر الهروب من المنزل واتجهت الى الشرق الجزائري الى ان وجدت نفسها في الشارع اين اسقطت حملها واصبحت تتردد على الملاهي والحانات من اجل كسب قوتها فحسب تصريحها فهي وجدت عدة حالات مثلها في الشارع أين وجدت من طرفهن التضامن و المساعدة المعنوية و النفسية و حتى المادية في بعض الأحيان حتى اصبحت تمتهن البغاء من اجل العيش باصبتها بطفح جلدي وظهور التاليل في الجسم وحمى شديدة اكتشفت انها مصابة بفيروس السيدا فنقلت الى المستشفى وبقيت فيها اكثر من شهرين ،اما عن حالتها الصحية تصفها بالصدمة حاولت عدة مرات بالانتحار وبمساعدة الطقم الطبي تجاوزت الفكرة وتقبلت المرض.

الحالة السابعة :

التقينا بها على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ، شابة 28سنة عازبة ومتعايشة بفيروس السيدا لمدة سنتين وتنحدر من ولاية الغرب الجزائري لها مستوى التعليم الثانوي وهي تعمل كإدارية في مؤسسة عمومية ولديها مطلقين وهي تعيش عند

جدتها ولا تزور ولديها إلا في المناسبات تصف علاقتها بولديها بالمنعدمة لان كل واحد يعيش مستقل بأسرته وأبنائه كما تصف أنها عاشت طفولة بائسة وقاسية بسبب شجار والديها وتصف أيضا جدتها بالقاسية و المسيطرة لأنها كانت تضرب أمها الا أنها تحبها وتلبي لها كل رغباتها واحتياجاتها أما بالنسبة لعلاقتها العاطفية تصفها بالجيدة لولا حملها الذي جعلها تترك بيت جدتها خوفا من الفضيحة فهي أقامت علاقة مع احد الأثرياء الذي تقول عنه انه عوضها حنان الأب و الأم وتطورت هذه العلاقة بالذهاب إلى مسكنه الخاص و السهر معه في الملاهي الليلية بحكم عملها الذي غطى عن غيابها ليلا ، أما بالنسبة لحالتها الصحية فهي تقول أنها أصيبت بهزل شديد وحمى وإسهال قوى وهي في شهرها السابع فقد زارت المريضة عدة أطباء ولم يتمكنوا من تشخيص حالتها وعند شك احد الأطباء بالعدوى تم توجهها إلى مستشفى الهادي فليسي بعدما وضعت مولدها الذي توفها مباشرة بعد ولدته .

الحالة الثامنة :

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة شابة تبلغ من العمر 35سنة عازبة لها مستوى تعليمي ثانوي عاطلة عن العمل تنحدر من الشرق الجزائري سبب اصابتها عن طريق علاقة جنسية غير شرعية ، متعايشة بفيروس السيدا لمدة سانتين تصف علاقاتها الاسرية بالسيئة ولها ذكرايات طفولة قاسية ،تعتبر نفسها انها عانت الكثير من الاوضاع المزرية التي عرفتها اسرتها بسبب سوء معاملة والدها والفقر ، بينما تصف علاقتها العاطفية بانها سبب ياسها وانعزالها عن العالم لانها كانت لها علاقة مع احد التجار الذي وعدها بالزواج ولكن تخلى عنها بسبب اصابته هو ايضا بالفيروس ولكنه في مرحلة متطورة أي مرض السيدا ولم يخبرها بحالته الا بعد ان اصيبت باسهال شديد ادخلها المستشفى فاكتشفت انها مصابة بفيروس السيدا فاصيبت باكتئاب وحاولت عدة مرات الانتحار خوفا من العار وبمساعدة الطقم الطبي تقبلت مرضها وتجاوزت الفكرة ولكنها تعيش في عزلة عن العالم في احد مراكز الايواء في الجزائر

الحالة التاسعة :

التقينا بها على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة.. شابة تبلغ من العمر 34 سنة عزباء ، والديها متوفيين و هي تحتل المرتبة الوسطى في السلم الترتيبي الخاص بالإخوة و هي البنت الوحيدة بين إخوتها الذكور ، عاطلة عن العمل ، تنحدر من ولاية الشرق الجزائري و لها مستوى تعليمي متوسط متعايشة مع فيروس السيدة لمدة ثلاث سنوات ، سبب اصابتها علاقة جنسية غير شرعية ، تصف علاقاتها باخواتها بالعادية فهي كانت تعتمد على اخها الاكبر الذي هو المعيل الرئيسي للاسرة وهو متزوج الا انها تعاني الحالة من مشاكل علائقية خاصة مع زوجة أخيها و التي تحرضه يوميا ضدها خاصة انه يساعدها ماديا اكثر من نفقته على البيت بينما تصف علاقتها بباقي الإخوة و باعتبارهم أصغر سنا منها بالجيدة فهي لا تشكو من أية عوائق معهم لانها المسؤولة عنهم في كل شيء ..ومع مرور الوقت في المعانات مع زوجة اخيها قررت أن تربط علاقة عاطفية مع أحد الجيران و هو الذي وعدها بالزواج و بالعمل على حل مشاكلها ، هذا ما جعلها تثق فيه كل الثقة إلى ان اقامت علاقة جنسية معه وبعدها أنكر علاقته معها وتخلى عنها واتجه للخدمة العسكرية وتركها لوحدها مع مخاوفها ، هذا ما جعلها تقرر الهروب إلى ولاية وهران أين التقت بمجموعة من الفتيات اللواتي يشبهن وضعتها حيث أصبحن يتجولن في الملاهي و الحانات و الفنادق ، و هذا من أجل المال للعيش، و لقد دام هذا الأمر مدة 4 سنوات و خلال هذه الفترة ، بدأت تعمل في إحدى الحانات ...فاصيبت برشحة برد شديدة مع الألم في الصدر نقلت الى المستشفى اين قامت بتحاليل واكتشفت انها مصابة بفيروس السيدا .

الحالة العاشرة:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة عشرة دقائق امراة تبلغ من العمر 44 سنة عزباء مستوها التعليمي متوسط وتعتبر البنت الكبرى لثلاث اخوات فهي تنحدر من ولاية الجنوب متعايشة مع فيروس السيدا لمدة سبع سنوات تصف علاقتها مع اسرتها بسيئة

مليئة بالخلافات و الصراع بين الوالدين فهي تعتبرها بيئة فاسدة لان والدها شخص سكير ومنحرف كان يدفعها وامها لبيع جسدهم لعدم قدرته على تلبية حاجاتهم كما صرحت انها تعلمت ممارسة الدعارة منذ الصغر خاصة بعد وفاة والدها وبقت هي وامها واخواتها الصغار تقتاة من هذا الفعل وتصف حالتها الصحية على انها كانت صعبة لانها اصيبت بسعال حاد وحمى وفقدان الوزن فنقلت مباشرة للمستشفى اين عرفت انها مصابة بمرض السل اضافة الى مرض السيدا فكانت تنتظر الموت في أي لحظة ومكثت اكثر من ستة اشهر تحت الرعاية و العلاج الى ان تجاوزت الحالة .

الحالة الحادية عشر :

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة عشرة دقائق فتاة 23سنة عازبة لها مستوى المتوسط تنحدر من الوسط الجزائري وسبب اصابتها فهي عن طريق علاقات غير شرعية ومتعايشة بفيروس السيدا لمدة سنة وهي من عائلة بسيطة ،الاب يعمل كسائق في مؤسسة خاصة و الام ماكثة بالبيت ، تصف علاقتها الاسرية بالعادية لان الاب كثير التنقل عبر الوطن والام منشغلة باخونها واخواتها وهي تعتبر البنت الوسطى في سلم الترتيب تصف علاقتها العاطفية انها كانت مادية فكانت تربطها علاقة مع شخص غني يعمل في الاستراد و التصدير وتمارس معه الجنس مقابل مبلغ مادي لتلبي حاجياتها ، بينما تصف حالتها الصحية سبب هروبها من البيت وبقاءها مع ذاك الشخص لمدة اربعة اشهر لانها كانت حامل واقامت باجهاض جنينها واصيبت بنزيف بعد الاجهاض ونقلت الى المستشفى واكتشفت انها مصابة بفيروس السيدا.

الحالة الثانية عشر:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة شابة 46سنة عزباء بدون مستوى تعليمي تنحدر من ولايات الشرق الجزائري وهي بائعة في إحدى المتاجر والديها مطلقين منذ أن كان في عمرها 15سنة وهي تعيش مع جدتها وعلاقتها تكاد تكون منعدمة مع أبويها لان كل واحد مستقل بأسرته وتصف علاقتها العاطفية بالعادية لأنها لا تفكر في الزواج ولا في تكوين أسرة لأنها كرهت كل أصناف الرجال بسبب معاملة أبيها لامها وهي تعتبر

علاقتها بأحد التجار على أنها عابرة ولا تعني لها شيء إلا لتلبية رغبتها الطبيعية بينما تصف حالتها الصحية بالميئوس منها في البداية لم تكون تعرف أن لها علاقة بالفيروس السيدا وتشير أنها مرة بمرحلة اكتئابية لا تجد لذة في أي شيء وهي جد تعيسة لما حدث معها بسبب نزوتها .

الحالة الثالثة عشر :

التقينا بالحالة بحديقة المستشفى الهادي فليسي بعد الفحص ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ... شابة تبلغ من العمر 42سنة دامت مدة إصابتها سبع سنوات وهي غير متزوجة و تمتهن البغاء ذو مستوى تعليمي متوسط ، تقطن في حي تكثر فيه الانحرافات و الآفات الاجتماعية وهي البنت الكبرى لثلاث اخوة ، تصف علاقتها باسرتها بالسيئة لان الاب مدمن مخدرات وامها المريضة بسكري و الضغط الدموي بسبب معاملة والدها لها تخلت عن درستها في التعليم المتوسط بعد مرض امها ودخولها للمستشفى فحاولت البحث عن عمل لمساعدة امها ولكن بدون جدوى بسبب عدم توفر العمل وبعد تعرفها على شخص يعمل بالتجارة اصبحت تمارس معه الجنس مقابل المال واصبح هذا الشخص يعرفها على اصدقائه لاقامة علاقة معهم مقابل مبلغ مالي لمساعدة امها واخوتها الصغار،بينما تصف علاقتها الصحية بالصدمة الكبرى ،تؤكد المبحوثة انه عقب الإعلان عن الإصابة لم تع حقيقة الإصابة إلا بعد مرور أيام رغم انه كانت لها درية باخطار مرض السيدا وحسب تصرحتها فهي كانت تبكي كثيرا ولا تستطيع النوم و تفكر كثيرا في حياتها و حياة امها واخوتها ورغم انها مصابة بفيروس السيدا الا انها لازلت تمارس البغاء .

الحالة الرابعة عشر:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة فتاة تبلغ من العمر 19سنة لها مستوى تعليمي متوسط تنحدر من احدى القرى الريفية لولاية الغرب سبب اصابتها عن طريق الجنس، وهي متعايشة مع الفيروس لمدة سنة ، والدها عامل بسيط في احدى المصانع وامها متوفية ولها زوجة ابيها وهي تعتبر الكبرى بالنسبة لاخوتها من ابيها (2 اخوة من الاب و الام و3 اخوة من الاب) تصف علاقتها بوالدها جد متشدد معها و مع باقي اخوتها اما علاقتها

بزوجة ابيها تصفها بالسيئة لانها كانت تضربها كثرا وبدون رحمة وفي غياب ابيها تطردها لتبيت خارج البيت اين تم الاعتداء عليها من قبل جارها السكير و المدمن على المخدرات وحين علمت زوجت ابيها بهذا الاعتداء هددتها بالطرد ان اعلمت والدها وبعد ثلاث اشهر من الاعتداء اصيبت باسهال شديد والام في البطن دام معها اكثر من 15يوم نقلت بعدها مباشرة الى مستشفى اين اكتشفت أنها مصابة بفيروس السيدا الذي لا تعلم عنه أي شيء وهي حامل في شهرها الثالث وهي الآن تتابع علاجها مع مولدها المصاب .

الحالة الخامسة عشر:

التقينا بالحالة بحديقة المستشفى الهادي فليسي بعد الفحص ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ... شابة تبلغ 33سنة عزباء مستواها التعليمي ابتدائي تنحدر من الجنوب الجزائري ومتعايشة مع فيروس السيدا لمدة ثلاث سنوات ،والدها متوفى وأمها مختلة عقليا وهي اكبر أخوتها الخمس والعائلة كلها متشردة و تعيش من التسول تصف حياتها بالسيئة لأنها تتعرض يوميا للاعتداء و التحرش لان ليس لها بيت يؤويها أما حالتها الصحية اكتشفتها بسبب تحاليل الحمل والذي أسقطته بسبب سوء التغذية وتعتبر حسب الطبيب المعالج من الفئات التي تعمل على نشر الفيروس .

ثانيا:عرض المقابلات مع الحالات التي سبق لها الزواج

الحالة السادسة عشر :

التقينا بالحالة الثانية بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي وكانت المقابلة في مدة انتظارها لدورها للفحص لأنها بمجرد انتهاء الفحص تعود مباشرة لمقر إقامتها لأنها تسكن خارج العاصمة ودامت مدة المقابلة ربع ساعة فهذه الحالة نعرفها لأننا قمنا بمقبلتها سابقا حين كنت اعمل كأخصائية اجتماعية على مستوى المستشفى في حين أنها كانت متحفظة ولم تحكي قصتها لنا كما في الأول وكأنها تريد أن تنسى ماضيها ... امرأة تبلغ من العمر 48سنة أم لأربعة أطفال من ولاية الشرق الجزائري ومتعايشة بفيروس السيدا منذ تسع سنوات طلقت من زوجها للأسباب ترجعها هي لبخله وعدم تفاهمهما بسبب أمه المتسلطة وبعد الطلاق رفضت عائلتها مساعدتها لأنهم يرجعون اللوم

عليها لعدم استقرارها من جهة كما رفضوا تربية أبناء لأب على قيد الحياة و لكن الأم بتمسكها لأبنائها تحملت كل الضغطات والمصاعب وخرجت لتعمل فلا تجد إلا عمل كمنظفة لان مستواها التعليمي ضعيف وذالك في مؤسسة خاصة مقابل أجرة تطعم بها أطفالها و لكن بعد دخولها للمؤسسة لكي تعمل بدء رب العمل يتحرش بها ويساومها على بقائها في منصبها و مع حاجتها حسب رأيها و الظروف المحيطة بها قبلت مساومته وبعد أربعة سنين من العمل ظهرت لها أعراض ثانوية خاصة بالجلد و عند ذهابها إلى الطبيب طلب منها تحاليل و بعدها طلب منها الذهاب إلى مستشفى القطار أين اكتشفت أنها مصابة بالسيدا و حسب تصريحاتها تقول مع مرور الوقت وبفضل مساعدة الطبيبة المعالجة وجمعية الايدز استطاعت أن أتغلب على المرض لأجل أطفالي حيث أصبح لدي مكان للعمل الخاص بي استرزق منه..

الحالة السابعة عشر :

التقينا بها على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ..امراة 38سنة مطلقة وام لثلاث اطفال مستوها التعليمي متوسط ،حفافة وتنحدر من الغرب الجزائري وهي متعايشة بفيروس السيدا لمدة اربع سنوات ، سبب اصابتها علاقات جنسية غير شرعية تصف المبحوثة علاقة باسرتها بالعادية اما باسرة زوجها بالسيئة لانهم لم يقبلوا بزواجها وينعثونها بالسحارة وكانت ام زوجها تعايرها وتخاصمها لاتفه الاسباب مما جعل زوجها يخاصمها لدرجة انه اصبح يضربها وانتهت علاقتهما بالطلاق اما بالنسبة لحلتها الصحية تقول انها سبب انتقامها لزوجها فلقد ربطتها علاقة مع احد تجار بيع الملابس و العور و مواد التجميل وهذا عند ترددها من أجل التسوق فكانت تعتبرها علاقة عابرة من اجل الانتقام ولكن مع مرور عام ونصف من تعرفها بذاك الشخص اصيبت بهزل شديد وتعب وفقدان الشهية وحمى مما جعلها تشك انها حامل منه ولكن عند زيارتها لطبيب واجراء التحاليل اكتشفت انها مصابة بفيروس السيدا الذي اقعدها المستشفى مدة شهر فقط ومع العلاج ونصائح استرجعت المبحوثة صحتها وهي تعيش مع اطفالها حياة عادية .

الحالة الثامنة عشر :

التقينا بها على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة نصف ساعة في شهر افريل من نفس السنة .

امرأة 38سنة مطلقة وأم لخمسة أطفال مدة إصابتها ثلاث سنوات ماكثة بالبيت تنحدر من الجنوب الجزائري مستواها التعليمي ابتدائي طبيعة إصابتها عن طريق البغاء تصف علاقتها بأسرتها بالسيئة بسبب الفقر و الأخلاق السيئة فهي ترعرعت في بيئة منحرفة تزوجت وطلقت في سن مبكر بسبب الشجار مع زوجها الذي كان يتعاطى المخدرات ويرغمها على البغاء فأنجبت منه طفل واحد وباقي الأطفال من الحرام وتصف حالتها صحية أنها اكتشفتها خلال تحاليل الحمل فمرت بمرحلة اكتئابية لا تجد لذة في أي شيء وهي جد تعيسة لأنها أصبحت عاجزة على تربية أطفالها وخاصة طفلها الأخير المصاب هو كذالك بفيروس السيدا وهي تعيش حاليا حياة عادية بعدما استرجعت صحتها وصحة طفلها

الحالة التاسعة عشر :

التقينا بها على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة ، امرأة متزوجة تبلغ من العمر46 سنة أم لثلاثة أطفال ،مستواها التعليمي ابتدائي وهي متعايشة بفيروس السيدا مدة 11سنة وهي تنحدر من الغرب الجزائري سبب إصابتها عن طريق علاقة جنسية طبيعية أي عن طريق زوجها ....تصف علاقتها بأسرتها أنها جد عادية فهي تركت الدراسة وأجبرت على الزواج لأجل الروابط العائلية فتصف والدها بالشخص المتشدد و المتسلط ولا يمكن مناقشته ، كما تصف علاقتها بأسرة زوجها بالمتوترة نوعا ما بسبب غياب الزوج لأنه يعيش بالخارج وهو متزوج هناك بامرأة أوروبية ولا يأتي لبيته إلا في العطل كما تصف علاقتها به بالعادية لأنه يوفر لها كل حاجيتها ولا ينقصها أي شيء أما عن حالتها الصحية فهي تصف سبب إصابتها بالحزينة و المؤلمة والمقصودة لان زوجها كان مصاب ويتعالج بالخارج ولم يخبرها وتعمد بإصابتها لكي تبقى بجانبه بعدما تخلت عنه الأوروبية كما تصف أنها دخلت المستشفى بسبب طفح جلدي وحمى أين تم اكتشاف أنها مصابة بالسيدا .

الحالة العشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة متزوجة تبلغ من العمر 30سنة وأم لطفل ،لها مستوى التعليمي المتوسط وهي تنحدر من الوسط الجزائري وهي متعايشة بفيروس السيدا لمدة تسعة سنوات وسبب إصابتها زوجها الذي يتعاطى المخدرات ،فهي تصف علاقتها بأسرتها بالمتوترة لأنها تزوجت دون موافقة والدها لأنها كانت تربطها علاقة مع زوجها قبل الزواج ، أما علاقتها مع أسرة زوجها فهي تصفها بالمنعدمة لأنها تعيش مستقلة عنهم ،بينما تصف علاقتها بزوجها بالمتوترة لأنه لم يعد يعمل بعدما طرد من عمله كحارس أما عن حالتها الصحية تقول أنها أصيبت برشحة برد شديدة وألام على مستوى الصدر أنقلتها إلى المستشفى وهناك بعد عملية تحليل لدم تم نقلي إلى مستشفى الهادي فليسي وتم بهذا استدعاء الزوج لإجراء هو الأخر تحاليل فوجد انه هو أيضا مصاب بالفيروس و في حالة مستقرة وبعد التحريات اكتشف أن زوجها يقيم علاقات جنسية و يتعاطى المخدرات عن طريق الحقن .

الحالة واحد و عشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة لان المبحوثة قد تعملنا معها سابقا كأخصائية اجتماعية و في تحضير رسالة الماجستير .

إمرة أرملة تبلغ من العمر 45سنة ومتزوجة حديثا بدون مستوى تعليمي وتنحدر من الغرب الجزائري تعايشت مع الفيروس بمدة قدرت باثني عشرة سنة وسبب إصابتها علاقة جنسية طبيعية أي عن طريق الزوج ...تصف علاقتها بأسرتها بالجيدة لأنها وجدت الحنان و التضامن مع حالتها الصحية تضيف أنها تزوجت مبكرا في السن 17سنة مع شخص يكبرها سنا ويعيش بالخارج ،بينما تصف علاقتها مع أهل زوجها بالعادية ،أما عن حالتها الصحية تصف أنها كانت صدمة بالنسبة لها حين عاد زوجها من الخارج وهو في حالة يائسة انقل إلى المستشفى الهادي فليسي واستدعيت لإجراء تحاليل الفيروس السيدا وهي في شهرها السادس فاكتشفت أنها مصابة هي وجنينها بالفيروس والذي توفي بعد الولادة بأسابيع ...تقبلت المرض بفضل مساعدة الطقم الطبي و جمعية تضامن الايدز في إعادة بناء حياتها

بعدما كانت محبطة ..وبعد مرور سنوات تمكنت المبحوثة في إعادة بناء الأسرة بزواجها بشخص متعايش بفيروس السيدا ولها طفل غير مصاب بفضل المتابعة و العلاج .

الحالة الثاني و عشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة متزوجة تبلغ من العمر 29 سنة وأم لطفل مستوى تعليمها ثانوي ماكثة بالبيت ،زوجها يعمل في مهنة عسكرية متعايشة بالفيروس مدة سبع سنوات وسبب إصابتها علاقة جنسية طبيعية أي عن طريق الزوج ...تصف المبحوثة علاقتها بأسرتها بالجيدة بينما بأسرة زوجها بالسيئة لكثرة الصرع بينهما لأنها كانت مرفوضة من قبلهم لولا حب زوجها لها وتصف علاقتها بزوجها بالمتوترة بسبب مشاكل أسرته أما عن حالتها الصحية فهي تصفها بالصدمة القاتلة لها فحاولت الانتحار مرتين لأنها تعتبر مرض السيدا مرض العار لها فهي أصيبت بإسهال حاد وحمى أدخلتها المستشفى والتي تم اكتشاف إصابتها عن طريق التحاليل فوجهت مباشرة لمستشفى الهادي فليسي للعلاج أين اكتشفت أن زوجها هو سبب إصابتها لأنها اكتشف إصابته شهرين قبل مرضها ولم يخبروها سبب إصابته ...وبعد مرور سنوات تقبلت مرضها وهي تعيش مع أسرتها حياة عادية ظنا منها أن زوجها أصيب بسبب حقنة ملوثة

الحالة الثالث وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة 46سنة أرملة وأم لطفلين مستواها التعليمي متوسط تنحدر من الوسط الجزائري وسبب إصابتها زوجها المتوفى وهي تتعايش مع الفيروس لمدة خمسة سنوات مع ابنتها التي تبلغ ستة سنوات.

تصف علاقتها مع أسرتها بالسيئة لان زوج أمها كان شخص متسلط ولا يحبها ويضرب أمها كثير وبسبب تلك المشاكل أول من طلبها لزواج قبلت به لتخلص من تلك الحياة ،بينما تصف علاقتها بأسرة زوجها بالعادية لأنها تعيش ببيت مستقل عنهم أما عن علاقتها بزوجها بالمتوترة لأنها تعتبره زير نساء في سلوكه الجنسي أما عن حالتها الصحية فهي تصفها بالصدمة خاصة وأنها رأت زوجها يموت بمرض السيدا أمام عينيها وهي حامل ببنتها في شهرها الثالث فمكثت بالمستشفى أكثر من ثلاث شهور

تم بشهور متقطعة حتى أن وضعت ابنتها المصابة بفيروس السيدا وبفضل مساعدة الطقم الطبي وطريقة العلاج استطاعت ابنتها أن تبقى على قيد الحياة وهي الآن تعيش حياة عادية وتحاول أن تعمل لأجل طفليها .

الحالة الرابع وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة 57سنة أم لأربعة أطفال اثنين منهم متزوجين ولها مستوى تعليمي ابتدائي تعمل كمنظفة في مؤسسة عمومية وكانت مطلقة خمسة سنوات قبل إصابتها بفيروس السيدا وهي تنحدر من الشرق الجزائري وسبب إصابتها علاقة جنسية غير شرعية ومتعايشة بفيروس السيدا لمدة أربع سنوات .

تصف المبحوثة علاقتها بأسرتها بالعادية قبل الطلاق وأصبحت متوترة بعد الطلاق لان والدها رفض أن يستقبل أبناء طليقها ولهذا السبب لهذا كما صرحت المبحوثة أنها عاشت حياة تعيسة مليئة بالمعانات مع أطفالها في حين وصفت علاقتها بأسرة زوجها بالسيئة لأنها لم تعيش يوم منذ زوجها حياة سعيدة لان حماتها رفضتها وكانت تريد تزويج ابنها بابنة أختها وكانت كل يوم تختلق لها المشاكل

أما علاقتها بزوجها فهي مضطربة بسبب أمه حتى تمكنت من تطليقها منه وهي حامل بابنه الرابع كانت تعيش بمساعدة الجيران وعمتها ونفقة طليقها حتى بلغ ابنها ثلاث سنوات وبعدها خرجت المبحوثة للبحث عن عمل من اجل التكفل بأبنائها كمنظفة في مؤسسة عمومية .

أما عن حالتها الصحية صرحت المبحوثة أنها بسبب علاقتها بأحد مسئولي المؤسسة ولم تكون لها أي علاقات أخرى وهذا من اجل المحافظة على عملها أقدمت على تلك العلاقة لأنها كانت تؤمن لها حاجيات أطفالها ...أما عن سبب دخولها للمستشفى فكانت من اجل الإسهال الذي دام أكثر من شهرين مع الإحساس بالإرهاق و التعب وكان الإعلان لها بالإصابة كالصاعقة ولم تتقبل هذا الأمر ولكن مع مرور الوقت ومساعدة الأطباء تقبلت الفكرة وتعايشت مع الفيروس .

الحالة الخامس وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة

امرأة 35سنة أرملة وأم لطفلين مدة إصابتها خمسة سنوات تنحدر من ولايات الشرق الجزائري مستواها التعليمي متوسط ترجع إصابتها بسبب زوجها المتوفى الذي يتعاطى المخدرات وتصف علاقتها بزوجها أنها كانت متوترة وتلوم زوجها بالمذنب لأنه لم يخبرها بحالته ونقل العدوى لها وصفت المبحوثة أمها بالمرأة العادية، التي تعتني بأبنائها لا شيء آخر، أما الأب فقد وصفته بالشخص الصعب والمسيطر، تضيف إلى أنها تنتمي إلى عائلة تقرر كل شيء في مكانها، فهي توقفت عن الدراسة مبكرا وأجبرت على الزواج بابن خالتها وتصف علاقاتها مع أخواتها و إخوتها أيضا بدون مشاكل وعادية ،أما علاقتها مع زوجها عادية أيضا وتضيف إن أهم شيء لديها أنها ترضى أسرتها،وتبتعد عن التكلم عن كل ما هو عاطفي و حميمي مع زوجها المتوفى.

أما عن حالتها الصحية تقول أن سبب دخولها المستشفى يعود إلى إصابتها بسعال جاف، مع حالة حمى و آلام صدرية، وتضيف أن ما حدث لها هو أمر إلهي ومقدر عليها، حيث أنّها مجبرة على الاستسلام أمام قدرها.

الحالة السادس وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي بنفس السنة (2013م) ودامت مدة المقابلة ربع ساعة...امرأة تبلغ من العمر 62 سنة مدة إصابتها أربعة سنوات وهي تنحدر من العاصمة أم لسبعة أطفال أربعة منهم متزوجين وهي بدون مستوى دراسي زوجها يكبرها بستة سنين ومتقاعد كان يعمل سابقا في شركة النقل مستواها الاقتصادي لاباس به تصف علاقتها بأسرتها جيدة في حين تصف علاقتها مع زوجها بالمضطربة خاصة بعدما أصيبت بمرض بضغط الدموي أصبحت علاقتها به جد متوترة بسبب المرض ومشاكل البيت بينما تصف حالتها الصحية أنها بسبب خيانة زوجها لها أي هو سبب في نقل العدوى لها خاصة بعدما أصيب بمرض شديد ادخله المستشفى فطلب منها إجراء تحاليل لدم فاكتشفت أنها مصابة بفيروس السيدا فأصيبت باكتئاب وعزلة لمدة عام ومع مرور الوقت وبمساعدة الاخصائين النفسانيين تقبلت المرض وهي تعيش مع زوجها في حالة انفصال وتقطن حاليا عند ابنتها الكبرى.

الحالة السابع وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امراة 50سنة متعايشة بفيروس السيدا لمدة 12سنة وهي ام لاربعة اطفال ،ربة بيت ،تنحدر من الشرق الجزائري لها مستوى الابتدائي و زوجها تاجر تصف علاقتها الزوجية بالعادية تم تشير على انها منذ الصغر علاقتها باسرتها جد سطحية حتى مع اخوتها لانها كانت البنت الكبرى فهي اجبرت على مغادرة الدراسة في سن مبكر لمساعدة امها المريضة للعناية باخواتها واخوانها ، كما ارغمت بالزواج مع ابن عمها الذي يكبرها سنا والمتزوج مرتين وبعد زواجها اصيبت بمرض القلب وسافرت سنة 1985م الى فرنسا لاجراء عملية جراحية للقلب (chirurgies **valvulaires** cardiaques) وهناك اصيبت بعدوى عن طريق نقل الدم ولم تعرف بهذه الاصابة الا بعد حملها الاخير لانها اصيبت بهزل واسهال شديد وحمى انقلتها للمستشفى القريب من مقر سكنها وعرفت عدة استشفاءت و عدة تشخيصات دون معرفت سبب المرض وابقيت في المستشفى حتى الولادة اين وضعت طفلها المريض والذي توفي خلال ايام بسبب عدم التمييع (déshydratation) وبعدها حولت الى مستشفى لهادي فليسي اين تمت معرفة نوع اصابتها والتي تعاملت مع اصابتها بفيروس السيدا بشكل عادى وهي مواظبة على اخذ الدواء بصفة منتظمة لما لها من تجربة مع مرض القلب و تقول هي حافظت على صحتها لاجل اطفالها .

الحالة الثامن وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة تبلغ من العمر 50سنة متزوجة وأم لثلاث أطفال مستواها التعليمي ابتدائي ماكثة بالبيت تنحدر من ولاية الشرق سبب إصابتها نقل دم فاسد وهي متعايشة مع فيروس السيدا 13سنة تصف علاقتها بأسرتها وأسرة زوجها بالعادية فهي تركت مقاعد الدراسة مبكرا وتزوجت مع ابن عمها بينما علاقتها بزوجها كانت متوترة بسبب طبيعة عمل زوجها الذي ينشغل كثيرا عن أسرته ،وتصف حالتها الصحية بالصدمة الكبرى لأنها لم تسمع من قبل بهذا المرض رغم أنها منذ صغرها كانت تعاني من قصور في

الكبد وتشير أن مرضها كان عبئا على أسرتها وفي سنة 1985 م أجريت لها عملية جراحية في فرنسا التي أدت إلى نزع نصف من الكبد (Hépatectomie partielle) ومن خلال هذه العملية تم حقنها بدم متعفن وبعد عودتها للوطن ومرور ثلاث أشهر أصيبت بالحمى و الإسهال الشديد وآلام البطن أدخلت إلى المستشفى واخبروها أنها مصابة بفيروس السيدا لم تتقبل المرض وأصيبت باكتئاب وبمساعدة الطقم الطبي تقبلت المرض خاصة بعد مساندة أسرتها لها كما تشير إلى أن نوعية العلاقة التي تربطها مع عائلتها بدأت في التغير نحو الأفضل حيث أصبحت تساعد أفراد عائلتها وهذا منذ أن تم تعويضها من طرف الحكومة الفرنسية .

الحالة التاسع وعشرون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة تبلغ من العمر 23سنة متزوجة وأم لطفل ذو الشهرين الحامل لفيروس السيدا مستواها التعليمي متوسط تنحدر من ولاية الغرب الجزائري متعايشة بفيروس السيدا لمدة سنتين وسبب أصبتها علاقة جنسية طبيعية (عن طريق الزوج) تصف علاقتها بأسرتها بالجيدة لأنها كانت مدللة وتلبي لها كل رغباتها فهي كانت تحب التنزه ولها رغبة في الزواج المبكر و بعد فشلها بالدراسة تزوجت ابن خالتها الذي كانت تواعده في السر إلا أن خالتها كانت تكرهها لأنها كانت ترى فيها البنت المدللة التي لا تعرف معنى المسؤولية وقبلت بزوجهما تحت إصرار وضغط من طرف ابنها فكانت تخلق لها دائما المشاكل و الصراع مع زوجها ،في حين تصف علاقتها بزوجها أنها كانت جيدة في بداية زوجها تم تحولت إلى جحيم بسبب خالتها فأصبح يكثر الغياب عن البيت ومع مرور الأيام أدركت أن الحياة الزوجية ليست بالسهلة ، بينما تصف حالتها الصحية بالسيئة لأنها دخلت في حالة اكتئاب شديد جعلها لا تطيق زوجها وتكرهه و تحمله مسؤولية إصابتها وأنه هو السبب في إصابتها بفيروس السيدا وموتها المبكر، كما أنها لا تتحمل فكرة عدم الإنجاب أو احتمال إنجاب طفلا خر مصاب بالفيروس، و تشير أنها أصيبت بأعراض الحمى والإسهال وألام على مستوى البطن على اعتبار أن هذه الأعراض بدأت بالظهور منذ دخولها في مرحلة الحمل

وبعد ما قامت بتحاليل الحمل اكتشفت أنها مصابة بفيروس السيدا الذي لم تسمع به من قبل فنقلت الى المستشفى لمتابعة حملها واخذ العلاج ومراقبة اللمفاويات T4 باستمرار حتى أن وضعت طفلها الحامل لفيروس السيدا .

الحالة الثلاثون:

التقينا بها بقاعة الانتظار hôpital de jour بمستشفى الهادي فليسي ودامت مدة المقابلة ربع ساعة امرأة تبلغ من العمر 48 سنة مطلقة وأم لخمسة أطفال تعمل كمنظفة في مؤسسة خاصة مستواها التعليمي ابتدائي تنحدر من الجنوب الجزائري وسبب إصابتها عن طريق الجنس ومدة إصابتها ثلاث سنوات تصف علاقتها بأسرتها بالسيئة لان أبها كان شخص متشدد معها بعد فشلها في الدراسة و في سن مبكر أرغمها والدها بالزواج مع شخص يكبرها 15سنة وتضيف أيضا أن لا علاقة لها بأسرة زوجها التي لم تتعرف عليهم بينما تصف علاقتها بزوجها بالعلاقة الجهنمية التي تذوقت من خلالها العذاب والآلام وتضيف أن سبب ما هي عليه الآن هو تلك الحياة البائسة و الفقر الذي عاشته بالإضافة إلى تخلي أسرتها عنها حين طلبت الطلاق فجعلها هذا الأمر تطرق كل الأبواب حتى تتمكن من تلبية حاجيات أطفالها وتصف حالتها بسبب علاقة جنسية مقابل المال مع احد مسئولي المؤسسة الذي تصفه بزير النساء وتشير أنها بعد شهر من العلاقة أصيبت بالتهابات مهبلية أجريت من خلاله تحليل دم فاكتشفت أنها مصابة بفيروس السيدا و تشير انه عند تلقيها خبر الإصابة يختلجها إحساس بالألم والذنب كبير، وتلوم نفسها عن علاقتها و تعتبر الإصابة كعقاب لها ،تؤكد على أنها كانت جد قلقة ولا تجد أي رغبة في الحياة و فكرة الموت سيطرت عليها خوفا من العار،فهي وجدت نفسها في وضعية صعبة لا يمكن تحملها وهي مسئولة على خمسة أطفال ، وبمساعدة الطقم الطبي تجاوزت هذه المرحلة وأصبحت لديها الرغبة في الحياة لأجل أطفالها .

تحليل عام للمقابلات

المقابلات المذكورة سابقا سمحت لنا من التعرف على خصائص عينة بحثنا و الكشف عن أوضاع وظروف التي كانت سبب في تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا و من خلال هذه الحالات نلاحظ أن السن والحالة الاجتماعية و العلائقية تعتبر من أهم مؤشرات التي تحدد سبب تعرض المرأة الجزائرية لفيروس السيدا فبرغم من اختلاف الفئات الاجتماعية إلا أن الفئة العمرية [19-48] هي الفئة الأكثر تعرضا للإصابة باعتبارها تتمتع بالخصوبة و الرغبة الكبيرة في تحقيق الزواج و لأسباب مجتمعية تقف هذه الأخيرة أمام مشاكل تجعل منها فئة معرضة للخطر على جميع المستويات خاصة منها الصحية التي تؤثر على حياة الإنسان وتفاعله مع بيئته بشكل مباشر ، حيث نلاحظ أن المتغيرات الاجتماعية وثقافية خاصة منها العلائقية اتجهت بهن نحو تبني قيم وسلوكيات تجاوزت العادات و التقاليد المتعارف عليها فابتعدت عن معايير التعامل الأخلاقي في ظل الاختلاط والانفتاح على واقع جديد الذي أعطى للمرأة نوع من الحرية والتحرر التي أثرت سلبا على النظام الأسري ،وسوف نحاول خلال الفصول الأخرى التطرق بالتفصيل لأهم المؤشرات التي تفسر واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا .

الاستنتاج

انطلاقا من الخصائص الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية والصحية لافراد عينتنا اللواتي سبق لهن التعايش بفيروس السيدا فانه يمكن ان نستخلص التنائج التالية :

نلاحظ ان اهم مايميز الخصائص الاجتماعية و الصحية لافراد عينتنا انهم ينقسمون الى فئتين فئة العزاب و فئة الذين سبق لهم الزواج حيث قدر عدد افراد العينة ب165 مفردة منهم 52 مفردة تمثل العزاب و 113مفردة تمثل الفئة التي سبق لهم الزواج .

– ان متوسط سن المبحوثات قدر ب37 سنة بحيث يتراوح سن اغلبية المبحوثات مابين [19–48] سنة من المجموع الكلي، اذا نجد 46% من فئة العزاب اغلبيتهم يتراوح مابين [29–38] سنة

و70.7% من فئة المتزوجين يتراواح سنهم مابين [19–28]سنة بينما 56% من فئة المطلقين فان اغلبيتهم يتراوح سنهم مابين [39–48] و 100% من فئة الارامل يتراواح سنهم مابين [49–58].

– ان فئة الاميين وذو مستوى ابتدائي و المتوسط ممثلة ب85% من المجموع الكلي مما يدل على ان المراة المصابة بفيروس السيدا قد تخلت عن مقاعد الدراسة في مرحلة مبكرة رغم وجود حرية التعليم لكلا الجنسين اذا نجد نسبة 46.7% مستواهم متوسط لفئة العزاب و 53 % و38% مستواهم ابتدائي للمتزوجين و الارامل على التوالي و62% بدون مستوى (مستوى امي) للمطلقين.

ولاحظنا ايضا ان 37.6%من المبحوثات تنحدرنا من ولاية الوسط وذالك لقرب المستشفى لمكان الاقامة نجد منهم 60% منهم يقمون في مناطق حضرية و 40% من مناطق ريفية.

–63.6% من مجموع الكلي للمبحوثات لا تعمل مقابل 36.4% منهن تعملن في مهن محدودة بدون مستوى وهذا راجع لمستواهن التعليمي مقابل 5.3% منهن تحصلن على عمل محترم حسب مستواهم.

–ان حوالي 64.8% من المبحوثات ذو دخل اسري منخفض أي اقل من 18000دج وهو غير مستقر ولا يلبي حاجيات أفراد الأسرة خاصة إذا كان حجم الأسرة كبير .

–حوالي 53.6% من المبحوثات تسكن في شقق و33.3% منهن في بيت تقليدي و 8% في فيلا ومساكن فوضوية ومساكن عبور وان أغلبية تلك المساكن تحتوي مابين غرفة وثلاث غرف أي بنسبة 57% من المجموع الكلي.

–إن 47.8% من المبحوثات ينتمون إلى أحياء شعبية التي تعتبر مجالا واسعا لظهور سلوكيات منحرفة بنسب مختلفة تشير لوجود المخدرات و البغاء .

–كما نلاحظ ان 77%من المبحوثات من فئة العزاب أغلبيتهم ينتمون إلى اسر متصدعة إما بالوفاة أو الطلاق و69.2% منهن لهم مركز البنت الوسطى في سلم ترتيب أفراد الأسرة و 40.4% منهن يقيمون مع الأهل.

– إن أغلبية المبحوثات اللاتي سبق لهن الزواج تتراوح مدة زوجهم مابين 1–3 سنوات أي ان نصف أفراد الفئة التي سبق لها الزواج لا تتجاوز مدة زواجهم عن خمس سنوات .

-كما أن 53.3% من المجموع الكلي للمبحوثات تتراوح مدة إصابتهم بفيروس السيدا بسنتين منهم 61.5% من فئة العزاب و 49.6% من فئة التي سبق لها الزواج بحيث أن مدة استشفاء فئة العزاب لا تتجاوز 15يوم دليل على أنهم بصحة جيدة إلا أعراض الإصابة بالفيروس عكس فئة التي سبق لها الزواج فان مدة استشفائهم تراوحت مابين شهر الى شهرين فأكثر بسبب الحمل و كذا بعض الأمراض الأخرى التي تستدعي بقاء المبحوثات في المستشفى للعلاج مما يفسر أن الإصابة بفيروس السيدا رغم قلتها إلا أنها مستمرة رغم الجهود لمكافحتها .

-كما أن سبب الإصابة بفيروس السيدا لأفراد عينتنا يختلف حسب الحالة المدنية ففئة العزاب أغلبيتهم سبب إصابتهم علاقات جنسية غير شرعية والمتمثلة في الزنا بينما فئة التي سبق لهم الزواج فان طبيعة إصابة أغلبيتهم فهي من خلال العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج

- إن أغلبية المبحوثات ليس لهم معرفة مسبقة بمخاطر فيروس السيدا وان كانت لديهم أي فكرة عن المرض فهم يستبعدون فكرة الإصابة به لما يحمله من سيمة عار و نبذ .

الفصل الثالث

تحليل الفرضية الاولى

تمهيد

ابتداء من هذا الفصل سوف نقوم بتحليل فرضيات البحث وهذا من خلال الربط بين الاساليب الاحصائية ونتائج المقابلات لتفسير العلاقة بين المتغيرات، و محاولة قراءتها قراءة سوسيولوجية و سوف نقوم بالتحديد في هذا الفصل باستعراض متغيرات الفرضية الأولى وتحليلها لتاكد من مدى صحتها او نفيها

- نص الفرضية : يعتبر المستوى الاجتماعي للمراة بما يحتويه من علاقات و سلوكيات ومستوى تعليمي عاملا في تعرضها لفيروس السيدا

- **متغيرات الدراسة**

1- المتغير المستقل

وهو المستوى الاجتماعي للمراة ونقصد به لدلالة على بعض العوامل الاجتماعية التي تنتمي اليها المراة وتحدد مكانتها وينقسم الى :

- متغير البيئة الاسرية ويتعلق بالمؤشرات المتغيرات التالية :
  - الوضع الاسري
  - العلاقات بالمحيط الاسري
  - المستوى التعليمي
  - انحراف عند اسرة المراة
- الجانب الزواجي: نقصد به لدلالة لحالة المراة الزواجية والتي نحددها انطلاقا بالمتغيرات التالية
  - معوقات الزواج عند المراة العزب
  - مستوى التوافق الزواجي للذين سبق لهم الزواج و مدى اجبار او اختيار الزواج

2- المتغير التابع

وهو الاصابة بفيروس السيدا بالنسبة للمراة في المجتمع الجزائري

لقد قسمنا هذا الفصل الى مبحثين

المبحث الاول :علاجنا فيه البيانات الخاصة بفئة العزاب

المبحث الثاني :تناولنا فيه البيانات الخاصة للفئة التي سبق لها الزواج

المبحث الأول : عرض البيانات الخاصة بالمستوى الاجتماعي للمرأة العزباء

تعد الأسرة إحدى العوامل الأساسية في بناء شخصية الفرد و فيها يكتسب العادات و السلوكيات التي تبقى تلازمه طول حياته و هي نواة الحياة الاجتماعية التي تقوم على مجموعة من القواعد والضوابط التي تحددها لنفسها، لذلك فهي ذات أهمية كبيرة بالنسبة للمرأة حيث تعتبر المرآة الكاشفة لأهم المشاكل التي تعاني منها سواء داخل او خارج نطاق الأسرة لكونها المسؤولية على تقرير النماذج السلوكية التي تتلقاها في أسرتها منذ الولادة وتبقى مستمرة بقية مراحل حياتها وتعود هي الأخرى بإعادة إنتاجها ، لهذا تعتبر الأسرة المجال الحيوي الذي يؤثر و يتأثر بالأوضاع الاجتماعية مزرية وعلى رأسها التفكك بأشكاله ويأتي في مقدمته حالة الفقر، البطالة ، الأمراض ،طلاق الوالدين ، أو وفاة أحدهما ، أو غياب الأب عن البيت ، أو تعاني من مشكلات اجتماعية وأخلاقية وما تتركه من آثار على سلوك أفرادها (انظر مفهوم الأسرة ص122) ويعتبر المستوى الاجتماعي للفتاة في الأسرة الجزائرية من أهم المؤشرات التي يمكن أن تفسر سبب إصابتها بالفيروس السيدا ومن خلال هذا المبحث ارتأينا تحديد متغير المستوى الاجتماعي للمرأة في مطلبين ،المطلب الأول نتناول فيه البيئة الأسرية وأثرها في تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا ، والمطلب الثاني نتناول فيه الجانب ألزواجي ومدى أثره في تعرض المرأة للإصابة بالفيروس.

المطلب الأول : البيئة الأسرية للمرأة العزباء المتعايشة بفيروس السيدا

البيئة الأسرية تعتبر من أهم العوامل الاجتماعية التي تؤثر في سلوك المرأة لكونه المكان الطبيعي لتواجدها و لارتباطه بدورها و مكانتها الاجتماعية ومن خلال هذا المطلب سوف نحاول كشف طبيعة العلاقة التأثيرية التي تساهم بها البيئة الأسرية للفتاة في رسم و تغيير سلوكها وكذا تعرضها للإصابة بفيروس السيدا وذالك في المؤشرات التالية :

أ- اثرالوضع الاسري

جدول رقم (97) :توزيع افراد العينة العزباء حسب الوضع المعيشي للوالدين وطرق الاصابة

طرق الاصابة / الوضع المعيشي		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
يعيشان معا	ك	3	9	12
	%	25,0	75,0	100,0
وفاة احدهما او كليهما	ك	16	5	21
	%	76,2	23,8	100,0
مطلقان	ك	14	5	19
	%	73,7	26,3	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

من خلال جدول رقم (97) يتضح عند قراءتنا الاولية للجدول ان الاتجاهه العام يتجه نحو اللواتي كانت اصابتهن عن طريق الزنا بنسبة قدرت ب63.5% مقابل 36.5 % من المبحوثات االواتي اصبنا عن طريق البغاء وترتفع النسبة عند اللواتي تعيشن في اسر مفككة بسبب وفاة احد الوالدين او كلاهما او الطلاق بنسبة 76.2% و73.7% على التوالي عند اللواتي كانت اصابتهما عن طريق

الزنا بينما سجلنا 75% عند اللواتي يعيشنا في اسر عادية أي يعيش الابوين معا والتي كانت اصابتهن عن طريق البغاء ومنه نلاحظ ان هناك علاقة بين طريقة الاصابة و الوضع المعيشي للوالدين فكلما كانت الاسر مفككة بسبب الوفاة او الطلاق يكون تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا عن طريق الزنا ولمعرفة مدى استقلالية وارتباط بين المتغيرين(الوضع المعيشى للوالدين وطرق الاصابة) قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية

Tests du Khi-deux

Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,007	2	9,979[a]	Khi-deux de Pearson

من خلال النتائج اعلاه نلاحظ قيمة كي مربع تساوي 9.979 وبدرجة حرية تقدر ب2 وقيمة مستوى الدلالة الاختباري 0.007 وهذه القيمة اقل من مستوى المعنوية 0.05 أي ان قيمة كي مربع الجدولية عندى مستوى الدلالة 0.05 تساوى 5.99 مما يدل على وجود دلالة إحصائية بين المتغيرين ،

وهذا يجعلنا نستنتج ان سبب اصابة المراة بفيروس السيدا له علاقة بوجود تفكك اسري الذي يعد من المعوقات الوظيفة التربوية مما يؤثر على حياة المراة الغير متزوجة وفي غالب الاحيان تكون نتائج هذا التفكك ظاهرا حين تتبنى المراة سلوكيات منحرفة كتعويض لحنان و الامن و الاستقرار فمثل تلك الاسر تفتقد لمستوى الضبط والقدوة لسلوك لافرادها مما يجعلهم يتعرضون لمشاكل صحية و اجتماعية وعليه نميل الى الرؤية التي ترى ان الوضع الاسري قد يحول الاسرة الى مكان خالي من التفاعل وهش قد يدفعها للوقوع في مشاكل اخطر لا تصيبهم هم فقط وانما تنتقل الى المجتمع ككل لانه يخلق فجوة كبيرة في النسق التربوي العام ويترك اثاره واضحة في سلوك الافراد وصحتهم النفسية و الجسمانية .

ب/ اثر العلاقات بالمحيط الاسري

جدول رقم (98) :توزيع افراد العينة العزباء حسب طبيعة العلاقة بالوالدين

طبيعة العلاقة بالوالدين	ك	النسبة المئوية(%)
جيدة	5	9,6
عادية	16	30,8
سيئة	25	48,1
متوافين	6	11,5
المجموع	52	100,0

يتضح من الجدول رقم (98) يتضح من الجدول ان علاقة المبحوثات بوالدهن كانت سيئة بنسبة قدرت ب48.1% مقابل 30.8% منهن كانت علاقتهن بوالدهن عادية بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي علاقتهن بوالدهن جيدة بنسبة قدرة ب9.6% بينما بقية المبحوثات فوالدهن متوافين مما يجعلنا نستنتج ان هذا النوع من العلاقة هي نتيجة ان هذه الاسر اسر مفككة تعاني من اهمال الوالدين لافراد اسرهم بسبب اما الشجار او التغيب او امور حياتية اخرى مما يفتح هذا المجال للفتاة للبحث عن تعويض للحنان والامن والاستقرار خارج الاسرة وتجعلها عرضة للاصابة بفيروس السيدا والجدول الموالي يوضح سبب هذا العلاقة و الاهمال للفتاة

جدول رقم (99):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقات داخل الاسرة

نوعية العلاقات داخل الاسرة	ك	النسبة المئوية(%)
ترابط وتماسك وتسامح	10	19,2
تفكك وكرهية وتسلط	28	53,8
اخرى	14	26,9
المجموع	52	100,0

من خلال الجدول (99) يتضح ان اغلبية افراد العينة يصيفون نوعية علاقاتهم داخل الاسرة بانها مفككة ويسود جوها الكرهية و التسلط بنسبة قدرت ب53.8% مقابل 26.9% منهن تصف علاقاتهن داخل الاسرة بالاخرى والمتمثلة حسب تصرحاتهن اللامبالات و العادية في حين سجلنا 19.2% عند اللواتي يصفنها بالمترابطة والمتماسكة وهذه النتائج تفسر ان التفكك الاسري وكرهية افراد الاسرة لبعضهم البعض وكذا ممارسة الدور التسلطي يعتبر من العوامل الاساسية الى تؤدي الى الانحراف وذالك باعتبار الاسرة البيئة الاولى لحتواء افرادها وتنشيئتهم تنشئة سليمة من خلال دور الوالدين وتواجدهما داخل الاسرة .

جدول رقم (100) :توزيع افراد العينة العزباء حسب تغيب الاب عن البيت

تغيب الاب عن البيت	ك	النسبة المئوية(%)
دائما	19	36,5
احينا	20	38,5
لايتغيب	13	25,0
المجموع	52	100,0

يتضح من خلال الجدول (100) ان اغلبية المبحوثات صرحنا ان والدهن يتغيب احينا عن البيت بنسبة قدرت ب38.5% تم تليها المبحوثات اللواتي صرحن ان والدهن يتغيب كثرا عن البيت بنسبة 36.5% وان 25% منهن صرحن ان والدهن لا يتغيب عن البيت مما يجعلنا نستنتج ان غياب الاب من اهم اسباب اقدام المبحوثة على العلاقات الغير شرعية وهذا راجع لتسيب وعدم الرقبة داخل الاسرة

والجدول الموالي يوضح سبب تغيب الاب عن البيت.

جدول رقم (101):توزيع افراد العينة العزباء حسب سبب تغيب الوالد

سبب تغيب الوالد	ك	النسبة المئوية(%)
السفر	7	13,5
العمل	12	23,1
السهر مع الاصدقاء في المقاهي	19	36,5
لا يوجد اجابة	14	26,9
المجموع	52	100,0

من خلال نتائج الجدول رقم (101) يتضح ان اسباب تغيب الاب عن البيت حسب تصريحاتهم ترجع لسهر مع الاصدقاء في المقاهي بنسبة قدرت ب36.5% والتي ترجعها المبحوثات الى الظروف السكنية تم تليها التصريحات بدون اجابة بنسبة قدرت ب26.9% والتي تفسر ان الاب لا يتغيب عن البيت في حين سجلنا نسبة 23.1% عند لواتي صرحن ان تغيب الاب كان بسبب العمل واقل نسبة عند اللواتي والدهم يتغيب بسبب سفره خارج الوطن وهذه النتائج تفسر ان غياب الاب عن المنزل تنعدم معه الرقابة و التواصل مع افراد اسرته كما يخلق نوع من التحرر لدى الفتاة يسبب لها الانحراف .

جدول رقم (102):توزيع افراد العينة العزباء حسب احساسهن بالرقابة الاسرية

الرقابة الاسرية	ك	النسبة المئوية(%)
توجد	7	13,5
لا توجد	34	65,4
احيانا	11	21,1
المجموع	52	100,0

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (102) أن أغلبية المبحوثات صرحن على عدم وجود رقابة على سلوكياتهن بنسبة قدرت ب65.4% تم تليها نسبة 21.1% من المبحوثات اللواتي صرحن انه في بعض

الأحيان توجد هناك رقابة على سلوكياتهن في حين سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي يشعرن أن هناك رقابة أسرية بنسبة قدرت ب13.5% مما يفسر أن غياب الرقابة الأسرية يؤثر على سلوك الفتاة بشكل عام ويهيئ لها فرص لارتكاب السلوك المنحرف .

ج/ اثرالمستوى التعليمي

جدول رقم (103):توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي للوالدين

التكرارات / المستوى التعليمي للوالدين	الام		الاب	
	ك	%	ك	%
امي	23	44,2	26	50,0
ابتدائي	16	30,8	14	26,9
متوسط	1	1, 9	2	3, 8
ثانوي	0	,0	1	1,9
جامعي	0	0,0	0	,0
لا يوجد اجابة	12	23,1	9	17,3
المجموع	52	100,0	52	100,0

من خلال جدول (103) يتضح أن أغلبية أمهات المبحوثات هن أميات بنسبة قدرت ب44.2% تم تليها نسبة 30.8% من أمهاتهن لهن المستوى الابتدائي وسجلنا اقل نسبة من أمهات لهن المستوى المتوسط في حين لم نسجل أي نسبة لمن لهن مستوى تعليمي عالي إلا انه وجدنا نسبة 23.1% من المبحوثات لم يكون لها إجابة وهذا راجع لفقدان والدتهن ،أما بالنسبة لمستوى التعليمي لآبائهن فان نصف أفراد العينة أبائهن دون مستوى أو أميين بنسبة 50% أما من لهم مستوى تعليمي ابتدائي فقدرت نسبتهم 26.9% في حين سجلنا اقل نسبة لمن لهم المستوى المتوسط و الثانوي وقدرت نسبتهم على التوالي

ب3.8% و 1.9% في حين لم نسجل أي قيمة بالنسبة للمستوى الجامعي ونفس الشيء سجلنا نسبة 17.3% من المبحوثات اللواتي لم يصرحن بالمستوى التعليمي لآبائهن بسبب فقدانهم لهم .

فهذه النسب تظهر لنا أن أغلبية المبحوثات نشان في وسط تسوده الأمية بينما نسبة قليلة فقط من المبحوثات أبائهن ذو المستويات الابتدائية و المتوسطة، وهذا يرجع إلى عدة أسباب من أهمها الفترة الزمنية التي عاشت فيها الآباء و التي كانت تتميز بارتفاع نسبة الأمية في الجزائر هذا إلى العوامل

الجغرافية أو البيئية التي ينحدر منها الآباء سواء كانوا من الريف أو المدينة،مما يجعلنا نستنتج بأن المرأة العزباء المتعايشة بفيروس السيدا هي من عائلات بها أمية وهذا حسب نتائج الجدول أعلاه ، كما ان هذه النسب من الأمية يكون لها آثار سلبية على نوع التنشئة التي تنشا عليها المرأة .

جدول رقم (104): توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و طرق الإصابة

المستوى التعليمي / طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
امي	ك	0	4	4
	%	,0	100,0	100,0
ابتدائي	ك	11	8	19
	%	57,9	42,1	100,0
متوسط	ك	14	7	21
	%	66,7	33,3	100,0
ثانوي	ك	8	0	8
	%	100,0	,0	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

يتضح من خلال جدول رقم (104) أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق الزنا لهن مستوى تعليمي متوسط بنسبة 66.7% مقابل 33.3% عند اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق البغاء وتقل هذه النسبة بارتفاع مستوى التعليمي وللكشف عن العلاقة الترابطية بين المتغيرين قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية:

Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,001	3	15,986[a]	Khi-deux de Pearson

عند قراءة نتائج الجدول التالي نلاحظ أن كي مربع المحسوبة تساوي 15.986 عند درجة حرية 3 و قيمة المستوى الدلالة الاختباري 0.001 وبينما قيمة كي مربع الجدولية والتي تساوي 10.1 عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 ودالة على أن كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي وطرق الإصابة مما يفسر أن المرأة المعرضة لخطر الإصابة بفيروس السيدا رغم أن لها مستوى تعليمي نوعا ما لاباس به مقارنة بنظرتها في زمن ماضي مع حرية التعليم ومجانية التعليم التي وفرتها الدولة إلا أن المستوى التعليمي يشير إلى عوامل كثيرة متفاعلة منها المستوى الوعي و مستوى الاقتصادي للأسرة الذي قد لا يظهر أثره الايجابي على سلوكها والجدول الموالي يوضح علاقة المستوى التعليمي بنوع العلاقة الأسرية .

جدول رقم (105) :توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و نوع العلاقات داخل الأسرة

نوع العلاقة داخل الاسرة / المستوى التعليمي		ترابط وتماسك وتسامح	تفكك وكرهية وتسلط	اخرى	المجموع
امي	ك	0	1	3	4
	%	,0	25,0	75,0	100,0
ابتدائي	ك	1	9	9	19
	%	5,2	47,3	47,3	100,0
متوسط	ك	2	17	2	21
	%	9,5	80,9	9,5	100,0
ثانوي	ك	7	1	0	8
	%	87,5	12,5	,0	100,0
المجموع	ك	10	28	14	52
	%	19,2	53,8	26,9	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم(105) أن أغلبية المبحوثات ذو المستوى المتوسط و الابتدائي والتي قدرت نسبتهم على التوالي ب80.9% و47.3% تعيشن في بيئة مفككة تسودها الكراهية وتسلط تم تليها فئة المبحوثات اللواتي ليس لهن مستوى وذو المستوى الابتدائي والتي قدرت نسبتهم على التوالي ب75% و47.3% واللاتي تعيشن في بيئة تمتاز حسب تصريحهن عادية و تسودها اللامبالاة وفي الأخير سجلنا اقل نسبة قدرت ب78.5% عند اللواتي لهن المستوى الثانوي و تعيشنا في بيئة جيدة يسودها الترابط و التماسك و التسامح مما يفسر أن تفكك الأسرة بوفاة الوليدين أو احدهما أو الطلاق قد يكون له أثار سلبية على التحصيل الدراسي للمرأة أين تترك مقاعد الدراسة مبكرا ويدفعها للبحث عن

الأمان و الاستقرار خارج البيت لغياب الرقابة الأسرية وللكشف عن العلاقة الترابطية بين المتغيرين قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية:

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,555[a]	6	,073

نلاحظ من خلال نتائج الجدول الموالي أن كي مربع المحسوبة يساوي 11.555 عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة الاختباري يساوي 0.073 وعند مقارنتها بكي مربع ألجدولي وجدنها تساوي 12.59 عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 وهذا يعني أن كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة دالة بين المستوى التعليمي ونوع العلاقة داخل الأسرة وان المستوى التعليمي للمرأة المصابة بفيروس السيدا لا يظهر أثره لما تعانه من ظروف صعبة قد تكون سبب في إصابتها كما ذكرنا سابقا .

جدول رقم (106):توزيع أفراد العينة العزباء حسب المستوى التعليمي و الرقابة الأسرية

الرقابة الاسرية		توجد	لاتوجد	احيانا	المجموع
امي	ك	0	4	0	4
	%	,0	100,0	,0	100,0
ابتدائي	ك	5	12	2	19
	%	26,3	63,2	10,5	100,0
متوسط	ك	1	13	7	21
	%	4,8	61,9	33,3	100,0
ثانوي	ك	1	5	2	8
	%	12,5	62,5	25,0	100,0
المجموع	ك	7	34	11	52
	%	13,5	65,4	21,2	100,0

من خلال الجدول رقم (106) يتضح أن أعلى نسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ابتدائي و المتوسط بنسبة قدرت على التوالي ب63.2% و61.9% تصرحن أن ليس هناك رقابة أسرية بينما 33.3% من اللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط صرحنا أن الرقابة الأسرية تكون عليهن أحيانا في حين سجلنا اقل نسبة قدرت ب26.3% من المبحوثات ذوي المستوى التعليمي الابتدائي صرحنا أن هناك رقابة على سلوكهن مما يفسر أن المستوى التعليمي للفتاة محصور بالرقابة الأسرية لما له من دور أساسي في تعديل السلوك فهي تحد من انزلاق الفتاة لسلوك المنحرف أي أن كلما ارتفعت الرقابة الأسرية على الفتاة مهما كان مستواها التعليمي قل تعرضها للإصابة بفيروس السيدا ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية:

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,221	6	8,242[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج أعلاه توضح أن كي مربع المحسوب يساوى 8.242 وبدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.221 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 12.59 أي أن كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة أو ارتباط بين مستوى التعليمي للفتاة و الرقابة الأسرية وإنما هناك عوامل أخرى تتضافر في جعلها عرضة للإصابة .

د/ اثر وجود انحراف عند أسرة المرأة العزباء المتعايشة بفيروس السيدا

جدول رقم (107):توزيع افراد العينة العزباء حسب طرق الاصابة ومدى وجود انحراف داخل الاسرة

طرق الاصابة / انحراف داخل الاسرة		لايوجد	يوجد	المجموع
عن طريق الزنا	ك	7	26	33
	%	21,2	78,8	100,0
عن طريق البغاء	ك	0	19	19
	%	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	7	45	52
	%	13,5	86,5	100,0

من خلال جدول رقم (107) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق الزنا صرحوا انه يوجد انحراف سلوكي لدى الأسرة بنسبة قدرت ب78.8% مقابل 21.2% منهن صرحنا انه لا يوجد أي انحراف سلوكي لدى أفراد الأسرة في حين سجلنا نسبة 100% من المبحوثات اللواتي أصبن بفيروس السيدا عن طريق البغاء صرحن انه يوجد انحراف عند أفراد الأسرة وعليه أن أغلبية أفراد عينتنا تعيش في بيئة تحوى على أفراد لهم سلوك غير سوي ولمعرفة مدى ارتباط طرق الإصابة مدى وجود انحراف داخل الأسرة قمنا بحساب كي مربع khi-deux فتحصلنا على النتائج التالية:

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	Ddl	Valeur	
,031	1	4,657[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج أعلاه توضح أن كي مربع المحسوب يساوى 4.657 وبدرجة حرية تقدر ب1 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.31 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 1 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 3.84 أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يفسر على وجود علاقة بين وجود انحراف داخل الأسرة وطرق الإصابة مما يفسر أن هناك بعض السلوكيات أللأخلاقية قد تنشا عليها المرأة داخل الأسرة و تدفعها للانحراف وبالتالي الإصابة بفيروس السيدا والجدول التالي يوضح تصنيف نوع الانحرافات الموجودة لدى أفراد أسرة عينتنا

جدول رقم (108): يوضح تصنيف أنواع الانحرافات داخل الأسرة للمبحوثة العزباء

تصنيف نوع الانحرفات الموجودة داخل الاسرة	ك	النسبة المئوية(%)
انحرفات جنسية و سلوكية	6	11,5
تعاطي المخدرات او المسكرات	14	26,9
الاثنين معا	21	40,4
اخرى	4	7,7
لا يوجد انحرفات	7	13,5
المجموع	52	100,0

يكشف الجدول رقم (108) نوع الانحرافات الموجودة داخل اسر المبحوثات إذ نلاحظ أن أغلبية المبحوثات تعيشن داخل اسر تسود فيها كل أنواع الانحرافات كالانحرافات الجنسية منها ممارسة البغاء والمعاكسات وتعاطي كل أنواع المخدرات و المسكرات بنسبة قدرت ب40.4% تم تليها المبحوثات اللواتي يعشنا في أسرة يتعاطى فيها افردها المخدرات و المسكرات بنسبة قدرت ب26.9% كما سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي تعشنا في اسر يمتاز أفراد أسرها بالانحرافات الجنسية و السلوكية وبعض الانحرافات الأخرى مثل السرقة أو القتل ...الخ وقدرت بنسب على التوالي 11.5% و7.7% في حين سجلنا اقل نسبة من الأسر التي لا توجد بداخلها انحرافات وهي تعتبر بيئة عادية وقدرت ب13.5% مما يفسر أن البيئة التي تنتمي إليها المرأة المتعايشة بفيروس السيدا هي بيئة فاسدة تسودها سلوكيات للأخلاقية ولمعرفة مدى تأثير وتأثر تلك الانحرافات الموجودة داخل الأسرة

على المرأة والجدول الموالي يوضح مدى ارتباط تعرض المرأة العزباء بفيروس السيدا وتأثرها بوضع أفراد أسرتها لارتكابهم لسلوكيات منحرفة .

جدول رقم (109):توزيع أفراد العينة العزباء حسب نوع الانحرافات داخل الأسرة و نوع قرابة المنحرف

تصنيف نوع الانحرافات الموجودة داخل الاسرة / نوع القرابة		الاب	الام	الاخ	الاخت	اخرى	المجموع
انحرفات جنسية و سلوكية	ك	0	0	4	0	2	6
	%	,0	,0	66,7	,0	33,3	100,0
تعاطي المخدرات او المسكرات	ك	3	0	10	0	1	14
	%	21,4	,0	71,4	,0	7,1	100,0
الاثنين معا	ك	5	6	5	5	0	21
	%	23,8	28,6	23,8	23,8	,0	100,0
اخرى	ك	2	0	2	0	0	4
	%	50,0	,0	50,0	,0	,0	100,0
المجموع	ك	10	6	21	5	3	45
	%	22,2	13,3	46,7	11,1	6,7	100,0

يكشف الجدول رقم (109) إن 46.7% من أخوتهن و 22.2% من أبائهن و 13.3% من أمهاتهن و 11.1% من إخوتهن و6.7% من باقي أفراد الأسرة الذين يعيشون معهم مثل الخال و الخالة أو العم و العمة يمارسون سلوكيات منحرفة قد تتأثر بها المرأة العزباء وتكون سبب في تعرضها لفيروس السيدا كما تبين إن أغلبية أفراد عينتنا تنتمي إلى اسر كل أفراد أسرتهم يسلكون سلوك انحرافي من بغاء أو جنس(زنا بأشكاله) وتعاطي المخدرات و المسكرات أي بيئة تسودها الآفات

الاجتماعية بنسبة قدرت ب46.7% ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على النتائج التالية :

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,005	12	28,107[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج اعلاه توضح ان كي مربع المحسوب يساوى 28.107 وبدرجة حرية تقدر ب12 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.005 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 12 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 21.03أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يفسر على وجود علاقة بين نوع الانحرفات الموجودة داخل الاسرة و نوعية قرابة المنحرف بالمبحوثات مما يفسر ان المراة المتواجدة في بيئة منحرفة قد تتاثر بسلوك افردها خاصة واذا كان المنحرف هو الاب او الاخ بعتبارهما ولي امر المراة و الدعامة الاساسية للاسرة .

المطلب الثاني : الجانب الزواجي بالنسبة للمراة العزباء

بما ان افراد عينتنا هم نساء لم يسبق لهن الزواج ومتعايشات بفيروس السيدا ويتراوح سن اغلبيتهن مابين 29–48سنة بنسبة قدرت ب84.6% من المجموع الكلي وهذا يفسر ان المراة في هذا السن تعاني من العنوسة نتيجة التغيرات و الازمات التي ادت لعزوف الشباب من الزواج وفي ظل الانفتاح الثقافي الذي فتح مجال التواصل بين الجنسين ضمن علاقات جعلت من المراة عرضة للاصابة بفيروس السيدا ولفهم هذا الجانب تطرقنا لاهم معوقات الزواج بالنسبة للمراة العزباء وعلاقتهم بتعرضها للاصابة بفيروس السيدا واختصرنا ذالك في بعض المؤشرات وهي كتالي :

جدول رقم (110):توزيع افراد العينة العزباء حسب عدم الزواج و منطقة السكن

سبب عدم الزواج / منطقة السكن		حضري	ريفي	المجموع
عدم اهتمام وتشجيع اهلي لذالك	ك	5	5	10
	%	50,0	50,0	100,0
بسبب حالتي وسمعة اسرتي السيئة	ك	7	9	16
	%	43,8	56,3	100,0
رغبتي باكمال الدراسة	ك	0	0	0
	%	,0	,0	,0
ليس لديا رغبة في الزواج	ك	5	2	7
	%	71,4	28,6	100,0
بسبب طلب اهلي مهرا عاليا	ك	0	0	0
	%	,0	,0	,0
لكوني افتقد الجمال	ك	0	1	1
	%	,0	100,0	100,0
لم يتقدم لخطبتي اي احد حتى الان	ك	2	11	13
	%	15,4	84,6	100,0
قضاء وقدر	ك	4	1	5
	%	80,0	20,0	100,0
المجموع	ك	23	29	52
	%	44,2	55,8	100,0

يتضح من خلال جدول رقم (110) ان سبب عدم زواج اغلبية افراد عينتنا تعود الى سمعة الاسرة وحالة المبحوثة بنسبة قدرت ب30.8% من المجموع الكلي منهم 56.3% ينحدرون من الريف

و43.8% ينحدرون من المناطق الحضرية تم تليها الفئة التي صرحت بان سبب عدم زوجها انه لم يوجد من طلب يطلب الزواج منها أي انها تنتمي الى فئة العوانس بنسبة قدرت ب25% من المجموع الكلي منهم 84.6% ينحدرون من الريف و15.4% ينحدرون من المناطق الحضرية كما سجلنا نسبة قدرت ب19.2% من المجموع الكلي ان سبب عدم الزوج يعود لعدم اهتمام وتشجيع الاهل على ذالك منهم 50% في كلتا المنطقتين (الريفية و الحضرية) بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي ليس لديهن

رغبة في الزواج وقدرت ب13.5% منهم 71.4% ينحدرون من المناطق الحضرية و 28.6% ينحدرون من المناطق الريفية اما بقية النسب فترجع لسبب القضاء و القدر ولافتقاد الجمال فهذه النتائج تفسر ان هناك عدة عوامل واسباب تكون من اهم معوقات الزواج بالنسبة للمراة في المجتمع الجزائري واهمها سمعة الاسرة السيئة خاصة منها الاسر التي تنحدر من المناطق الريفية بسبب الفقر وغلاء المعيشة وغياب الوازع الديني وكذا عزوف المراة عن الزواج خاصة في المناطق الحضرية الذي يرجع لاسباب تتعلق بنفسية المراة و الظروف المحيطة بها ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على النتائج التالية :

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,573	7	5,720[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج اعلاه توضح ان كي مربع المحسوب يساوى 5.720 وبدرجة حرية تقدر ب7 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.573 في حين كي مربع الجدولية عند درجة الحرية 7 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 14.07 وهذا يكافئ ان كي مربع المحسوبة اقل من كي المربع المجدولة مما يفسر انه لا يوجد علاقة بين سبب عدم الزواج و الموقع الجغرافي ويعكس هذا ان لعدم الزواج له عوامل

اخرى قد تتاثر من خلاله المراة وتجعلها عزباء وهي في سن الامومة واصابتها بفيروس السيدا دليل على وجود عوامل خطرقد تدفعها للاصابة بهذا الفيروس الا وهي العلاقات الجنسية الغير مؤمونة والجدول الموالي يوضح العلاقة بين سبب اقدم المراة للعلاقات الغير شرعية واصابتها بفيروس السيدا.

جدول رقم (111): توزيع افراد العينة العزباء حسب سبب الاقدام على العلاقات الغير شرعية و طرق الاصابة بفيروس السيدا

سبب اقدام على العلاقات الغير شرعية / طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
الحصول على المال لسد الحاجيات	ك	15	1	16
	%	93,8	6,3	100,0
اهروبا من المشاكل و الخلافات	ك	2	0	2
	%	100,0	,0	100,0
البحث عن اللذة و اشباع الغريزة	ك	8	1	9
	%	88,9	11,1	100,0
طمعا في الحصول على عمل	ك	6	0	6
	%	100,0	,0	100,0
ترعرعت في بيئة مشتتة منحرفة	ك	1	17	18
	%	5,6	94,4	100,0
أسرتي من ترغم عليا هذا الفعل	ك	1	0	1
	%	100,0	,0	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

يكشف الجدول الموالي رقم (111) ان اغلبية المبحوثات اللواتي يعشن في بئة مشتتة و منحرفة اصيبوا بفيروس السيدا عن طريق البغاء بنسبة قدرت ب94.4% مقابل 5.6% منهن اصبنا عن طريق الزنا تم تليها الفئة التي مارسنا العلاقات الغير شرعة بسبب المال واصيبوا بفيروس السيدا عن طريق الزنا وقدرت نسبتهم ب93.8% بينما الفيئة التي تبحث عن اللذة و اشباع الغريزة فقد اصيبوا بالفيروس عن طريق الزينة وقدرت نسبتهم ب88.9% ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على النتائج التالية :

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,033	5	12,121[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج اعلاه توضح ان كي مربع المحسوب يساوى 12.121 بدرجة حرية تقدر ب5 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.033 في حين كي مربع الجدولية عند درجة الحرية 5 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 11.07 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولة مما يفسر على وجود علاقة بين المتغيرين وان اسباب اصابة المراة بفيروس السيدا هي العلاقات الغير شرعية التي تعكس نوع الحرمان العاطفي للمراة لسوء العلاقات داخل الاسرة وبالتالي تعرضها للاصابة بفيروس السيدا ماهو الا منتج اجتماعي لمقدمات وعلاقات سلوكية تكتسبها المراة من الواقع السيئ الذي تعيش فيه و الجدول الموالي يكشف نوع العلاقات داخل الاسرة وسبب اقدامها للعلاقات الغير شرعية .

جدول رقم (112):توزيع افرادالعينة العزباء حسب سبب اقدام على العلاقات الغير شرعية و نوع العلاقات داخل الاسرة

سبب اقدام على العلاقات الغير شرعية		الحصول على المال لسد	اهروبا من المشاكل	البحث عن اللذة و اشباع	طمعا في الحصول على	ترعرعت في بيئة مشتتة	أسرتي من ترغم عليا	المجموع
ترابط و تمسك وتسامح	ك	5	0	3	2	0	0	10
	%	50,0	,0	30,0	20,0	,0	,0	100,0
تفكك وكرهية و تسلط	ك	7	0	6	3	11	1	28
	%	25,0	,0	21,4	10,7	39,3	3,6	100,0
اخرى	ك	4	2	0	1	7	0	14
	%	28,6	14,3	,0	7,1	50,0	,0	100,0
المجموع	ك	16	2	9	6	18	1	52
	%	30,8	3,8	17,3	11,5	34,6	1,9	100,0

يوضح الجدول رقم (112) ان اغلبية المبحوتات اللواتي اقدمنا على العلاقات الغير شرعية بسبب البيئة مشتتة ومنحرفة صرحنا ان العلاقات داخل الاسرة يسودها التفكك و الكرهية و تسلط بنسبة قدرت ب39.3% تم تليها نسبة 50% من المبحوتات اللواتي اقدمنا على العلاقات الغير شرعية بسبب البيئة مشتتة

ومنحرفة وتسودها علاقات اخرى(عادية او اللامبالات) بينما صرحنا المبحوثات اللواتي كان سبب اقدام على العلاقات الغير شرعية هوالحصول على المال ، ان نوع العلاقات داخل الاسرة تمتاز بالترابط وتاسك و التسامح بنسبة قدرت ب50% مما يفسر ان اقدام المراة للعلاقات الغير شرعية

يعكس نوع العلاقات داخل الاسرة فكلما كانت الاسرة مفككة ومنحرفة وتسودها الكرهية و التسلط كلما كانت المراة عرضة للانحراف ولمعرفة مدى ارتباط النتغيرين قمنا بحساب كي مربع فوجدناه يساوى 17.094 بدرجة حرية تقدر ب10 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.072 في حين كي مربع الجدولية عند درجة الحرية 10 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 18.31 أي ان كي مربع المحسوبة اقل من كي مبع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة بين المتغيرين يمكن ان يكون متشابهين وعليه الجدول الموالي يوضح مدى ارتباط نوع العلاقات داخل الاسرة و طرق الاصابة بفيروس السيدا .

جدول رقم (113):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوعية العلاقات داخل الاسرة و طرق الاصابة

طرق الاصابة / نوعية العلاقات داخل الاسرة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
ترابط و تماسك وتسامح	ك	9	1	10
	%	90,0	10,0	100,0
تفكك وكرهية وتسلط	ك	12	16	28
	%	42,9	57,1	100,0
اخرى	ك	12	2	14
	%	85,7	14,3	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (113) ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا ينحدرون من اسر تمتاز بالعلاقات العادية و اللامبالات (اخرى) بنسبة قدرت ب85.7% مقابل نسبة

تقدرب57.1% من المبحوثات اللواتي اصبنا عن طريق البغاء وتنتمين الي اسر يسودها التفكك و الكرهية و التسلط في حين نجد 42.9% من المبحوثات اللواتي اصبنا عن طريق الزنا تنتمين لاسر يسودها التفكك والكرهية و التسلط مقابل 14.3% من المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق البغاء وينحدرنا من اسر تسودها علاقات عادية و اللامبالات (اخرى) مما يفسر ان للعلاقات داخل الاسرة اهمية ودور على سلوك افردها وبالاخص على سلوك المراة فالعلاقات الجيدة تمنح للمراة جو من الاطمئنان والحنان والاستقرار بنما العلاقات السيئة التي يسودها الشجار و القسوة قد تدفع بالمراة للبحث عن جو بديل خارج نطاق الاسرة وبالتالي تنحرف سلوكيا ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على النتائج التالية :

Tests du Khi-deux			
Signification asymptotique (bilatérale)	ddl	Valeur	
,001	2	14,439[a]	Khi-deux de Pearson

النتائج اعلاه توضح ان كي مربع المحسوب تساوى 14.439 بدرجة حرية تقدر ب2 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.01 في حين كي مربع الجدولية عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 5.99 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يؤكد على وجود علاقة بين نوع العلاقات داخل الاسرة وطرق الاصابة وعليه فأن التماسك الأسري يعد أساسا في التماسك الإجتماعي فالاضطراب والإختلالات الخلقية والسلوكية داخل الأسرة قد توقعها في حالات كثيرة في سلوكيات منحرفة ك الزنا ومن ثم البغاء (الدعارة)، وخاصةً في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الحاصلة في المجتمع الجزائري .

المبحث الثاني : عرض البيانات الخاصة بالمستوى الاجتماعي للمرأة التي سبق لها الزواج

تعتبر متغيرات الحياة الاسرية التي تعيشها المراة التي سبق لها الزواج من اهم المتغيرات التي من شانها ان تجعلها مصدر خطر لتعرض للاصابة بفيروس السيدا لان الحياة الاسرية للإنسان مرتبطة أساسا باحتياجات بيولوجية وثقافية تفرضها ضرورات استمراريته ككائن بيولوجي واجتماعي.

ويعد الوضع الاسري ونوع العلاقات السائدة داخل الاسرة وخاصة بين الزوجين من اهم المؤشرات الدالة على استقرارها وسلامة افرادها .

فمن خلال هذا المبحث نحاول عرض اهم النتائج حول البيئة الاسرية التي تنتمي اليها المراة التي سبق لها لزواج ومدى علاقتها بتعرضها للاصابة بفيروس السيدا وذالك في النقاط التالية

1- البيئة الاسرية

تمثل البيئة الاسرية العنصر الاساسي الذي يعبر عن الصور الخفية لتفكك رغم التماسك الظاهري فهي لا تشمل فقط الزوج اوالزوجة و الاطفال وانما يتعدى ذالك الى الاهل كما تعكس البيئة الاسرية للمراة المتعايشة بفيروس السيدا نمط حياتها ونوع علاقاتها ونوع التعامل داخلها والتي تؤثر تاثير مباشر على سلوكها ويتباين هذا التاثير تبعا لعدة متغيرات وهي على مايلي :

أ / اثر الوضع الاسري للمراة التي سبق لها لزواج

نقصد بالوضع الاسري بمدى تماسك طرفي الاسرة أي الزوج و الزوجة والذي يعبر عن الحالة المدنية للمراة التي سبق لها الزواج والجدول التالي يوضح علاقة الحالة المدنية بطرق اصابة المراة بفيروس السيدا.

جدول رقم (114):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية وطرق الاصابة

طرق الاصابة / الحالة المدنية		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
مطلقة	ك	23	8	1	5	37
	%	62,2	21,6	2,7	13,5	100,0
ارملة	ك	1	0	0	29	30
	%	3,3	,0	,0	96,7	100,0
متزوجة	ك	2	0	3	41	46
	%	4,3	,0	6,5	89,1	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

يتضح من الجدول رقم (114) ان اغلبية النساء المتعايشات بفيروس السيدا هن متزوجات بنسبة قدرت ب89.1% تم تليها فئة الارامل بنسبة 96.7% وصرحن ان سبب اصابتهن هي عن طريق الزوج أي علاقات جنسية طبعية بنسبة قدرت ب 66.4% في حين سجلنا نسبة 62.2% عند فئة المطلقات وصرحن ان سبب اصابتهن بفيروس السيدا كان عن طريق الزنا و21.6% منهن اصبنا عن طريق البغاء وسجلنا ايضا اقل نسبة عند فئة المتزوجات اللواتي اصبنا عن طريق نقل الدم وقدرت ب 6.5% مما يفسر ان وضع المراة الغير مستقرة في علاقتها مع الزوج قد يدفعها للبحث عن سبل اخرى لتلبية رغباتها بطرق غير شرعية عكس المراة المستقرة ظاهريا في علاقتها قد تكون ضحية الزوج في تعرضها للاصابة وعند ادخالنا لمؤشر طريقة اختيار الزوج وجدنا ان اغلبية المبحوثات كان الاختيار شخصي وبرفض الاهل بنسبة قدرت ب44.2% وهذا مايوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (115):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة الاجتماعية و طريقة الاختيار

الحالة المدنية / طريقة اختيار الزوج		بواسطة الاهل مع موافقتك	بواسطة الاهل مع عدم موافقتك	بواسيطتك مع رفض الاهل	بواسيطتك مع موافقة الاهل	المجموع
مطلقة	ك	6	5	23	3	37
	%	16,2	13,5	62,2	8,1	100,0
ارملة	ك	7	3	15	5	30
	%	23,3	10,0	50,0	16,7	100,0
متزوجة	ك	23	8	12	3	46
	%	50,0	17,4	26,1	6,5	100,0
المجموع	ك	36	16	50	11	113
	%	31,9	14,2	44,2	9,7	100,0

يتضح من الجدول رقم (115) ان رغم اختلاف الحالة الاجتماعية الا ان طريقة اختيار الزوج بواسطة المبحوثة مع رفض الاهل تشكل اكبر نسبة عند المطلقات وقدرت ب62.2% واقل نسبة عند المتزوجات وقدرت ب26.1% ، تم تليها نسبة 31.9% عند اللواتي اختر لهن الاهل الزوج مع موافقتهن وقدرت اعلى نسبة عند المتزوجات وقدرت ب50% واقل نسبة عند المطلقات وقدرت ب 16.2% في حين شكلت

اقل نسبة عند اللواتي اختار الزوج بواسطة الاهل مع عدم موافقة بنسبة قدرت ب14.2% واعلى نسبة عند المتزوجات وقدرت ب17.4 واقل نسبة عند المطلقات وقدرت ب13.5% ، و نسبة 7.9% تم اختيار الزوج بواسطتهم مع موافقة الاهل وقدرت اعلى نسبة في هذه الحالة عند الارامل بنسبة قدرت ب 16.7% وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان هناك علاقة بين طريقة اختيار الزواج والحالة المدنية للمبحوثة ودليل على ذالك حين قمنا بحساب كي مربع وجدنها تقدرب17.401 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة اختيار 0.08 وكي مربع الجدولية وجدنها تقدر ب12.59 عند درجة الحرية 06 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق بين المتغيرين وبالتالي يمكن ان نرجع هذه العلاقة بسبب تغير واقع المراة بصفة عامة و المتعايشة بفيروس السيدا بصفة خاصة نتيجة التغير الاجتماعي والثقافي الذي عرفه المجتمع الجزائري، ولا سيما في السنوات الأخيرة ، وهذا عن طريق التعليم وخروج المرأة للعمل، حيث أصبحت متواجدة في كل مكان مما ساعدها على الاختيار الحر و سهل لها التعارف على شريكها ،عكس ما كانت عليه في السابق يفرض عليها الزواج و كذلك انتشار وسائل الإعلام التي أصبحت تفتح مجال لتعارف وتشجيع هذا النوع من العلاقات التي تسبق الزواج و هذا تنوع في طريقة اختيار الشريك اثر على علاقتها الزوجية خاصة عند المراة التي فرض عليها الزواج وهي في سن مبكر فهذا الانتقال السريع للبيت الزوجية دون ان يكتمل نضجها ينعكس على حياتها وتكون دائما تابعة لسلطة زوجها بعد سلطة ولدها بينما المراة التي يكتمل نضجها وتحت اغراءات الزواج فبمجرد زواجها و في سنتها الاولى تصطدم بواقع مغاير لاختيارها مما جعلها تعاني مشاكل عديدة تلحقها احينا لطلاق وتعرضها لامراض مختلفة خاصة منها الامراض المعدية .

جدول رقم (116):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و صلة القرابة بين ازوجهن

صلة القرابة / الحالة المدنية		لا توجد قرابة بينهما	ابن عمها	ابن عمتها	ابن خالها	ابن خالتها	توجد قرابة من بعيد	المجموع
مطلقة	ك	25	0	3	4	0	5	37
	%	67,6	,0	8,1	10,8	,0	13,5	100,0
ارملة	ك	20	1	2	1	0	6	30
	%	66,7	3,3	6,7	3,3	,0	20,0	100,0
متزوجة	ك	13	3	3	6	2	19	46
	%	28,3	6,5	6,5	13,0	4,3	41,3	100,0
المجموع	ك	58	4	8	11	2	30	113
	%	51,3	3,5	7,1	9,7	1,8	26,5	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (116) ان اغلبية المبحوثات صرحن انه لا توجد قرابة بين ازوجهن بنسبة قدرت ب51.3% في حين تصل الى 26.5% لدى المبحوثات اللواتي صرحن انها توجد قرابة من بعيد بالمقابل نجد نسب متباينة لدى المبحوثات اللواتي صرحنا ان لهن قرابة مع ا زوجهن وقدرت نسبتهم ب220.1% منهم 9.7% من المبحوثات صرحنا ان صلة القرابة بين ازوجهن هو ابن خالها.

مما يدل ان كلما كانت صلة القرابة بعيدة بين الزوجين كلما كانت المراة اكثر تعرض للاصابة بفيروس السيدا مهما اختلفت حالتها المدنية وذالك لاصطدامها بواقع مغاير لما كانت تحلم به فتكثر بذالك المشاكل بين الزوجين فتنتج حالات الطلاق او الهجر وحتى الخيانة مسببة بذالك اثار صحية على المراة خاصة منها مرض السيدا وهذا لارتباطه بسلوك الجنسي للمراة .

جدول رقم (117):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و نوع الإقامة

الحالة المدنية / نوع الاقامة		مع اهل الزوج	مع الاهل	مستقلة	المجموع
مطلقة	ك	0	7	30	37
	%	,0	18,9	81,1	100,0
ارملة	ك	17	3	10	30
	%	56,7	10,0	33,3	100,0
متزوجة	ك	18	0	28	46
	%	39,1	,0	60,9	100,0
المجموع	ك	35	10	68	113
	%	31,0	8,8	60,2	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (117) ان اغلبية المبحوثات تعيشن حياة مستقلة عن الاهل وذالك بعد زوجهن بنسبة قدرت ب60.2% تم تليها نسبة 31% من المبحوثات اللوتي تعشن مع اهل الزوج في حين سجلنا اقل نسبة عند اللوتي تعيشن مع الاهل بنسبة قدرت ب8.8% كما نلاحظ ان اغلبية المبحوثات اللوتي تعيشن حياة مستقلة هن مطلقات بنسبة قدرت ب81.1% تم تليها فئة المتزوجات بنسبة60.9% بينما المبحوثات اللوتي تعيشن مع اهل الزوج فأغلبيتهن متزوجات وارامل نسبتهن على التوالي 56.7% و39.1% وقد يرجع هذا لكون اغلبية المبحوثات ينحدرن من المناطق الحضرية حسب خصائص العينة اين اغلبية الازوج يفضلون لعيش بعيدا عن الاهل وهذا بسبب ضيق المسكن او عوامل اخرى قد تدفعهم للاستقلالية عن الاهل و هذا الاختلاف في الاجابات يدل على مدى حرية المراة في حياتها دون تدخل ومساعدة الاهل وهذا قد يدفع بعضهن بسبب الاوضاع المعيشية السيئة في البحث عن سبل اخرى لتلبية رغبات اسرهن خاصة منهم المطلقات و الارامل .

جدول رقم (118): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و حجم الاسرة

الحالة المدنية / حجم الاسرة		3-5	6-8	9 فاكثر	المجموع
مطلقة	ك	32	2	3	37
	%	86,5	5,4	8,1	100,0
ارملة	ك	13	12	5	30
	%	43,3	40,0	16,7	100,0
متزوجة	ك	7	17	22	46
	%	15,2	36,9	47,8	100,0
المجموع	ك	52	31	30	113
	%	46,0	27,4	26,5	100,0

من خلال الجدول رقم (118) نلاحظ ان اغلبية المبحوثات ينتمون لاسر صغيرة الحجم يتكون افرادها من 3-5افراد منهم 86.5% مطلقات و43.3% ارامل تم تليها المبحوثات اللواتي تنتمين الى اسر متوسطة الحجم يتراوح افرادها من 6-8 افراد منهم 40% ارامل و 36.9% متزوجات في حين نجد 26.5% من المبحوثات ينتمون الى اسر كبيرة الحجم ويتكون افرادها من 9 افراد فاكثر واغلبيتهن متزوجات وقدرت نسبتهم ب47.8% مما يجعلنا نستنتج ان حجم الاسرة له اثر على المراة بصفة عامة خاصة في غياب العائل فهذا يدفعها الى بوجود عوامل مساعدة للخروج لتلبية حاجيات أفرادها وبالتالي قد تتعرض للمساومات (التحرش الجنسي) وللإصابة بفيروس السيدا على غرار المرأة المتزوجة والتي تنتمي لأسر كبيرة الحجم فهي دائما في سند الأسرة لتلبية حاجياتها .

ب/ اثر العلاقات بالمحيط الأسري

تعتبر العلاقات الأسرية من أهم العوامل و المؤشرات التي قد تعرض المرأة التي سبق لها الزواج لفيروس السيدا خاصة منها علاقة الزوج بالزوجة وقد تنوعت الدراسات و الأبحاث حول العلاقات

الأسرية بصفة عامة و علاقة الزوج بالزوجة بصفة خاصة وتناولت في المقام الأول أهمية وجود علاقة دافئة صحية وضرورتها لنموا شخصية أفراد الأسرة كما تناولت اثر تلك العلاقة على صحة وسلوك افرادها ولمعرفة اثر تلك العلاقة في تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا تناولنا المؤشرات التالية :

جدول رقم (119):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة بين الاهل و اهل الزوج قبل الاصابة

التكرارات / نوع العلاقة	اهل الزوج		الاهل	
	ك	نسبة المئوية (%)	ك	نسبة المئوية (%)
جيدة	38	33,6	48	42,5
عادية	24	21,2	46	40,7
متوترة	51	45,1	19	16,8
المجموع	113	100,0	113	100,0

يتضح من الجدول رقم (119) ان اغلبية المبحوثات اجيبوا ان علاقتهم باهل الزوج متوترة بنسبة قدرت ب45.1% بمعنى انه توجد مشاكل وخلافات عائلية بينهم تم تليها المبحوثات اللواتي اجيبوا ان علاقتهن باهل الزوج جيدة بنسبة قدرت ب33.6% في حين اجد اقل نسبة عند اللواتي اجبن على انها علاقة عادية يعني قد يوجد بعض المشاكل ولكنها لا تؤثر على العلاقة ، بينما نلاحظ بالمقابل ان اغلبية المبحوثات اجيبوا ان علاقتهن باهلهن جيدة بنسبة قدرت ب42.5% تم تليها نسبة 40.7% من المبحوثات اللواتي اجيبوا ان علاقتهن بالاهل عادية وسجلنا اقل نسبة من المبحوثات اللواتي اجيبوا ان علاقتهن باهلهن متوترة لاسباب ومشاكل مختلفة اهمها طريقة اختيار الزوج التي كانت بدون موافقة الاهل ،ومن خلال هذه البيانات نستنتج ان معظم افراد العينة علاقاتهم باهل الزوج متوترة لاسباب مادية او اسرية او حتى بسبب رفضهم لها بالمقابل علاقاتهم باهلهن تتراوح بين الجيدة و العادية ومن خلال اجابات بعض المبحوثات قد تكون جيدة

مع بعض افراد الاسرة ومتوترة مع البعض الاخر وهذا لا ينفي على وجود بعض التوتر علاقة المبحوثة باهل الزوج واهلها وهذا قد يؤثر على علاقتها مع زوجها مما سبب لبعضهن الطلاق .

جدول رقم (120): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية و علاقتهن بالزوج قبل الاصابة

الحالة المدنية / نوع العلاقة		جيدة	عادية	متوترة	المجموع
مطلقة	ك	0	0	37	37
	%	,0	,0	100,0	100,0
ارملة	ك	3	7	20	30
	%	10,0	23,3	66,7	100,0
متزوجة	ك	10	25	11	46
	%	21,7	54,3	23,9	100,0
المجموع	ك	13	32	68	113
	%	11,5	28,3	60,2	100,0

من خلال الجدول رقم (120) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات علاقتهن بأزواجهن متوترة يكثر فيها الشجار و الخصام لأسباب تختلف حسب نوع المشاكل بنسبة قدرت ب60.2% فنلاحظ ان جل المطلقات علاقتهن متوترة وهذا ألجوا من العلاقات يعكس حالتهن المدنية بنسبة قدرت 100% مقابل 66.7% هن أرامل في حين سجلنا اقل نسبة عند المتزوجات وقدرت ب23.9% وهذا له دلالة ان العلاقة المتوترة بين الزوجين قد تؤدي إلى انفصال وفشل العلاقة أو كراهية ونفور بين الزوجين وبالتالي إلى خيانة زوجية والتي كانت السبب في تعرض المرأة للإصابة بالفيروس بتضافر عدة عوامل أخرى مساعدة ، بينما المبحوثات اللواتي صرحن أن علاقتهن بأزواجهن علاقة عادية أي يسودها نوع من الهدوء والشجار العابر فقدرت ب28.3% أغلبيتهم هن متزوجات بنسبة قدرت ب54.3% مقابل 23.3% هن أرامل كما سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات

اللواتي صرحن أن علاقتهن بأزواجهن جيدة أي مفعمة بالمحبة والاحترام والتفاهم وقدرت ب11.5% منهن 21.7% متزوجات مقابل 10% أرامل ومن خلال هذه المعطيات يظهر لنا وجود علاقة أو ارتباط قوى بين الحالة المدنية ونوع العلاقة بالزوج لان الظروف التي تصاحب كل حالة تأثر على حالتها النفسية و الصحية وتفسر سبب تعرضها لفيروس السيدا .

جدول رقم (121): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة مع الزوج قبل الاصابة و طرق الإصابة

طرق الاصابة / نوع العلاقة مع الزوج		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
جيدة	ك	0	0	1	12	13
	%	,0	,0	7,7	92,3	100,0
عادية	ك	3	0	2	27	32
	%	9,4	,0	6,3	84,4	100,0
متوترة	ك	23	8	1	36	68
	%	33,8	11,8	1,5	52,9	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (121) نلاحظ ان رغم اختلاف نوع العلاقة مع الزوج الا ان اغلبيتهن صرحن ان سبب اصابتهن كانت بسبب العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب66.4% منهم 52.9% علاقتهن بازوجهن متوترة ونصف الباقي من المبحوثات تتراوح

علاقتهن بالزوج مايبن العادية و الجيدة رغم هذا فانه ناصبن بفيروس السيدا ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 21.175 عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة 0.02 وكي مربع الجدولية تساوى 12.59عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية وبالتالي هناك علاقة وفروق بين المتغيرين مما يجعلنا نستنتج ان سبب اصابة المراة التي سبقة لها الزواج وبالاخص المتزوجة ان كلما كان هناك توتر في العلاقة بالزوج قد يؤثر في سلوك زوجها ويدفعه للبحث عن الاستقرار العاطفي خارج اطار الزواج حتى لا يقوم بتهديم اسرته ويكون ذالك عن طريق الخيانة الزوجية لهذا تعتبر العلاقة الحميمية من تفاهم وحب و الطمأنينة بين الزوج و الزوجة صمام الاستقرار النفسي و الصحي لكلاهما واي سوء تفاهم في غياب الحوار يؤدي بهما الى تغيير سلوكهما و البحث عن بديل لتلبية حاجياتهم ورغابتهم .

د/ اثر المستوى التعليمي

يعتبر المستوى التعليمي لزوجين مؤشر اساسي لتكافؤ بين الزوجين لانه يحدث تقارب للافكار وبالتالي الانسجام ونجاح الحياة الزوجية فكلما كان هناك توافق في المستوى التعليمي بين الزوجين كانت الحياة بينهما مستقرة وصحية و العكس صحيح وعلى هذا الاساس قمنا باختبار مؤشر المستوى التعليمي وعلاقته بتعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا و جاءت النتائج كتالي :

جدول رقم (122): يوضح المستوى التعليمي للزوجين

التكرارات / المستوى التعليمي	الزوجة		الزوج	
	ك	%	ك	%
امي	38	33,6	3	2,7
ابتدائي	34	30,1	32	28,3
متوسط	24	21,2	56	49,6
ثانوي	9	8,0	19	16,8
جامعي	8	7,1	3	2,7
المجموع	113	100,0	113	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (122) ان المستوى التعليمي لاغلبية الزوجات يتراوح مابين الامية و الابتدائي بنسب قدرت على التوالي ب33.6% و30.1% وسجلت اقل نسبة لذوي المستوى الجامعي ب7.1% بينما مستوى التعليمي لا غلبية الازواج يتراوح مابين الثانوي والابتدائي وقدر ت على التوالي ب49.6% و28.3% و اقل نسبة قدت ب2.7% لذوي المستوى التعليمي الجامعي.

كما نلاحظ ان هناك اختلاف نوعي بين المستوى التعليمي للزوجين اذ نجد ان مستوى التعليمي لزوج يفوق نوعا ما المستوى التعليمي لزوجة وهذا ما يعكس الموروث الثقافي لرجل الجزائري في اختيار الزوجة رغم التغير الثقافي والاجتماعي الحاصل فهو يفضل ان يكون متفوق دائما على المراة حتى يستطيع قيادة الحياة الاسرية دون أي حرج اونقص وهذا ما يجعل المراة دائما دائما خاضعة لرجل او تشعر بالدونية خاصة في العلاقة الزوجية وليس لها الحق في اتخاذ أي قرار او مجرد التكلم فيها لانها تحت سلطة الرجل مهما بلغت من المستوى التعليمي .

ومن خلال هذه البيانات نستنتج ان كلما قل مستوى التعليمي للمراة كلما كانت اكثر عرضة للاصابة بفيروس السيدا مما يفسر أن المرأة الأمية او دون مستوى تكون قليلة المعرفة لا تدرك عواقب الأمور بالشكل المطلوب، مما يجعلها سهلة التعامل لدى الزوج وطاعته وبتالي تكون سهلة لتعرض لمختلف الامراض المنقولة جنسيا التي تواجهها في الحياة الزوجية بما فيها فيروس السيدا

وهذا لا ينفي ان حتى المراة المتعلمة ليست معصومة لمثل هذه الامراض اذ لم تكون لها ثقافة صحية وكذا حوار وتواصل مع زوجها ــفبغياب هذا العنصرين قد يعرضها هي الاخرى للاصابة بالامراض المنقولة جنسيا بما فيهم مرض السيدا .

جدول رقم (123):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي وطريقة اختيار الزواج

طريقة اختيار الزواج / المتوى التعليمي		بواسطة الاهل مع موافقتك	بواسطة الاهل مع عدم موافقتك	بواسيطتك مع رفض الاهل	بواسيطتك مع موافقة الاهل	المجموع
امي	ك	21	7	10	0	38
	%	55,3	18,4	26,3	,0	100,0
ابتدائي	ك	9	5	19	1	34
	%	26,5	14,7	55,9	2,9	100,0
متوسط	ك	6	4	13	1	24
	%	25,0	16,7	54,2	4,2	100,0
ثانوي	ك	0	0	6	3	9
	%	,0	,0	66,7	33,3	100,0
جامعي	ك	0	0	2	6	8
	%	,0	,0	25,0	75,0	100,0
المجموع	ك	36	16	50	11	113
	%	31,9	14,2	44,2	9,7	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (123) إن أغلبية أفراد مجتمع البحث ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والأمي تم اختيار الزواج بواسطتهم مع رفض الأهل بنسبة قدرت على التوالي 55.9% و26.3% تم تليها المبحوثات اللاتي صرحنا أن اختيار الزواج بواسطة الأهل وموافقتهن بنسبة قدرت على التوالي ب55.3% لدى الأميين و 26.5% عند المستوى الابتدائي في حين صرحنا المبحوثات ذوي المستوى التعليمي الجامعي أن طريقة اختيارهن للزواج كان بواسطتهن مع موافقة الأهل .

فمن خلال هذه النتائج نستنتج ان لتعليم دور اساسي في اختيار الزواج اذا يعتبر سبب من اسباب خروج المراة للعالم الخارجي واحتكاكها مع الرجل وتعرف عليه ويمكن ارجاع سبب انخفاظ مستوى التعليمي للمراة لظروف الاجتماعية و الاقتصادي للاسرة المبحوثات اللواتي معظمهن ميسورات الحال و كذا المجتمع الجزائري الذي كان يمر بفترة صعبة من الارهاب الذي ادى الى منع العديد من الفتيات بالاخص في الريف الجزائري من التخلى على مقاعد الدراسة بسبب الاوضاع وكذا بعد المسافة عن المدرسة مما جعلها تهتم ببناء اسرة على مواصلة التعليم في ظل حرية اختيار الزوج وموافقتها عليه.

جدول رقم (124): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي ونوع العلاقة مع الزوج قبل الاصابة

نوع العلاقة مع الزوج / مستوى التعليمي		جيدة	عادية	متوترة	المجموع
امي	ك	1	5	32	38
	%	2,6	13,2	84,2	100,0
ابتدائي	ك	1	5	28	34
	%	2,9	14,7	82,4	100,0
متوسط	ك	7	13	4	24
	%	29,2	54,2	16,7	100,0
ثانوي	ك	4	5	0	9
	%	44,4	55,6	,0	100,0
جامعي	ك	0	4	4	8
	%	,0	50,0	50,0	100,0
المجموع	ك	13	32	68	113
	%	11,5	28,3	60,2	100,0

من خلال جدول رقم (124) لاحظنا أن أغلبية الإجابات تنحصرن عند اللواتي صرحنا أن علاقتهن بأزواجهن متوترة بنسبة قدرت ب60.2% مقابل 28.3% عند اللواتي صرحن أن علاقتهن بأزواجهن عادية كما نلاحظ أن اللواتي ليس لهن المستوى التعليمي (أمية) هن اللواتي ذكرنا أن علاقتهن بأزواجهن متوترة بنسبة قدرت ب84.2% مقابل 82.4% لمن لهن المستوى الابتدائي ، كما نلاحظ أن كلما ارتفع مستوى التعليمي للمبحوثات كلما قل عدد المبحوثات اللواتي صرحن أن علاقتهن بأزواجهن عادية وجيدة بنسب على التوالي 50% لذوي المستوى الجامعي مقابل 44.4% بالنسبة لذوي المستوى التعليمي الثانوي ، وهذا يدل على ان المستوى التعليمي لزوجين يؤثر على اسلوب حياة الاسرة الاجتماعية و الصحية كما يؤثر على تصور المراة لمكانتها بالنسبة لرجل من حيث الحقوق و الواجبات ، وبالتالي لا يمكن للمراة مهما كان مستواها التعليمي ان تتخطى التصور والاعتقاد الذي سطرته لها العادات و التقاليد منذ الصغر عن طريق التنشئة الاجتماعية التي تجعل المراة تتقبل وضعها كيف ماكان في اسرتها دون معارضة وهذا ماجعلها معرضة للخلافات والمشاكل الزوجية و الصحية .

جدول رقم (125): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب المستوى التعليمي و طرق الاصابة

سبب الاصابة / المستوى التعليمي		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
امي	ك	17	7	1	13	38
	%	44,7	18,4	2,6	34,2	100,0
ابتدائي	ك	8	1	1	24	34
	%	23,5	2,9	2,9	70,6	100,0
متوسط	ك	1	0	1	22	24
	%	4,2	,0	4,2	91,7	100,0
ثانوي	ك	0	0	1	8	9
	%	,0	,0	11,1	88,9	100,0
جامعي	ك	0	0	0	8	8
	%	,0	,0	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (125) نلاحظ ان اغلبية المبحوثات اللواتي صرحن ان طرقة اصابتهن بفيروس السيدا كانت عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب66.4% اغلبيتهن ذوي المستوى الابتدائي و المتوسط بنسبة قدرت على التوالي ب70.6% و 91.7% في حين تليها نسبة المبحوثات اللواتي صرحنا ان سبب اصابتهن بفيروس السيدا كان عن طري الزنا بنسبة قدرت ب23% اغلبيتهن مستواهم التعليمي امي و ابتدائي وقدرت نسبتهم

على التوالي ب44.7% و23.5% بينما المبحوثات اللواتي صرحن ان سبب اصبتهن بفيروس السيدا عن طريق البغاء كانت نسبتهن ضئيلة وقدرت ب7.1% اغلبيتهن ليس لهن مستوى تعليمي أي اميات اما المبحوثات اللواتي صرحن ان سبب اصابتهن عن طريق نقل الدم قدرت ب3.5% لدى مختلف المستويات التعليمية وهذا يجعلنا نستنتج ان مهما اختلف المستوى التعليمي إلا إن تعرض المراة للإصابة بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعي (الزوج) هي اكثر انتشار بسبب الاوضاع الاجتماعية وسوء العلاقات الزوجية كما ان كلما انخفض المستوى التعليمي للمراة كلما كانت عرضة للاصابة بفيروس السيدا لان المستوى التعليمي قد يدفع المراة لتطلع على امور الحياة الزوجية و الصحية لاجل الحفاظ على حياتها وحياة اسرتها الصحية .

د/ اثر وجود انحراف عند أسرة المرأة التي سبق لها الزواج و المتعايشة بفيروس السيدا

قد يكون انحراف احد الزوجين كان يكون الزوج سكير او متعاطي المخدرات او غير مكثرت بالاخلاقيات وعدم تحمل المسؤولية سبب من اسباب تشكيل بيئة اسرية منحرفة تسودها الخلافات و الامراض ، ومن هذا المنطلق حاولنا معرفة مدى امكانية وجود انحراف عند افراد اسرة المراة المتعايشة بفيروس السيدا وهذا بالاعتماد على متغير وجود او عدم وعدم وجود انحرافات لدى الزوج وكانت النتائج كتالي :

جدول رقم (126) : توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب وجود وعدم وجود انحرفات لدى الزوج

التكرارات / وجود او عدم وجود انحرفات لدى الزوج	ك	النسبة المئوية(%)
يوجد	67	59,3
لا يوجد	14	12,4
بدون إجابة	32	28,3
المجموع	113	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (126) أن أغلبية المبحوثات صرحن انه يوجد انحراف لدى أزوجهن بنسبة قدرت ب59.3% وتمثل حسب ارائهن شرب الخمر و تعاطي المخدرات ، تم تليها نسبة 28.3% من المبحوثات لم تجبن على هذا السؤال وهي نسبة تمثل المبحوثات اللواتي ليس لهن زوج أي فئة المطلقات بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي صرحن أن لا يوجد لدى أزوجهن انحرافات وقدرت ب 12.4% مما يدل على أن البيئة الأسرية لأغلبية المبحوثات تمثل بئة منحرفة التي تعكس سبب تعرضها للإصابة بفيروس السيدا فزوج المنحرف يكون دائما ميالا للعلاقات الجنسية خارج اطار الزواج تحت تاثير المخدرات او المسكرات التي تجعله هو الاخر عرضة للاصابة بفيروس السيدا وبالتالي ينقله بوعي او بدون وعي لزوجته او شريكته خوفا من فقدانها و تفكيك اسرته .

جدول رقم (127): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب وجود اوعدم وجود انحرافات ونوع العلاقة مع الزوج قبل الاصابة

نوع العلاقة مع الزوج / يوجد أو لا يوجد انحراف لدى الزوج			جيدة	عادية	متوترة	المجموع
يوجد	شرب الخمر	ك	0	1	35	36
		%	,0	2,8	97,2	100,0
	تعاطي المخدرات	ك	0	0	31	31
		%	,0	,0	100,0	100,0
لا يوجد		ك	13	0	1	14
		%	92,9	,0	7,1	100,0
بدون إجابة		ك	0	31	1	32
		%	,0	96,9	3,1	100,0
المجموع		ك	13	32	68	113
		%	11,5	28,3	60,2	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (127) أن أغلبية المبحوثات لهن علاقة متوترة مع أزوجهن بنسبة 60.2% وأغلبيتهن صرحن انه يوجد انحرافات لدى أزوجهن وقدرت نسبتهن ب 98.5% منهم 97.2% من أزوجهن يشربون الخمر تم تليها المبحوثات اللواتي علاقتهن بأزواجهن جيدة بنسبة قدرت ب11.5% وأغلبيتهن صرحن انه لا يوجد انحرافات لدى أزوجهن وقدرت نسبتهن ب92.9% في حين المبحوثات اللواتي علاقاتهن عادية مع أزوجهن فقد سجلت نسبة 28.3% وصرحن أن هناك انحراف لدى الزوج بنسبة قدرت ب2.8% بينما المبحوثات اللواتي التي كانت إجابتهن بدون إجابة على المتغير المستقل يوجد أو لا يوجد انحرافات لدى الزوج هن المبحوثات اللواتي طلقنا من أزوجهن قبل الإصابة بفيروس السيدا وقدرت نسبتهم ب 96.9 % و كانت علاقاتهن بأزواجهن عادية في حين علاقتهن بأهل الزوج متوترة مما أدى بهن لطلاق والوقوع في العلاقات غير شرعية كبديل لتلبية حاجتهن سواء البيولوجية أو الاجتماعية وهذه النتائج تدل على أن كلما كان هناك انحرافات لدى الزوج كلما كان هناك توتر في العلاقات الزوجية وبالتالي تشكيل بيئة أسرية منحرفة يسودها الخلق الفاسد وتنعدم فيها القيم الروحية و المثل العليا وفي مثل هذه البيئة تكون مجردة من معاني القيم ويكون فيها الانحراف أمر عادي وليس سلوك شاذ ، وقد ذهب" هيكل "إلى أن انحرافات البيئة الأسرية يقصد بها .. الخيانة الزوجية أو إدمان الخمور وكل الأحداث التي تجلب الخزي و العار...[1] ، التي يمكن أن تؤدي إلى نتائج عديدة خاصة منها الأمراض المنقولة جنسيا .

المطلب الثاني : مستوى التوافق الزواجي للذين سبق لهم الزواج

يعد التوافق الزواجي من اهم المتغيرات الذي يعكس نوع البيئة الاسرية لما يحمله من مظاهر مختلفة ومتباينة مما جعل طرق قياسه في اواخر القرن العشرين متعددة حسب نوع الظاهرة المراد دراستها تم ظهرت بعد ذالك درسات واسعة في علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع تهتم بتحديد عوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالتوافق الزواجي وتبين انها مرتبطة ارتباط وثيق بمدى اختيار او اجبار لدى الزوجين وان الزواج الغير متوافق الذي تعتريه العديد من المشاكل يؤثر سلبا على دور المراة كام و كزوجة وكربة بيت ،وبالتالي ينعكس على الاسرة ككل.

[1] نساء الخولي: الزواج و العلاقات الأسرية،مرجع سابق، ص258

ولكون استقرار الاسرة مرتبط ارتباط وثيق بالتوافق في العلاقة الزوجية ،فان أي توثر او ضعف في التواصل العاطفي قد ينتهي بستعمال العنف بمختلف اشكاله والى الخيانة الزوجية والاهمال الزواجي كما اشارت عدة درسات في علم النفس و الجنس بان العلاقة الزوجية الناجحة تبدا من العلاقات الجنسية وكلما كانت العلاقة الجنسية بين الزوجين مشبعة لكليهما فان ذالك يؤدى الى نجاح العلاقة الزوجية بكافة جوانبها لكون التوافق الزواجي حسب علم النفس الاسري يعني[1] التوافق الزواجي الميل النفسي المعبر عن المحبة و الود والاتفاق و العلاقة الطيبة الحسنة السليمة بين الزوجين وبقية افراد الاسرة فهو بذالك يتضمن عدة مؤشرات ومن خلال هذا المطلب نحاول الكشف عن بعضها وتفسيرها كتالي :

جدول رقم (128): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب طريقة اختيار الزواج و السن عند الزوج

طريقة اختيار الزواج \ السن عند الزواج		17-26	27-36	37فاكثر	المجموع
بواسطة الاهل مع موافقتك	ك	27	9	0	36
	%	75,0	25,0		100,0
بواسطة الاهل مع عدم موافقتك	ك	14	2	0	16
	%	87,5	12,5	,0	100,0
بواسيطتك مع رفض الاهل	ك	9	36	5	50
	%	18,0	72,0	10,0	100,0
بواسيطتك مع موافقة الاهل	ك	9	2	0	11
	%	81,8	18,2	,0	100,0
المجموع	ك	59	49	5	113
	%	52,2	43,4	4,4	100,0

1 احمد محمد مبارك الكندري:علم النفس الاسري، مكتبة الفلاح لنشر و التوزيع ، الكويت ،ط2 ،1996 ،ص182

يتضح من الجدول رقم (128) أن أغلبية المبحوثات تزوجن في سن مبكر يتراوح سن عند زواجهن مابين 17–26سنة بنسبة قدرت ب52.2% تم تليها نسبة 43.4% منهن تزوجن في سن يتراوح مابين 27–36 سنة في حين سجلنا اقل نسبة عند اللواتي تزوجن في سن 37 سنة فأكثر ،إلا أننا نلاحظ أن انخفاض سن عند الزواج الذي يتراوح مابين 17–26 سنة عند اللواتي كانت طريقة اختيار الزواج بواسطة الأهل أما بعدم موافقة المبحوثة أو موافقتها بنسب تتراوح على التوالي ب87.5% و75% في حين يرتفع السن عند الزواج لدى المبحوثات اللواتي كانت طريقة اختيار الزواج بواسطتهن مع رفض الأهل بنسبة قدرت ب72% مقابل 81.8% عند اللواتي كان

اختيارهن لزواج عن طريق المبحوثة وموافقة الأهل عند المبحوثات الذي كان سنهن عند الزواج يتراوح مابين 17–26سنة ، ولمعرفة مدى ارتباط متغير كيفية الاختيار والسن عند الزواج قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 14.283 عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة 0.027 وكي مربع الجدولية تساوى 12.59عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية وبالتالي هناك علاقة وفروق بين المتغيرين مما يجعلنا نستنتج أن سن المرأة عند الزواج يؤثر على طريقة اختيارها لزوج أي كلما كانت المرأة صغيرة في السن كلما كان هناك تدخل الأهل في اختيار زواجها أما بالموافقة أو الإجبار والعكس صحيح ،ولكن هذا لا يمنع عن وجود توافق بين الزوجين مهما كان سن المرأة أو الرجل ، فهناك عدة متغيرات أخرى قد تكون سبب في عدم توافق الزوجين وحدوث مشاكل بينهما ، فكما نعلم أن مجتمعنا تسوده قيم ومظاهر ثقافية تشجع على الزواج المبكر خاصة في الأرياف أين نشئت المرأة تنشئة اجتماعية تقليدية تعمل على تحضيرها لبناء أسرة وتحرمها من التعليم نتيجة المشاكل الاجتماعية والعشرية السوداء الذي كان يعاني منها المجتمع أناداك فكانت بعض الأسر تجبرن بناتهن على الزواج خوفا من الإرهاب وبعد مرور الأزمة أصبحت المرأة أكثر وعي وثقافة تسطر حياتها و تختار بمفردها ما يتوافق مع رغباتها إلا أن تبقى طريقة اختيار الزواج له أثاره على أسرة وحياة الصحية للمرأة .

جدول رقم (129): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب الحالة المدنية والسن عند الزواج

الحالة المدنية / السن عند الزواج		17-26	27-36	37فاكثر	المجموع
مطلقة	ك	16	18	3	37
	%	43,2	48,6	8,1	100,0
ارملة	ك	13	15	2	30
	%	43,3	50,0	6,7	100,0
متزوجة	ك	30	16	0	46
	%	65,2	34,8	,0	100,0
المجموع	ك	59	49	5	113
	%	52,2	43,4	4,4	100,0

من خلال الجدول رقم (129) أن أغلبية المبحوثات اللواتي يتراوح سنهن عند الزواج مابين17–26سنة هن متزوجات بنسبة قدرت ب65.2% مقابل 43.2% هن مطلقات أما المبحوثات اللواتي يتراوح سنهن عند الزواج مابين 27–36سنة هن مطلقات بنسبة قدرت ب48.6% مقابل 34.8% منهن متزوجات في حين المبحوثات اللواتي تجاوز سنهن عند الزواج 37 فأكثر هن مطلقات بنسبة قدرت ب8.1% ،ولمعرفة مدى ارتباط متغير الحالة المدنية والسن عند الزواج قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 7.348 عند درجة حرية 4 ومستوى الدلالة 0.119 وكي مربع الجدولية تساوى 9.49عند درجة حرية 4 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أن كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية وبالتالي ليس هناك علاقة بين المتغيرين مما يجعلنا نستنتج ان الحالة المدنية للمرأة تتأثر بالمواقف و المشاكل الزوجية .

جدول رقم (130) : توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعدد الزواج بالنسبة لزوج

التكرارات / مدى تعدد الزواج بالنسبة لزوج	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	45	39,8
لا	68	60,2
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (130) نلاحظ أن أغلبية المبحوثات صرحن أن أزوجهن لم يسبق لهم تعدد في الزواج بنسبة قدرت ب60.2% مقابل 39.8% من المبحوثات صرحن أن أزوجهن سبق لهن تعدد الزواج أي أن أزوجهم لهم زوجات أخرى وهذه النتائج تفسر أن تعدد الزوج يعد سبب في عدم استقرار الأسري و ألزواجي التي قد تؤدي إلى عوامل أخرى كالهجر و الخيانة ..لخ والتي تعتبر عامل مساعد في تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا.

جدول رقم (131): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الخلافات مع الزوج او الشريك قبل الاصابة

التكرارات / نوع الخلافات مع الزوج او الشريك	ك	النسبة المئوية(%)
غياب الزوج فترة طويلة خارج البيت	8	7,1
سوء العلاقات مع الاهل	7	6,2
سوء العلاقات الجنسية	10	8,8
الامور المالية	12	10,6

مشاكل صحية	4	3,5
خيانة وكذب	17	15,0
مساومة واكراه	9	8,0
عدم المسؤولية و الادمان	33	29,2
بدون اجابة	13	11,5
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (131) يتضح أن أغلبية المبحوثات صرحن أن نوع الخلافات مع الزوج أو الشريك قبل الإصابة كانت بسبب عدم المسؤولية و الإدمان بنسبة قدرت ب29.2% تم تليها نسبة 15% من المبحوثات اللواتي صرحن ان سبب الخلاف هو الخيانة و الكذب و نسبة 11.5% من المبحوثات لم تكون لهن إجابة باعتبار علاقتهن بالزوج والأهل جيدة في حين سجلنا نسبة 10.6% من المبحوثات اللواتي صرحن أن سبب خلافتهم مع الزوج أو الشريك هي خلافات مالية الناتجة عن سبب عدم العمل أو الإسراف و التبذير.

بينما سجلنا اقل نسب متفاوتة نسبيا لدى المبحوثات اللواتي صرحنا أن سبب الخلافات هي نتيجة سوء العلاقات الجنسية والمساومة والإكراه التي صرحت بها بعض المبحوثات المطلقات في المقابلة وكذا صرحنا أن غياب الزوج عن البيت وسوء العلاقات مع الأهل والمشاكل الصحية هي الأخرى تعتبر من أسباب الخلافات مع الزوج وقدرت بنسب على التوالي ب 8.8% ،8% ،7.1%، 6.2%، 3.5% ، حيث أن الإجابات السابقة عن نوع الخلافات مع الزوج أو الشريك قبل الإصابة تم تنقيتها حسب الأولوية لدى المبحوثات ، والتي جعلتنا نستنتج أن رغم تباين وتنوع الخلافات مع الزوج أو الشريك إلا أنها تعتبر سبب من أسباب تعرض المرأة بفيروس السيدا وتعتبر عدم المسؤولية و الإدمان أهم سبب تعرض المرأة المتزوجة لفيروس السيدا .

جدول رقم (132): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى تعرضهن للعنف من قبل الزوج او الشريك قبل الإصابة

التكرارات / مدى التعرض للعنف من قبل الزوج او الشريك	ك	النسبة المئوية(%)
نعم	61	54,0
لا	52	46,0
المجموع	113	100,0

من خلال الجدول رقم (132) يتضح ان اغلبية المبحوثات تعرضن للعنف من قبل الزوج او الشريك بنسبة قدرت ب54% مقابل 46% من المبحوثات صرحن انهن لم يتعرضن للعنف من قبل الزوج او الشريك ولمعرفة نوع العنف الذي تعرضن له جاء الجدول الموالي لتوضيح ذالك كتالي :

جدول رقم (133): توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العنف الممارس عليها

التكرارات / نوع العنف الممارس	ك	النسبة المئوية(%)
عنف نفسي	15	24,6
عنف جسدي	27	44,3
عنف لفظي	19	31,1
المجموع	61	100,0

من خلال الجدول رقم (133) يتضح أن أغلبية المبحوثات تعرضنا لعنف جسمي بنسبة قدرت ب44.3% تم تليها المبحوثات اللواتي تعرضن إلى العنف اللفظي بنسبة قدرت ب31.1% كما سجلنا نسبة لا تقل أهمية قدرت ب24.6% من المبحوثات اللواتي تعرضن للعنف النفسي قبل الإصابة مما تجعلنا هذه النتائج نستنتج أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا كانت تعيش تحت ضغوطات ومشاكل وخلافات زوجية قبل الإصابة وهذا ما جعل منها أن تكون الحلقة الضعيفة التي يمارس عليها الزوج أو الشريك كل أنواع العنف وبالأخص سلوك الزوج أو الشريك إن كان منحرف كتعاطي المخدرات أو الكحول قد يدفع إلى ممارسة درجات من العنف مع الزوجة أو الشريكة تنعكس على صحتها النفسية و الجسمية خاصة منها أمراض العصر نتيجة عدم التوافق الزوجي الذي يعد سبب من أسباب عدم استقرار الاسرة في كل النواحي .

جدول رقم (134):توزيع أفراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع العلاقة مع الزوج قبل الاصابة وسبب الإصابة

سبب الإصابة / نوع العلاقة مع الزوج		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
جيدة	ك	0	0	1	12	13
	%	,0	,0	7,7	92,3	100,0
عادية	ك	3	0	2	27	32
	%	9,4	,0	6,3	84,4	100,0
متوترة	ك	23	8	1	36	68
	%	33,8	11,8	1,5	52,9	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

يتضح من الجدول رقم (134) أن أغلبية المبحوثات كان سبب إصابتهن بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب75% تم تليها المبحوثات اللواتي كان سبب إصابتهن بفيروس السيدا عن طريق الزنا أي علاقات غير شرعية بنسبة 23% بينما اقل نسبة سجلنها عند اللواتي كان سبب إصابتهن عن طريق البغاء أي امتهان العلاقات الغير شرعية بمقابل مبلغ معين و كذا عن طريق نقل الدم وذالك بنسب قدرت على التوالي ب7.1% و3.5% وعندا إدخالنا للمتغير المستقل نوع علاقة مع الزوج لاحظنا أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبن عن طريق الزوج علاقتهن متوترة بنسبة قدرت ب52.9% وكذا المبحوثات اللواتي أصبن بالفيروس عن طريق الزنا علاقتهن متوترة مع الشريك بنسبة قدرت ب33.8% كما سجلنا نسبة قدرت ب84.4% من المبحوثات اللواتي أصبن عن طريق الزوج صرحن أن علاقتهن عادية في حين صرحن 92.3% من صرحن أن علاقتهن جيدة مع أزوجهن ، وهذه النتائج تدلنا أن كلما كانت العلاقة متوترة كلما كان سبب تعرض المرأة للفيروس عن طريق الزوج مما يدل أن المشاكل الزوجية وعدم التوافق ألزواجي بالإضافة إلى عوامل أخرى مشجعة قد تدفع بالزوج أوالزوجة لممارسة سلوك منحرف الذي يؤدي بدوره إلى تعرضهما لفيروس السيدا .

استنتاج الفرضية الاولى

بعد معالجة بيانات جداول الفرضية الاولى والتي تم صياغتها على النحو التالي " يعتبر المستوى الاجتماعي للمراة بما يحتويه من علاقات وسلوكيات ومستوى تعليمي عاملا في تعرضها لفيروس السيدا " ولكون المستوى الاجتماعي للمراة يعكس مجرى حياتها من حيت النمط المعيشي و من حيت نوع السلوك في اطار شبكة العلاقات الاجتماعية ، استخلصنا من خلال المؤشرات التي تم اعتمادها في اختبارها و المتمثلة في الوضع الاسري و العلاقات بالمحيط الاسري و المستوى التعليمي وانحراف عند الاسرة وكذا معوقات الزواج والتوافق الزواجي ومدى تاثير هذه الاخيرة في تعرض المراة لفيروس السيدا على النتائج التالية:

- **اولا النتائج الخاصة بالمراة العزباء**

-ان سبب اصابة المراة بفيروس السيدا له علاقة بوجود تفكك اسري اما بالطلاق او وفاة احد ابائهم بنسب قدرت على التوالي ب76.2% و73.7% والذي يعد من المعوقات الوظيفة التربوية

مما يؤثر على حياة المراة الغير متزوجة وفي غالب الاحيان تكون نتائج هذا التفكك ظاهرا حين تتبنى المراة سلوكيات منحرفة كتعويض لحنان و الامن و الاستقرار فمثل تلك الاسر تفتقد لمستوى الضبط والقدوة لسلوك لافرادها

-ان علاقة المبحوثات بوالدهن كانت سيئة بنسبة قدرت ب48.1% ويسودها جوا من الكراهية و التسلط بنسبة قدرت ب 53.8% و ان هذا النوع من العلاقة هي نتيجة التفكك التي تعاني منه اسر المبحوثات والمتمثل في اهمال الوالدين لافراد اسرهم بسبب تغيب الاب عن الاسرة او امور حياتية اخرى والتي تنعدم معه الرقابة و التواصل مع افراد اسرته و يخلق نوع من التحرر لدى الفتاة مما يفتح لها المجال للبحث عن تعويض للحنان والامن والاستقرار خارج الاسرة وتجعلها عرضة للاصابة بفيروس السيدا.

-أن أغلبية المبحوثات نشان في وسط تسوده الأمية بنسبة قدرت ب44.2% بالنسبة للام و50% للاب والذي كان له اثار سلبية على نوع التنشئة الاجتماعية التي تنشا عليها المراة

-أن أغلبية أفراد عينتنا تعيش في بيئة تحوى على أفراد لهم سلوك غير سوي وقدرت نسبته ب86.5% أي تعيش داخل اسر تسود فيها كل أنواع الانحرافات كالانحرافات الجنسية منها ممارسة البغاء والمعاكسات وتعاطي كل أنواع المخدرات و المسكرات بنسبة قدرت ب40.4% وقد تتاثر بسلوك افردها خاصة واذا كان المنحرف هو الاب او الاخ بعتبارهما ولي امر المراة والدعامة الاساسية للاسرة .

-ان سبب عدم زواج اغلبية افراد عينتنا تعود الى سمعة الاسرة وحالة المبحوثة بنسبة قدرت ب30.8% من المجموع الكلي منهم 56.3% ينحدرون من الريف و43.8% ينحدرون من

المناطق الحضرية والذي يرجع عدم زواجهم الى الفقر وغلاء المعيشة وغياب الوازع الديني وكذا عزوف المراة عن الزواج .

- ان سبب اصابة اغلبية المبحوثات بفيروس السيدا كان عن طريق الزنا أي عن طريق علاقات جنسية غير شرعية

- **ثانيا النتائج الخاصة بالمراة التي سبق لها الزواج**

- ان سبب اصابة اغلبية المبحوثات بفيروس السيدا كان عن طريق الزوج أي عن طريق علاقات جنسية طبيعية بنسبة قدرت ب66.4% وقد تكون ضحية الزوج في تعرضها للاصابة عكس المراة الغير مستقرة والذي كان سبب تعرضها علاقات غير شرعية

- ان طريقة اختيار الزوج بواسطة المبحوثة مع رفض الاهل تشكل اكبر نسبة عند المطلقات وقدرت ب62.2% واقل نسبة عند المتزوجات وقدرت ب26.1% أي ان هناك نوع من الحرية في اختيار الزوج وهذا النوع من الاختيار خاصة عند رفض الاهل اثر على علاقتها الزوجية وذالك باصطدامها لواقع مغاير لاختيارها مما جعلها تعاني مشاكل عديدة تلحقها احينا لطلاق وتعرضها لامراض مختلفة خاصة منها الامراض المعدية (السيدا) موضوع الدراسة .

- ان احرية اختيار الزوج مع رفض الاهل يعتبر سبب من اسباب تعرض المراة لفيروس السيدا اذا قدرت اعلى نسبة الاختيار لدى المطلقات ب62.2% واقل نسبة لدى المتزوجات ب26.1% لكون هذا النوع من الحرية في اختيار الزوج خاصة عند رفض الاهل جعلها تصطدم بواقع مغاير لاختيارها مما جعلها تعاني مشاكل عديدة تلحقها احينا لطلاق او الهجر او تعرضها للخيانة الزوجية لغياب السند الاسري .

-ان اغلبية المبحوثات لا تربطهم أي صلة مع ازوجهن بنسبة قدرت ب51.3% كما انهن تعشن حياة مستقلة عن الاهل بعد الزواج بنسبة قدرت ب60.2% وهذا قد يدفع بعضهن بسبب الاوضاع المعيشية السيئة في البحث عن سبل اخرى لتلبية رغبات اسرهن خاصة منهم المطلقات و الارامل

-ان معظم المبحوثات علاقاتهم باهل الزوج متوترة وقدرت ب45.1% لاسباب مادية او اسرية او حتى بسبب رفضهم لها بالمقابل علاقاتهم باهلهن تتراوح بين الجيدة و العادية كما قد تكون جيدة مع بعض افراد الاسرة ومتوترة مع البعض الاخر وهذا لا ينفي على وجود بعض التوتر مع اهل الزوج واهلها وهذا العلاقة بينها وبين الاهل قد تؤثر على علاقتها الزوجية حيث نلاحظ أن أغلبية المبحوثات علاقتهن بأزواجهن متوترة يكثر فيها الشجار و الخصام لأسباب تختلف حسب نوع المشاكل بنسبة قدرت ب60.2% و ان العلاقة المتوترة بين الزوجين قد تؤدي إلى انفصال وفشل العلاقة أو كراهية ونفور بين الزوجين وبالتالي إلى خيانة زوجية والتي كانت السبب في تعرض المرأة للإصابة بالفيروس

- ان سبب اصابة المراة التي سبقة لها الزواج وبالاخص المتزوجة هو الخلافات و التوتر الحاصل بينها وبين زوجها الذي قد يدفعه للبحث عن الاستقرار العاطفي خارج اطار الزواج حتى لا يقوم بتهديم اسرته ويكون ذالك عن طريق الخيانة الزوجية

- نلاحظ ان هناك اختلاف نوعي بين المستوى التعليمي للزوجين اذ نجد ان مستوى التعليمي لزوج يفوق نوعا ما المستوى التعليمي لزوجة وهذا ما يعكس الموروث الثقافي لرجل الجزائري في اختيار الزوجة رغم التغير الثقافي والاجتماعي الحاصل فهو يفضل ان يكون متفوق دائما على المراة حتى يستطيع قيادة الحياة الاسرية دون أي حرج اونقص وهذا ما يجعل المراة دائما

خاضعة لرجل اوتشعر بالدونية خاصة في العلاقة الزوجية وليس لها الحق في اتخاذ أي قرار او مجرد التكلم فيها لانها تحت سلطة الرجل مهما بلغت من المستوى التعليمي .

- نلاحظ أن كلما ارتفع مستوى التعليمي للمبحوثات كلما كانت علاقتهن بأزواجهن عادية وجيدة بنسب على التوالي 50% لذوي المستوى الجامعي مقابل 44.4% بالنسبة لذوي المستوى التعليمي الثانوي ،وهذا يدل على ان المستوى التعليمي لزوجين يؤثر على اسلوب حياة الاسرة الاجتماعية والصحية كما يؤثر على تصور المراة لمكانتها بالنسبة لرجل من حيث الحقوق و الواجبات ، وبالتالي لا يمكن للمراة مهما كان مستواها التعليمي ان تتخطى التصور والاعتقاد الذي سطرته لها العادات والتقاليد منذ الصغر عن طريق التنشئة الاجتماعية التي تجعل المراة تتقبل وضعها كيف ما كان في اسرتها دون معارضة وهذا ما جعلها معرضة للخلافات والمشاكل الزوجية والصحية.

- كما لاحظنا ان مهما اختلف المستوى التعليمي للمراة التي سبق لها الزواج إلا إن تعرضها للإصابة بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعي (الزوج) هي اكثر انتشار بسبب الاوضاع الاجتماعية وسوء العلاقات الزوجية كما ان كلما انخفض المستوى التعليمي للمراة كلما كانت عرضة للاصابة بفيروس السيدا لان المستوى التعليمي قد يدفع المراة لتطلع على امور الحياة الزوجية و الصحية لاجل الحفاظ على حياتها وحياة اسرتها الصحية .

- أن أغلبية المبحوثات صرحن انه يوجد انحراف لدى أزوجهن بنسبة قدرت ب59.3% وتمثل حسب ارائهن شرب الخمر و تعاطي المخدرات وقدرت نسبتهم ب 98.5% أي أن كلما كان هناك انحرافات لدى الزوج كلما كان هناك توتر في العلاقات الزوجية وبالتالي تشكيل بيئة أسرية منحرفة يسودها الخلق الفاسد وتنعدم فيها القيم الروحية و المثل العليا وقد تكون معرضة للافات الاجتماعية والامراض السارية .

- أن أغلبية المبحوثات تزوجن في سن مبكر يتراوح سن عند زواجهن مابين 17–26سنة بنسبة قدرت ب52.2% وقد تعرضن الى مشاكل وخلافات متنوعة مع الزوج أو الشريك قبل الإصابة كانت بسبب عدم المسؤولية و الإدمان بنسبة قدرت ب29.2% كما تعرضن لمختلف انوع العنف بنسبة قدرت ب 54% في حين يعتبر العنف الجسمي اهمه وقدر ب44% .

-كما لاحظنا حسب المقابلات التي اجرينها مع المبحوثات أن تعدد الزوج يعد سبب في عدم استقرار الأسري و ألزواجي الذي قد يؤدي إلى عوامل أخرى كالهجر و الخيانة ..لخ والذي يعتبر سبب من اسباب اصبتهن بفيروس السيدا .

- أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا كانت تعيش تحت ضغوطات ومشاكل وخلافات زوجية قبل الإصابة وهذا ما جعل منها أن تكون الحلقة الضعيفة التي يمارس عليها الزوج أو الشريك كل أنواع العنف وبالأخص إن كان متعاطي لمخدرات أو الكحول قد يدفعه هذا الاخير لسلوك سلوك منحرف غير مؤمون يتسبب في نقل العدوى لزوجة او الشريكة

الفصل الرابع

تحليل الفرضية الثانية

تمهيد

ان معرفة حقيقة العوامل الاقتصادية للاسرة من شانه ان يمكننا من معرفة وفهم حقيقة وضع المراة داخل الاسرة و المجتمع المتواجدة فيه كما يمكننا كشف مدى تاثير تلك العوامل على سلوكها الاجتماعي والصحي ،حيث كشفت العديد من الدراسات والبحوث في علم اجتماع طبي عن العلاقة بين العوامل الاقتصادية وبين تأثيرها على الصحة والمرض وهذا من خلال أهمية العوامل الاقتصادية ودورها في إعطاء النظم الاجتماعية شكلها و صورتها، فهي التي تحدد مثلا نوع التعليم الذي يمكن أن يتلقاه الفرد،كما تعين نوع المهنة التي يعمل فيها ، وهي كذالك تحدد دوره و مركزه و الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها، كما أن لها دور في تكوين الأسر، و عليه فهي تؤثر تأثيرا واضحا على الفرد و وسطه الاجتماعي[1].

وأصبح من المعروف أن الظروف الاقتصادية والمهنية ،كالفقر و البطالة وعدم الاستقرار المهني و لا مساواة و عدم الاستقرار الاقتصادي قد تنعكس على الصحة وتؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض ، التي تختلف باختلاف الأشخاص و الظروف التي يتعرضون لها ، لان هناك ظروف يكون المرض فيها مصدر خطر كبير على المجتمع ويؤدي إلى نوع من السلوك الجماعي ، فحينما يرتفع معدل المرض في المجتمع فان ذالك معناه نقص الطاقة البشرية و من تم تكون للمرض نتائج خطيرة على الإنتاجية و الأسرة و بناء المجتمع ككل[2] .

و تشير المعلومات بصفة عامة أن جل الأمراض المعدية تنتشر عند الفئات الفقيرة أو المعدمة بشكل واضح عن انتشارها عند الفئات الغنية أو الميسورة [3].

وعلى هذا الأساس ارتأينا في هذا الفصل أن نتطرق إلى تحليل صحة الفرضية الثانية التي تم صياغتها كتالي " يساهم المستوى الاقتصادي لأسرة المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في تحديد سبب تعرضها للإصابة للفيروس " فاعتمدنا على مجموعة من المؤشرات وهي الحالة المهنية للوالدين ،نوع العمل

[1] حسين عبد الحميد احمد رشوان :دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض، مرجع سابق،ص166

[2] نفس المرجع،ص246-249

[3] نفس المرجع،313

ومستوى الدخل الاسرة ،نوع السكن وصفته ،نوع الحي ومدى تأثيرها وعلاقتها بتعرض المرأة بفيروس السيدا وبهذا قمنا بختبار الفرضية كتالي :

اولا تحليل البيانات الخاصة بفئة العزاب

مما لا شك فيه أن الوضع الاقتصادي الذي ينتمي إليه الفرد له تأثير كبير في تكوين سلوكه الاجتماعي و ينبع في كثير من الحالات للظروف الاقتصادية المعاشة و بالتالي فان الأنماط السلوكية لأي فرد تجاه موقف اجتماعي ترتبط إلى حد كبير إلى انتمائه الاقتصادي ، ونظرا لأهمية الوضع الاقتصادي وعلاقته بالصحة والمرض ارتأينا أن نوضح أثاره من خلال المؤشرات التالية

أ- اثر الوضع المهني للاسرة

جدول رقم (135) : توزيع افراد العينة العزباء حسب الوضع المهني للاب و طرق الاصابة

الوضع المهني للاب \ طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
لا يعمل	ك	12	10	22
	%	54,5	45,5	100,0
يعمل	ك	11	6	17
	%	64,7	35,3	100,0
متقاعد	ك	4	0	4
	%	100,0	,0	100,0
متوفي	ك	6	3	9
	%	66,7	33,3	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

من خلال الجدول رقم (135) يتضح أن أغلبية أفراد العينة اللواتي أصبن بفيروس السيدا عن طريق الزنا أبائهن لا يعملن بنسبة قدرت ب54.5% مقابل 64.7% أبائهن يعملن في حين سجلن عند اللواتي أصبن بفيروس السيدا عن طريق البغاء نسبة 45% أبائهن لا يعملن مقابل 35.3% يعملن، ويمكن تفسير هذا أن معظم المبحوثات هم من اسر تشوبها البطالة والتي تكون في مجملها أسر فقيرة كما أن الأوضاع داخل الأسرة تكون متوترة كما يوقف او يحد من دخل الاسرة ويزيد من الصراع بين اعضائه من اجل عدم تلبية حاجياتهم ورغباتهم الضرورية ، ويمكننا تفسير بطالة الآباء بالفترة التي مرت بها الجزائر و التي شهدت نسبة بطالة مرتفعة خاصة مع الأزمة الاقتصادية ونظام الخوصصة الذي كان له اثر سلبي على نظام الأسر عامة ، فالأسرة التي فيها الأب لا يعمل قد تنعكس بطالته على تعاملاته مع أفراد الأسرة وبالتالي على سلوك المرأة الغير متزوجة مما يدفعها للبحث عن رغباتها خارج المنزل ، ولمعرفة علاقة بين المتغيرين ومدى ارتباطهم قمنا بحساب كي مربع khi-deux فوجدناه يساوى 3.108 وبدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.375 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 7.82 أي ان كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة بين مهنة الاب وطرق الاصابة وهذا يعكس ان مهنة الاب ليست سبب في تعرض المراة العزباء للاصابة بفيروس السيدا وانما تولد نسبة الاستعداد لتعرض اذا صادفت ظروف ومواقف و عوامل اخرى تتظافر في جعلها عرضة للاصابة سواء كانت تتعلق بالعوامل المرتبطة بشخص المراة او بالعوامل المحيطة بها .

جدول رقم (136) : توزيع افراد العينة العزباء حسب مهنة الام و طرق الاصابة

طرق الاصابة / الوضع المهني للام		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
تعمل	ك	2	8	10
	%	20,0	80,0	100,0
لاتعمل	ك	20	10	30
	%	66,7	33,3	100,0
متوفية	ك	11	1	12
	%	91,7	8,3	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

من الجدول رقم (136) يتضح أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبن بفيروس السيدا عن طريق الزنا أمهاتهن لا تعملن بنسبة 66.7% مقابل 80% أمهاتهن تعملن عند اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق البغاء فهذه النتائج تواضح ان امعظم امهات المبحوثات هن عاطلات عن العمل وهذا يرجع بالدرجة الاولى الى طبيعة المجتمع الجزائري الذي يعيق ويعيب عمل المراة من جهة والى ارتفاع نسبة البطالة نتيجة الازمة الاقتصادية ،اما بالنسبة للامهات اللواتي تعمل هذا يدل على انشغالها عن افراد اسراتها وبالتالي لا تستطيع ان توفر لهن الرعاية و الرقابة اللازمة فتنعكس على سلوكهن وتدفعهن الى الانحراف ، ولمعرفة العلاقة بين مهنة الام و طرق الاصابة قمنا بحساب كي مربع khi-deux فوجدناه يساوى 12.396وبدرجة حرية تقدر ب2 ومستوى الدلالة الاختباري تساوي 0.002 أي قيمة اقل من المستوى الدلالة 0.05 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 2 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 5.99 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يفسر على وجود علاقة بين مهنة الام و طرق الاصابة وذالك من خلال ثقل المسؤولية

التي بعاتقها سواء داخل الاسرة او خارجها مما يفسر ان مهنة الام لها اثر سلبي على الفتاة من ناحية التربية وما نلاحظه ان معظم امهات المبحوثات لا تعمل أي ماكثات بالبيت مما يفرض عليها بعض المسؤوليات وهذه المسؤوليات ترتبط بحجم الاسرة والمرتبة التي تحتلها المراة المتعايشة بفيروس السيدا والتي تجعلها عرضة للاصابة على غرار المراة التي تعمل فهي تفتقد لتواصل و الرعاية لافراد اسرتها وهذا مالاحظناه في الجدول التالي :

جدول رقم (137): توزيع افراد العينة العزباء حسب مهنة الام وحجم الاسرة

مهنة الام / حجم الاسرة		3–5	6–8	9 فاكثر	المجموع
تعمل	ك	8	0	2	10
	%	80,0	,0	20,0	100,0
لا تعمل	ك	13	6	11	30
	%	43,3	20,0	36,7	100,0
متوفية	ك	3	5	4	12
	%	25,0	41,7	33,3	100,0
المجموع	ك	24	11	17	52
	%	46,2	21,2	32,7	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (137) ان اتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي ينتمين الى اسر صغيرة الحجم متكونة من (3–5) افراد بنسبة قدرت 46.2% مقابل 32.7% منهن تنتمي الى اسر كبيرة الحجم أي تتكون اكثر من9 افراد في حين 21.2% منهن تنتمي الى اسر متوسطة متكونة (6–8) افراد وعند ادخالنا متغير المستقل مهنة الام وجدنا ان اغلبية امهات المبحوثات اللواتي تنتمين الى اسر صغيرة الحجم لا تعمل بنسبة تقدر ب43.3% مقابل 36.7% من المبحوثات اللواتي تنتمين الى اسر كبيرة الحجم امهاتهن لا تعمل في حين سجلنا اقل نسبة من الامهات اللواتي لا تعمل بالنسبة

للمبحوثات اللواتي تنتمين الى اسر متوسطة وقدرت ب20% بينم الاقلية منهم فقط تشتغل وقدرت نسبتهن ب19.2% منهن 80% منهن امهات المبحوثات اللواتي ينتمون الى اسر صغيرة الحجم .

يتضح من هذه النتائج ان اغلبية امهات المبحوثات هن عاطلات عن العمل أي ماكثات بالبيت وهذا يرجع نوعا ما لطبيعة المجتمع الجزائري الذي يعيب في عمل المراة خاصة اؤلئك الذين تزوجن في السنوات التي كانت تعاني منها الجزائر بطالة مرتفعة وحالة اقتصادية متدهورة مما جعل الزوج هو الشخص الوحيد الذي ينفق على الاسرة ومع الازمة الاقتصادية وتسريح العمال اصبحت الاسرة تعاني ظروف اقتصادية سيئة مهما كان حجمها فاصبحت لا تلبي ضروريات افردها واصبحت الام مع هذه الاوضاع لا تستطيع توفير الرعاية الازمة لافراد اسرتها اما في حالة وفاة الاب وبقاء الام وهي عاطلة عن العمل يضطر الاقارب الى اعانة العائلة او خروج الام للعمل او البحث عن سبل اخرى لاعانة افراد اسرتها وقد تدفع بالبنت في سن العمل تحمل مسؤوليات الاسرة حسب مرتبتها بين افرد الاسرة والتي تحتل المرتبة الوسطى والكبرى مما يدفعها للخروج للبحث عن عمل وبالتالي تصطدم بواقع تكثر فيه المسومات و الافات قد تعرضها للهروب من تلك الحالة و التوجه الى العمل وخضوعها لرب العمل او التوجه الى سلوكيات منحرفة قصد تحقيق مالم تستطيع الاسرة تحقيقها لها .

ب- اثر عمل المراة في تعرضها للاصابة بفيروس السيدا

جدول رقم (138):توزيع افراد العينة العزباء حسب العمل وطبيعته وطرق الاصابة

العمل وطبيعته / طرق الاصابة			عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
تعمل	في الادارة	ك	7	0	7
		%	100,0	,0	100,0
	تقنية في الصحة	ك	4	0	4
		%	100,0	,0	100,0
	مساعدة تربوية	ك	2	0	2
		%	100,0	,0	100,0
	حلاقة	ك	1	1	2
		%	100,0	,0	100,0
	بائعة	ك	1	1	2

		%	50,0	50,0	100,0
	المجموع	ك	15	2	17
		%	88,2	11,7	100,0
لا تعمل		ك	18	17	35
		%	51,3	48,6	100,0
	المجموع	ك	18	17	35
		%	51,4	48,6	100,0
المجموع	لا تعمل	ك	18	17	35
		%	51,4	48,6	100,0
	تعمل في الادارة	ك	7	0	7
		%	100,0	,0	100,0
	تقنية في الصحة	ك	4	0	4
		%	100,0	,0	100,0
	مساعدة تربوية	ك	2	0	2
		%	100,0	,0	100,0
	حلاقة	ك	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,
	بائعة	ك	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,0
	المجموع	ك	33	19	52
		%	63,5	36,5	100,0

من خلال الجدول رقم (138) يتضح لنا ان اغلبية المبحوثات للوتي لا تعملن صرحن ان سبب اصابتهن كان عن طريق الزنا وقدرت نسبتهن ب51.4% مقابل 88.2% هن يعملن في حين سجلنا اقل نسبة تدر ب11.7% للواتي تعملن وكان سبب اصابتهن عن طريق البغاء مقابل 48.6% هن لا تعملن ومن خلال معرفة مدى ارتباط المتغيرات قمنا بحساب كي مربع فوجدناه يساوي 6.726 بدرجة حرية تقدر ب5 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.242 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 11.07 أي ان كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يفسر على عدم وجود علاقة بين المتغيرات وان هناك عوامل اخرى مساعدة على

تعرض المراة لفيروس السيدا وتلك النتائج تفسر ان الوضع الاقتصادي يعتبر اهم عامل يفرض على المراة للخروج الى ميدان العمل رغم مستواها التعليمي متدني من اجل الحصول على المال لتلبية حاجيتها ومساعدة اسرتها من جهة كما يدفع المراة من جهة اخرى للخروج لشارع بحثا عن بدائل للعطف و الحنان الاسري وهذا ما يوضحه الجدول التالي .

جدول رقم (139): توزيع افراد العينة العزباء حسب نوع الاقامة و نوعية دخل الاسرة

نوع الاقامة / نوعية الدخل		ضعيف	متوسط	عالي	المجموع
مع الاهل	ك	10	11	0	21
	%	47,6	52,4	,0	100,0
في الشارع	ك	13	0	0	13
	%	100,0	,0	,0	100,0
مع الاصدقاء	ك	10	8	0	18
	%	55,6	44,4	,0	100,0
المجموع	ك	33	19	0	52
	%	63,5	36,5	,0	100,0

يتضح من الجدول رقم (139) ان اغلبية المبحوثات صرحن ان دخل اسرهم ضعيف بنسبة قدرت ب63.5% وعند ادخال متغير نوع اقامة المبحوثة وجدنا ان اغلبيتهن يعشن مع الاهل ذو دخل متوسط بنسبة قدرت ب52.4% مقابل 25% من المبحوثات يقمون بالشارع وينتمون لاسر ذو دخل ضعيف كما سجل نسبة 55.6 % من المبحوثات اللاتي تنتمين الى اسر ذو دخل ضعيف تقمن مع الاصدقاء وهذه النتائج تفسر ان اغلبية المبحوثات بسبب الوضع الاسري لجئن للاقامة مع الاصدقاء او الهروب الى الشارع بحثا عن مؤوى يعوضهم النقص من الاعباء المعيشية .

ج- اثر مستوى الدخل في تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا

تبعا لانتائج البيانات السابقة يعتبر المستوى الدخل الاسري للمبحوثات بمقارنته بما تتطلبه الظروف المعيشية الحالية عامل اساسي قد يعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا نتيجة تهيئة اوضاع مشجعة ومحفزة لسلوك غير سوى لتلبية حاجاتها او لرفع مستوى معيشتها .

جدول رقم (140):توزيع افراد العينة العزباء حسب مقدار الدخل ومدى تلبية الحاجيات

احتمالات / نوعية دخل الاسرة		يلبي	لا يلبي	المجموع
ضعيف	ك	7	26	33
	%	21,2	78,8	100,0
متوسط	ك	10	9	19
	%	52,6	47,4	100,0
المجموع	ك	17	35	52
	%	32,7	67,3	100,0

يتضح من جدول رقم (140) ان اغلبية المبحوثات صرحن ان الدخل الاسري لا يلبي حاجياتهن بنسبة قدرت ب67.3% مقابل 23.7% منهن صرحن ان الدخل الاسري يلبي حاجيتهن الضرورية بينما وعند ادخال المتغير نوعية الدخل الاسري لاحظنا ان 78.8% منهن ينتمين لاسر مقدار الدخل فيه ضعيف أي اقل من 18000دج فهذا الدخل لا يلبي الحاجيات الضرورية مع غلاء المعيشة فهو بالكاد يلبي الحاجيات الضرورية من الاكل و الشرب بينما قدرت نسبة 52.6% من المبحوثات اللواتي تنتمين الى اسر دخلها متوسط اي من 28000 الى38000دج فهذا المدخول يلبي نوعا ما حاجيات المبحوثات وذالك حسب حجم الاسرة وغلاء المعيشة ولمعرفة مدى ارتباط النتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة ب6.718 بدرجة حرية تقدر ب1 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.010 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 1ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 3.84 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين

المتغيرين مما يجعلنا نستنتج ان لدخل الاسري اثر كبير في تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا نظرا لكون الدخل الاسري له اهمية في اشباع حاجيات افراد الاسرة واساس سعادتها فالفقر وضعف الدخل قد يكون له اثار سلبية على افراد الاسرة وبالاخص المراة ،لان عدم قدرة الأسرة على توفير الحاجات المراة يدفعها إلى البحث عن الزوج للكسب المادي لتوفير الحاجات التي لم تستطع الأسرة أن توفرها لها كما قد يدفعها للخروج الى العمل في سن مبكر من أجل تقديم الدعم إلى الأسرة و المساهمة في الدخل الأسري، وذلك من خلال العمل في وسط المسومات يعرضها لفقدان شرفها و العيش في الشوارع او سلوك سلوكيات منحرفة تكسب من خلالها حاجياتها في ظل ظروف مساعدة على ذالك

والجدول الموالي يوضح ذالك:

جدول رقم (141):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوعية الدخل ونوع الاقامة

نوع الاقامة / نوعية الدخل الاسري		مع الاهل	في الشارع	مع الاصدقاء	المجموع
ضعيف	ك	12	7	14	33
	%	57,1	53,8	77,8	100,0
متوسط	ك	9	6	4	19
	%	42,9	46,1	22,2	100,0
المجموع	ك	21	13	18	52
	%	40,4	25,0	34,6	100,0

اتضح من خلال تحليلنا للجدول السابق ان هناك علاقة بين نوعية دخل الاسرة وتلبية الحاجيات ولتاكيد هذه العلاقة شكلنا الجدول رقم (141) الذي يوضح مدى تاثير الدخل الاسري على نوع الاقامة للمبحوثات حيث صرحن اغلبية المبحوثات انهن يعيشن مع الاهل بنسبة قدرت ب40.4% و 34.6% يعشن مع الاصدقاء بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي هن في الشارع وقدرت نسبتهن ب25%

وعند ادخالنا للمتغير المستقل نوعية الدخل لاحظنا ان 77.8% منهن صرحن انهم تعيشن مع الاصدقاء وينتمون لاسر ذو دخل ضعيف مقابل 57.1% يعشن مع الاهل بينما سجلنا 42.9% من اللواتي يعشن مع الاهل و ذو دخل متوسط مقبل 46.1% من المبحوثات اللواتي تعشن في الشارع وهذه النتئج تجعلنا

نستنتج ان كلما كان الدخل الاسري للاسرة ضعيف كلما كانت نوعية اقامة المبحوثات مستقلة عن الاهل والعكس صحيح ومنه فان فقر الاسرة له تاثيرات سلبية على المراة مما تدفعها للعيش مستقلة عن الاسرة وقد تعرضها للاصابة بفيروس السيدا في غياب السند الاساسي لها وهذا لا ينفي ايضا تعرض المراة التي تعيش مع اهلها اثر عوامل اخرى مساعدة لاصابتها بفيروس السيدا .

جدول رقم (142):توزيع افراد العينة العزباءحسب نوعية دخل الاسرة وطرق الاصابة بفيروس السيدا

نوعية دخل الاسرة / طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
ضعيف	ك	15	18	33
	%	45,5	54,5	100,0
متوسط	ك	18	1	19
	%	94,7	5,3	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

من خلال الجدول رقم (142) يتضح لنا ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبن بفيروس السيدا كان عن طريق الزنا بنسبة قدرت ب63.5% مقابل 36.5% منهن اصبن عن طريق البغاء ومن الواضح ان المبحوثات اللواتي تعرضنا للاصابة بفيروس السيدا اغلبيتهن ينتمون الى اسر ذو دخل ضعيف بنسبة قدرت ب63.5% منهن 54.5% اصبن عن طريق البغاء و 45.5% منهن اصبن عن طريق الزنا في حين سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي ينتمون الى اسر ذو دخل متوسط بنسبة قدرت ب36.5% منهن 94.7% اصبن عن طريق الزنا مقابل 5.3% عن طريق البغاء ولمعرفة مدى ترابط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة ب7.523 بدرجة حرية تقدر ب1 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.006 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 1ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 3.84 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين المتغيرين .

د- اثر نوعية السكن في تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا

قد تلجا بعض الأسر إلى السكن في الأماكن مزدحمة و غير صحية بسبب عجزها المادي كما فد تشغل الأسرة الكبيرة مسكنا صغيرا يتسبب بعدم الراحة النفسية و عدم إتاحة الفرص للتفاهم بين أفراد الأسرة الواحدة وعليه فان نوعية السكن له اثر واضح على سلوك الفرد ويشكل فارق في المدينة و الريف وهذا مايوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (143):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوعية السكن ومنطقة السكن

نوع السكن / منطقة السكن		ريفي	حضري	المجموع
بيت تقليدي	ك	21	2	23
	%	91,3	8,7	100,0
شقة	ك	8	16	24
	%	33,3	66,7	100,0
اخرى	ك	0	5	5
	%	,0	38,5	100,0
المجموع	ك	29	23	52
	%	55,8	44,2	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (143) ان اغلبية المبحوثات تنحدرن من المنطقة الريفية بنسبة تقدر ب55.8% مقابل 44.2% منهن ينحدرن من المنطقة الحضرية وعند ادخال المتغير المستقل نوع السكن نلاحظ ان اغلبية المبحوثات صرحن انهن يسكن في شقق بنسبة قدرت ب46.1% منهن 66.7% ينحدرن من المنطقة الحضرية و 33.3% من المنطقة الريفية بينما المبحوثات اللواتي صرحن انهن تسكن في بيت تقليدي فهن ينحدرن من المنطقة الريفية وبلغت نسبتهن ب91.3% مقابل 8.7% منهن ينحذرن من المنطقة الحضرية في حين سجلنا اقل نسبة للواتي صرحن انهن تسكن في مساكن اخرى المتمثلة في منطقة العبور و المساكن الفوضوية والتي قدرت ب38.5% من المنطقة الحضرية فمن خلال هذه النتائج نستنتج ان تباين نوعية السكن بين الريف و المدينة يعكس نمط ثقافي

قد يؤثر على سلوك المراة داخل الاسرة ، فعدم توفر المسكن الصحي و عدم تناسب السكن مع حجم الأسرة وافتقاره للمرافق و الخدمات الأساسية يمثل من جهة عاملا لارتفاع المشكلات الاجتماعية كالمشاجرات العائلية و الخيانة الزوجية والطلاق و تشرد الأطفال..لخ ، وقد تلجا بعض الأسر إلى السكن في أماكن مزدحمة و غير صحية بسبب عجزها المادي نتيجة غلاء أسعار البيوت والشقق،الأمر الذي أدى إلى ارتفاع عمر الزواج بين الشباب وزيادة معدلات العنوسة بين كثير من الفتيات فهذا النوع من السكن قد يتسبب في عدم الراحة النفسية للمراة ويدفعها للخروج و التنقل في الطرقات بحثا عن الراحة النفسية ومنه الى الانحراف، و هذا ما يدل على اثر نوعية السكن في تغيير سلوك افردها وتعرضهم للاصابة بامراض مختلفة ومن بينها مرض السيدا .

جدول قم (144):توزيع افراد العينة العزباء حسب نوع السكن و حجم الاسرة

عدد الغرف / حجم الاسرة		3-5	6-8	9 فاكثر	المجموع
3-1	ك	14	10	0	24
	%	58,3	41,7	,0	100,0
6-4	ك	12	9	5	26
	%	46,2	34,6	19,2	100,0
7 فاكثر	ك	0	0	2	2
	%	,0	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	26	19	7	52
	%	50,0	36,5	13,5	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (144) ان اغلبية المبحوثات تعيشن في اسر صغيرة الحجم وقدرت نسبتهن ب50% مقابل 36.5% ينتمون الى اسر متوسطة الحجم بينما اقل نسبة وقدرت ب13.5% ينتمون الى اسر كبيرة الحجم ولمعرفة مدى تاثير حجم الاسرة على المراة ادخلنا المتغير المستقل عدد الغرف فلاحظنا ان اغلبية المبحوثات صرحنا ان عدد الغرف تتراوح مابين 4-6 غرف بنسبة قدرت

ب 50% مما يدل على اتساع المكان ولكن لا يدل على استعابه لعدد افراد الاسرة خاصة اذا كان الحجم متوسط اوكبير ويقطن فيه افراد متزوجين من الاخوة فوجدنا 46.2% منهن صرحن ان اسرهم ذو الحجم الصغير مقابل 34.6% اسرهم ذو الحجم المتوسط بينما المبحوثات اللواتي تنتمي الى اسر ذو حجم متوسط فقدرت نسبتهن ب36.5% واغلبيتهم يسكنون في مساكن ضيقة يتراوح عدد غرفها بين 1–3 غرف بنسبة قدرت ب41.7% و 34.6% يسكنون في مساكن عدد غرفها تتراوح مابين 4–6 غرف وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان كلما اقل حجم الاسرة كلما كان المكان متسع وكلما ارتفع كثر الازدحام في المسكن مما قد يؤثر على العلاقات الاسرية وعليه يقودنا هذا إلى استخلاص أن ازدحامهم دليل على العجز المادي و أن المسكن المزدحم يتيح الفرص لتقارب الأمزجة و الحقوق و الوجبات مما يجعل الحياة فيه نزاعا مستمر و تقل فيه الحشمة مما يؤثر على انحراف المراة بتطلعها المبكر على الامور الجنسية ، أما بقية أفراد العينة الذين يسكنون بمسكن عدد غرفه 4–6 غرف تتراوح نسبتهم 46.2.% ينتمون إلى حجم اسري اقل من 6 افراد مما يدل على أن مستواهم الاقتصادي لا باس به وأن المسكن واسع فتعرضهم للإصابة بسبب انحرافهم الذي كان نتيجة لاضطراب في التنشئة الاجتماعية.

وعلى العموم النتائج السابقة من تفاوت في النسب تعبر بشكل تقريبي على وضعية ضعيفة لسر المبحوثات فحجم الاسرة و ما تحتويه من غرف يسمح للاسرة بممارسة كل أدوار عملية التنشئة الاجتماعية من جهة كما يسمح للفرد ان ينموا وينشا تنشئة سليمة وصحية بما توفره له من فضاء واسع الذي يؤثر على تحركات الافراد ونوعية علاقاتهم ، فا لمسكن الواسع يتيح مجال مريحا للعلاقات الاسرية و هذا يتطلب في المقابل مستوى إقتصادي معين وبيئة معينة و منه نستنتج أن الوضع الاقتصادي للأسرة هو المسئول عن تغيير سلوك أفرادها و كذا عن تكوين أخلاقيات افرادها بوجه عام واخلاقيات المراة بوجه خاص فبتالي نجدها تهتم ببعض الممارسات و سلوكيات الانحرافية تعبر من خلالها عن عدم رضاها و قبولها للوضع الاقتصادي الذي تعيش فيه.

ج- اثر مستوى الحي في تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا

يختلف تاثير الحي حسب طبيعته فقد تكون طبيعة الحي مساعدة على تنفيس الانحراف الذي يعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا من خلال طابعه التجاري المزدحم الملئ بالصخب و المعملات التي تسيطر عليها اساليب الاتصال بين الجنسين عن طريق المقاهي و المساحات الخضراء و الازقة

و الطرقات والتي تشجع ممارسة السلوك المنافي للاداب ، او قد يكون الحي غير ملائم مع ابسط شروط الاسكان و الخدمات مثل الارياف فهذا قد يجعل الحي بؤرة فساد او يشكل اوكار يسهل فيها تحقيق الاهداف المنحرفة والجداول التالية يوضح ذالك كتالي :

جدول رقم (145):توزيع افراد اعينة العزباء حسب مستوى الحي ومنطقة السكن

مستوى الحي / منطقة السكن		حضري	ريفي	المجموع
حي قصديري	ك	12	1	13
	%	92,3	7,7	100,0
مجمع سكاني	ك	7	22	29
	%	24,1	75,9	100,0
حي شعبي	ك	10	0	10
	%	100,0	,0	100,0
المجموع	ك	29	23	52
	%	55,8	44,2	100,0

يتضح من الجدول رقم(145) ان اغلبية المبحوثات تنحدرن من المنطقة الحضرية بنسبة قدرت ب55.8% وقد صرحن انهن ينتمون الى حي قصديري بنسبة قدرت ب92.3% بينما المبحوثات اللواتي ينحدرن من المنطقة الريفية بلغت نسبتهن ب44.2% وصرحن انهن ينحدرن من المجمع السكني بنسبة قدرت ب75.9% ومن خلال هذه النتائج نستنتج ان الاحياء التي تقطن فيها المراة المتعايشة بفيروس السيدا هي في الغالب احياء شعبية او متوسطة وتوجد في المدن الكبرى لكونهم انهم هم من اتوا من الريف للبحث عن سبل العيش او هروبا من الارهاب وكونوا بيوت قصدرية التي تكون غير منتظمة وعشوئية ومحرومة من كل سبل العيش حيث يكثر فيها الانحراف وتقل فيها عملية الضبط الاجتماعي مثله مثل المجمع السكني في الريف الذي يفتقد للابسط الخدمات الاجتماعية وتكون

فيه الظروف المعيشية صعبة وغير ملائمة والتي بامكانها ان تعرض شبابها لسلوك الانحرافي وجدول الموالي يوضح ذالك.

جدول رقم (146):توزيع افراد العينة العزباء حسب مستوى الحي ونوع الانحرافات التي تتواجد فيه

نوع الانحرافات في الحي / مستوى الحي		المخدرات	البغاء	الاثنين معا	المجموع
حي قصديري	ك	9	4	0	13
	%	69,2	30,8	,0	100,0
مجمع سكاني	ك	5	11	13	29
	%	17,2	37,9	44,8	100,0
حي شعبي	ك	10	0	0	10
	%	100,0	,0		100,0
المجموع	ك	24	15	13	52
	%	46,1	28,9	25,0	100,0

يتضح من الجدول رقم (146) ان اغلبية المبحوثات صرحن ان نوع الانحرافات الموجودة في الحي وهي المخدرات بنسبة 46% وهي اكثر ظهور في الاحياء الشعبية و القصدرية بنسبة قدرت على التالي ب100% و69.2% تم تليها المبحوثات اللواتي صرحن ان البغاء هو ثاني الانحرافات الاكثر شيوعا في الحي بنسبة قدرت ب28.9% وهي اكثرها انتشار في المجمع السكاني بنسبة قدرت ب37.9% بينما سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي صرحن ان كلا الانحرف منتشرين على مستوى الحي بنسبة قدرت ب25% وهذا النوع من الانحراف اكثر انتشارا في المجمع السكني بنسبة قدرت ب44.8% وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان للحي دور كبير في تعرض المراة بفيروس السيدا في ظل التغيرات الاجتماعية الحاصلة في المجتمع والتي تجعل من المراة امام ضغوط الحياة تتخذ سبلا

غير شرعية وغير اخلاقية كمنفذ لتحقيق رغباتها ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فوجدناه يساوي 7.062 بدرجة حرية تقدر ب2 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.029 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية2 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 5.099 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين المتغيرين.

جدول رقم (147): توزيع افراد العينة العزباء حسب مستوى الحي وطرق الاصابة

طرق الاصابة / مستوى الحي		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	المجموع
حي قصديري	ك	11	2	13
	%	84,6	15,4	100,0
مجمع سكاني	ك	12	17	29
	%	41,4	58,6	100,0
حي شعبي	ك	10	0	10
	%	100,0	,0	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

يتضح من الجدول رقم (147) ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبنا عن طريق الزنا تختلف نسبتهن عبر الاحياء الا ان اكبر نسبة هي للواتي يقطن احياء قصدرية وقدرت ب84.6% بينما نسبة اللواتي اصبن عن طريق البغاء فاغلبيتهن ينحدرن من المجمع السكني وقدرت ب58.6% لكون هذا الاخير يفتقر لمخططات اجتماعية وصحية تلبي حاجيات السكان .

جدول رقم (148):توزيع افراد العينة العزباء حسب منطقة السكن وطرق الاصابة

طرق الإصابة / منطقة السكن		عن طريق الزنا	عن طريق لبغاء (الدعارة)	المجموع
ريفية	ك	13	8	21
	%	61,9	38,1	100,0
حضرية	ك	20	11	31
	%	64,5	35,5	100,0
المجموع	ك	33	19	52
	%	63,5	36,5	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (148) ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبنا عن طريق الزنا ينحدرن من المناطق الحضرية بنسبة قدرت ب64.5% مقابل 61.9% منهن ينحدرن من الريف بينما المبحوثات اللواتي اصبنا عن طريق البغاء فاغلبيتهن ينحدرن من المناطق الحضرية بنسبة قدرت ب35.5% مقابل 38.1% من المبحوثات تنحدرن من المناطق الريفية ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فوجدناه يساوي 0.037بدرجة حرية تقدر ب1 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.848في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية1 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 3.084 أي ان كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود دلالة احصائية بين المتغيرين مما يدل على ان منطقة سكن المراة المتعايشة بفيروس السيدا لايرتبط بالفروق الكمية بقدر ما يرتبط بالفروق الكيفية للمنطقتين المختلفتين اجتماعيا وثقافيا واقتصاديا فنلاحظ ان المراة التي تقطن في المنطقة الحضرية تتعرض لزنا والبغاء بنسب متقاربة نوعا ما ،عكس المراة التي تقطن في المنطقة الريفية فتكون اكثر عرضة لزنا من البغاء وان المراة التي تقطن في المنطقة الحضرية اكثر عرضة للاصابة بفيروس السيدا من المراة التي تقطن في المنطقة الريفية .

ثانيا: تحليل البيانات الخاصة بفئة التي سبق لها الزواج

في هذا القسم ارتاينا لتحليل بيانات الفرضية الثانية بالنسبة للمراة المتعايشة بفيروس السيدا لفهم اسباب تعرضها للاصابة ولاعتبار العامل الاقتصادي من اهم العوامل الموضوعية التي ترتكز عليها البحوث الاجتماعية في تحديد الوضع المعيشي الذي يؤثر على بنية الاسرة واستقرارها .

مما لاشك فيه ان تدني الحالة الاقتصادية لاية اسرة لا يسمح بتلبية جميع متطلباتها وتلعب البطالة وغلاء المعيشة دورا فعلا في تشكيل ظغوطا قد تدفع بالعديد الى ممارسة بعض انواع السلوك الممنوع او المرفوض اجتماعيا ،وللكشف عن هذا العامل الاقتصادي اعتمدنا على مجموعة من المؤشرات وهي الوضع المهني للمبحوثات ، ومستوى الدخل الاسرة ونوع العمل،نوع السكن وصفته ،نوع الحي ومدى تأثيرها وعلاقتها بتعرضها بفيروس السيدا وبهذا قمنا بختبار الفرضية كتالي :

ثانيا: تحليل البيانات الخاصة بفئة التي سبق لها الزواج

في هذا القسم ارتاينا لتحليل بيانات الفرضية الثانية بالنسبة للمراة المتعايشة بفيروس السيدا لفهم اسباب تعرضها للاصابة ولاعتبار العامل الاقتصادي من اهم العوامل الموضوعية التي ترتكز عليها البحوث الاجتماعية في تحديد الوضع المعيشي الذي يؤثر على بنية الاسرة واستقرارها .

مما لاشك فيه ان تدني الحالة الاقتصادية لاية اسرة لا يسمح بتلبية جميع متطلباتها وتلعب البطالة وغلاء المعيشة دورا فعلا في تشكيل ظغوطا قد تدفع بالعديد الى ممارسة بعض انواع السلوك الممنوع او المرفوض اجتماعيا ،وللكشف عن هذا العامل الاقتصادي اعتمدنا على مجموعة من المؤشرات وهي الوضع المهني للمبحوثات ، ومستوى الدخل الاسرة ونوع العمل،نوع السكن وصفته ،نوع الحي ومدى تأثيرها وعلاقتها بتعرضها بفيروس السيدا وبهذا قمنا بختبار الفرضية كتالي :

أ- اثر الوضعية المهنية للمراة التي سبق لها الزواج في تعرضها للاصابة بفيروس السيدا

جدول رقم (149): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى العمل والحالة المدنية

مدى العمل / الحالة المدنية		مطلقة	ارملة	متزوجة	المجموع
تعمل	ك	8	8	28	44
	%	18,2	18,2	63,6	100,0
لا تعمل	ك	29	22	18	69
	%	42,0	31,9	26,1	100,0
المجموع	ك	37	30	46	113
	%	32,7	26,5	40,7	100,0

من خلال الجدول رقم (149) يتضح ان اغلبية المبحوثات هن متزوجات قدرت نسبتهن ب40.7% صرحن انهن تعملن بنسبة قدرت ب63.6%مقابل 26.1% صرحن انهن لا تعملن بينما قدرت نسبة المبحوثات المطلقات اللوتي لا تعملن ب42% مقابل 18.2% منهن تعملن في حين سجلن اقل نسبة عند المبحوثات الارامل اللواتي تعملن وقدرت نسبتهن ب18.2% مقابل 31.9% من المبحوثات اللواتي صرحن انهن لا تعملن فهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان الاسرة التي تعمل فيها الزوجة تدل على وضع معيشي يضطلع للعديد من الادوار يجعلها احينا في موضع قد يسهل لها متطلبات الوظيفة والجدول الموالي يوضح ذالك

جدول رقم (150):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب مدى العمل و منطقة السكن

مدى العمل / منطقة السكن		ريفية	حضرية	المجموع
تعمل	ك	7	37	44
	%	15,9	84,1	100,0
لا تعمل	ك	30	39	69
	%	43,5	56,5	100,0
المجموع	ك	37	76	113
	%	32,7	67,3	100,0

يتضح من الجدول رقم (150) ان اغلبية المبحوثات صرحن انهن ينحدرنا من المنطقة الحضرية بنسبة قدرت ب67.3% مقابل 32.7% منهن تنحدرن من المنطقة الريفية وعند ادخالنا لمتغير المستقل مدى العمل لاحظنا ان اغلبية المبحوثات اللواتي تعملن تنحدرن من المنطقة الحضرية وقدرت نسبتهن ب84.1% مقابل 15.9% من المبحوثات اللواتي تنحدرنا من المنطقة الريفية تعملن بينما سجلنا نسبة قدرت ب56.5% من المبحوثات اللواتي تنحدرنا من المنطقة الحضرية لا تعملن مقابل 43.5% من المبحوثات اللواتي لا تعملن وتنحدرنا من المنطقة الريفية ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرات قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة ب7.605 بدرجة حرية تقدر ب1 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.006 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 1ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 3.84 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين المتغيرين ، وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان عمل المراة في المناطق الحضرية و الريفية اصبح ضرورة تفرضها ظروف تختلف بختلاف متطلبات الحياة لتغطية احتياجتها واحتياجات افراد اسرتها وتحت ضغط هذه المتطلبات الحياتية اليومية المتعددة قد تجد النساء انفسهن احينا في موقع اختيار صعب وامام وضعيات قد تسهل للبعض الاعباء يومية في حالة عدم عمل وذالك بخلق مشاكل او ممارسة سلوكيات منحرفة وللبعض الاخر تسهل لهم متطلبات الوظفية .

جدول رقم (151): توزيع افراد العينة حسب مدى العمل و طرق الاصابة

طرق الاصابة / مدى العمل		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
تعمل	ك	7	0	2	35	44
	%	15,9	,0	4,5	79,5	100,0
لا تعمل	ك	19	8	2	40	69
	%	27,5	11,6	2,9	58,0	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (151) يتضح ان اغلبية المبحوثات اللواتي كانت سبب اصابتهن بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج هن تعملن بنسبة قدرت ب79.5% مقابل 58% منهن لا تعملن بينما المبحوثات اللواتي كان سبب تعرضهن للفيروس عن طريق الزنا فاغلبيتهن لاتعملن وقدرت نسبتهن ب27.5% مقابل 15.9% منهن تعملن ، كما سجلنا نسبة 11.6% من المبحوثات الوتي كان سبب اصابتهن بفيروس السيدا عن طريق البغاء هن صرحن انهن لاتعملن وهذا لا يعني ان البغاء بدون مقابل أي غير ماجور فهو لا يعتبر مهنة معترف بها من قبل المجتمع ولا القانون في حين سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق نقل الدم وتعملن بنسبة قدرت ب4.5% مقابل 2.9% منهن لا تعمل ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرات قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة ب9.365 بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.025 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 3ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 7.82 أي ان كي

مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين المتغيرين ، وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان العمل قد يؤثر على المراة مهما كانت حالتها الاجتماعية باعتبارها الام والزوجة التي تضطلع بالعديد من الادوار، ويجعلها عرضة لفيروس السيدا سواء عن طريق الزوج او عن طريق سلوكيات مشجعة لتعرضها للاصابة كالانحراف او الاهمال من الجانب الصحي .

ب – اثر مستوى الدخل للاسرة المراة التي سبق لها الزواج في تعرضها للاصابة بفيروس السيدا

ان اهم ما يحدد الوظيفة الاقتصادية للاسرة هو وضعها الاقتصادي الذي يميزه مستوى دخلها المادي لدى نجد المهنة و الدخل هما عملان لدى المراة لنجاح واستقرار حياتها الزوجية فعن طريق مستوى الدخل تستطيع ان تحقق حاجيتها وحاجات افرد اسرتها ومسايرة الانماط المعيشية و النفسية و حتى السلوكية واذا ما انعدمت هذه الاخيرة دون وجود عائل فاننا نجد الكثير من النساء تفكر في طريقة اخرى تكون غالب في البحث عن بدائل و واقع مهني مغاير كمصدر لدخل ولفهم اسباب لجوء المراة لمثل هذا التفكير الذي يعتبر سبب مشجع لاصابتها بفيروس السيدا فرتاينا تحليل المؤشر مستوى الدخل وعلاقته بتعرض المراة التي سبق لها الزواج للاصابة بفيروس السيدا كالتالي :

جدول رقم (152): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل و العمل وطبيعته

العمل وطبيعته / نوعية الدخل		لا تعمل	تعمل			المجموع
			عاملة بالنظافة	عاملة بالادارة	اطار سامية في الادارة	
ضعيف	ك	39	35	2	0	76
	%	51,3	46,0	2,6	,0	100,0
متوسط	ك	4	3	2	0	9
	%	44,4	33,3	22,2	,0	100,0
عالي	ك	26	0	0	2	28
	%	92,9	,0	,0	7,1	100,0
المجموع	ك	69	38	4	2	113

	%	61,1	33,6	3,5	1,8	100,0

من خلال الجدول رقم (152) يتضح ان اغلبية المبحوثات لا تعملن بنسبة قدرت ب61.1% منهن من صرحنا ان نوعية دخل اسرتهن ضعيف بنسبة قدرت ب51.3% مقابل 46.0% من المبحوثات اللواتي تعملن بالنظافة و 2.6% منهن تعملن بالادارة بينما المبحوثات اللواتي لاتعملن وصرحن ان نوعية دخل اسرتهن متوسط فقدرت ب44.4% مقابل 33.3% منهن تعملن بالنظافة و 22.2% من تعملن بالادارة كما سجلنا 92.9% من المبحوثات اللواتي لا تعملن وصرحن ان مدخول اسرهن عالي مقابل 7.1% من المبحوثات اللواتي تعملن كاطار سامي بالادارة وهذه النتائج تدل على تاثير نوعية الدخل على الاسر اتجاه افرادها حيث ان الاسر التي تتمتع بمستوى دخل منخفض يكون هذا عائقا امام افراد الاسرة لتمتع وتلبية ابسط حاجاتهم الاجتماعية مما يدفع المراة لمساعدة زوجها ومشاركته في العمل الخارجي لتدعيم الحياة المعيشية خاصة بالنسبة للمراة التي فقدت زوجها عن طريق الوفاة او الطلاق فتكون مجبرة على العمل الخارجي لاعالة اطفالها مهما كان نوع او طبيعة العمل المتحصل عليه اما الاسر التي تتمتع بمستوى الدخل المتوسط والعالي فهي تتيح فرص عديدة لافراد اسرها وتغطية نوعا ما جميع احتياجتهم خاصة اذا كان الدخل الشهري يشترك فيه الزوجين الا ان هذا الدخل الشهرى لا يعني ان كل المبحوثات تتحصل عليه عن طريق الوظيف العمومي او الخاص لان هناك بعض المبحوثات المطلاقات يصرحن ان مقدار الدخل الشهرى وحده لا يلبي حاجيات افراد اسرهم لانه غير كافي ولكن عن طريق البغاء أي ممارسة الدعارة بمقابل فهذا المبلغ هو من يسدد حاجيتها وحاجات افرداسرتها ويرجع كل هذا لتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية الحاصلة في المجتمع الجزائري والتي ادت الى انخفاض المستوى المعيشي .

جدول رقم (153): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل وحجم الاسرة

نوعية الدخل / حجم الاسرة		3-5	6-8	9 فاكثر	المجموع
ضعيف	ك	48	20	8	76
	%	63,2	26,3	10,5	100,0
متوسط	ك	3	5	1	9
	%	33,3	55,5	11,1	100,0
عالي	ك	1	6	21	28
	%	3,6	21,4	75,0	100,0
المجموع	ك	52	31	30	113
	%	46,0	27,4	26,6	100,0

يتضح من خلال جدول رقم (153) ان اغلبية المبحوثات صرحن ان حجم اسرهم صغير يتراوح مابين 3-5 افراد بنسبة قدرت ب46% تم تليها نسبة 27.4% من المبحوثات اللواتي صرحن ان حجم اسرهم متوسط ويتراواح مابين 6-8 افراد ونسبة لا تقل اهمية وتقدر ب 26.6% من المبحوثات الذي يتكون حجم اسرهم من 9افراد فاكثر وعند ادخال المتغير المستقل نوعية الدخل لاحظنا ان اغلبية المبحوثات اللواتي صرحن ان حجم اسرهم صغيراكدوا ان نوعية دخل اسرهم ضعيف وقدرت نسبتهم ب63.2% مقابل 26.3% من المبحوثات اللواتي صرحن ان حجم اسرهم متوسط و10.5% من المبحوثات اللواتي صرحن ان عدد افراد اسرهم يتكون من 9فاكثر بينما المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية دخل اسرهم متوسط فوجدنا ان اغلبيتهن ذو حجم اسري يتراوح مابين 6-8 افراد أي حجم متوسط بنسبة قدرت ب55.5% مقابل 33.3% من المبحودات ذوي حجم اسري صغير و 11.1% من المبحوثات ذوي حجم كبير أي من 9 افراد فاكثر وسجلنا ايضا نسبة لباس بها من المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية دخل اسرهم عالي وهن ذو حجم اسري كبير أي من 9افراد فاكثر بنسبة قدرت

ب75% مقابل 21.4% من المبحوثات ذو حجم اسري متوسط و 3.6% من المبحوثات ذو حجم اسري صغير وهذه النتائج تدل على ان مستوى الدخل يتاثر بحجم الاسرة المبحوثة المصابة بفيروس السيدا ومنه نستطيع القول انه فعلا فيروس السيدا ينتشر بصفة اكبر عند المبحوثات ذو الدخل المنخفض الذي لايسمح تغطية مصاريف الحياة اليومية زيادة على ذالك عدد افراد اسرتها الذي يعتبر عبئا اقتصاديا ثقيلا بالنسبة للمراة المطلقة و الارملة بدون عمل .

جدول رقم (154): توزيع فراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل و مدى تلبية حاجات الاسرة

نوعية الدخل / مدى تلبية حاجات الاسرة		يلبي	لا يلبي	المجموع
ضعيف	ك	0	76	76
	%	,0	100,0	100,0
متوسط	ك	9	0	9
	%	100,0	,0	100,0
عالي	ك	28	0	28
	%	100,0	,0	100,0
المجموع	ك	37	76	113
	%	32,7	67,3	100,0

من خلال الجدول رقم (154)يتضح ان اغلبية المبحوثات صرحن ان الدخل ضعيف ولا يلبي حاجيات الاسرة بنسبة قدرت ب67.3% مقابل 32.7% من المبحوثات اللواتي صرحن ان الدخل يلبي حاجات الاسرة منهم 24.8% ذوي الدخل العالي وبالتقريب 8% ذوي الدخل المتوسط وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان هناك علاقة عكسية بين نوعية الدخل ومدى تلبية حاجات الاسرة وعليه عدم تلبية حاجات

الاسرة الضرورية انعكسات كثيرة على الاسرة والحياة الزوجية وقد يكون انعدامها سبب شعور المراة بالحرمان و الدونية وهذا الشعور قد يدفعها الى خلق المشاكل مع زوجها او قد يدفع المراة المطلقة و الارملة الى تبني سلوك منحرف لسد حاجاتها وهذا مايفسر سبب انتشار فيروس السيدا لدى الفئات اللواتي لاتلبى حاجياتهن الضرورية بسبب الدخل الضعيف .

جدول رقم (155):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل ونوعية الاقامة

نوعية الدخل \ نوعية الاقامة		مع الاهل	مع اهل الزوج	مستقلة	المجموع
ضعيف	ك	6	20	50	76
	%	7,9	26,3	65,8	100,0
متوسط	ك	3	5	1	9
	%	33,3	55,5	11,1	100,0
عالي	ك	1	10	17	28
	%	3,6	35,7	60,7	100,0
المجموع	ك	10	35	68	113
	%	8,8	31,0	60,2	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (155) ان اغلبية المبحوثات تعيشن مستقلة عن اهلهم بعد الزواج بنسبة قدرت ب60.2% تم تليها المبحوثات اللواتي تعيشن مع اهل الزوج بنسبة قدرت ب31% بينما سجلنا نسبة قليلة وقدرت ب8.8% من المبحوثات اللواتي تعيشن مع الاهل ومع ادخال متغير نوعية الدخل لاحظنا ان اغلبية المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية اقامتهن مستقلة نوعية مدخولهم ضعيف وقدر ب65.8% مقابل 26.3% من المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية اقامتهن مع اهل الزوج وسجلنا

اقل نسبة عند اللواتي نوعية اقامتهن مع الاهل وقدرت نسبتهن ب7.9% ، بينما المبحوثات اللواتي اللواتي صرحن ان نوعية مدخل عالي فاغلبيتهن يقمن في مساكن مستقلة بنسبة قدرت ب60.7% مقابل 35.7% من المبحوثات تقيمن مع اهل الزوج و 8.8% منهن تقمن مع الاهل في حين سجلنا اقل نسبة عندا اللواتي صرحن ان نوعية الدخل متوسط فكانت اغلبية اجابات المبحوثات انهن تقمن مع اهل الزوج بنسبة قدرت ب55.5% و33.3% من المبحوثات صرحن انهن تقمن مع الاهل في حين سجلنا 11.1% فقط عند المبحوثات اللواتي صرحنا انهن يسكن في مسكن مستقل وهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان مهما اختلفت نوعية الاقامة للمراة المصابة بفيروس السيدا الا ان نوعية الدخل تؤثر على نمط عيش الاسرة و لكون اغلبية المبحوثات تسكن في مسكن مستقل بغض النظر عن السكن مع أهل الزوج أوأهل الزوجة ، فهذه الاقامة متأثرة بجملة من الظروف والاقتصادية يميزها نوعية الدخل فمهما كان نوعه فهو يجلب من جهة مشاعر التخوف من وقوع التصادم في العديد من الأمور مع الأهل، والتي تؤدي عادة إلى إثارة الخلافات ومشاكل اسرية ، ومن جهة اخرى يعبر عن حقيقة الواقع المعاش للأفراد المتزوجين في المجتمع الجزائري ، والذي يرجع عادة إلى إما أزمة السكن أو صعوبة الحصول على مسكن الناتجة عن غلاء الأسعار والمعيشة معا، وإما إلى التقاليد التي لا زالت تفرض على المتزوجين البقاء تحت سقف واحد مع أهل الزوج او الزوجة بعد الزواج .

جدول رقم (156): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية الدخل وطرق الاصابة

نوعية الدخل / طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
ضعيف	ك	22	8	2	44	76
	%	28,9	10,5	2,6	58,0	100,0
متوسط	ك	3	0	2	4	9
	%	33,3	,0	11,1	10,5	100,0
عالي	ك	1	0	0	27	28
	%	3,6	,0	,0	96,4	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (156) يتضح ان اغلبية المبحوثات اصبن عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب66.4% واغلبيتهن ذو دخل ضعيف وقدرت نسبتهن ب58% تم تلتها المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا بنسبة قدرت ب23% واغلبيتهن ايضا ذو دخل ضعيف وقدرت نسبتهن ب28.9% بينما سجلن اقل نسبة عند المبحوثات ذو دخل ضعيف واللواتي اصبن عن طريق البغاء او عن طريق نقل الدم وقدرت نسبتهن على التوالي ب10.5% و2.6% ولاحظنا ايضا ان المبحوثات ذوي الدخل العالي كان سبب اصبتهن عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية أي عن طريق الزوج بنسبة قدرت ب96.4% مقابل 3.6% عند المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا كما نجد اقل نسبة سجلت لدى المبحوثات ذوي الدخل المتوسط والذي كان سبب اصابتهن عن طريق الزوج و قدرت ب10.5% مقابل 33.3% عن طريق الزنا و11.1% عن طريق نقل الدم و لمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة ب15.299 بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.018 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية

6ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 12.59 أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود دلالة احصائية بين المتغيرين .

ج- اثر نوعية السكن في تعرض المراة التي سبق لها الزواج لفيروس السيدا

مما لا شك فيه ان للوضع السكني تاثيرات عديدة على حياة الفرد ولاسيما حياة المراة لكونها ركيزة الاسرة وذلك لما له من اهمية في تمييز المرتبة الاجتماعية للمراة داخل الاسرة وكذا يحدد نوع القيم الاجتماعية في المجتمع باعتباره المجال الوحيد الذي تتوجد فيه المراة و تتشكل فيه شخصيتها ولاسيما في علاقتها النفسية و الاجتماعية مع افراد الاسرة .

لذلك فان تدني الوضع السكني وعدم ملائمته للحياة الزوجين الى جانب سوء العلاقات الاسرية التي تجمع الاهل تحت سقف واحد التي من الممكن عن تنعكس سلبا على العلاقة الزوج بالزوجة من خلال حدوث خلافات ومشاكل يومية تؤثر على علاقتهم الحميمية ولاجل معرفة مدى تاثير الوضع السكني الذي يميزه ممتلكات الاسرة من غرف و المنزل او ادوات ...لخ على المراة و سلوكياتها من خلال المؤشرات التالية :

جدول رقم (157): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن وعدد افراد الاسرة

عدد افراد الاسرة / نوع السكن		3-5	6-8	9 فاكثر	المجموع
بيت تقليدي	ك	11	1	20	32
	%	34,4	3,1	62,5	100,0
فيلا	ك	6	0	2	8
	%	75,0	,0	25,0	100,0
شقة	ك	35	30	8	73
	%	47,9	41,1	11,0	100,0
المجموع	ك	52	31	30	113
	%	46,0	27,4	26,5	100,0

من الجدول رقم (157) يتضح ان اغلبية المبحوثات عدد اسرهم يتراوح مابين 3–5 افراد بنسبة قدرت ب46.9% تم تليها المبحوثات اللواتي صرحن ان عدد اسرهم يتراوح مابين 8–6 افراد بنسبة قدرت ب 27.4% في حين سجلنا نسبة المبحوثات اللواتي صرحنا ان عدد افراد اسرهم يتكون من 9 افراد فاكثر وعند ادخال المتغير المستقل نوع السكن لاحظنا ان اغلبية المبحوثات صرحن انهن يسكن الشقق بنسبة قدرت ب64.6% اذا لاحظنا ان اغلبيتهن صرحن ان عدد افرد اسرهن صغير يتراوح مابين 3–5 افراد وقدرت نسبتهن ب47.9%مقابل 41.1% من المبحوثات اللواتي صرحن ان عدد اسرهن متوسط أي مابين 8–6 افراد بينما سجلنا 62.5% من المبحوثات اللواتي صرحن انهن يسكن في بيت تقليدي ويتجاوز عدد افراد اسرهم من 9 افراد فاكثر مقابل 34.4% من المبحوثات اللواتي تسكن بيت تقليدي ويتراوح عدد افراده مابين 3–5 افراد في حين سجلنا اقل نسبة من المبحوثات اللواتي تسكن في فيلا بنسبة قدرت ب75% وعدد افرادها يتراوح مابين 3–5 افراد والتي تعبر عن اسر صغيرة مقابل 25% من المبحوثات عدد افراد اسرهم من 9افراد فاكثر والتي تعبر عن الاسر الكبيرة وهذا يجعلنا نستنتج ان المراة التي تنتمي الى اسر صغيرة وتسكن في الشقق اكثر تعرضا للاصابة بفيروس السيدا وهذا لا يعني ان باقي السكنات لاتؤثر على المراة وتجعلها عرضة للاصابة علما ان طبيعة نوع السكن له تاثيرات عديدة على المراة وحتى على الاشخاص الذين يشغلونه خاصة اذا كانت المسكن غير مهيئ بطريقة تستجيب لحاجات ورغبات المناخ الاسري السليم .

جدول رقم (158): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن ومنطقة الاقامة

نوع السكن / عدد الغرف		1-3	4-6	7فاكثر	المجموع
بيت تقليدي	ك	10	19	3	32
	%	31,2	59,4	9,4	100,0
فيلا	ك	0	2	6	8
	%	,0	25,0	75,0	100,0
شقة	ك	60	13	0	73
	%	82,2	17,8	,0	100,0
المجموع	ك	70	34	9	113
	%	61,9	30,1	8,0	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (158) أن النسبة البارزة والتي تقدر ب61.9% تمثل المبحوثات اللواتي يتوزعون بأعلى نسبة كانوا يقيمون في مسكن يتراوح عدد الغرف فيه ما بين 1-3 غرف بنسبة قدرت ب 82.2% للمسكن من نوع شقة، مقابل أدنى نسبة تقدر ب31.2% للمسكن من نوع بيت تقليدي، بينما سجلنا 30.1% للمبحوثات اللواتي صرحن انهن يقمون في مسكن عدد غرفه يتراوح مابين 4-6 غرف ويتوزعون بنسب اعلى تقدر ب59.4% للمسكن من نوع بيت تقليدي مقابل اقل نسبة 25% للمسكن من نوع فيلا و17.8% للمسكن من نوع شقة في حين سجلنا اقل نسبة للمبحوثات اللواتي صرحن انهن يقمن في مسكن عدد غرفه من 7 فاكثر يتوزعون باعلى نسبة قدرت ب75% للمسكن من نوع فيلا مقابل اقل نسبة قدرت ب9.4% للمسكن من نوع بيت تقليدي واذا قرنا نتائج هذا الجدول بالجدول السابق يتبين لنا مدى عدم التناسب الموجود بين عدد الأفراد وعدد الغرف في المسكن الواحد الذي تقيم فيه المبحوثات خاصة منهن اللواتي تعشن مع اهل الزوج او اهل الزوجة والجدول الموالي يوضح ذالك كتالي

جدول رقم (159):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن و نوعية الاقامة

نوعية الاقامة / نوع السكن		مع الاهل	مع اهل الزوج	مستقلة	المجموع
بيت تقليدي	ك	6	26	0	32
	%	18,7	81,2	,0	100,0
فيلا	ك	3	5	0	8
	%	37,5	62,5	,0	100,0
شقة	ك	1	4	68	73
	%	1,4	5,5	93,1	100,0
المجموع	ك	10	35	68	113
	%	8,8	31,0	60,2	100,0

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (159) ان اعلى نسبة قدرت ب60.2% تمثل المبحوثات اللواتي كونوا حياة مستقلة عن الاهل بعد زواجهم وتم توزيعهم باعلى نسبة قدرت ب93.1% في المسكن من نوع شقة مقابل لا شيء بالنسبة للانواع الاخرى بينما سجلنا 31% من المبحوثات اللواتي صرحن انهن يقمن مع اهل الزوج واغلبيتهن يتوزعن بنسبة قدرت ب81.2% في مسكن من نوع بيت تقليدي مقابل 62.5% من المبحوثات تقمن في مسكن من نوع فيلا و اقل نسبة قدرت ب5.5% يقمن في مسكن من نوع شقة في حين سجلنا اقل نسبة عند اللواتي صرحنا انهن يقمن مع الاهل أي اهلهن بنسبة قدرت ب 8.8% واغلبيتهن يتوزعن بنسبة قدرت ب18.7% في مسكن من نوع بيت تقليدي و 37.5% في مسكن من نوع فيلا و 1.4% في مسكن من نوع شقة فهذه التنائح تدل على مدى تغير المجتمع الجزائري اين اصبح الازوج يفضلنا السكن المستقل عن الاهل بعدما كان ذو طابع مشترك رغم غلاء المعيشة و ازمة السكن والذي يكون بارزا اكثر في المدن على غرار المناطق الريفية التي لزالت تحتفظ بالعادات و التقاليد في الاقامة مع الاهل بعد الزواج ، الا ان هذا التباين في نوع المسكن وعلاقته بنوعية الاقامة تدل على ان لسكن عدة تاثيرات سلبية على المراة سواء كانت حياتها مستقلة او تحت سقف واحد مع الاهل لارتباطه بعدة متغيرات اخرى توضحها الجداول التالية كتالي :

جدول رقم (160):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع السكن و المستوى المعيشي

نوع السكن / نوعية الدخل		ضعيف	متوسط	عالي	المجموع
بيت تقليدي	ك	23	5	4	32
	%	71,9	15,6	12,5	100,0
فيلا	ك	0	2	6	8
	%	,0	25,0	75,0	100,0
شقة	ك	53	2	18	73
	%	72,6	2,7	24,7	100,0
المجموع	ك	76	9	28	113
	%	67,2	7,9	24,9	100,0

يتضح من الجدول رقم (160) ان اغلبية المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية الدخل ضعيف يقمن في مسكن من نوع شقة بنسبة قدرت ب72.6% مقابل 71.9% من المبحوثات تقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي بينما المبحوثات اللوتي صرحن ان نوعية الدخل متوسط تقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي بنسبة قدرت ب15.6% مقابل 25% منهن تمثل المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن فيلا في حين سجلنا 75% من المبحوثات اللواتي صرحن ان نوعية الدخل عالي ويتوزعن في مساكن من نوع فيلا مقابل 24.7% من المبحوثات تقمن في مسكن من نوع شقة و12.5% عند المبحوثات اللواتي يقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي ، من خلال هذه النتائج نستنتج ان تعرض المراة لفيروس السيدا يكون منتشر بصفة اكبر عند اللواتي يقمن في مسكن من نوع شقة ونوعية دخلهم ضعيف او متدني لكنه لا تخلوا منه ولو بصفة قليلة مستويات الدخل الاخرى للواتي تقمن في مساكن من نوع فيلا او بيت تقليدي فنوعية الدخل و المسكن قد تؤثر في نوعية العلاقات الاجتماعية التي تربط بين افراد الاسرة وحتى بين الزوجين و الجدول الموالي يوضح ذالك كتالي :

جدول رقم (161):توزيع الحالة المدنية لافراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع المسكن ونوعية العلاقة مع الزوج قبل الاصابة

نوع العلاقة مع الزوج / نوع السكن / الحالة المدنية			جيدة	عادية	متوترة	المجموع
مطلقة	بيت تقليدي	ك			19	19
		%			100,0	100,0
	فيلا	ك			2	2
		%			100,0	100,0
	شقة	ك			16	16
		%			100,0	100,0
	المجموع	**ك**			**37**	**37**
		%			**100,0**	**100,0**
ارملة	بيت تقليدي	ك	1	2	3	6
		%	16,7	33,3	50,0	100,0
	فيلا	ك	2	3	1	6
		%	33,3	50,0	16,7	100,0
	شقة	ك	0	2	16	18
		%	,0	11,1	88,9	100,0
	المجموع	**ك**	**3**	**7**	**20**	**30**
		%	**10,0**	**23,3**	**66,7**	**100,0**
متزوجة	بيت تقليدي	ك	2	5	0	7
		%	28,6	71,4	,0	100,0

	شقة	ك	8	20	11	39
		%	20,5	51,3	28,2	100,0
	المجموع	**ك**	**10**	**25**	**11**	**46**
		%	**21,7**	**54,3**	**23,9**	**100,0**
المجموع الكلي	بيت تقليدي	ك	6	7	19	32
		%	18,7	21,9	59,4	100,0
	فيلا	ك	2	3	3	8
		%	25,0	37,5	37,5	100,0
	شقة	ك	8	22	43	73
		%	11,0	30,1	58,9	100,0
	المجموع	**ك**	**13**	**32**	**68**	**113**
		%	**11,5**	**28,3**	**60,2**	**100,0**

من خلال نتائج الفرضية الاولى لاحظنا ان اغلبية المبحوثات علقتهن سيئة باهل الزوج والعكس بالنسبة لاهلهن وذالك بسبب المشاكل او الخلافات التي تجعل العلاقة شبه غير محتملة بين الزوجة والحماة او باقي افراد الاسرة ويلعب المسكن دور اساسي في تغدية هذه المشاكل و الخلافات خاصة في عصرنا هذا الذي يعرف ازمة السكن والتي هي من الأسباب الرئيسية المشتتة للعلاقات الأسرية وجعلها مشحونة بالنزاعات المؤثرة على العلاقة الزوجية(انظر نتائج الفرضية الاولى ص480)

والجدول رقم (161) يوضح ان اغلبية المبحوثات صرحن ان علاقتهن بالزوج متوترة وبلغت نسبتهن ب60.2% مقابل 11.5% منهن صرحن ان علاقتهن بالزوج جيدة بينما بلغت نسبة المبحوثات اللواتي صرحن ان علاقتهن بالزوج عادية قدرت ب28.3% وعند ادخالنا للحالة المدنية لاحظنا ان فئة المطلاقات تمثل اعلى نسبة للمبحوثات اللواتي صرحن ان علاقتهن بالزوج متوترة وقدرت ب100% مقابل 32.9% من المبحوثات اللواتي تمثلن فئة المتزوجين ونسبة 66.7% لفئة الارامل بينما سجلنا اعلى نسبة لفئة المتزوجات اللواتي صرحن ان علاقتهن بالزوج عادية وقدرت ب54.3% مقابل 23.3% لفئة الارامل ولا شيء بالنسبة لفئة المطلاقات ،اما بالنسبة للمبحوثات اللواتي صرحن ان

علاقتهن بالزوج جيدة فقد سجلن اعلى نسبة تقدر ب21.7% تمثل فئة المتزوجين مقابل 10% لفئة الارامل وعند ادخالنا للمتغير الرائز الا وهو نوع الشقة لاحظنا ان المبحوثات اللواتي تقيم في مسكن من نوع شقة اغلبيتهن علاقاتهن بالزوج متوترة منهن 28.2% من فئة المتزوجين و 88.9% من فئة الارامل و 100% من فئة المطلاقات مقابل 100% من فئة المبحوثات المطلاقات و 50% من فئة الارامل اللواتي صرحن ان علاقتهن بالزوج متوترة و يقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي كما سجلنا اعلى نسبة تقدر ب20.5% تمثل فئة المتزوجين للمبحوثات اللواتي صرحن ان علاقتهن جيدة وهن يقمن في مسكن من نوع شقة مقابل 33.3% من فئة الارامل للمبحوثات اللواتي يقيمن في مسكن من نوع فيلا في حين لم نسجل أي تصريح من المبحوثات مهما كان نوع المسكن لفئة المطلاقات بينما المبحوثات اللواتي صرحن ان علاقتهن بالزوج عادية فاغلبيتهن يتوزعن على المبحوثات من فئة الارمل و المتزوجات اللواتي يقمن في شقة او بيت تقليدي او فيلا ولاختبار نوع العلاقة بين المؤشرات قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي5.807 بدرجة حرية تقدر ب4 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.214 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 4ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 9.49 أي ان كي مربع المحسوبة صغر من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود علاقة احصائية ، وهذه النتائج تدل ان المراة قبل تعرضها لفيروس السيدا تكون اكثر تاثير بنوع العلاقة مع اهل الزوج واهلها لاسباب قد ترجع كما وضحنها في الفرضية الاولى الى طريقة الاختيار والظروف المعيشية التي جعلت منهن اكثر ميلا للحياة المستقلة هروبا من رفض اهلهن لهن خاصة المطلاقات اللواتي تصارعن مشاكل الحياة وتتعرض للاصابة بفيروس السيدا ظنا من هن انهم يقدموا مساعدة لاطفالهم ليستمروا في الحياة دون تدخل الاهل وهذا ماجاء في تصريح بعضهن في المقابلة ، اما بالنسبة للمراة الارملة و المتزوجة هناك عوامل اخرى تؤثر على نوعية علاقتهن اضافة الى نوعية اختيارهن لزوج فبعضهن زواجهن تقليدي ويعشن مع اهل الزوج والبعض الاخر اختار الحياة المستقلة عن المنزل العائلي وذالك للحفاظ على رابطة الزواج وعلى العلاقات القرابية للعائلتين ، بينما من اختارت الحياة في كنف اهل الزوج ذالك يرجع لعادات وتقاليد البعض والى ازمة السكن التي تجبر الزوجين على البقاء مع الاهل وهذا مايخلق خلافات و نزعات العجوز و الكنة التي تؤثربدورها على العلاقات الزوجية فهي تعمل على تقيد حركة المراة داخل البيت لان ضيق المسكن يساهم الى حد كبير في ظهور مثل هذه الخلافات و النزعات فيقل التواصل

بين الزوجين في ظل عوامل اخرى وظروف صعبة مشجعة قد تدفع بالزوج للخيانة والانحراف وبالتالي تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا .

جدول رقم (162):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوعية السكن وطرق الاصابة

طرق الاصابة / نوعية السكن		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء (الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
بيت تقليدي	ك	16	6	1	9	32
	%	50,0	18,8	3,1	28,1	100,0
فيلا	ك	0	0	2	6	8
	%	,0	,0	25,0	75,0	100,0
شقة	ك	10	2	1	60	73
	%	13,7	2,7	1,4	82,2	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (162) يتضح ان اغلبية المبحوثات اللواتي تقمن في شقة هن اكثر عرضة للاصابة بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية بنسبة قدرت ب82.2% مقابل 13.7% من المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا وسجلنا اقل نسبة عند اللواتي اصبنا عن طريق نقل الدم بينما سجلنا 50% من النبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا ويقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي مقابل 28.1% من المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزوج و 18.8% من المبحوثات اللواتي صرحن ان سبب اصابتهن عن طريق البغاء (الدعارة) وكدا نسبة قليلة تقدر ب3.1% من المبحوثات اللواتي صرحن ان سبب اصابتهن عن طريق نقل الدم في حين نلاحظ اننا سجلنا اقل نسبة للمبحوثات اللواتي صرحن انه اصبن عن طرق الزوج او نقل الدم بنسب قدرت على التوالي ب75% و25%

يتوزعون في مساكن من نوع فيلا ولم نسجل أي نسبة بالنسبة لباقي الاصابات ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 23.712بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.001 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 6ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 12.59أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة احصائية وهذه النتائج تدل على ان نوعية المسكن يشكل جوا اجتماعيا اساسيا للزوجين مما له من اثار عديدة تؤثر على العلاقات للافراد الذين يشغلونه بالاخص على نفسية المراة وسلوكها خاصة اذا كان هذا الاخير يتطلب اجرة او ضيق وغير مهيئ بطريقة يستجيب لحاجات ورغباتها كام وزوجة لها دور في الاسرة ،فنوعية المسكن ومكان تواجده يخلق بدوره خلفيات ثقافية تؤثر على نمط حياة المراة بحكم العلاقات التفاعلية القائمة المسكن والمحيط الذي ينتمي اليه .

د- اثر مستوى الحي في تعرض المراة التي سبق لها الزواج لفيروس السيدا

يمثل المستوى الحي مؤشر اخر من المؤشرات التي تؤثر على المراة التي سبق لها الزواج وذالك لما له من ارتباط وثيق لسلوكيات افراد اسرتها في بعده الاقتصادي والاجتماعي وفي هذا العنصر نحاول ان نبين كيف يساهم الحي الذي تقطن فيه المراة في تزويدها بالظروف والمواقف التي تجعلها تتعرض للاصابة بفيروس السيدا من خلال توضيح الخلفيات الثقافية التي ينتمي اليها المسكن في الجداول الاتية :

جدول رقم (163): توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي ونوع المسكن

نوع الحي / نوع المسكن		بيت تقليدي	فيلا	شقة	المجموع
حي قصديري	ك	18	0	0	18
	%	100,0	,0	,0	100,0
مجمع سكاني	ك	14	0	4	18
	%	77,8	,0	22,2	100,0
حي شعبي	ك	0	3	66	69

	%	,0	4,4	95,6	100,0
حي راقي	ك	0	5	3	8
	%	,0	62,5	37,5	100,0
المجموع	ك	32	8	73	113
	%	28,3	7,1	64,6	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (163) ان اغلبية المبحوثات يقمون في مسكن من نوع شقة بنسبة قدرت ب64.6% ويتوزعون في احياء شعبية بنسبة قدرت ب95.6% تم تليها نسبة قدرت ب28.3% من المبحوثات اللواتي صرحن انهن يقمن في مسكن من نوع بيت تقليدي ويتوزعون باعلى نسبة في حي قصديري و مجمع سكني وقدرت على التوالي ب100% و77.8% بينما سجلنا اقل نسبة للمبحوثات اللواتي صرحن انهن يقمن في مسكن من نوع فيلا بنسبة قدرت ب7.1% يتوزعون باعلى نسبة في حي راقي بنسبة قدرت ب62.5% ، ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 13.654بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.049 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 6ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 12.59أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة احصائية وهذه النتائج تدل على ان مستوى الحي له اثار عديدة على سلوك الافراد ويعتبر المجال الذي بامكاننا قياس مدى انتشار فيروس السيدا بين افراده وذالك لكونه من جهة يهيئ جو يسمح بتزويد الفرد ببعض القيم والمواقف و الاتجاهات و العادات و المعايير السلوكية التي يتضمنها الاطار الحضري الذي يميز المنطقة الاجتماعية التي تسكن فيها المراة المتعايشة بفيروس السيدا ومن جهة اخرى يساهم في انتشار السلوك الانحرافي باشكاله المختلفة و المتنوعة و ذالك لما يوفره من اماكن و مناخ ملائم للانحراف خاصة وان الأحياء الشعبية والقصديرية في الجزائر غالبا ما كانت عاملا مساهما في تنمية السلوك الانحرافي خاصة مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها الاسر، كما تؤدي كثرة المشاكل والضغوطات التي يتسبب فيها المسكن الرديء والضيق مثل النزاعات والشجارات بين العجوز والكنة او بين الزوجين والتي تجعل الزوج في بعض الحالات يترك المنزل لقضاء معظم أوقاته خارجه اما في العمل او على مستوى الحي أين يجد المتعة مع رفاق السوء في تعاطي المخدرات والمسكرات ليعوض عدم

الاستقرار والراحة الذي فقده داخل البيت ومع الاسرة والجدول التالي يوضح نوع الانحرفات الموجودة في الحي .

جدول رقم (164):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي ونوع الانحرفات الموجودة في الحي

نوع الانحرفات الموجودة في الحي / نوع الحي		المخدرات	البغاء(الدعارة)	الاثنين معا	المجموع
حي قصديري	ك	4	4	10	18
	%	22,2	22,2	55,6	100,0
مجمع سكاني	ك	10	8	0	18
	%	55,6	44,4	,0	100,0
حي شعبي	ك	26	16	27	69
	%	37,7	23,2	39,1	100,0
حي راقي	ك	5	3	0	8
	%	62,5	37,5	,0	100,0
المجموع	ك	45	31	37	113
	%	39,8	27,4	32,7	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (164) ان اغلبية المبحوثات صرحن ان المخدرات هي اكثر الانحرفات المنتشرة بنسبة قدرت ب39.8% وهي تتوزع باعى نسبة في الاحياء الشعبية وقدرت ب37.7% بينما قدرت نسبة المبحوثات اللواتي صرحن ان البغاء هو اكثر انتشار في الحي الشعبي فقدرت نسبتهم ب23.2% في حين قدرت نسبة المبحوثات اللواتي صرحن ان كل من البغاء والمخدرات منتشرة على مستوى الحي الشعبي ب39.1% ،اما بالنسبة للحي القصديري فقد صرحت اغلبية المبحوثات ان كلا من المخدرات و البغاء متواجدة على مستوى الحي بنسبة قدرت ب55.6% وبالنسبة للمجمع السكني فقد اكتفت المبحوثات بتصريح ان المخدرات اكثر انتشارا على البغاء بنسب قدرت على التوالي

ب55.6% و44.4% ، اما بالنسبة للحي الراقي فقد سجلنا اقل نسبة للمبحوثات اللواتي صرحن ان المخدرات اكثر انتشار من البغاء وقدرت نسبتهن ب62.5% و37.5% من مجموع العينة ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 5.438بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 6ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 12.59أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة احصائية وهذه النتائج تدل على ان المراة المتواجدة على مستوى الاحياء الفقيرة و المزدحمة وغير ملائمة مع ابسط الشروط الانسانية من حيث الاسكان والخدمات قد تعرضها للاصابة بفيروس السيدا باعتبار الحي قوة سببية يمكن ان تخلق حالات من الانحراف وذالك لكون طبيعة الحي مساعدة على التنفيس الانحراف من خلال المقاهي و الملاهي واوكار المنتشرة فيه والتي تشجع تعاطي المخدرات و الكحول وكدا ممسارسة الدعارة سواء بالنسبة للمراة او لاحد افراد اسرتها وعليه يمكن القول ان مهما كان نوعية او طبيعة الحي الا ان الانحرفات المنتشرة فيه قد تكون سبب في تعرض المراة التي سبق لها الزوج للاصابة بفيروس السيدا والجدول التالي يوضح ذالك كالتالي :

جدول رقم (165):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب نوع الحي وسبب التعرض للاصابة

نوع الحي / طرق الإصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء (الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
حي قصديري	ك	0	4	0	14	18
	%	,0	22,2	,0	77,8	100,0
مجمع سكاني	ك	0	0	1	17	18
	%	,0	,0	5,6	94,4	100,0
حي شعبي	ك	26	4	3	36	69
	%	37,7	5,8	4,3	52,2	100,0

حي راقي	ك	0	0	0	8	8
	%	,0	,0	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

من خلال الجدول رقم (165) نلاحظ ان اغلبية المبحوات اللواتي اصبن بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية ينتمون الى احياء شعبية بنسبة قدرت ب52.2% مقابل 94.4% منهن ينتمون الى مجمع سكاني بينما المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا فهن ينتمون الى احياء شعبية بنسبة قدرت ب37.7% مقابل 5.8% من المبحوثات اللواتي صرحن انه ناصبن عن طريق البغاء (الدعارة) واقل نسبة منهن اصبن عن طريق نقل الدم اما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يقمن في الاحياء القصدرية فقد صرح اغلبيتهن ان سبب اصبتهن هي عن طريق الزوج بالنسبة 77.8% مقابل 22.2% منهن اصبن عن طريق البغاء بينما المبحوثات اللواتي ينتمون الى مجمع سكني فاغلبيتهن اصبن عن طريق العلاقات الجنسية بالنسبة قدرت ب94.4% مقابل 5.6% من المبحوثات اصبن عن طريق نقل الدم في حين سجلنا اقل نسبة عند المبحوثات اللواتي تقمن في احياء راقية والذي كان سبب اصابتهن بفيروس السيدا هو علاقات جنسية طبيعية بنسبة قدرت ب100% ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 56.353بدرجة حرية تقدر ب9 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية9 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي16.92أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة احصائية وهذه التنائج تدل على ان سبب تعرض المراة التي سبق لها الزواج هي علاقات جنسية التي تعكسها نوعية العلاقات والظروف الا قتصادية التي تعيشها داخل الاسرة كما وضحنها سابقا .

جدول رقم (166):توزيع افراد العينة التي سبق لها الزواج حسب منطقة السكن وطرق الاصابة

طرق الاصابة / منطقة السكن		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء(الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
ريفية	ك	11	3	2	29	45
	%	24,4	6,7	4,4	64,4	100,0
حضرية	ك	15	5	2	46	68
	%	22,1	7,4	2,9	67,6	100,0
المجموع	ك	26	8	4	75	113
	%	23,0	7,1	3,5	66,4	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (166) ان اغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبعية ينحدرن من المنطقة الحضرية بنسبة قدرت ب67.6% مقابل 64.4% من المنطقة الريفية بينما المبحوثات اللواتي تعرضن للفيروس عن طريق الزنا فاغلبيتهن ينحدرنا من المنطقة الحضرية بنسبة قدرت ب22.1% مقابل 24.4% منهن ينحدرنا من المنطقة الريفية في حين سجلنا اقل نسب عند بقية المبحوثات اللواتي تعرضنا للفيروس عن طريق البغاء و نقل الدم واغلبيتهن ينحدرن من المنطقة الحضرية ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 0.300بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.960 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي7.82أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود علاقة احصائية بين المتغيرين

استنتاج الفرضية الثانية

توصلنا من خلال تحليلنا لجداول الفرضية الثانية و المتمثلة في " يساهم المستوى الاقتصادي لاسرة المراة المتعايشة بفيروس السيدا في تحديد سبب تعرضها للاصابة للفيروس " ،وذالك بواسطة المؤشرات التي تم اعتمادها في اختبارها و المتمثلة في الحالة المهنية ،نوع العمل ،مصدر ومستوى الدخل وطبيعته ،نوع السكن وصفته ،نوع الحي على النتائج التالية:

- **اولا النتائج الخاصة بالمراة العزباء**

– اغلبية المبحوثات اللواتي لم يسبق لهن الزواج هم من اسر تشوبها البطالة رغم اختلاف حجم افراد الاسرة والتي تكون في مجملها أسر فقيرة بنسبة قدرت ب 42.3% من الاباء و 57.7% من الامهات من مجموع العينة مهما كانت نوعية الاصابة ويرجع هذا نتيجة البطالة التي يعرفها المجتمع الجزائري وبالتالي هذا النقص و العوز المادي التي تعاني منه الاسر سيؤدي الى شعور البنت بالحرمان الذي قد يدفعها الى الوقوع في سلوك مرفوض اجتماعيا قصد تحقيق مالم تستطيع الاسرة تحقيقها لها

– ان اغلبية المبحوثات للوتي لا تعملن صرحن ان سبب اصابتهن كان عن طريق الزنا وقدرت نسبتهن ب51.4% مقابل 11.7% هن يعملن وكان سبب اصابتهن عن طريق البغاء وهذا نتيجة الوضع الاقتصادي الذي يعتبر اهم عامل يفرض على المراة للخروج الى لى البحث عن بدائل هروبا من ذالك الوضع من اجل الحصول على المال لتلبية حاجيتها ومساعدة اسرتها بشتى الطرق و بسبب الوضع الاسري لجئن للاقامة مع الاصدقاء او الهروب الى الشارع بنسبة قدرت ب55.6% مقابل 25% من المبحوثات يقمون بالشارع بحثا عن مؤوى يعوضهم النقص من الاعباء المعيشية

– ان اغلبية المبحوثات صرحن ان الدخل الاسري لا يلبي حاجياتهن بنسبة قدرت ب67.3% مقابل 23.7% منهن صرحن ان الدخل الاسري يلبي حاجيتهن الضرورية و نظرا لكون الدخل الاسري له

اهمية في اشباع حاجيات افراد الاسرة واساس سعادتها فالفقر وضعف الدخل قد يكون له اثار سلبية على افراد الاسرة وبالاخص المراة ،لان عدم قدرة الأسرة على توفير الحاجات المراة يدفعها إلى البحث عن الزوج للكسب المادي لتوفير الحاجات التي لم تستطع الأسرة أن توفرها لها كما قد يدفعها للخروج الى العمل في سن مبكر من أجل تقديم الدعم إلى الأسرة و المساهمة في الدخل الأسري، وذلك من خلال العمل في وسط المسومات يعرضها لفقدان شرفها و العيش في الشوارع او سلوك سلوكيات منحرفة تكسب من خلالها حاجياتها في ظل ظروف مساعدة على ذالك.

– ان اغلبية المبحوثات تنحدرن من المنطقة الريفية بنسبة تقدر ب55.8% مقابل 44.2% منهن ينحدرن من المنطقة الحضرية ونتيجة هذا التباين في نوعية السكن بين الريف و المدينة يعكس نمط ثقافي قد يؤثر على سلوك المراة داخل الاسرة ، فعدم توفر المسكن الصحي و عدم تناسب السكن مع حجم الأسرة وافتقاره للمرافق و الخدمات الأساسية يمثل من جهة عاملا لارتفاع المشكلات الاجتماعية كالمشاجرات العائلية و الخيانة الزوجية والطلاق و تشرد الأطفال..لخ ، وقد تلجا بعض الأسر إلى السكن في أماكن مزدحمة و غير صحية بسبب عجزها المادي نتيجة غلاء أسعار البيوت والشقق،الأمر الذي أدى إلى ارتفاع عمر الزواج بين الشباب وزيادة معدلات العنوسة بين كثير من الفتيات فهذا النوع من السكن قد يتسبب في عدم الراحة النفسية للمراة ويدفعها للخروج و التنقل في الطرقات بحثا عن الراحة النفسية ومنه الى الانحراف، و هذا ما يدل على اثر نوعية السكن في تغيير سلوك افردها وتعرضهم للاصابة بامراض مختلفة ومن بينها مرض السيدا .

– ان اغلبية المبحوثات تعيشن في اسر صغيرة الحجم وقدرت نسبتهن ب50% وان عدد الغرف تتراوح مابين 4–6 غرف بنسبة قدرت ب 50% أي بنسبة قدرت ب2,46% و وعليه فحجم الاسرة و ما تحتويه من غرف يسمح للاسرة بممارسة كل أدوار عملية التنشئة الاجتماعية من جهة كما يسمح

للفرد ان ينموا وينشا تنشئة سليمة وصحية بما توفره له من فضاء واسع الذي يؤثر على تحركات الافراد ونوعية علاقاتهم ، فا لمسكن الواسع يتيح مجال مريحا للعلاقات الاسرية و هذا يتطلب في المقابل مستوى إقتصادي معين وبيئة معينة و منه نستنتج أن الوضع الاقتصادي للأسرة هو المسئول عن تغيير سلوك أفرادها و كذا عن تكوين أخلاقيات افرادها بوجه عام واخلاقيات المراة بوجه خاص فبتالي نجدها تهتم ببعض الممارسات و سلوكيات الانحرافية تعبر من خلالها عن عدم رضاها و قبولها للوضع الاقتصادي الذي تعيش فيه.

– ان اغلبية المبحوثات ينتمون الى حي قصديري بنسبة قدرت ب92.3% مقابل ب75.9% منهن تنحدرن من المجمع السكني وفي الغالب تعتبر احياء شعبية او متوسطة وتوجد في المدن الكبرى لكونهم انهم هم من اتوا من الريف للبحث عن سبل العيش او هروبا من الارهاب وكونوا بيوت قصدرية التي تكون غير منتظمة وعشوئية ومحرومة من كل سبل العيش حيث يكثر فيها الانحراف وتقل فيها عملية الضبط الاجتماعي مثله مثل المجمع السكني في الريف الذي يفتقد للابسط الخدمات الاجتماعية وتكون فيه الظروف المعيشية صعبة وغير ملائمة والتي بامكانها ان تعرض شبابها لسلوك الانحرافي

– ان اغلبية المبحوثات صرحن ان نوع الانحرفات الموجدودة في الحي وهي المخدرات بنسبة 46% وهي اكثر ظهور في الاحياء الشعبية و القصدرية بنسبة قدرت على التالي ب100% و69.2% وفي وسط تكثر فيه هذه الانحرفات والظروف الاقتصادية الصعبة تجد المراة نفسها امام ضغوط الحياة تتخذ سبلا غير شرعية وغير اخلاقية كمنفذ لتحقيق رغباتها.

– ان اغلبية المبحوثات يقطن احياء قصدرية وقدرت نسبتهم ب84.6% وكان سبب اصابتهن عن طريق الزنا بينما نسبة اللواتي اصبن عن طريق البغاء فاغلبيتهن ينحدرن من المجمع السكني وقدرت ب58.6%

– ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا تنحدرنا من المنطقة السكنية الحضرية بنسبة قدرت بالتقيب 64% مقابل 62% منهن ينحدرنا من الريف

- **ثانيا النتائج الخاصة بالمراة التي سبق لها الزواج**

–ان اغلبية المبحوثات صرحنا ان نوعية دخل اسرتهن ضعيف بنسبة قدرت ب67.3% واعلى نسبة سجلت للمبحوثات اللواتي لا تعملن وقدرت ب51.3% مما يفسر ان الاسر التي تتمتع بمستوى دخل منخفض يكون هذا عائقا امام افراد الاسرة لتمتع وتلبية ابسط حاجاتهم الاجتماعية مما يدفع المراة لمساعدة زوجها ومشاركته في العمل الخارجي لتدعيم الحياة المعيشية خاصة بالنسبة للمراة التي فقدت زوجها عن طريق الوفاة او الطلاق فتكون مجبرة على العمل الخارجي لاعالة اطفالها مهما كان نوع او طبيعة العمل المتحصل عليه ، كما صرحن ان مقدار الدخل الشهرى وحده لا يلبي حاجيات افراد اسرهم لانه غير كافي ولكن عن طريق البغاء أي ممارسة الدعارة بمقابل فهذا المبلغ هو من يسدد حاجيتها وحاجات افرداسرتها ويرجع كل هذا لتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية الحاصلة في المجتمع الجزائري والتي ادت الى انخفاض المستوى المعيشي .

–ان اغلبية المبحوثات صرحن ان حجم اسرهم صغير و اكدوا ان نوعية دخل اسرهم ضعيف وقدرت نسبتهم ب63.2% مقابل 26.3% من المبحوثات اللواتي صرحن ان حجم اسرهم متوسط و10.5% من المبحوثات اللواتي صرحن ان عدد افراد اسرهم يتكون من 9فاكثر أي ان فيروس السيدا ينتشر بصفة اكبر عند المبحوثات ذو الدخل المنخفض الذي لايسمح تغطية مصاريف الحياة اليومية زيادة

على ذالك عدد افراد اسرتها الذي يعتبر عبئا اقتصاديا ثقيلا بالنسبة للمراة المطلقة و الارملة بدون عمل كما ان هذا الدخل ضعيف ولا يلبي حاجيات الاسرة بنسبة قدرت ب67.3%

– ان اغلبية المبحوثات تعيشن حياة مستقلة عن اهلهم بعد الزواج بنسبة قدرت ب60.2% مقابل 31% –منهن تعيشن مع اهل الزوج ، فهذه الاقامة متأثرة بجملة من الظروف والاقتصادية يميزها نوعية الدخل فمهما كان نوعه فهو يجلب من جهة مشاعر التخوف من وقوع التصادم في العديد من الأمور مع الأهل، والتي تؤدي عادة إلى إثارة الخلافات ومشاكل اسرية.

– ان اغلبية المبحوثات اصبن مهما كان سبب اصابتهن ذو دخل ضعيف وقدرت نسبتهن ب67.3%

– ان المراة التي تنتمي الى اسر صغيرة وتسكن في الشقق اكثر تعرضا للاصابة بفيروس السيدا وقدرت نسبتهن ب47.9% يتراوح عدد الغرف فيه ما بين 1–3 غرف بنسبة قدرت ب 82.2% وهذا لا يعني ان باقي السكنات لاتؤثر على المراة وتجعلها عرضة للاصابة علما ان طبيعة نوع السكن له تاثيرات عديدة على المراة وحتى على الاشخاص الذين يشغلونه خاصة اذا كانت المسكن غير مهيئ بطريقة تستجيب لحاجات ورغبات المناخ الاسري السليم .

– ان تعرض المراة لفيروس السيدا يكون منتشر بصفة اكبر عند اللواتي يقمن في مسكن من نوع شقة ومستواهم المعيشي سيئ او متدنيبنسبة قدرت ب91.8% لكنه لا تخلوا منه ولو بصفة قليلة المستويات المعيشية الاخرى اللواتي تقمن في مساكن من نوع فيلا او بيت تقليدي فهذا المستوى المعيشي ونوعية المسكن قد تؤثر في نوعية العلاقات الاجتماعية التي تربط بين افراد الاسرة وحتى بين الزوجين

– ان اغلبية المبحوثات صرحن ان علاقتهن بالزوج متوترة وبلغت نسبتهن ب60.2% مقابل 11.5% منهن صرحن ان علاقتهن بالزوج جيدة مما يدل على ان المراة قبل تعرضها لفيروس السيدا تكون اكثر تاثير بنوع العلاقة مع اهل الزوج واهلها لاسباب قد ترجع الى طريقة الاختيار والظروف

المعيشية التي جعلت منهن اكثر ميلا للحياة المستقلة هروبا من رفض اهلهن لهن خاصة المطلاقات اللواتي تصارعن مشاكل الحياة وتتعرض للاصابة بفيروس السيدا ظنا من هن انهم يقدموا مساعدة لاطفالهم ليستمروا في الحياة دون تدخل الاهل ، اما بالنسبة للمراة الارملة و المتزوجة هناك عوامل اخرى تؤثر على نوعية علاقتهن اضافة الى نوعية اختيارهن لزوج فبعضهن زواجهن تقليدي ويعشن مع اهل الزوج والبعض الاخر اختار الحياة المستقلة عن المنزل العائلي وذالك للحفاظ على رابطة الزواج وعلى العلاقات القرابية للعائلتين ، بينما من اختارت الحياة في كنف اهل الزوج ذالك يرجع لعادات وتقاليد البعض والى ازمة السكن التي تجبر الزوجين على البقاء مع الاهل وهذا مايخلق خلافات و نزعات العجوز و الكنة التي تؤثر بدورها على العلاقات الزوجية فهي تعمل على تقيد حركة المراة داخل البيت لان ضيق المسكن يساهم الى حد كبير في ظهور مثل هذه الخلافات و النزعات فيقل التواصل بين الزوجين في ظل عوامل اخرى وظروف صعبة مشجعة قد تدفع بالزوج للخيانة والانحراف وبالتالي تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا .

– ان اغلبية المبحوثات اللواتي تقمن في شقة هن اكثر عرضة للاصابة بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية بنسبة قدرت ب82.2% مقابل 13.7% من المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا مما يدل على ان نوعية المسكن يشكل جوا اجتماعيا اساسيا للزوجين مما له من اثار عديدة تؤثر على العلاقات للافراد الذين يشغلونه بالاخص على نفسية المراة وسلوكها خاصة اذا كان هذا الاخير يتطلب اجرة او ضيق وغير مهيئ بطريقة يستجيب لحاجات ورغباتها كام وزوجة لها دور في الاسرة ،فنوعية المسكن ومكان تواجده يخلق بدوره خلفيات ثقافية تؤثر على نمط حياة المراة بحكم العلاقات التفاعلية القائمة المسكن والمحيط الذي ينتمي اليه .

– ان اغلبية المبحوثات يقمون في احياء شعبية بنسبة قدرت ب95.6% ويشغلون شقق مقابل 28.3% يتوزعون على احياء قصدرية و مجمع سكني بنسب قدرت على التوالي ب100% و77.8% مما يدل على ان مستوى الحي له اثار عديدة على سلوك الافراد ويعتبر المجال الذي بامكاننا قياس مدى انتشار فيروس السيدا بين افراده وذالك لكونه من جهة يهيئ جو يسمح بتزويد الفرد ببعض القيم و المواقف والاتجاهات و العادات و المعايير السلوكية التي يتضمنها الاطار الحضري الذي يميز المنطقة الاجتماعية التي تسكن فيها المراة المتعايشة بفيروس السيدا ومن جهة اخرى يساهم في انتشار السلوك الانحرافي باشكاله المختلفة و المتنوعة و ذالك لما يوفره من اماكن و مناخ ملائم للانحراف خاصة وان الأحياء الشعبية والقصديرية في الجزائر غالبا ما كانت عاملا مساهما في تنمية السلوك الانحرافي خاصة مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها الاسر، كما تؤدي كثرة المشاكل والضغوطات التي يتسبب فيها المسكن الرديء والضيق مثل النزاعات والشجارات بين العجوز والكنة او بين الزوجين والتي تجعل الزوج في بعض الحالات يترك المنزل لقضاء معظم أوقاته خارجه اما في العمل او على مستوى الحي أين يجد المتعة مع رفاق السوء في تعاطي المخدرات والمسكرات ليعوض عدم الاستقرار والراحة الذي فقده داخل البيت ومع الاسرة

– ان اغلبية المبحوثات صرحن ان المخدرات هي اكثر الانحرفات المنتشرة بنسبة قدرت ب39.8% وهي تتوزع بأعلى نسبة في الاحياء الشعبية وقدرت ب37.7% مما يدل ان المراة المتواجدة على مستوى الاحياء الفقيرة و المزدحمة وغير ملائمة مع ابسط الشروط الانسانية من حيث الاسكان والخدمات قد تعرضها للاصابة بفيروس السيدا باعتبار الحي قوة سببية يمكن ان تخلق حالات من الانحراف وذالك لكون طبيعة الحي مساعدة على التنفيس الانحراف من خلال المقاهي و الملاهي واوكار المنتشرة فيه والتي تشجع تعاطي المخدرات و الكحول وكدا ممسارسة الدعارة سواء بالنسبة

للمراة او لاحد افراد اسرتها وعليه يمكن القول ان مهما كان نوعية او طبيعة الحي الا ان الانحرفات المنتشرة فيه قد تكون سبب في تعرض المراة التي سبق لها الزوج للاصابة بفيروس السيدا.

– ان اغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبعية ينحدرن من المنطقة الحضرية بنسبة قدرت ب67.6% مقابل 64.4% من المنطقة الريفية

الفصل الخامس

تحليل الفرضية الثالثة

تمهيد

مما لا شك فيه ان صحة المراة رهينة وعيها بالامراض المحيطة بها ومدى خطورتها وكذا التزامها لنصائح والارشادات الوقائية والعلاجية ، لهذا يعد وعي المراة للمخاطر المرض مهما كان نوعه للخلفية الثقافة لديها ، لذا يمكن القول بأن الثقافة الصحية ما هي الا جزء مصغر من الثقافة العامة، وأن انتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي في أي بلد من البلدان لايرجع إلى نقص الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بقدر ما يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته ويتحمل المسؤولية في وقاية صحة الآخرين.

وعليه يعتبر التثقيف الصحي بمثابة منهج تعليمي يهدف إلى رفع مستوى صحة الفرد و العائلة والمجتمع خاصة المستوى الصحي لأي بلد كان لان هذا الأخير غالبا ما يقاس بالمستوى الثقافي والنضج الاجتماعي لأفراد المجتمع[1] ، وعليه فالتثقيف الصحي يخلق الوعي الصحي و ينميه و يساعد الفرد على تمييز الأمور المتعلقة بصحته وعلى موجهتها مواجهة سليمة، ومنه فان مسالة الوعي الصحي مسؤولية كل من الطبيب والمريض معا ،فالطبيب يقوم بهذا التثقيف كجزء لا يتجزأ من عملية العلاج ، بينما المريض إنسان وهذا الإنسان ينتمي إلى جماعة و هو عضو في المجتمع له عاداته وممارساته وأنماط من السلوك ذات صلة مباشرة لنشر المرض،و يعد المستوى التعليمي و مدي معرفة المرض وأسباب الإصابة من أهم العوامل التي يقاس عليها مستوى وعي الأفراد وهذا ما سنوضحه من خلال اختبار الفرضية الثالثة المتمثلة في "عدم وعي المراة ازاء وسائل الوقائية لنتقال فيروس السيدا وخطورته يجعلها اكثر عرضة للاصابة للفيروس ونشره" والتي ترتكز على الجداول التالية :

[1] نادية محمد السيد عمر:علم الاجتماع الطبي, المفهوم و المجالات ,مرجع سابق,ص203.

جدول رقم (167): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي وفئات السن

فئات السن / المستوى التعليمي		28-19	38-29	48-39	58-49	68-59	المجموع
امي	ك	11	13	14	0	4	42
	%	26,2	31,0	33,3	,0	9,5	100,0
ابتدائي	ك	3	11	16	14	9	53
	%	5,7	20,8	30,2	26,4	17,0	100,0
متوسط	ك	17	22	6	0	0	45
	%	37,8	48,9	13,3	,0	,0	100,0
ثانوي	ك	8	0	9	0	0	17
	%	47,1	,0	52,9	,0	,0	100,0
جامعي	ك	7	1	0	0	0	8
	%	87,5	12,5	,0	,0	,0	100,0
المجموع	ك	46	47	45	14	13	165
	%	27,9	28,5	27,3	8,5	7,9	100,0

من خلال الجدول(167) نلاحظ انه كلما ارتفع سن المبحوثات كلما انخفض المستوى التعليمي،وهذا يشير إلى أن للمستوى التعليمي دور في تحديد نوعية الفئة الأكثر تعرضا للإصابة والتي هي فئة الشباب ما بين 19الى 48 سنة والتي تمثل 83.6% واغلبيتهم يتوزعون على المستوى التعليمي امي بنسبة قدرت ب33.3% و30.2% منهم ذو المستوى الابتدائي و48.9% منهن ذو المستوى المتوسط ، كما يكشف الجدول أن الإصابة بفيروس السيدا يمس كل المستويات التعلمية ، ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 87.835بدرجة حرية تقدر ب16 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع الجدولي عند درجة حرية 16ومستوى

الدلالة الاختباري 0.05 تساوي 26.30أي ان كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يفسر على وجود علاقة قوبة بين المتغيرين و أن فيروس السيدا يصيب مختلف فئات العمر دون مراعاة مستواهم التعليمي وذالك لأنه يتعلق بأدق أسرار حياتهم الجنسية التي تقف كعائق أمام مستواهم التعليمي و نظرا لدور المستوى التعليمي في تنمية الوعي و الإدراك[1] حسب ما أكدته ليلى عليا ارتأينا معرفة اثر المستوى التعليمي للمراة على مدى معرفتها للمرض قبل الاصابة ،فطرحنا السؤال التالي :هل كنت تعلمين بمرض السيدا قبل إصابتك؟ فكانت إجابتهم موضحة في الجدول(141) التالي

جدول رقم (168): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي ومدى معرفة المرض قبل الاصاب

مدى معرفة المرض قبل الاصابة / المستوى التعليمي		نعم	لا	المجموع
امي	ك	25	17	42
	%	59,5	40,5	100,0
ابتدائي	ك	8	45	53
	%	15,1	84,9	100,0
متوسط	ك	12	33	45
	%	26,7	73,3	100,0
ثانوي	ك	8	9	17
	%	47,1	52,9	100,0
جامعي	ك	1	7	8
	%	12,5	87,5	100,0
المجموع	ك	54	111	165
	%	32,7	67,3	100,0

[1] علي ليلة: الشباب في مجتمع متغير,مرجع سابق,ص183

من خلال الجدول (168) نلاحظ أن معظم أفراد العينة لم تكن لهم فكرة مسبقة حول المرض بنسبة 67.3% مقابل 32.7% منهم كانت لديهم فكرة عن المرض قبل الإصابة ويتوزعون بأعلى نسبة لذوي المستوى الابتدائي بنسبة قدرت ب84.9% للواتي صرحن أن ليس لهن معرفة بالمرض قبل الإصابة مقابل 59.5% للواتي لهن مستوى تعليمي ابتدائي وصرحن أن لهن معرفة مسبقة بالمرض.

ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 25.006بدرجة حرية تقدر ب4 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 4 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي9.49أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة قوية بين المتغيرين و رغم هذه النتائج إلا أننا توصلنا، إلى أن المبحوثات اللواتي لديهم فكرة عن مرض السيدا، فإن النسبة تتفاوت بينهم، حسب المستويات التعليمية، إذ أننا نلاحظ أنه كلما إنتقلنا من مستوى تعليمي إلى مستوى تعليمي آخر، كلما نقصت نسبة معرفة المرض قبل الإصابة به، كما هو موضح في الجدول السابق و العكس صحيح.

و يمكن تفسير هذا التفاوت من خلال البيئة الإجتماعية و الثقافية التي تحيط بالمريض، إما من ناحية الثقافة أو من ناحية الوسط الأسري الذي غالبا ما ينعدم فيه الحديث عن مرض السيدا بعتباره من المسكوت عنه (أي من الطابوهات)، إضافة إلى غياب او نقص مصادر تلقي المعلومات، كغياب وسائل التثقيف الصحي حول هذا المرض.

و من جهة أخرى فإن وجدت وسائل التثقيف الصحي منها، التلفزة، المنشورات، الجرائد و المجلات، فانها تشير للمرض في خانة خاصة ترتبط باليوم العالمي لسيدا مما يدل على أن برغم من اختلاف المستوى التعليمي إلا أن موقف أفراد العينة حول عدم معرفتهم بالمرض ما هو إلا نتيجة لعدم وجود تثقيف صحي فعال على مستوى المجتمع رغم المجهودات المبذولة من طرف الدولة ، وهذا التردي في

التثقيف الصحي تكشفه مدة إصابة المبحوثات والذي سيوضحه الجدول(169) التالي :

جدول رقم (169):توزيع افراد العينة حسب مدة الاصابة و مدى معرفة المرض

مدى معرفة المرض قبل الاصابة / مدة الاصابة		نعم	لا	المجموع
سنة واحدة	ك	6	11	17
	%	35,3	64,7	100,0
سنتين	ك	17	71	88
	%	19,3	80,7	100,0
3 سنوات	ك	11	5	16
	%	68,8	31,3	100,0
4 سنوات	ك	12	10	22
	%	54,5	45,5	100,0
5 سنوات	ك	0	2	2
	%	,0	100,0	100,0
7 سنوات	ك	3	9	12
	%	25,0	75,0	100,0
9 سنوات	ك	5	3	8
	%	62,5	37,5	100,0
المجموع	ك	54	111	165
	%	32,7	67,3	100,0

يوضح الجدول(169) أن هناك تباين بين مدة الإصابة و مدى معرفة المرض قبل الإصابة في حين نلاحظ أن أغلبية المبحوثات اللواتي ليس لديهم معرفة حول المرض قبل الإصابة تتراوح مدة إصابتهم سنة واحدة وسنتين بنسبة قدرت على التوالي ب64.7% و80.7% بينما باقي المبحوثات فكانت مدة إصابتهم أكثر من ثلاث سنوات في حين سجلنا اقل نسبة عند اللواتي لديهن معرفة حول المرض قبل الإصابة ويتوزعون بنسب متفاوتة وهذا التفاوت في النسب يقل كلما ارتفعت مدة الإصابة .

ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 5.944بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 6 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي12.59أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة قوية بين المتغيرين وهذا يوضح على عدم وجود تثقيف صحي بالرغم من أن مدة إصابة معظم أفراد عينتنا تتراوح ما بين سنة وحدة إلى ثلاث سنوات من سنة 2013–2014 ولمعرفة أعلى نسبة لأفراد عينتنا التي لها معرفة حول المرض قبل الإصابة فكانت النتائج موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (170):توزيع افراد العينة حسب مدى معرفة المرض قبل الاصابة والحالة المدنية

مدى معرفة المرض قبل الاصابة / الحالة المدنية		عزباء	مطلقة	ارملة	متزوجة	المجموع
نعم	ك	20	14	4	16	54
	%	37,0	25,9	7,4	29,6	100,0
لا	ك	32	23	26	30	111
	%	28,8	20,7	23,4	27,0	100,0
المجموع	ك	52	37	30	46	165
	%	31,5	22,4	18,2	27,9	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (170) ان اغلبية المبحوثات اللواتي ليس لديهم معرفة حول المرض قبل الاصابة هن فئة العزاب بنسبة قدرت ب28.8% مقابل 37% منهن لهم معرفة مسبقة حول المرض تم تليها فئة المطلقات الذي بلغ عددهم 23 مبحوثة لايعرفن المرض قبل الاصابة مقابل 14 مبحوثة لهن معرفة مسبقة حول المرض بينما فئة المتزوجات بلغ عدد اللواتي ليس لديهن معرفة مسبقة قبل الاصابة ب30 مبحوثة مقابل 16 مبحوثة لديهن معرفة حول المرض في حين نلاحظ اقل عدد سجل لفئة الارامل وقدر ب26 مبحوثة ليس لها معرفة مسبقة حول المرض مقابل 4 مبحوثات لهن معرفة حول المرض قبل الاصابة وهذا يجعلنا نستنتج ان المراة التي سبق لها الزواج اكثر تعرض للاصابة بفيروس السيدا واقل وعي بالمرض عن المرأة العزباء لهذا نلاحظ هذا التباين في النتائج الذي يعكس عدم وعي المراة للمرض رغم ان اغلبيتهن مدة اصابتهن مابين سنة واحدة الى ثلاث سنوات ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 7.101بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.069 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي7.82أي أن كي مربع المحسوبة اقل نوعا ما من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول ان فيروس السيدا يصيب كل الفئات الاجتماعية وذلك حسب درجة وعي المبحوثة ومستواها التعليمي .

جدول رقم (171):توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي وطرق معرفة المرض قبل الاصابة

طرق معرفة المرض / المستوى التعليمي		تلفزيون	الراديو	الجرائد و المجلات	لايوجد	المجموع
امي	ك	9	3	0	30	42
	%	21,4	7,1	,0	71,4	100,0
ابتدائي	ك	10	7	3	33	53
	%	18,8	13,2	5,7	62,3	100,0
متوسط	ك	20	13	8	4	45
	%	44,4	28,8	17,8	8,9	100,0
ثانوي	ك	12	3	0	2	17
	%	70,6	17,6	,0	11,8	100,0
جامعي	ك	0	0	6	2	8
	%	,0	,0	75,0	25,0	100,0
المجموع	ك	51	26	17	71	165
	%	30,9	15,8	10,3	43,0	100,0

الجدول(171)يبين أن معظم المبحوثات تعرفوا على المرض عن طريق التلفزيون بنسبة30.9% وخاصة عند فئة اذو المستوى متوسط و الأمي بنسبة قدرت على التوالي ب44.4 % و 21.4 % و هذا باعتبار أن التلفزيون يعتبر الوسيلة الوحيدة لترفيه ونقل الأخبار بالنسبة للمرأة ،ثم تليها وسيلة الراديو بنسبة 15.8% وخاصة عند الفئة ذو المستوى المتوسط والثانوي بنسبة قدرت على التوالي ب28.8% و17.6% اما بالنسبة للجرائد والمجلات فقد سجلنا نسبة قدرت ب10.3% وخاصة عند الفئة ذو مستوى المتوسط بنسبة17.8% و 75% لدى المبحوثات ذو المستوى الجامعي مما يدل على أن هذا الاختلاف ما هو إلا نتيجة اختلاف اهتمامات أفراد عينتنا بحكم طبيعة المهنة و الحالة المدنية إلا إن عند طرحنا عليهم سؤال عن أسباب الإصابة فوجدنا أنهم لا يعرفون الكثير عنه سوى مرض

خطير ينتقل عبر العلاقات الجنسية وأن المصاب ظاهريا يكون مشوه أي ذو أمراض جلدية متعفنة ويصيب اكثر الشواذ وهذا حسب ما قيل عن المرض في بداية ظهوره ، بينما بعد الاصابة اصبحن اكثرا وعي بالمرض نتيجة ارشادات ونصائح الطبيب كما وضحنا سابقا (انظر الفصل الاول ص374)

ولهذا يلعب المستوى التعليمي دورا مهما في تطبيق العلاج والوقاية، حيث أن المستوى التعليمي للمريضة هو الذي يحدد دور الطبيب و طريقة تعامله معها أثناء الفحص و العلاج ،فالطبيب الذي يلاحظ أن مستوى تعليم المريض الذي أمامه منخفض غالبا ما يجد صعوبة في إعلان المرض و التي يولها إلى الأخصائية النفسية ،و كدا في وصف طريقة العلاج و تكرار طلب إتباع تعليماته بدقة بينما نجد عكس ذالك تماما حينما يشعر الطبيب أن المريض ذا المستوى التعليمي مرتفع أو متوسط فغالبا ما يجد الطبيب صعوبة في إعلان المرض او معاملته مع المريضة ،كما أن مستوى تعليم المريضة يؤثر في علاقتها بطبيبها أولا ،و على تقبلها أو عدم تقبلها لنظام العلاج ثانيا ،لان المريضة ذو المستوى التعليمي الأمي ليست لديها أدنى معرفة عن طبيعة جسمها او حول المرض ،و بالتالي عن طبيعة العلاج الذي يلائمها و لذالك نجدها توافق على كل ما يعطى لها من أدوية أو ما يقال لها الطبيب باعتباره المسئول الأول على علاجها ،بعكس المريضة ذو المستوى التعليمي المتوسط والعالي فنجده البعض منهن يعترضون على طرق العلاج نظرا لكثرة الأدوية و على ذالك نجد الحوار دائما مفتوح بينه وبين الطبيب،لدى نجد الطبيب يقوم بالتثقيف الصحي كجزء من طبيعة عمله و ذلك لمنع انتشار المرض عند باقي أفراد الأسرة و غيرهم.

ولمعرفة مدى استجابة المريض لتعليمات الطبيب الوقائية ارتأينا توضيح مدى التزام المريضة بمواعيد العلاج في الجدول الموالي

جدول رقم (172):توزيع افراد العينة حسب مستوى التعليمي ومدى التزام بمواعيد العلاج

مدى التزام بمواعيد العلاج / المستوى التعليمي		نعم	لا	المجموع
امي	ك	12	30	42
	%	28,6	71,4	100,0
ابتدائي	ك	20	33	53
	%	37,7	62,3	100,0
متوسط	ك	41	4	45
	%	91,1	8,9	100,0
ثانوي	ك	15	2	17
	%	88,2	11,8	100,0
جامعي	ك	6	2	8
	%	75,0	25,0	100,0
المجموع	ك	94	71	165
	%	57,0	43,0	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (172) ان اغلبية المبحوثات اللواتي مستواهن التعليمي منخفض ليس لديهن معرفة مسبقة حول المرض بنسبة قدرت ب71.4% منهن بدون مستوى (اميات) و 62.3% منهن ذو المستوى الابتدائي مقابل اقل نسبة وقدرت على التوالي ب11.8% للمبحوثات ذو المستوى التعليمي الثانوي و 8.9% بالنسبة للمستوى المتوسط و 25% للمستوى الجامعي في حين سجلنا اعلى نسبة لدى المبحوثات اللواتي لديهن معرفة مسبقة حول المرض ويتوزعون ب91.1% للمستوى

التعليمي متوسط و 37.7% للمستوى الابتدائي 88.2% للمبحوثات ذو المستوى الثانوي بينما اقل سجلنا اقل نسبة للمستوى الامي ب 28.6% و75% ومثمثلة في 6 مبحوثات اللواتي لديهنا مستوى تعليمي جامعي ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 10.270بدرجة حرية تقدر ب4 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.036 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 4 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي9.49أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين فهذه النسب تجعلنا نستنتج ان كلما قل المستوى التعليمي كلما كانت المعرفة او وعي المراة بمرض السيدا منعدم وكلما ارتفع المستوى كلما كان هناك وعي او معرفة مسبقة حول المرض إلا أن موقف أفراد العينة حول عدم معرفتهم بالمرض ما هو إلا نتيجة عدم وعي او عدم اكتساب ثقافة صحية حول المرض والتي ترتبط بالمدة التي تعرضوا لها للإصابة والتي تتزامن مع استراتجية الاقلمية لمجابهة القطاع الصحي لفيروس السيدا 2011–2015 والذي يهدف الى الحد من انتشار فيروس السيدا و تحسين صحة المتعايشين بفيروس السيدا على مستوى المجتمع (انظر الملحق رقم 03) ولمعرفة مدى وعي المراة ارتاينا توضيح علاقة نوع العلاقة مع الطبيب بمدى الالتزام بمواعيد العلاج حسب الجدول كالاتي :

جدول رقم (173):توزيع افراد العينة حسب نوع العلاقة مع الطبيب ومدى الالتزام بمواعيد العلاج

نوع العلاقة مع الطبيب / مدى الالتزام بمواعيد العلاج		نعم	لا	المجموع
جيدة	ك	6	0	6
	%	100,0	,0	100,0
حسنة	ك	36	5	41
	%	87,8	12,2	100,0
سيئة	ك	0	1	1
	%	,0	100,0	100,0
عادية	ك	52	65	117
	%	44,4	55,6	100,0
المجموع	ك	94	71	165
	%	57,0	43,0	100,0

يتضح من خلال الجدولرقم (173) ان اغلبية المبحوثات اللواتي تلتزمن بمواعيد العلاج يتوزعون باعلى نسبة عند اللواتي لهن علاقة عادية وحسنة مع الطبيب وذالك بنسب قدرت على التوالي ب44.4% و87.8% في حين يتوزعن المبحوثات اللواتي صرحن انهن لا يلتزمن بمواعيد العلاج باغلى نسب عند اللواتي علاقتهن بالطبيب عادية بنسبة قدرت ب55.6% ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 29.246بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي7.82أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول ان كلما كانت العلاقة جيدة مع الطبيب كلما كان

هناك التزام بمواعيد العلاج ولكن رغم هذا لا يمكن ان العلاقة مع الطبيب هي اساس الالتزام ولكن حسب تصريح المبحوثات في المقابلة اكدت بعضهن ان هناك عامل الموقع الجغرافي المرتبط ببعد المسافة الذي يعتبر عائق لهن للالتزام بمواعيد العلاج والذي يرتبط ارتباط وثيق بتعرض المبحوثة لامراض اخرى والجدول الموالي يوضح ذالك

جدول رقم (174):توزيع افراد العينة حسب مدى الالتزام بمواعيد العلاج ونوع المرض

نوع المرض / مدى الالتزام بمواعيد العلاج		مضاعفات الفيروس	امراض اخرى	المجموع
نعم	ك	94	0	94
	%	100,0	,0	100,0
لا	ك	30	41	71
	%	87,8	12,2	100,0
المجموع	ك	124	41	165
	%	57,0	43,0	100,0

من خلال الجدول رقم (174) يتضح ان اغلبية المبحوثات اللواتي يتعرضنا لمضاعفات فيروس السيدا كالاسهال ونقص الوزن او الرشح يتوزعن باعلى نسب عند اللواتي يلتزمن بمواعيد العلاج وقدرت نسبتهن ب 100% بينما المبحوثات اللواتي لايلتزمن بموعيد العلاج فاغلبيتهن يتعرضن لامراض اخرى يقد تكون خطيرة على حياتهن وقدرت نسبتهن ب12.2% فهذه النتائج تجعلنا نستنتج ان وعي المراة بمدى خطورة المرض والتزامها بمواعيد العلاج يدفعها للمحافظة على صحتها وستمرارها في الحياة بدون مشاكل صحية ولمعرفة مدى لجوء المراة لمساعدات غير طبية فكانت اجابتهم موضحة في الجدول الموالي كالاتي :

جدول رقم (175) :توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي ومدى اللجوء الى مساعدات غير طبية

مدى اللجوء الى مساعدات غير طبية / المستوى التعليمي		نعم	لا	المجموع
أمي	ك	8	34	42
	%	19,0	81,0	100,0
ابتدائي	ك	1	52	53
	%	1,9	98,1	100,0
متوسط	ك	22	23	45
	%	48,9	51,1	100,0
ثانوي	ك	6	11	17
	%	35,3	64,7	100,0
جامعي	ك	0	8	8
	%	,0	100,0	100,0
المجموع	ك	37	128	165
	%	22,4	77,6	100,0

يتضح من الجدول رقم (175) ان اغلبية المبحوثات اللواتي لا تلجئنا الى مساعدات غير طبية يتوزعون باعلى نسب على المبحوثات ذوي المستوى التعليمي الابتدائي و امي والمتوسط بنسب قدرت على التوالي ب98.1% و81% و51.1% بينما المبحوثات اللواتي يلجئن الى مساعدات غير طبية فهن

يتوزعن باعلى نسب عند المبحوثات ذوي المستوى التعليمي المتوسط والثانوي بنسب قدرت على التوالي ب48.9% و35.3% ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 35.175بدرجة حرية تقدر ب4 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 4 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي9.49أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول ان كلما ارتفع مستوى التعليمي للمراة كلما ادى ذالك للجوء الى مساعدات غير طبية بحثا عن سبل اخرى لاجل علاج فيروس السيدا وذالك نتيجة قناعة شخصية حسب تصريحهم في المقابلة ويعود ذالك لاعتقادهم بجدوى وقيمة العلاج الغير طبي (الطب البديل) خاصة بعد ان اصبح محل اهتمام الكثير من افراد المجتمع نتيجة لسمعة التي حضى بها في السنوات القليلة الماضية والمصاب بالسيدا يبحث دائما عن العلاج في أي مكان وباغلى الاثمان وهذا مايفسر لجوء المبحوثات خاصة ذوي الدخل المرتفع لهذا النوع من العلاج حتى خارج الوطن ، بحيث أكد البعض منهم أنهم قد لجئوا لشيخ الهاشمي في الأردن للعلاج بالأعشاب والرقية و ذالك من خلال مشاهدتهم للقناة الحقيقة ، وكل ماذكر سبقا يؤكدا على عدم وعي المراة بخطورة المرض قد يجعلها عنصر فعال لنشر المرض وسبب من الاسباب المهمة لتعرضها للاصابة بفيروس السيدا وهذا مايوضحه الجدول التالي

جدول رقم (176):توزيع افراد العينة حسب مدى معرفة المرض قبل الاصابة وطرق الاصابة

طرق الاصابة / مدى معرفة المرض قبل الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء (الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
نعم	ك	25	2	1	26	54
	%	46,3	3,7	1,9	48,1	100,0
لا	ك	43	15	3	50	111
	%	38,7	13,5	2,7	45,0	100,0
المجموع	ك	68	17	4	76	165
	%	41,2	10,3	2,4	46,1	100,0

يتضح من الجدول رقم (176) ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبنا بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية يتوزعن باعلى نسب عند اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض قبل الاصابة بنسبة قدرت ب45% مقابل 48.1% لديهن معرفة مسبقة حول المرض بينما المبحوثات اللواتي اصبن عن طريق الزنا يتوزعن باعلى النسب عند اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض قبل الاصابة بنسبة قدرت ب38.7% مقابل 46.3% من هن لديهن معرفة مسبقة حول المرض في حين سجلنا 13.5% عند المبحوثات اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض واصبن عن طريق البغاء مقابل 3.7% منهن لديهن معرفة مسبقة حول المرض ،اما المبحوثات اللاتي اصبن عن طريق نقل الدم فقد سجلنا اقل نسبة عند اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض مقابل1.9% من لديهن معرفة حول المرض ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 4.081بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.253 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي7.82 أي أن كي مربع المحسوبة اقل من كي مربع الجدولية مما يدل على عدم وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول ان طرق الاصابة بفيروس السيدا

ليس بضرورة ان يكون له علاقة بمدى معرفة المراة للمرض وانما يتعلق الامر بنوع حياتها الجنسية ومدى صدق و وفاء الشريك في علاقته معها ولمعرفة مدى استمارهن في علاقتهن الجنسية بعد الاصابة فكانت اجابتهن موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (177):توزيع افراد العينة حسب مدى استمرارهم في العلاقة الجنسية بعد الاصابة وطرق الاصابة

طرق الاصابة / مدى استمرار في العلاقات الجنسية بعد الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء(الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزواج)	المجموع
نعم	ك	11	17	0	1	29
	%	42,4	17,2	1,0	39,4	100,0
لا	ك	57	0	4	75	136
	%	39,4	,0	4,5	56,1	100,0
المجموع	ك	68	17	4	76	165
	%	41,2	10,3	2,4	46,1	100,0

هذا الجدول(177) يكشف أن معظم أفراد العينة غير محافظين على علاقاتهم الجنسية اي قاموا بتغيير سلوكهم الجنسي بنسبة82.4% مقابل 17.6% منهم مازلوا محافظين على علاقتهن الجنسية ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 15.851بدرجة حرية تقدر ب3 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.001 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية 3 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي7.82 أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول ان هذا التباين في النتائج

دليل على ان هناك فئة لم تستوعب بعد خطورة نقل المرض لنقص الوعي الصحي لديهم و استمرارهم يعتبر كميكانيزم للانتقام أو لأسباب أخرى سوف نكتشفها من خلال مدى إقبالهم على استعمال الواقي أثناء علاقاتهم الجنسية، فكانت الإجابة موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (178):توزيع افراد العينة حسب مدى استعمال الواقي بعد الاصابة و طرق الاصابة

مدى استعمال الواقي بعد الاصابة / طرق الاصابة		عن طريق الزنا	عن طريق البغاء (الدعارة)	عن طريق نقل الدم	عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية (الزوج)	المجموع
نعم	ك	1	12	0	0	13
	%	7,7	92,3	,0	,0	100,0
لا	ك	57	0	4	75	136
	%	41,9	,0	2,9	55,2	100,0
احينا	ك	10	5	0	1	16
	%	62,5	31,25	,0	6,25	100,0
المجموع	ك	68	17	4	76	165
	%	41,2	10,3	2,4	46,1	100,0

يتضح من خلال الجدول رقم (178) ان اغلبية المبحوثات اللواتي اصبن بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية يتوزعون باعلى قيمة عند اللواتي لا يستعملن الواقي بعد الاصابة بنسبة قدرت ب55.2% مقابل 41.9% عند اللواتي اصبن عن طريق الزنا بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي تستعملن الواقي ويتوزعون باعلى نسبة عند المبحوثات اللواتي اصبن بفيروس السيدا عن طريق الدعارة بنسبة قدرت ب92.3% مقابل 7.7% عند اللواتي اصبن عن طريق الزنا ولمعرفة مدى

ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة تساوي 16.325بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.012 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية6 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي12.59أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ومنه يمكننا القول أن عدم استعمال الواقي أو استعماله بطريقة غير واعية له أثار سلبية تهدد على استمرار انتشار المرض و ذالك نتيجة عدم فهم المريض لكل ما يقال له عن طرق الوقاية، كما لاحظنا أن معظمهم يعتقدون أن حسب ما قيل لهم أن استعمال الواقي قد يمنع انتشار المرض مئة بالمئة كما أكد البعض منهم أن سوء حالتهم الاقتصادية تجبرهم على استمرار علاقاتهم الجنسية خاصة بدون واقي من اجل المحافظة على الزبون لأنه ليس لهن سلطة في ذالك ولا يمكن ان تناقشه مع الشريك والبعض الاخر من المبحوثات لا تستعملن الواقى وذالك لانفصالهن عن ازوجهن في العلاقات الجنسية ومن خلال مقابلتنا لاحظنا أن معظمهم يشكون من اعرض مرضية ثانوية نتيجة سوء الأحوال المعيشية كانعدام النظافة و سوء التغذية، كما أن سرية المرض يدفع أغلبيتهن لذهاب إلى طبيب أخصائي أو مستوصف دون إعلان مرضها مما قد يؤدى إلى انتشار الفيروس لهذا يمكن أن نستنتج أن انتشار السيدا لا يرتبط فقط بنقص الوعي الصحي لدى المبحوثات وإنما لانعدام التثقيف الصحي من قبل المؤسسة الصحية وبالخاص جمعية مكافحة السيدا نظرا لاقتصارهم بنشطات داخل المدن على غرار الأرياف باعتبارها الأكثر المناطق تضررا بالمرض وذالك حسب مكان إقامة فئات عينتنا ،أي إنها لا تقوم بدورها كما ينبغي ولمعرفة راي المبحوثات حول مدى تغيير نظرة المجتمع نحو المرض فكانت اجاباتهم موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (179):توزيع افراد العينة حسب الحالة المدنية و مدى تغيير نظرة المجتمع نحو المرض

الحالة المدنية / مدى تغير نظرة المجتمع		نعم	لا	لا اعرف	المجموع
عزباء	ك	34	14	4	52
	%	65,4	26,9	7,7	100,0
مطلقة	ك	10	27	0	37
	%	27,0	73,0	,0	100,0
ارملة	ك	28	1	1	30
	%	93,3	3,3	3,3	100,0
متزوجة	ك	16	30	0	46
	%	34,8	65,2	,0	100,0
المجموع	ك	88	72	5	165
	%	53,3	43,6	3,0	100,0

نلاحظ من خلال جدول رقم (179) ان اغلبية المبحوثات ترى ان هناك تغير في نظرة المجتمع للمرض عن ذي قبل واصبح اكثر تقبلا للمريض بنسبة قدرت ب53.3% مقابل 43.6% من المبحوثات لا ترى ان هناك تغيير في نظرة المجتمع وان المجتمع يرى المصاب على انه مذنب او شاذ في حين سجلنا اقل نسبة وقدرت ب 3% عند اللواتي صرحن ان هن لا يعرفن بسبب عزلتهن عن المجتمع وعند ادخال المتغير المستقل الحالة المدنية لاحظنا ان فئة العزاب يتوزعون باعلى نسب عند اللواتي صرحن ان هنك تغيير في نظرة المجتمع حول المرض بنسبة قدرت ب65.4% مقابل 65.2% عند المبحوثات المتزوجات اللواتي صرحن ان ليس هناك تغيير في نظرة المجتمع نحو المرض ولمعرفة مدى ارتباط المتغيرين قمنا بحساب كي مربع فتحصلنا على كي مربع المحسوبة

تساوي 51.142بدرجة حرية تقدر ب6 ومستوى الدلالة الاختباري ب0.000 في حين كي مربع ألجدولي عند درجة حرية6 ومستوى الدلالة الاختباري 0.05 تساوي12.59أي أن كي مربع المحسوبة اكبر من كي مربع الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين مما يدل على ان الفرد حين يجد نفسه متهما من قبل المجتمع على انه منحرف وينظر اليه نظرة دونية فهذا يعزز لديه السلوك الانتقامي بنشر المرض دون التفكير لعواقبه .

هذه النتائج تجعلنا نستنتج ان نظرة المجتمع تؤثر في سلوك المراة خاصة وان المرض يلصقها وصمة عار طول حياتها ، لهذا نجد ثلاث انواع من النساء هناك نساء بعد الإصابة بفيروس ومعايشتهم للمرض يحاولوا تغيير أو تعديل سلوكهم وذالك كتجنب العلاقات الغير شرعية المعتادة كما يبدلوا جهدا واضحا في منع نشر المرض في وسطهم الاجتماعي و ذالك انطلاقا من القناعة الداخلية على انه أخطا و أن هذا المرض ما هو إلا ابتلاء من الله عز وجل لتطهيرها من الخطايا .

أما بالنسبة للبعض الأخر يقوم بتوزيع الذنب و تصوير نفسهم أنهم ضحية بوضع اللوم على الآخرين أو العالم الخارجي حتى ينفلتوا من الإدانة ،فهم بحسب رأيهم محرومون و أنهم مضطرين لهذا السلوك سواء أنهم بغيا أو يمارسون الزنا بينما البقية وهن أقلية هم فعلا ضحيا سلوك انحراقي لأزوجهن ولا دخل لهن فهن يعتمدون على العزلة ويرفضن النظرة الدونية للمجتمع ويحاولون تغير نظرة المجتمع للمرض والمريض

استنتاج الفرضية الثالثة

توصلنا من خلال تحليلنا لجداول الفرضية الثالثة و المتمثلة في "عدم وعي المراة ازاء وسائل الوقائية لنتقال فيروس السيدا وخطورته يجعلها اكثر عرضة للاصابة للفيروس ونشره" ،و التي تم اختبارها بواسطة مؤشر المستوى التعليمي و مدى معرفة المرض و مدى استمرار في العلاقات الجنسية بعد الاصابة على النتائج التالية:

- أن أغلبية فئة الشباب ما بين 19الى 48 سنة والتي تمثل 83.6% هم أكثر عرضة للإصابة بفيروس السيدا ويتوزعون على المستوى التعليمي آمي بنسبة قدرت ب33.3% و30.2% منهم ذو المستوى الابتدائي و48.9% منهن ذو المستوى المتوسط كما نلاحظ انه كلما ارتفع سن المبحوثات كلما انخفض المستوى التعليمي

- أن معظم أفراد العينة لم تكن لهم فكرة مسبقة حول المرض بنسبة 67.3% مقابل 32.7% منهم كانت لديهم فكرة عن المرض قبل الإصابة أي أنه كلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى مستوى تعليمي آخر، كلما نقصت نسبة معرفة المرض قبل الإصابة به و يمكن تفسير هذا التفاوت من خلال البيئة الاجتماعية و الثقافية التي تحيط بالمريض، إما من ناحية الثقافة أو من ناحية الوسط الأسري الذي غالبا ما ينعدم فيه الحديث عن مرض السيدا باعتباره من المسكوت عنه (أي من الطبوهات)، إضافة إلى غياب أو نقص مصادر تلقي المعلومات، كغياب وسائل التثقيف الصحي حول هذا المرض

- أن أغلبية المبحوثات ليس لديهم معرفة حول المرض قبل الإصابة و تتراوح مدة إصابتهم سنة واحدة وسنتين بنسبة قدرت على التوالي ب64.7% و80.7% بينما باقي المبحوثات فكانت مدة إصابتهم أكثر من ثلاث سنوات

- أن أغلبية المبحوثات من فئة العزاب ليس لديهم معرفة حول المرض قبل الإصابة وقدرت نسبتهم ب28.8% مقابل 37% منهم لهم معرفة مسبقة حول المرض تم تليها فئة المطلقات الذي بلغ عددهم

23 مبحوثة لا يعرفن المرض قبل الإصابة مقابل 14 مبحوثة لهن معرفة مسبقة حول المرض بينما فئة المتزوجات بلغ عدد اللواتي ليس لديهن معرفة مسبقة قبل الإصابة ب30 مبحوثة مقابل 16 مبحوثة لديهن معرفة حول المرض مما يفسر أن المرأة التي سبق لها الزواج أكثر تعرض للإصابة بفيروس السيدا واقل وعي بالمرض عن المرأة العزباء

- أن معظم المبحوثات تعرفوا على المرض عن طريق التلفزيون بنسبة30.9% وخاصة عند فئة اذو المستوى متوسط و الأمي بنسبة قدرت على التوالي ب44.4 % و 21.4 % ،ثم تليها وسيلة الراديو بنسبة 15.8% وخاصة عند الفئة ذو المستوى المتوسط والثانوي بنسبة قدرت على التوالي ب28.8% و17.6% أما بالنسبة للجرائد والمجلات فقد سجلنا نسبة قدرت ب10.3% وخاصة عند الفئة ذو مستوى المتوسط بنسبة17.8% و 75% لدى المبحوثات ذو المستوى الجامعي وهذا يدل على اختلاف اهتمامات أفراد عينتنا بحكم طبيعة المهنة و الحالة المدنية.

- أن كلما قل المستوى التعليمي كلما كانت المعرفة أو وعي المرأة بمرض السيدا منعدم وكلما ارتفع المستوى كلما كان هناك وعي أو معرفة مسبقة حول المرض إلا أن موقف أفراد العينة حول عدم معرفتهم بالمرض ما هو إلا نتيجة عدم وعي أو عدم اكتساب ثقافة صحية حول المرض

- أن أغلبية المبحوثات اللواتي تلتزمن بمواعيد العلاج يتوزعون بأعلى نسبة عند اللواتي لهن علاقة عادية وحسنة مع الطبيب وذالك بنسب قدرت على التوالي ب44.4% و87.8% في حين يتوزعن المبحوثات اللواتي صرحن أنهن لا يلتزمن بمواعيد العلاج بأعلى نسب عند اللواتي علاقتهن بالطبيب عادية بنسبة قدرت ب55.6% مما يدل أن كلما كانت العلاقة جيدة مع الطبيب كلما كان هناك التزام بمواعيد العلاج ولكن رغم هذا لا يمكن أن تكون العلاقة مع الطبيب هي أساس الالتزام ولكن حسب

– تصريح المبحوثات في المقابلة أكدت بعضهن أن هناك عامل الموقع الجغرافي المرتبط ببعد المسافة الذي يعتبر عائق لهن للالتزام بمواعيد العلاجأن المبحوثات اللواتي يلتزمن بمواعيد العلاج هن أكثر تعرضا لمضعفات فيروس السيدا بنسبة قدرت 100% بينما المبحوثات اللواتي لا يلتزمن بمواعيد العلاج فأغلبيتهن يتعرضن لأمراض أخرى يقد تكون خطيرة على حياتهن وقدرت نسبتهن ب12.2% مما يدل أن وعي المرأة بمدى خطورة المرض والتزامها بمواعيد العلاج يدفعها للمحافظة على صحتها وستمررها في الحياة بدون مشاكل صحية

– أن أغلبية المبحوثات اللواتي لا تلجئنا إلى مساعدات غير طبية يتوزعون بأعلى نسب على المبحوثات ذوي المستوى التعليمي الابتدائي و أمي والمتوسط بنسب قدرت على التوالي ب98.1% و81% و51.1% بينما المبحوثات اللواتي يلجئن إلى مساعدات غير طبية فهن يتوزعن بأعلى نسب عند المبحوثات ذوي المستوى التعليمي المتوسط والثانوي بنسب قدرت على التوالي ب48.9% و35.3% مما يدل أن كلما ارتفع مستوى التعليمي للمرأة كلما أدى ذالك للجوء إلى مساعدات غير طبية بحثا عن سبل أخرى لأجل علاج فيروس السيدا وذالك نتيجة قناعة شخصية حسب تصريحهم في المقابلة ويعود ذالك لاعتقادهم بجدوى وقيمة العلاج الغير طبي (الطب البديل)

– أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية ليس لديهن معرفة حول المرض قبل الإصابة بنسبة قدرت ب45% مقابل 48.1% لديهن معرفة مسبقة حول المرض بينما المبحوثات اللواتي أصبنا عن طريق الزنا هن أيضا ليس لديهن معرفة حول المرض قبل الإصابة بنسبة قدرت ب38.7% مقابل 46.3% من اللواتي لديهن معرفة مسبقة حول المرض في حين سجلنا 13.5% عند المبحوثات اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض وأصبنا عن طريق البغاء مقابل 3.7% منهن لديهن معرفة مسبقة حول المرض، أما المبحوثات اللاتي أصبنا عن طريق نقل

- الدم فقد سجلنا اقل نسبة عند اللواتي ليس لديهن معرفة حول المرض مقابل1.9% من لديهن معرفة حول المرض.

- أن معظم أفراد العينة غير محافظين على علاقاتهم الجنسية اي قاموا بتغيير سلوكهم الجنسي بنسبة82.4% مقابل 17.6% منهم مازالوا محافظين على علاقتهن الجنسية.

- أن أغلبية المبحوثات اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق العلاقات الجنسية الطبيعية لا يستعملن الواقي بعد الإصابة بنسبة قدرت ب55.2% مقابل 41.9% عند اللواتي أصبنا عن طريق الزنا بينما سجلنا اقل نسبة عند اللواتي تستعملن الواقي ويتوزعون بأعلى نسبة عند المبحوثات اللواتي أصبنا بفيروس السيدا عن طريق الدعارة بنسبة قدرت ب92.3% مقابل 7.7% عند اللواتي أصبنا عن طريق الزنا مما يدل أن عدم استعمال الواقي أو استعماله بطريقة غير واعية له أثار سلبية تهدد على استمرار انتشار المرض و ذالك نتيجة عدم فهم المريض لكل ما يقال له عن طرق الوقاية، كما لاحظنا أن معظمهم يعتقدون أن حسب ما قيل لهم أن استعمال الواقي قد يمنع انتشار المرض مئة بالمئة كما أكد البعض منهم أن سوء حالتهم الاقتصادية تجبرهم على استمرار علاقاتهم الجنسية خاصة بدون واقي من اجل المحافظة على الزبون لأنه ليس لهن سلطة في ذالك ولا يمكن أن تناقشه مع الشريك والبعض الأخر من المبحوثات لا تستعملن الواقي وذالك لانفصالهن عن أزوجهن في العلاقات الجنسية أن فئة العزاب أغلبيتهن صرحن أن هناك تغيير في نظرة المجتمع حول المرض بنسبة قدرت ب65.4% مقابل 65.2% عند المبحوثات المتزوجات اللواتي صرحن أن ليس هناك تغيير في نظرة المجتمع نحو المرض مما يدل أن نظرة المجتمع تؤثر في سلوك المرأة خاصة وان المرض يلصقها وصمة عار طول حياتها باعتباره من الطبوهات.

الفصل السادس

أهم النتائج و التوصيات

الاستنتاج العام

لقد كان الهدف من الدراسة التي قمنا بها معرفة مختلف العوامل التي تقف وراء تعرض المراة للاصابة بفيروس السيدا من خلال واقعها الاجتماعي، من أجل ذلك قمنا بدراسة ميدانية بمستشفى الهادي فليسي للأمراض المعدية المدعو سابقا مستشفى القطار، على مجموعة من النساء المتعايشات بفيروس السيدا و التي قدرت ب 165 امرأة تتراوح أعمارهم بين 19 إلى 68 سنة و الذين شكلوا مجتمع الدراسة بشرط ان تكون مدة إصابتهم من سنة فأكثر ،فقمنا بإجراء 10مقابلات لضبط وبناء استمارة بحث كشق كمي من الدراسة ، وبعد الحصول على نتائج من تفريغ و مناقشة و تفسير نتائج الاستمارة لجأنا إلي الشق الكيفي من الدراسة و المتمثل في إجراء مقابلات مع 20 امرأة ليكون عدد المقابلات 30 مقابلة و اعتمدنا على تحليل محتوى المقابلات بهدف التعمق في بعض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الكمية و التي رأينا أنها في حاجة إلى تدعيم وتعمق لوصف واقع المراة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري .

و في نهاية المطاف تمكنا من الوقوف على النتائج التالية:

أولا الخصائص و السمات الشخصية للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا

بعد استعراض خصائص الديموغرافيا و الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد العينة تمكنا من الوقوف على بعض المميزات والتي يمكن الإشارة إليها كتالي :

1- السن

يعتبر السن عامل مساعد في دفع المرأة إلى الإصابة بفيروس السيدا،حيث يؤثر على حجم وطرق الإصابة ، ويتضح ذلك من حيث أن لكل مرحلة عمرية التي تمر بها المرأة لها خصائصها ومميزاتها ،

سواء تعلق الأمر بتكوين شخصيتها أو بالبيئة الاجتماعية المحيطة بها،حيث أثبتت الدراسة أن معظم النساء المتعايشات بفيروس السيدا في سن المراهقة والشباب ويتراوح سنهم مابين19-48 سنة ، ويرجع ذلك إلى ما تتميز به المرأة في هذه المرحلة العمرية من صفات وخصائص بدنية ونفسية تجعلها أكثر نشاط جنسيا، وذلك من حيث ظهور علامات الأنوثة لديها وبروزها ، وزيادة غريزتها الجنسية ، مما يجعلها عرضة للإغراءات المختلفة والتحرش الجنسي من قبل الرجال، فهذه الظروف قد توقعها في سلوكيات منحرفة ك الزنا ومن ثم البغاء وبعدها التعرض لفيروس السيدا ، أما المراحل العمرية الأخرى كمرحلة النضوج والشيخوخة التي تمر بها المرأة فتقل فيها نسبة الإصابة مقارنة بمرحلة المراهقة والشباب مما يدل أن فيروس السيدا يصيب مختلف فئات العمر لدى المرأة باعتبارهم أكثر تعرضا من الناحية البيولوجية .

2- المستوى التعليمي

إن التعليم يسهم في بناء شخصية المرأة وفي توجيه سلوكها في الاسرة و المجتمع ، وذالك لما يحمله المستوى التعليمي من أهمية ودور في تطوير شخصية الفرد إلا أن له أثاره الخاصة في سلوكيات الأفراد وقد يؤثر المستوى التعليمي المتدني على حياة وسلوك الأفراد في حالة غياب الثقافة أو الوعي في ما يدور حوله من تغيرات وظواهر قد تكون سبب في فشله أو تعرضه لمشاكل لا تحصى ولا تعد بما فيهم خطر التعرض لفيروس السيدا ،وقد انبثت الدراسة أن المستوى التعليمي للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا مستواها التعليمي متدني فمعظم المبحوثات هن من الفئة الأمية التي لم تلتحق بالمدارس على الإطلاق، أو التحقت ولكنها توقفت مبكرا عند المستوى الابتدائي أو المستوى المتوسط بنسبة قدرت بالتقريب 85%، وقليلات جدا من حظين بالدراسة في الثانوية و الجامعة و قدرت نسبتهم بالتقريب 15% ، وهذا يشير أن المرأة الأمية أو دون مستوى تكون قليلة المعرفة لا تدرك عواقب الأخطار التي

تواجهها في حياتها وتجعلها سهلة الوقوع في سلوكيات منحرفة أو سريعة التأثر بالمؤثرات الخارجية ، مما قد يعرضها ذالك إلى خطر الإصابة بفيروس السيدا ، لهذا كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما قل عدد النساء المتعايشات بفيروس السيدا و يؤكد أيضا أن فئة كبيرة من النساء المتعايشات بفيروس السيدا لم يكملن تعليمهن لأسباب متعددة منها ترجع للمجتمع ومنها لها علاقة بالعرف وعادات بعض الأسر التي لا تسمح لهم بمزاولة التعليم و إجبارهن على الزواج ،كما أن المرأة المتعلمة ليست معصومة من الإصابة بفيروس السيدا وذالك جهلا منها للأمراض التي قد تصيبها من جهة ومن جهة أخرى عدم الحوار والتواصل مع الزوج أو الشريك في الأمور الجنسية ورغم هذا فان مهما كان المستوى التعليمي فان خطر تعرض المرأة لفيروس السيدا يمس كل المستويات التعليمية وجوهر الاختلاف يظهر في سبب تعرض المرأة لفيروس السيدا ومدى وعيها بالمرض.

3- الحالة المدنية

أثبتت الدراسة أن للحالة المدنية دور كبير في التعرض للإصابة بفيروس السيدا بقدر الذي تلعبه الظروف المحيطة في بيئتها الاجتماعية كعوامل مشجعة ومساعدة لتعرض للإصابة بفيروس السيدا مثل العنوسة أو العزوف عن الزواج أو الزواج المبكر، فتبين أن أغلبية النساء المتعايشات بفيروس السيدا هن من الفئة التي سبق لها الزواج وقدرت نسبتهم بالتقريب ب68% تم تليها الفئة العزباء وقدرت نسبتهم بالتقريب 31% ، كما تبين أن 40% من النساء الغير المتزوجين يعيشن مع أهلهم و 60% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج يعشن حياة مستقلة عن الأهل .

4- المهنة

أثبتت الدراسة أن أغلبية المبحوثات لا يمارسن أي مهنة وقدرت نسبتهم بالتقريب 46% ولا يعرفن من الحياة سوى" عمل البيت "وهو مؤشر هام جدا، في كون المرأة غير العاملة حبيسة أركان البيت والمواجهة لصعوبات الحياة ، غالبا ما تجرها الأقدار نحو الانحراف خاصة المرأة الغير متزوجة والمطلقة ولقد وجدنا من خلال هذه الدراسة أن مهنة المرأة المتعايشة بفيروس السيدا تتباين حسب المستوى التعليمي وحاجة المرأة للعمل وهذا طبيعي لان أغلبية أفراد العينة دون مستوى وبالتالي سوف تكون لهن فرص العمل محدودة نجد أن أغلبية أفراد العينة التي تعمل هن عاملات بالإدارة و عاملات بالنظافة (منظفات) بنسبة تقدر لكلا المهنتين 9% تم تليها مهنة الحلاقة بنسبة 3% أما باقي المهن فسجلت اقل نسبة وقدرت ب1.8%.

5- البيئة السكنية:

أكدت الدراسة أن أغلبية النساء المتعايشات بفيروس السيدا تعيش في المدن بنسبة 60%، أما في الريف الجزائري فقدرت بنسبة 40%، كما ترتفع نسبتهم في الأحياء الشعبية والقصديرية أكثر منها في مجمعات السكانية و الأحياء الراقية، وهذا التباين في النتائج بين المناطق الريفية و المناطق الحضرية تبرز فضل ابن خلدون عندما كشف عن أثر البيئة سواء كانت ريفية أو حضرية أم بدوية في سلوك الأفراد سويا كان أم منحرفا، وتبعا لظروف الاجتماعية التي تعيش فيها المرأة في الريف تجعل تعرضها للإصابة بفيروس السيدا ليس بنفس الحجم ونوعية التي تتعرض فيه المرأة في المدينة لان تعرض المرأة في الريف إلى الإصابة يكون غالبا من طرف الزوج أو يحمل طابع الحاجة ويكون سلوكها ألانحرافي محاط بالسرية وفقا للعادات وتقاليد المنطقة الريفية باعتبارها منطقة محافظة ، في حين نجد المرأة في المدينة يكون تعرضها للإصابة بفيروس السيدا بنسب مرتفعة لكون المدينة

تعتبر مجال واسع للعلاقات لهذا يتغلب على تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا الطابع الخلقي (الزنا و الدعارة) وتقف المرأة في المدينة موقف اللامبالاة لسهولة التستر عليها أو إخفاء انحرافها .

طرق الإصابة بفيروس السيدا :

أكدت الدراسة أن المرأة التي سبق لها الزواج هي أكثر عرضة للإصابة بفيروس السيدا بنسبة قدرت ب68% أما المرأة العزباء فقدرت نسبتهم ب32% ،حيث أن المرأة المتزوجة هي أكثر عرضة لفيروس السيدا عن طريق الزوج (أي العلاقات الجنسية الطبيعية) بنسبة قدرت ب66% تم تليها نسبة 23% بالنسبة للفئة التي تعرضت لفيروس السيدا عن طريق الزنا بينما الفئة التي تمتهن الدعارة فقدرت بنسبتهم ب7% وتقل عند الفئات التي تتعرض لفيروس السيدا عن طريق الدم بسبب إستراتجية الوقاية ومراقبة الدم.

ثانيا :أهم الأسباب المساعدة لتعرض المرأة لفيروس السيدا

ان واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا كشف عن مجموعة من العوامل أو الوقائع التي ترجع إلى الوسط الذي تعيش فيه أو البيئة الاجتماعية التي تحيط بها. وهذه العوامل مختلفة ومتنوعة منها العوامل الاجتماعية كالبيئة الأسرية التي تعتبر المسئولة الأولى في تشكيل سلوكها و الجانب ألزواجي ، ومنها العوامل الاقتصادية وأهمها الوضع المادي والبطالة، إضافة إلى العوامل الثقافية كمستوى التعليم والوعي الصحي، وكدا تأثير وسائل الأعلام، والعادات والتقاليد ..لخ.

وبما إن هذه العوامل متعددة ومختلفة، و من خلال نتائج الدراسة الميدانية استطعنا أن نميز بين ثلاث عوامل أساسية إلا أننا سنستعرض أهمها، وذلك لتأثيرها الكبير على المرأة وجعلها تتعرض للإصابة بفيروس السيدا، ، وأهم هذه العوامل ما يلي

اولا: المستوى الاجتماعي

يعبر عن مجموعة من العلاقات والروابط والصلات التي تنشأ بين المرأة وبين الاشخاص الذين ينتمون الى البيئة الاجتماعية التي تعيش فيها. فالمرأة منذ ولادتها تمر بمجتمعات صغيرة في نطاق مجتمعها الكبير، وذلك خلال مراحل عمرها المختلفة، حيث تختلط بهذه المجتمعات الصغيرة اختلاطا وثيقا وتتفاعل مع أفرادها عبر علاقات اجتماعية وطيدة ، فيتأثر سلوكها بها إما إيجابيا أو سلبيا.

ومن أهم هذه المجتمعات البيئية التي قد يكون لها تأثير سلبي على سلوك المرأة بوجه عام حسب نتائج الدراسة الميدانية نجد:

♦البيئة الأسرية والجانب ألزواجي

تعد الأسرة أهم مؤسسة اجتماعية تؤثر في شخصية الإنسان منذ طفولته،لكونها الركن الأساسي في بناء أي مجتمع وأن انتماء الفرد لمجتمعه يتم عبر انتمائه لعائلته التي تشكل الخلية الاجتماعية التي يتلقى فيها الإرثين البيولوجي والثقافي وبالأخص المعايير وقيم المجتمع المقبولة أو مرفوضة اجتماعيا وقد تكون الأسرة عاجزة عن إشباع حاجاته المادية منها والمعنوية بطريقة تساير فيها المعايير الاجتماعية والقيم الدينية والخلقية ، نتيجة الفقر أو الظروف الاقتصادية الصعبة أو لتصدع الأسرة أو نتيجة لوفاة أحد الوالدين أو كليهما أو انفصالهما أو غياب أحدهما لأي سبب من الأسباب.

كما أن وجود الوالدين لا يعني بالضرورة نجاح الأسرة كوحدة اجتماعية مستقرة خاصة في وجود النزاع والشجار الدائم بين الوالدين مما يؤثر على الأمن الاجتماعي داخلها و قد يكون عامل مساعد يدفعهم للخروج إلى الشارع والبحث عن الاستقرار و العطف و الحنان.

بالإضافة إلى ذلك فإن هناك اختلالات كثيرة قد تصيب الأسرة مثل انحراف أفراد الأسرة وغياب الرقابة الأسرية ...لخ كل هذه المشكلات وغيرها قد تعترض طريق الأسرة بحيث تكون الأسرة هي إحدى المصادر الأساسية لدفع المرأة لتعرض للإصابة بفيروس السيدا .

ومن بين أهم العوامل الأسرية التي تم استنتاجها من العمل الميداني

-إن التصدع و التفكك الأسري عند المرأة المتعايشة بفيروس السيدا له ارتباط في تعرض المرأة لفيروس السيدا ، حيث أن معظمهن يعيشن في اسر عاجزة ماديا و عاطفيا و خلقيا مما قد يدفعهن إلى البحث عنه بأي طريقة كانت حتى وان كانت الطرق غير شرعية تحت تأثير عوامل مهيأة مثل غياب الرقابة الأسرية أما الجو الأسري فهو مكهرب تكثر فيه الخصومات و الشجارات بين الزوجين والأهل وان المرأة قبل تعرضها لفيروس السيدا تكون أكثر تأثير بنوع العلاقة مع أهل الزوج وأهلها لأسباب قد ترجع إلى طريقة الاختيار والظروف المعيشية التي جعلت منهن أكثر ميلا للحياة المستقلة هروبا من رفض أهلهن لهن خاصة المطلقات اللواتي تصارعن مشاكل الحياة بمختلف الطرق ظنا من هن أنهم يقدموا مساعدة لأطفالهم ليستمروا في الحياة دون تدخل الأهل ، أما بالنسبة للمرأة الأرملة و المتزوجة هناك عوامل أخرى تؤثر على نوعية علاقتهن إضافة إلى نوعية اختيارهن لزوج فبعضهن زواجهن تقليدي ويعشن مع أهل الزوج والبعض الأخر اختار الحياة المستقلة عن المنزل العائلي وذالك للحفاظ على رابطة الزواج وعلى العلاقات القرابية للعائلتين ، بينما من اختارت الحياة في كنف أهل الزوج ذالك يرجع لعادات وتقاليد البعض والى أزمة السكن التي تجبر الزوجين على البقاء مع الأهل وهذا ما يخلق خلافات و نزعات العجوز و ألكنة التي تؤثر بدورها على العلاقات الزوجية فهي تعمل على تقيد حركة المرأة داخل البيت لان ضيق المسكن يساهم إلى حد كبير في ظهور مثل هذه الخلافات و النزعات فيقل التواصل بين الزوجين في ظل عوامل أخرى وظروف صعبة مشجعة قد تدفع بالزوج للخيانة والانحراف وبالتالي تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا.

♦الجانب ألزواجي

تعاني المرأة في المجتمع الجزائري عدة مشاكل من بينها العنوسة و الزواج الاستعبادي وذالك نتيجة الانفتاح الثقافي الذي فتح مجال التواصل بين الجنسين ضمن علاقات جعلت من المرأة عرضة للإصابة بفيروس السيدا ومن خلال نتائج الفرضية توصلنا

- إن سبب عدم زواج أغلبية أفراد عينتنا هو من أهم أسباب تعرضها للإصابة بفيروس السيدا ظنا منها أن السلوك ألانحرافي قد يعوضها ذاك النقص أو قد يدي بها إلى الظفر بزوج أو منصب عمل، ويعود عدم زواجها إلى سمعة الأسرة و وضعيتها الاجتماعية والتي قدرت نسبتهم ب30.8% من المجموع الكلي ويرجع ذالك إلى الفقر وغلاء المعيشة وغياب الوازع الديني وكذا عزوف المرأة عن الزواج .

-أن تعدد الزوج يعد سبب في عدم استقرار الأسري و ألزواجي الذي قد يؤدي إلى عوامل أخرى كالهجر و الخيانة ..لخ والذي يعتبر سبب من أسباب إصابتهن بفيروس السيدا .

- أن المرأة المتعايشة بفيروس السيدا كانت تعيش تحت ضغوطات ومشاكل وخلافات زوجية قبل الإصابة وهذا ما جعل منها أن تكون الحلقة الضعيفة التي يمارس عليها الزوج أو الشريك كل أنواع العنف وبالأخص إن كان متعاطي لمخدرات أو الكحول قد يدفعه هذا الأخير لسلوك سلوك منحرف غير مأمون يتسبب في نقل العدوى لزوجة أو الشريكة .

ثانيا :المستوى الاقتصادي

للعوامل الاقتصادية دورا كبيرا في تعرض المرأة لفيروس السيدا، وأهم هذه العوامل التي لها أثر واضح في تعرضها حسب نتائج الفرضيات نجد:

–لقد أسفرت النتائج أن الوضع الاقتصادي الأسري للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا ضعيف بنسبة قدرت ب66% وهذا التدني في الحالة المادية قد يدفع بعض الأسر إلى العيش في شقق ضيقة بنسبة

59% مع الأهل كما أن الأسر التي تتمتع بمستوى دخل منخفض يكون هذا عائقا أمام أفراد الأسرة لتمتع وتلبية ابسط حاجاتهم الاجتماعية مما يدفع المرأة لمساعدة زوجها ومشاركته في العمل الخارجي لتدعيم الحياة المعيشية خاصة بالنسبة للمرأة التي فقدت زوجها عن طريق الوفاة أو الطلاق فتكون مجبرة على العمل الخارجي لإعالة أطفالها مهما كان نوع أو طبيعة العمل المتحصل عليه ، كما صرحن أن مقدار الدخل الشهري وحده لا يلبي حاجيات أفراد أسرهم لأنه غير كافي ولكن عن طريق البغاء أي ممارسة الدعارة بمقابل فهذا المبلغ هو من يسدد حاجيتها وحاجات افرد أسرتها ويرجع كل هذا لتغيرات الاجتماعية والاقتصادية الحاصلة في المجتمع الجزائري والتي أدت إلى انخفاض المستوى المعيشي أن الوضع الاقتصادي للأسرة هو المسئول عن تغيير سلوك أفرادها و كذا عن تكوين أخلاقيات أفرادها بوجه عام وأخلاقيات المرأة بوجه خاص فبتالي نجدها تهتم ببعض الممارسات و سلوكيات الانحرافة تعبر من خلالها عن عدم رضاها و قبولها للوضع الاقتصادي الذي تعيش فيه.

– إن المرأة المتواجدة على مستوى الأحياء الفقيرة و المزدحمة وغير ملائمة مع ابسط الشروط الإنسانية من حيث الإسكان والخدمات قد تعرضها للإصابة بفيروس السيدا باعتبار الحي قوة سببية يمكن أن تخلق حالات من الانحراف وذالك لكون طبيعة الحي مساعدة على التنفيس الانحراف من خلال المقاهي و الملاهي وأوكار المنتشرة فيه والتي تشجع تعاطي المخدرات و الكحول وكدا ممارسة الدعارة سواء بالنسبة للمرأة أو لأحد أفراد أسرتها وعليه يمكن القول أن مهما كان نوعية أو طبيعة الحي إلا أن الانحرافات المنتشرة فيه قد تكون سبب في تعرض المرأة التي سبق لها الزوج للإصابة بفيروس السيدا.

ثالثا : الوعي الصحي

–أثبتت الدراسة إن67% من النساء المتعايشات بفيروس السيدا ليس لديهم معلومات أو معرفة حول المرض وكدا الوسائل الوقائية قبل الإصابة و يعتبر هذا من أهم مسببات تعرضها للإصابة بالفيروس

مما يفسر أن النقص الإعلامي يساهم في نقص الوعي الوقائي لدى الكثير من المرضى، خاصة من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، حيث أن الأغلبية العظمى من المصابات، أي قلة المعلومات الوقائية من الوسائل الإعلامية، خاصة التلفزيون باعتباره أهم وسيلة يمتلكها الجميع باعتبارها وسيلة غير مباشرة لتوصيل الرسالة الصحية،

- أن 44% من النساء المتعايشات بفيروس السيدا يلتزمن بمواعيد العلاج نتيجة العلاقة الجيدة مع الطبيب كما أن وعي المرأة بمدى خطورة المرض والتزامها بمواعيد العلاج يدفعها للمحافظة على صحتها وستمررها في الحياة بدون مشاكل صحية و كلما ارتفع مستواها التعليمي والمادي كلما أدى ذالك للجوء إلى مساعدات غير طبية بحثا عن سبل أخرى لأجل علاج فيروس السيدا.

- كما أن وسائل الإعلام، وخاصة القنوات الفضائية في ظل انتشارها وعدم وجود رقابة توعوية ونقدية وتثقيفية عليها تعمل على تحريك وإثارة الغريزة الجنسية عند بعض النساء ، وخاصة المراهقات والشابات منهن عن طريق ما يعرض من مسلسلات تركية رومانسية وأفلام غرامية فاضحة ، مما يكرس لدى البعض بأنها سلوكيات مقبولة ويدفع بهن إلى إرضاء غرائزهن الجنسية بطرق غير مشروعة تنشأ عنها سلوكيات غير أخلاقية كالزنا وهتك العرض و البغاء.

الخاتمة و توصيات

إن مشكلة تأنيث السيدا أصبحت في الوقت الحاضر، من القضايا الرئيسية التي يعطى لها أهمية كبرى من طرف المجتمع الوطني و الدولي نظرا لما أفرزته هذه الظاهرة من آثار سلبية على صحة المرأة وبالتالي على الأسرة و المجتمع بصفة عامة .

ونظرا لانتشار فيروس السيدا في المجتمع الجزائري ولو بنسب ضئيلة حسب ما تصرح به منظمة الصحة العالمية ولغياب الدراسات السوسيولوجية التي تبحث عن العوامل الاجتماعية التي تقف وراء استمرار وأسباب انتشار فيروس السيدا .

فجاءت هذه الدراسة للكشف عن هذه العوامل من خلال معرفة واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا محاولة منا وضع مقاربة سوسيولوجية تخدم الجانب الصحي خاصة عندما تعمل القوى المكونة له وفق آليات واضحة للحد من انتشاره و نرجو أن يكون عملنا نقطة انطلاق لأبحاث علمية أخرى تكون أكثر دقة وأكثر أهمية لمعالجة الظواهر الصحية من جانبها الاجتماعي الثقافي خاصة تلك التي تدخل ضمن الطبوهات لكسر جانب الصمت والكشف عن أسبابها .

و أهم ما يمكن استخلاصه من مجمل التحاليل و الملاحظات التي بنت هذه الدراسة منذ البداية هو أن واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري متواجدة و في تزايد مستمر و هي وليدة سليلة ظروف اجتماعية و اقتصادية و ثقافية .

و قد يعود سبب تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا إلى عدة عوامل متداخلة نحصرها أساسا في الظروف البيئة الأسرية و التي تخص بالأساس البيئة الفاسدة أو سوء العلاقات الأسرية باعتبار المرأة تعيش كعضو متفاعل مع باقي أعضاء الأسرة تؤثر فيهم وتتأثر بهم ، في حالة فشل هذه العلاقات سواء في المعاملة أو التوافق ألزواجي أو بتفكك الروابط الأسرية كالطلاق أو الوفاة أو الانفصال بين

الوالدين أو الزوجين فان المرأة تتأثر بهذا الفشل وتجد نفسها مهمشة في إطار أهم نسق اجتماعي وهو الأسرة ،فهذا ما يدفعها للبحث عن علاقة بديلة تعوضها العطف والاهتمام و الرعاية المفقودين في الأسرة ، كما هذا الفشل قد يدفع المرأة المتزوجة إلى سلوك قد يؤثر على علاقتها الجنسية ويدفع بزوجها للخيانة ،إضافة إلى العوامل الاقتصادية كالعوز المادي والبطالة أين تنتهي حياتها عند الإصابة بفيروس السيدا وفي ضوء النتائج المتوصل إليها ، يمكننا الوصول إلى جملة من التوصيات والاقتراحات التي من شأنها أن تساهم ، ولو بقدر محدود في معالجة ظاهرة انتشار فيروس السيدا لدى المرأة وبالتالي المجتمع في النقاط التالية:

– إيجاد طرق رسمية حكومية لجعل مرض السيدا كباقي الأمراض المزمنة له حق التامين و الخدمة الاجتماعية كرعاية المرأة المتعيشة بفيروس السيدا وذالك بتأهيلها وتدريبها على مهنة أو حرفة لتستطيع أن تعيل نفسها ولا تنزلق مرة أخرى لزنا أو البغاء تحت ضغوط الحاجة أو العوز .

– نشر الوعي والثقافة الصحية بتفعيل دور منظومة الإعلام المرئية منها و المسموعة داخل المدن والأرياف خاصة في نشرات إعلامية محددة بزمن معين ،مع تحديد مختلف الإمراض التي قد تصيب المرأة بما فيهم مرض السيدا و وسائل الوقاية منه ،وكيفية التكفل بالحالات المرضية

– تخصيص مادة علمية تدرس في المتوسطات والثانوية و الجامعة تهتم بالثقافة الجنسية في الشريعة الإسلامية وكيفية معالجة مشاكل المراهقة و الشباب بطرق تربوية و تكون على شكل حوار مفتوح مع الطلبة و الطالبات ويقوم بتدريسها مجموعة من الأساتذة الذين لهم خبرة واطلاع في هذا المجال

– وضع قوانين ردعية لكل شخص متعايش بفيروس السيدا ويعمل على نشره عمدا ،كسجنه وحرمانه من العلاج حتى الموت باعتباره شخص خطر على المجتمع .

قائمة المراجع

مراجع باللغة العربية

1) ابراهيم الحيدري:النظام الابوي واشكالية الجنس عند العرب،دار الساقي للنشر والتوزيع،بيروت،ط1، 2003

2) ابراهيم عبد الهادي المليجي :الرعاية الطبية و التاهلية من منظور الخدمة الاجتماعية ،سلسلة جدران المعرفة ، الاسكندرية ،2006

3) إبراهيم، عثمان: مقدمة في علم الاجتماع،عمان، دار الشروق و النشر و التوزيع، 1999

4) ابو النصر مبشر الطرزي الحسيني : المراة وحقوقها في الاسلام ، الإسكندرية، مصر : مكتبة حميدو، 1990

5) احسان محمد الحسن :علم اجتماع عائلة ،دار وائل لنشر ،عمان الاردن ،ط1،2005

6) احمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ:المصباح المنير معجم عربي– عربي، بيروت، مكتبة لبنان، 1987

7) احمد سالم الأحمر :علم اجتماع الأسرة ،دار الكتاب الجديدة المتحدة ،بيروت ،لبنان ،الطبعة الأولى ،2004

8) أحمد فايز النماس : الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة العربية للنشر،بيروت ، الطبعة الأولى ، 2000

9) احمد محمد بدح و الاخرون :الثقافة الصحية ،دار المسيرة لنشر و التوزيع ،عمان الاردن ،2015

10) احمد محمد لطفي احمد :الايدز و اثاره الشرعية و القانونية،الاسكندرية ،دار الفكر الجامعي، الطبعة الثانية ،2011

11) احمد محمد مبارك الكندري :علم النفس الاسري،مكتبة الفلاح،الكويت،ط2، 1993

12) إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات تطبقية، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية، 1991

13) اقبال محمد بشير و اقبال ابرهيم مخلوف وسلمى جمعة :ديناميكية العلاقات الاسرية،دراسة عن الخدمة الاجتماعية و رعاية الاسرة و الطفولة ، المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية ،بدون سنة

14) اميرة منصور يوسف علي :محضرات في قضايا السكان و الاسرة و الطفولة ،المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية ،1994

15) أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية و النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1997

16) انتوني غدنز :علم اجتماع "مع مدخلات عربية" ،تر:فايز الصياغ،مركز دراسات الوحدة العربية،بيروت ،الطبعة الرابعة،2004
17) أنطوان حبيب :قضايا الشباب و المرأة العاملة في الوطن العربي،مكتب العمل العربي،بيروت، بدون تاريخ
18) أيمن مزاهرة ،عصام الصفدي ،ليلى أبو الحسن :علم اجتماع الصحة، الأردن ،دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع ،ط1 ،2003
19) باسمة كيال:تطور المراة عبر التاريخ،مؤسسة عز الدين للطباعة و النشر، بيروت،1981
20) بتي يوربيرك: دور الغريزة الجنسية في التغير الاجتماعي، ترجمة يوسف إبراهيم المعتز، دار النهضة المصرية، .القاهرة، 1974
21) بدر بن احمد:بحوث اجتماعية ،مكتبة فهد الوطنية ،السعودية ،ط1، 1996
22) البهي الخولي: الإسلام وقضايا المرأة المعاصرة،دار العلم ،الكويت ،1994
23) بيار بورديو :الهيمنة الذكورية ،تر:سلمان قعفراني،مركز دراسات الوحدة العربية ،بيروت ،2009
24) تركي رابح: أصول التربية و التعليم، ديوان المطبوعات الجامعية،المؤسسة الوطنية للكتاب،الجزائر ،ط2، 1990
25) تسير فتوح حجة :حقوق المراة في الشريعة الاسلامية و المواثيق الدولية "دراسة مقارنة "،مركز اعلام حقوق الانسان و الديمقرطية –شمس،رام الله ،2009
26) جابر عوض السيد حسن ، خيرى خليل الجميلي:الاتجاهات المعاصرة في دراسة الاسرة و الطفولة ،المكتبة الجامعية لنشر والتوزيع،الاسكندرية،2000
27) جبارة عطية جبارة: المشكلات الاجتماعية ،دار المعرفة الاجتماعية، الاسكندرية ، 1992
28) جليل وديع شكور :أمراض المجتمع، الأسباب.الأصناف.التفسير.الوقاية والعلاج، الدار العربية للعلوم، بيروت، الطبعة الأولى، 1998
29) جماعة من كبار اللغويين العرب:المعجم العربي الأساسي،المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم،طبعة لاروس ،مجلد واحد ،1989
30) جمال محمد سعيد الخطيب ،اسس التربية ، دار الشروق ،عمان –الاردن ،1993
31) جون ستوارت مل:استعباد النساء ،تر:امام عبد الفتاح امام ،مكتبة مدبولي ،القاهرة ،ط1 ،1998
32) الجوهري عبد الهادي:قاموس علم اجتماع، مكتب النهضة، الشرق، بدون سنة
33) حليم بركات :المجتمع العربي المعاصر"بحث استطلاعي "، درسات الوحدة العربية ،بيروت،1986

34) حليم بركات: النظام الاجتماعي و علاقاته بمشكلة المرأة العربية ، مركز الوحدة العربية ،بيروت،ط1، 1982
35) خديجة صبار:المراة في الميثولوجيا و الحداثة،بيروت ،افرقيا الشرق،1999
36) ربى حسن مفتاح، عبد الرحمان ابو شمالة:مسرد مفاهيم و مصطلحات"النوع الاجتماعي"، المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية" مفتاح" ،الطبعة الاولى، 2006
37) سامية حسن الساعاتى ، علم الاجتماع المرأة ، دار الفكر العربى،القاهرة ، ط1 ،1999
38) سامية حسن الساعاتي:الثقافة والشخصية، بحث في علم اجتماع ثقافي، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 1983
39) سامية محمد جابر و الآخرون :المجتمع و الأسرة ،دار المعرفة الاجتماعية ،الإسكندرية ،1998
40) سامية مصطفى الخشاب :النظرية الاجتماعية و دراسة الاسرة ، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، مصرالجديدة ،القاهرة ،2007
41) سامية مصطفى الخشاب،المراة و العمل المنزلي دراسة اجتماعية ميدانية،مكتبة الانجلو مصرية ،الاسكندرية،1983
42) سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان : الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، 2004
43) سليم بطرس جلدة: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن،ط1، 2007
44) سميرة احمد السيد:علم الاجتماع التربية ،دار الفكر العربي لطباعة و النشر،القاهرة ،ط3 ،1997
45) سناء الخولي : الاسرة و الحياة العائلية : الاسرة و الحياة العائلية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1995
46) سناء، الخولي: الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية،الاسكندرية، 1996
47) السيد رمضان:اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة و السكان،دار المعرفة الجامعية للطبعة والنشر والتوزيع،الإسكندرية ،2002
48) السيد عبد المعاطي وأخرون، علم إجتماع الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1999
49) سيمون دي بوفوار: الجنس الاخر، تر:لجنة من أساتذة الجامعة،دار الاهلية لنشر و التوزيع ، عمان ،2008
50) صباح الدين علي: الخدمة الاجتماعية، الهيئة العامة للتأليف و النشر، الإسكندرية، ط3 ،1972
51) عاطف غيث :تطبيقات في علم الاجتماع ،دار الكتب الجامعية ، الاسكندرية ،1970
52) عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الأولى، 1998

53) عبد الحميد حفيري: فرانز فانون بعض ملامح الشخصية الجزائرية في كتاباته ، منشورات وزارة الثقافة و السياحة،الجزائر، 1985
54) عبد الرحمان البرقوقي:دولة النساء،معجم ثقافي اجتماعي لغوي عن المراة ،بيروت،دار ابن حزم للطباعة و النشر و التوزيع،الطبعة الاولى، 2004
55) عبد الرحمان عبد الله الصبيحي :أطفال الشوارع في العالم العربي ،مطابع الحميضي،الرياض ،الطبعة الثانية، 2007
56) عبد المجيد الشاعر و الآخرون: علم اجتماع طبي ، دار البازوري ،عمان،2000
57) عبد الهادي عباس : المراة و الأسرة في حضارات الشعوب و أنظمتها , الجزء الثالث , ط1،دمشق،دار طلاس للدراسات و الترجمة و النشر ، 1987
58) عبد الواحد وافي :الاسرة و المجتمع ،مكتبة النهضة ، القاهرة ،1966
59) عبد علي الخفاف:جغرافية الايدز في العالم ،دار الفكر للطباعة و النشر ، عمان ، الطبعة الأولى ،1999
60) عبدالله محمد الغذامي :المراة و اللغة ،المركز الثقافي العربي ،بيروت /الدار البيضاء ،الطبعة الثالثة ،2006
61) عدي الهواري : الاستعمار الفرنسي في الجزائر:سياسة التفكيك الاقتصادي و الاجتماعي1830 – 1960، تر:جوزيف عبد الله، دار الحداثة للطباعة والنشر ، بيروت،ط1، 1983
62) عز الدين بوشيخي :المراة العربية المعاصرة ،الانتماء الحضاري و البعد السيكولوجي،مطبعة مكاتب مكناس،المغرب ،ط1 ،1984
63) عصام نور:دور الأسرة في تنمية المجتمع، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية،2002
64) علاء الدين كفافي:الإرشاد والعلاج النفسي الأسري ، دار العربي،القاهرة ،ط1 ،1999
65) علي أفرقار : صورة المراة بين المنظور الديني و الشعبي و العلماني ، ،دار الطليعة، بيروت،ط1 ، 1996
علي المكاوي :الانثروبلوجيا الطبية دراسة نظرية و بحوث ميدانية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1991،
66) علي المكاوي:علم الاجتماع الطبي –مدخل نظري –،الإسكندرية،دار المعرفة الجامعية ،1997
67) علي بوعناقة :الأحياء الغير مخططة و انعكاساتها النفسية و الاجتماعية على الشباب ،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر ،1987
68) علي فؤاد احمد :علم الاجتماع الريفي ،دار النهضة العربية ،بيروت ،1981
69) علي ليلة :البنائية الوظفية في علم الاجتماع و الانثربولوجيا "المفاهيم و القضايا" ،دار المعارف لطباعة و النشر،الاسكندرية ،1982

70) عمر رضا كحلة :المراة في القديم و الحديث ،سلسلة البحوث الاجتماعية ،ج1،بيروت،مؤسسة الرسالة ،ط1، 1979
71) غريب احمد و اخرون :علم اجتماع الاسرة ،دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ،2001
72) فاروق عبده فلية ،احمد عمر هاشم :الجندر..غزو ثقافي" مواجهة تربوية من منظور اسلامي"، القاهرة ،عالم الكتاب،ط1، 2008
73) فاروق عبده فليه،احمد عمر هاشم :الجندر غزو ثقافي مواجهة تربوية من منظور اسلامي،القاهرة ،عالم الكتاب ،ط1 ،2008
74) فرانز فانون : سوسيولوجية الثورة ،تر:دوقان قرطوط ،دار الطليعة للطباعة و النشر ،بيروت ،ط1، 1970
75) فوزية رمضان أيوب:دراسات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985
76) فوزية شعبان مدكور :تسويق الخدمات الصحية ،ايتراك لنشر و التوزيع ،القاهرة ،1998
77) كتاب القرآن الكريم
78) كريستيان ديروش نوبلكور : المراة الفرعونية ،تر:فاطمة عبد الله محمود ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 1995
79) كمال التابعي، على المكاوي: علم الاجتماع العام، دار النشر الالكتروني، القاهرة
80) كهيل لارى:دماغه ودماغها،تر:جعفر جميل ابو ناصر،مجلة الثقافة العلمية،العدد136،ماي – جوان2006
81) مجموعة من المؤلفين :مراجع الشخصية ،تر:وجيه اسعد،منشورات وزارة الثقافة ،دمشق ،2004
82) محجوب محمد عبده:الهجرة و التغير البنائي في المجتمع الكويتي ،دراسة في انتروبولوجيا الاجتماعية ، وكالة المطبوعات ،الكويت
83) محمد الحسيني الشبرازي :المراة في مجتمع المعاصر ،مؤسسة الجتبي للتحقيق و النش ،بيروت ،ط1، 2005
84) محمد السويدي: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري ، تحليل سوسيولوجي لاهم مظاهر التغيير في مجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر ، 1990
85) محمد الصادق عفيفي:المراة وحقوقها في الاسلام ،سلسلة دعوة الحق ، سلسلة شهرية، العدد17،ظهران ،مطبوعات رابطة العالم الاسلامي ، 1981
86) محمد الصالح بن عاشور :ماذا عن تعليم المرأة،المجلة الجزائرية،العدد 1985،132
87) محمد بيهم جميل :المراة في الاسلام و في الحضارة العربية ،دار الطليعة للطباعة و النشر ،بيروت ،ط1، 1980

88) محمد رشاد عامر: الموجز في علم الصحة و التربية الصحية، دار القلم، الكويت، الطبعة الأولى، 1974
89) محمد عاطف غيث :التغير الاجتماعي في المجتمع القروي، دار النهضة العربية،بيروت،ط1، بدون تريخ
90) محمد عاطف غيث: علم الاجتماع نظريات وتطبيقات ، دار المعرفة،الاسكندرية، 1986
91) محمد عاطف غيث:المشاكل الاجتماعية و السلوك ألانحرافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1981
92) محمد عاطف غيث:قاموس علم الاجتماع ،القاهرة ،الهيئة المصرية للكتاب ،1976
93) محمد علي محمد و آخرون : دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،1983
94) محمود حسن : الاسرة و مشكلاتها ،دار النهضة العربية ،بيروت،ط1 ، 1967
95) محي الدين صابر :تعليم المرأة و تدريبها و علاقتها بالتنمية القومية،مجلة من قضايا التنمية في المجتمع العربي"، المكتبة العصرية ، صيدا ، .بيروت، ط2، 1987
96) محي الدين طالو العلبي:الايدز و الأمراض الجنسية،دار الهدى ،عين مليلة ،الجزائر،الطبعة الثانية،1989
97) مصطفى الخشاب:دراسات في علم اجتماع عائلي ،دار النهضة العربية للطباعة والنشر،بيروت،الطبعة الثانية،1985
98) مصطفى السباعي :المراة بين الفقه و القانون،بيروت ،دار الورق للنشر و التوزيع،ط7 ،1999،ص13
99) مصطفى القمش وآخرون :مبادئ الصحة العامة، ، دار الفكر للطباعة والنشر .والتوزيع، عمان، 2000،
100) مصطفى بوتفنوشنت:العائلة الجزائرية. تر:دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
101) معن خليل عمر :علم اجتماع الأسرة، دار الشروق لنشر و التوزيع،عمان،ط1 ،1994
102) معن مظهر ريشا:الايدز،أسبابه،علاجه،الوقاية منه،دار الكتب العالمية،بيروت،لبنان،الطبعة الأولى،1991
103) معهد العناية بصحة الاسرة :دليل تمكين المرأة من الطفولة إلى الشيخوخة ،مؤسسة ملك حسين،بيروت،الطبعة الاولى ،2011
104) مكرم عبد المسيح باسيلي: المحاسبة في المنشآت الفندقية" رؤية إدارية: الفنادق -المستشفيات"، المكتبة العصرية، المنصورة، 2006

105) منصور الرفاعي عبيد: المراة ماضيها وحاضرها،بيروت ،اوراق شرقية للطباعة و النشر و التوزيع،ط1، 2000
106) منيرة حيدر:المراة هموم وتطلعات ،دار يعرب للدرسات و النشر و التوزيع ،دمشق سوريا،الطبعة الاولى ،2000
107) نادية محمد السيد عمر:علم الاجتماع الطبي، المفهوم و المجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998
108) نجلاء عاطف خليل : في علم الاجتماع الطبي– ثقافة الصحة و المرض–، القاهرة ،مكتبة الانجلو مصرية ،2002
109) نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع، دار النشر اكاديميا ،منضمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط ،القاهرة،بدون سنة
110) نور الدين حاروش:إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية،دار كتامة للكتاب،الجزائر،ط1،2008
111) نورس الان:جسم الانسان،تر :حسن قطراوي،منشورات وزارة الثقافة ،دمشق ،1970
112) وحيد الدين خان:المراة بين شريعة الاسلام و الحضارة الغربية ،تر:سيد رئيس احمد النداوي،دار الصحوة ودار الوفاء للطباعة والنشر و التوزيع،القاهرة ط1، 1994
113) وصفي عاطف :الانثربولوجيا الاجتماعية ،دار النهضة العربية لطباعة و النشر ،بيروت،1995
114) ياسين عبد اللطيف :الايدز أسبابه والوقاية منه و آثاره النفسية والاجتماعية ،مطبعة الكتاب العربي ،دمشق ، الطبعة الأولى ،1993

تقرير ورسائل

1) ديوان الوطني للاحصائيات :الصحة ،ديمعرافيا الجزائر ،2013
2) الديوان الوطني للاحصائيات – ديمغرافيا الجزائر 2014
3) تقرير من وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات2010
4) منظمة الصحة العالمية: إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395 ،منظمة الصحة العالمية ،سويسرا،1980
5) منظمة الصحة العالمية ، مركز وسائل الاعلام ، تقرير حول السل *www.who.int/ar/*
6) منظمة الصحة العالمية :احصاءات صحية العالمية 2009، منظمة الصحة ،جنيف ،2009
7) منظمة الصحة العالمية :العمل مع الافراد والاسر و المجتمعات لتحسين الصحة الاموية و الوليدية ،منضمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط ، القاهرة ،2007
8) هيئة الامم المتحدة:الصندوق الانمائي للمراة ،المكتب الاقليمي للدول العربية، مركز الدراسات و الاستشارات الادارة العامة ،القاهرة ،2004

9) نورة بنت خالد السعد:مؤتمرات واتفاقيات دولية و دورها في اعادة صياغة المجتمعات ، وثيقة مؤتمر اتفاقيات المراة واثارها على العالم الاسلامي ،مركز الخليج الدولي للمؤتمرات ، المنامة ،15 افريل 2010

10) تقرير حول الوضع الاقليمي:الحقوق الانسانية للمراة و المساواة على اساس النوع الاجتماعي في المنطقة الاوروميتوسطية(2008-2011)، الاتحاد الاوروبي

11) الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة:المرأة الجزائرية واقع و معطيات

12) كلمة السيد محمد بن مرادي وزير العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي بمناسبة الحفل التكريمي للمراة العاملة احتفالا باليوم العالمي للمراة ،المركز العائلي ،بن عكنون ،06مارس 2014

13) خطاب رئيس الجمهورية بمناسبة اليوم العالمي للمراة 2004/03/08 ،نقلا عن العربية ،نشرية يومية تصدر عن الدورة الثالثة للمكتب التنفيدي الدائم للاتحاد النسائي العربي العام ، العدد 2006،3

14) الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيجين 15 +، 2008، ص(02 -04)

15) وزارة العدل :قانون الاسرة ، الديوان الوطني للاشغال التربوية ، الجزائر ،1999

16) دستور 28 نوفمبر 1996 ، الصادر بموجب المرسوم الرئاسي رقم96 -438 المؤرخ في 07 ديسمبر 1996 ،الجريدة الرسمية، عدد 76 الصادرة في 8 ديسمبر 1996 المعدل بموجب القانون رقم 02-03 03 مؤرخ في 10 أفريل 2002 ،

17) الجريدة الرسمية، عدد 25 الصادرة في 14 أفريل 2002 ،المعدل و المتمم بموجب قانون رقم2008/08/09 ،المؤرخ في 15 نوفمبر 2008 ،الجريدة الرسمية ،عدد63 ،الصادرة 16/ نوفمبر/2008

18) لوكيز مريم:المرأة الجزائرية على عتبة الألفية الجديدة،مجلة رسالة الأسرة،الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة،العدد(10) ، مارس2004

19) قائد محمد طربوش : السلطة التشريعية و المرأة في الدول العربية (تحليل قانوني مقارن)، مراز الدراسات و البحوث اليمني , افريل 2005

20) المدرية الفرعية للاحصائيات،وزارة التربية الوطنية ،ديسمبر 2011

21) وزارة التعليم العالي و البحث العلمي :التعليم العالي و البحث العلمي في الجزائر خمسين سنة في خدمة التنمية 1962-2012 ،منشورات الوزارة ،الجزائر ،2012

22) المدرية الفرعية للاحصائيات،وزارة التربية الوطنية ،ديسمبر 2011

23) وزارة التعليم العالي و البحث العلمي :التعليم العالي و البحث العلمي في الجزائر خمسين سنة في خدمة التنمية 1962-2012 ،منشورات الوزارة ،الجزائر ،2012

24) تقرير وطني، الجمهورية الجزائرية الدىمقراطية الشعبية، الندوة العالمية 4 حول المرأة(بكين من 14إلى . 15 سبتمبر)، المؤسسة الوطنية للنشر و الإشهار، الرويبة،
25) عائشة عبد السلام و الآخرون :دراسة مسحية لمشروعات المجال الاجتماعي للنهوض بالمراة بالجمهورية الجزائرية ،منظمة المرأة العربية،الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة ،الجزائر ،2009
26) مسعودة كسال :مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري ،ديوان المطبوعات الجامعية ،بدون سنة
سناء الخولي :الزواج و العلاقات الاسرية ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ،1995
27) ميثاق الامم المتحدة و نظام الاساسي لمحاكمة العدل الدولية ،الامم المتحدة ،نيويورك،
برنامج السياسات و النظم الصحية ،جمعية التنمية الصحية و البيئة :الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر "دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية "، برنامج السياسات و النظم الصحية ،جمعية التنمية الصحية و البيئة ،مصر ،2005

مراجع باللغة الاجنبية

1. Abdelghani megherbi :la culture et la personnalité dans la société algérienne de Masinissa a nos jour , entreprise national du livre, OPU , alger ,1986,p 129
2. Algérie 1962, ,O.P.U, Alger, 1987
3. André donart et la jaque bourneuf : petit Larousse de la médecine, 1983 , tome2,
4. Birou (Alain): vocabulaire des sciences sociales, paris, édition ouvrières,1966
5. Boutheina Gribaa: Mopping de la participation politique de la femme en Algérie, au Maroc et en Tunisie, uninstraw-cawtar- ensemble pour l'égalité des chances, Tunis, 2008-2009Camille Lacoste-Dujardin : *Des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb,ed* la découverte,paris,1985
6. Camille Lacoste-Dujardin : des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb, Alger, éd Bouchène, 1991
7. Cathrine cicelli et autres :les theories sociologiques de la famille,édition la découverte et syros,paris ,1995
8. Charmillot (Maryvonne): les savoir de la maladie, les cahiers de la section des science de l'éduction, 1997
9. Christine Guionnet, Erik Neveu: Féminins Et Masculins , Sociologie du genre , Ed Amand Colin ,Paris ,1997
10. Claudine chaulet : la terre,les fréres et l'argent " stratégie familiales et production agricole en algerie depuis1962",O.P .U, alger,tome1,1987

11. Cresson (geneviére) ,martin (Claudine) :famille et santé,apprécier la diversité des contributions familiales,sciences sociales et santé ,paris,édition universitaire,vol13,n°1,mars,1999
12. *Des Cloitres Robert et Debzi Larbi : Systeme de parenté et structure familiale en Algerie ,Aix-en-provence (France), C. A. S.H.A , 1965*
13. Durkheim (Emile) : le suicide ;étude de sociologie, paris, nouvelle édition, P.U.F, 1960
14. Economiques, n°2537, 1997
15. Elizabeth Zucker-Rouvillois, Fabienne Daguet, " La famille : quelle définition ? ", in Problèmes en Algérie septembre 2010
16. Farouk Benatia :les actions humanitaires pendant la lutte de libération(1954-1962),Alger,Imprimerie Dahlab,1999
17. Francois de singlym :la famille l'état des savoirs, édition la découverte, paris 1991
18. Francois noel :l'évolution sociologique de la famille,édition du centre d'action laique,bruxelles,Belgique,1991
19. Ginette(paquet) ,benoit (Tellier) :les facteurs sociaux de la santé,le système de santé au Québec,organisations,acteurs et enjeux, Québec , Les Presses de l'Université Laval, chapitre3,2003
20. Grawitz (Madelin) : méthodes des sciences sociales, paris, Edit Dalloz ,8ème édition, 1990
21. Jean Paul Grangaud :Les systèmes de santé en Algérie,Maroc et Tunis,Défis nationaux et enjeux partagés,Ipemed, 2012
22. Luc Montagnier، Robert gallo : le sida، paris، éd bibliothèque pour la science، 1998
23. Marc(Ferland),Ginette (Paquet): influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être, le système de santé au Québec,organisations,acteurs et enjeux,Québec,Les Presses de l'Université Laval,Chapitre3,1994
24. Martin Segalen. Sociologie de la famille, ed Armand clin, Paris, 2eme édition, 1996
25. Mburano Rwenge : facteurs contextuels de la transmission du sida en Afrique subsaharienne,une synthèse، IFORD، Yaoundé, Cameroun, 2000
26. Medhar (Slimane) : tradition contre développement,Alger,E.N.A.P, 1992
27. Michèle barzach : vérités et tabous، éditions du seuil، janvier1994
28. Mohamed ouahdi et autres :plan nationale stategique de lutte contre l'ist/vih/sida2008-2012, avec la collaboration d'ONUSIDA, Alger, 2008

29. Mokhtari Lakhdar, belkaid rosa, belateche faouzia : situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA, santé plus, journal de formation et d'information médicales publie par FOREM, Alger,2011

30. Mostefa Boutefnouchet :Système Social et Changement Social en Algérie, OPU, Alger 1986
31. Mostefa Khiati :Quelle santé pour les Algériens ?, Alger ,Maghreb relation ,1990
32. Nefissa Zerdoumi:Enfants d'hier , l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien., François
33. Parsons (Talcott), Fox (René): le soin au malade et la famille américaine urbaine,in:steudler (François),sociologie médicale, paris, A.colin, 1972
34. *Pierre BOUDRIEU: Sociologie de l Algerie ، ed :Puf,paris ,7eme ED ,1985*
35. Placid Rambaud: Societe rural et urbanisation, 2 eme edition de seuil, 1989
36. Slimane Medhar : Tradition contre développement, Editions E.N.A.P, Alger , 1988
37. Tahar Hocine , Faouzi Amokrane : Mutations des structures Familiales , in Revus du C.E.N.E.A.P, Alger , n° :27 , 2003, PP : 17-46.
38. Thiaudiér (Claude) : sociologie du sida، paris، édition la découverte، 2002
39. O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999
40. Oms : Centre des médias , Communiqué de presse conjoint ONUSIDA/OMS
41. ONS : activité ,emploi et chômage en septembre 2014, n° 683
42. Onu-femmes : VIH/sida : quelques faits et chiffres
43. ONUSIDA 2006 : impacte du sida sur les personnes et les société, rapport sur l'épidémie mondiale de sida,chapitre 4
44. ONUSIDA 2010: l'épidémie de sida dans le monde، rapport sur l'épidémie mondiale de sida، chapitre 2
45. ONUSIDA 2010: Le point sur l'épidémie ، rapport sur l'épidémie mondiale de sida، chapitre 2
46. R.A.D.P : Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose ,Journal Officiel, n° 59, du 11 juillet 1969
47. R.A.D.P :Décret n° :76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, Journal Officiel, n° 33, du 20mai 2007
48. R.A.D.P: Ministère de la santé et de la population, op.cit
49. Royaume Du Maroc : mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, Rapport National 2010
50. SAI Fatima Zahra:les femmes dans les instances législatives et gouvernement en algérie , femme etd eveloppement, Acte de l'atelier, organiser par Cread, L'office de la publication universitaire, Oran, Aout, 1995UNESCO/ONUSIDA : l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH /SIDA, l'expérience de l'Ouganda,rapport national, UNESCO1999,

51. United nations entity for gender equality and the empowerment of women : gender equality,devlopement and peace for the twenty-firste century, new work ,5-9 june 2000 (translation from English)
52. Collection Sciences Sociales et SIDA : Le SIDA en Afrique Recherche en sciences sociales de l'homme et de la société,ORSTOM, 1997
53. Cread :developpement, Acte de l'atelier , L'office de la publication universitaire, Oran, Aout, 1995
54. LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA – Le point sur l'épidémie et sur le progrès du secteur de santé vers un accès universel – extraits du Rapport de situation 2011 , LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA – Le point sur l'épidémie et sur le progrès du secteur de santé vers un accès universel – Rapport de situation 2011 Larousse médicale, paris, Edition Larousse, 2000, P917
55. INSP :enquête nationale de sante ,Transition épidémiologique et système de santé, ,projet TAHINA(Transition and health impact in north Africa)novembre 2007
56. MICS3
57. Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière :statistiques sanitaires année 2007،Alger،2008
58. Ministère de la Santé et de la Population et de La Réforme Hospitalière, direction de la prévention, comité national de lutte contre les IST/VIH/SIDA: rapport de l'évaluation du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA2002-2006، ONUSIDA ,septembre2006
59. Ministère de la santé: Séminaire sur le développement d'un système national de santé" L'expérience algérienne",Alger, 1983
60. ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme :rapport national de la république algérienne démocratique populaire Beijing +20

بعض المواقع

www.centerblog.net/sante/224425-12-le-vihsida-en-tunisie
www.unaids.org › Accueil › Régions et pays › Pays, collection u ,1ed ,2005
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media منظمة الصحة العالمية .....
akhbarelyoum.dz
www.un.org/ar/globalissues/women/
www.ons.dz/index-ar.php
www.alriyadh.com/.../article68474... - Arabie saoudite
www.unaids.org › Accueil › Régions et pays › Pays, collection u ,1ed ,2005

قائمة الملاحق

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم علم الاجتماع

استمارة مقابلة حول موضوع أطروحة دكتوراه علوم بعنوان

واقع المراة المتعايشة بفيروز العوز المناعي البشري في المجتمع الجزائري ـ دراسة وصفية تحليلية لعينة من النساء المتعايشين بفيروز السيدا ـ

ملاحظة: نتعهد أن استغلال هذه المعلومات ينصب في نطاق علمي بحث لا غير.

كما نشكر مسبقا كل من ساعدنا في ملئ و انجاز و إنجاح هذا العمل العلمي

إعداد الطالبة :خاوص مليكة

شكرا

السنة الجامعية 2013/2012

استمارة (أ) خاصة بالفئة التي سبق لها الزواج

المحور الأول : بيانات عامة

1)- السن:.....

2)- مكان الإقامة: .....

3)- منطقة السكن: حضري ☐ ريفي ☐

4)- ما هو مستواك التعليمي؟

1)- أمية ☐ 2)- ابتدائية ☐ 3)- متوسطة ☐ 4)-ثانوية ☐ 5)- جامعية ☐

3)- هل تعملين؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

4)- إذا كان نعم ما نوع العمل الذي تمارسينه ؟ .....

5)- هل أنت ألان:

1)-متزوجة ☐ 2)- مطلقة ☐ 3)-أرملة ☐ 4)-منفصلة ☐

6)- ما هو السن الذي تم فيه زواجك؟ .....

7)- من الذي اختار لكي زوجك؟

1)- الأهل وموافقتك ☐ 2)- الأهل ورفضك ☐ 3)- أنت وموافقة أهلك ☐

8)- هل هناك صلة قرابة بينك و بين زوجك؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

9)- ماهو مستوى التعليمي لزوجك؟

1)- أمي ☐ 2)- ابتدائي ☐ 3)- متوسط ☐ 4)-ثانوي ☐ 5)- جامعي ☐

10)- هل زوجك يعمل؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

11)-إذا كان نعم ما طبيعة عمله؟ 1)-مهنة حرة ☐ 2)- عاملا بسيط ☐ 3)- إطار ☐

12)-ماهو مكان عمله؟.....

13)- إذا كان لا فلماذا؟.....

14)- هل لدى زوجك زوجات أخرى؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

15)- هل لديك أطفال و ماهو عددهم؟ 1)- نعم 2)- لا 3)- العدد.....

16)- **إذا كان نعم** فما هو عدد أطفالك المصابين بفيروس السيدا؟ .....

17)- ماهو سنهم ؟.....

18)- كيف تم اكتشاف إصابتهم؟

1)- أثناء الحمل ☐2)- أثناء التحاليل ☐ 3)- اخرى اذكرها.....

المحور الثاني:بيانات خاصة بالمستوى المعيشي و الاقتصادي للمرأة

19)- ماهو دخل أسرتك ؟ 1)- ضعيف ☐ 2)- متوسط ☐ 3)- عالي☐

20)- ماهو مقدار المصاريف الشهرية؟ 1)- اقل من 18.000 دج

2)- من 18.000الى 28.000دج

3)- 28.000الى 38.000دج

4)- أكثر من 38.000دج

21)- طبيعة دخل الأسرة؟ 1)- يومي☐ 2)- شهري ☐ 3)- مؤقت☐

22)- هل تستطعين تلبية متطلبات أسرتك اليومية ماديا؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

23)- في حالة لا فلماذا؟.....

24)- ما نوع السكن الذي تعيشين فيه؟

1)- بيت تقليدي ☐ 2)- فيلا ☐ 3)- شقة ☐ 4- أخرى .....

25)- بأي صفة تسكنين فيه؟ 1)-مؤجر ☐ 2)-ملكية خاصة ☐

3)-مسكن وظيفي ☐ 4)- ملكية جماعية ☐

26)- كم عدد الأفراد الذين يسكنون فيه؟ ....

27)- ماهو عدد غرف البيت؟.....

28)- ما نوع الحي الذي تقطنين فيه؟

1)- مجمع سكني ☐ 2)- حي شعبي ☐ 3)- حي راقي ☐ 4)- أخرى.....

29)- هل تسكنين مع الأهل؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

30)- إذا كان نعم فهل يتعلق الأمر ؟ 1)- أهل الزوج ☐ 2)- اهلك ☐

31)- ماهي علاقتك مع اهلك؟ 1)- جيدة ☐ 2)- عادية ☐ 3)- متوترة ☐

32)- ماهي علاقتك مع اهل زوجك؟ 1)- جيدة ☐ 2)- عادية ☐ 3)- متوترة ☐

المحور الثالث: بيانات خاصة بالعلاقات الأسرية و المسار المرضي

33)- مدة الإصابة:.....

34)- اخبرنا كيف عرفت إصابتك و ماهي أول الأعراض التي عانيت منها:

.....

35)- هل سبب تعرضك للإصابة كان: 1)- من قبل الزوج ☐

2)- علاقات جنسية غير محمية عن طريق الزنا ☐

3)- علاقات جنسية غير محمية عن طريق البغاء ☐

4)- أخرى اذكريها ؟ .....

36)-**إذا كان نعرضك للإصابة بسبب زوجك** فهل كان زوجك يقوم بسلوكيات و الانحرافات التالية ؟ 1)- شرب الخمر ☐ 2)- تعاطي المخدرات ☐

3)- علاقات غير شرعية ☐ 4)- الكل معا ☐

37)- **إذا كان تعرضك للإصابة بسبب الزنا أو البغاء** فما هو عدد الشركاء؟

1)- شريك واحد ☐ 2)- شريكين ☐ 3)- ثلاث شركاء ☐ 4)- أكثر من (03) اذكري العدد

38)- ماهي علاقتك مع زوجك؟ 1)- حسنة ☐ 2)- سيئة ☐ 3)- متوترة ☐

39)- هل سبق لكي الدخول الى المستشفى؟.....

40)-ماهي المدة التي قضيتها فيه؟.....

41)- هل تعانين من مشاكل صحية مزمنة الان؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

42)- في حالة نعم هل كنت تعانين منها قبل الإصابة؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

43)- ماهي هذه المشاكل الصحية؟ .....

44)- كيف تصفين علاقة زوجك معك في هذه المرحلة ؟.....

.....

45)- ماهي الجوانب التي وجدت صعوبة التعامل معها عند العيش مع فيروس السيدا ؟

.....

46)- هل سبق لكي وان تعرضت إلى عنف من قبل زوجك قبل الإصابة؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

47)- في حالة نعم ما نوع هذا العنف ؟ 1- نفسي ☐ 2- جسدي ☐ 3- جنسي ☐

4- إهمال ☐ 5- الكل معا ☐

48)- ماهو سبب هذا العنف ؟.....

49)- كيف تصفين حياتك قبل و بعد الإصابة ؟.....

50)- كيف تنظرين إلى وضعية المرأة المتعايشة بفيروس السيدا داخل المجتمع الجزائري

.....

51)- هل لجوء الزوج أو الزوجة إلى علاقات غير محمية يرجع إلى عدم التوافق بين الزوجين ؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

52)- في حالة نعم ما نوع هذا التوافق ؟ 1)- توافق اجتماعي ☐

2)- توافق ثقافي ☐ 3)- توافق جنسي ☐ 4)- الكل معا ☐

53)- هل تشعرين أن نظرة المجتمع قد تغيرت اتجاه مرض السيدا:1)- نعم ☐ 2)-لا ☐

54)- في كلتا الحالتين لماذا ؟.....

المحور الرابع: بيانات خاصة بالثقافة الصحية للمرأة المتعايشة بالفيروس

55)- هل كانت لديك معلومات حول السيدا قبل الإصابة:1)- نعم ☐ 2)-لا ☐

56)- في حالة نعم فما هو سبب تعرضك للإصابة؟ .....

57)- هل تلتزمين بالمواعيد و الفحوصات الدورية لدى الطبيب؟ 1)- نعم ☐ 2)-لا ☐

58)- حسب رأيك ما هي أفضل الطرق في نظرك للحد من انتشار المرض:.....

.....

59)- ألا تزالين محافظة أو مستمرة في علاقاتك الجنسية: 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

60)- في حالة لا لماذا:.....

61)- هل قمتي باستعمال الواقي خلال علاقتك الجنسية قبل وبعد الاصابة:

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐ 3)- بعض الأحيان ☐

62)- في حالة لا لماذا؟.....

63)- بعد تعرضك للإصابة هل تحصلت على معلومات وقائية عن السيدا ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

64)- في حالة نعم فما هي المصادر تلقي هذه المعلومات هل هي:

1- وسائل الإعلام (تلفاز، مذياع، جرائد، مجلات)

2- الاستفادة من الطبيب

3- الاستفادة من الأخصائي النفساني

4- الاستفادة من الأخصائي الاجتماعي

5- الاستفادة من حملات الجمعيات الخاصة بمكافحة السيدا

6- مصادر أخرى اذكرها؟ .....

56)- هل تقومي بتنفيذ كل النصائح و الإرشادات و التعليمات الطبية التي يقدمها لكي الطبيب باستمرار ؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

66)- في كلتا الحالتين لماذا ؟ .....

67)- حسب رأيك هل يمكن للمرأة المتعايشة بالفيروس و المرأة عامة أن تتحصل على الواقيات (الذكرية) بسهولة و التفاوض في استخدامها مع الزوج أو الشريك ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

68)- في حالة لا فلماذا؟.....

69)- هل سبق لكي أن لجأت إلى مساعدة غير طبية من اجل العلاج من فيروس السيدا ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

70)- في حالة نعم ما نوع المساعدة و كيف تحصلت عليها؟.....

.....

71)- ماهي الأسباب التي جعلتك تلجئين إليها.....

.....

72)- هل تتخذين احتياطات وقائية اللازمة لتتفادى مضاعفات العلاج و فيروس السيدا؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

73)- في رأيك ما الذي تتفاده المرأة الحاملة للفيروس حتى تحافظ على صحتها و صحة محيطها؟ .....

.....

74)- ماهي علاقتك بالطبيب المعالج ؟1)- جيدا ☐ 2)- حسنة ☐ 3)- سيئة ☐

75)- في رأيك ماهي الصعوبات التي تعاني منها المرأة الحاملة لفيروس في الجزائر؟

1)- غلاء الأدوية 2)- عدم توفير الأدوية 3)- عدم تعويض الأدوية بنسبة100 %

4)- عدم وجود إعانة مادية لهاته الفئة 4)- عدم اهتمام الدولة و وسائل الإعلام بهذه الفئة

استمارة (ب) خاصة بفئة العزبات

محور الاول : بيانات عامة

1)- السن:.....

2)- مكان الإقامة: .....

3)- منطقة السكن: 1- حضري ☐ 2- ريفي ☐

2)- ما هو مستواك التعليمي؟

1)- أمية ☐ 2)- ابتدائية ☐ 3)- متوسطة ☐ 4)-ثانوية ☐ 5)- جامعية ☐

3)- هل تعملين؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

4)- إذا كان نعم ما نوع العمل الذي تمارسينه ؟ .....

5)- مكان العمل:.....

6)- ماهو سبب عدم زواجك ؟ هل هو راجع إلى

1)- ليس لدي رغبة في الزواج ☐ 2)- عدم الاهتمام وتشجيع أهلي لذالك ☐

3)- رغبتي بإكمال دراسة أولا ☐ 4)- بسبب طلب أهلي مهرا عاليا ☐

5)- بسبب سمعة أسرتي السيئة ☐ 6)- لكوني افتقد للجمال ☐

7)- لم يتقدم لخطبتي أي احد حتى ألان ☐ 8)- بسبب أخر .....

7)- ماهو سبب إقدامك على العلاقات الغير محمية؟

1)- الحصول على المال لسد الحاجيات ☐ 2)- البحث عن اللذة و إشباع الغريزة ☐

3)- هروبا من مشاكل وخلافات والدي المتكررة ☐ 4)- طمعا في الحصول على العمل ☐

4)- هروبا من قسوة والدي في تعاملهم معي ☐ 5)- ترعرعت في بيئة سيئة ☐

6)- أسرتي من ترغم عليا هذا الفعل ☐ 7)- أسباب أخرى.....

المحور الثاني : بيانات حول الحالة المدنية للوالدين :

8)-الأب: 1)- على قيد الحياة ☐ 2)- متوفى ☐ 3)- مطلق ☐

9)-الأم: 1)- على قيد الحياة ☐ 2)- متوفية ☐ 3)- مطلقة ☐

10)-مهنة الأم : 1)- تعمل ☐ 2)- لا تعمل ☐ 3)- متقاعدة ☐

11)-مهنة الأب: 1)- يعمل ☐ 2)- لا يعمل ☐ 3)- متقاعد ☐

مستوى التعليمي للوالدين:

12)-المستوى التعليمي للام: 1)-أمية ☐ 2)-ابتدائية ☐

3)- متوسطة ☐ 4)- ثانوية ☐ 5)- جامعية ☐

13)-المستوى التعليمي للأب: 1)-أمي ☐ 2)- ابتدائي ☐

3)- متوسط ☐ 4)- ثانوي ☐ 5)- جامعي ☐

المحور الثلث:بيانات خاصة بالمستوى المعيشي و الاقتصادي للأسرة

14)-ماهو دخل أسرتك ؟ 1)- ضعيف ☐ 2)- متوسط ☐ 3)- عالي ☐

15)- ماهو مقدار المصاريف الشهرية؟ 1)- اقل من 18.000 دج ☐

2)- من 18.000الى 28.000دج ☐

3)- 28.000الى 38.000دج ☐

4)- أكثر من 38.000دج ☐

16)- طبيعة دخل الأسرة؟ 1)- يومي ☐ 2)- شهري ☐ 3)- مؤقت ☐

17)-رتبتك بين أفراد الأسرة: 1)- الكبرى ☐ 2)- متوسطة ☐ 3)- الصغرى ☐

18)- ما نوع السكن الذي تعيشين فيه؟

1)- بيت تقليدي ☐ 2)- فيلا ☐ 3)- شقة ☐ 4- أخرى .....

19)- بأي صفة تسكنين فيه؟ 1)-مؤجر ☐ 2)-ملكية خاصة ☐

3)-مسكن وظيفي ☐ 4)-فوضوي ☐ 5)- ملكية جماعية ☐

20)- هل تسكنين مع الأهل؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

21)- في حالة نعم كم عدد الأفراد الذين يسكنون فيه؟ ....

22)- ماهو عدد غرف البيت؟.....

23)- ما نوع الحي الذي تقطنين فيه؟

1)- مجمع سكني ☐ 2)- حي شعبي ☐ 3)- حي راقي ☐ 4)- أخرى.....

24)- هل الحي الذي تقطن به تكثر فيه الانحرافات الاجتماعية؟

1)- المخدرات ☐

2)-(البغاء) الدعارة ☐

3)- انحرافات أخرى.....:

المحور الرابع: بيانات خاصة بالعلاقات الأسرية و المسار المرضي

25)- مدة الإصابة:.....

26)- اخبرنا كيف عرفت إصابتك و ماهي أول الأعراض التي عانيت منها:

.....

27)- ماهو سبب تعرضك للإصابة ؟1)- عن طريق علاقات جنسية بسبب الزنا ☐

2)- عن طريق علاقات جنسية بسبب البغاء ☐ اخرى اذكريها.....

28)- **إذا كان تعرضك للإصابة بسبب الزنا أو البغاء** فما هو عدد الشركاء؟

1)- شريك واحد ☐ 2)- شريكين ☐ 3)- ثلاث شركاء ☐ 4)- أكثر من (03) اذكري العدد ☐

29)-هل سبق لكي الدخول إلى المستشفى؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

30)-في حالة نعم ماهي المدة التي قضيتها فيه؟.....

31)- هل تعانين من مشاكل صحية مزمنة الان ؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

32)- في حالة نعم هل كنت تعانين منها قبل الإصابة؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

33)- ماهي هذه المشاكل الصحية؟

34)- ماهي الجوانب التي وجدت صعوبة التعامل معها عند العيش مع فيروس السيدا ؟

.....

35)- هل سبق لكي وان تعرضت إلى عنف ؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

36)- في حالة نعم ما نوع هذا العنف ؟ 1- نفسي ☐ 2- جسدي ☐ 3- جنسي ☐

5)- إهمال ☐ 6- الكل معا ☐

37)- من قبل من تعرضت لهذا العنف؟ اذكري.....

38)- كيف هي نوع العلاقات داخل الاسرة ؟ 1)- ترابط وتماسك وتسامح 2)- تفكك وكرهية ☐لط 3)- اخرى.....

39)- كيف ترين معاملة أسرتك لكي ؟ 1)- عادية ☐ 2)- سيئة ☐ 3)-جيدة ☐

40)-هل الاب يتغيب عن البيت ؟ 1- دائما ☐ 2- لا يتغيب ☐ 3- احينا ☐

41)- اذا كان يتغيب فماهو سبب التغيب؟.....

42)- هل تشعرين بوجود رقابة من قبل اسرتك؟ 1- توجد ☐ 2- لاتوجد ☐ 3- احينا ☐

43- هل يوجد انحرفات داخل الاسرة ؟1- يوجد ☐ 2- لا يوجد ☐

44)- اذا كانت توجد مانوع هذه الانحرفات؟ 1- انحرفات جنسية و سلوكية 2- تعاطي المخدرات او المسكرات 3- الاثنين معا 4- اخرى.....

45)- كيف تصفين حياتك قبل و بعد الإصابة ؟.....

46)- كيف تنظرين إلى وضعية المرأة المتعايشة بفيروس السيدا داخل المجتمع الجزائري

.....

47)- هل تشعرين أن نظرة المجتمع قد تغيرت اتجاه مرض السيدا:1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

48)- في كلتا الحالتين لماذا ؟.....

المحور الخامس: بيانات خاصة بالثقافة الصحية للمرأة المتعايشة بالفيروس

49)- هل كانت لديك معلومات حول السيدا قبل الإصابة:1)- نعم ☐ 2)-لا ☐

50)- في حالة نعم فما هو سبب تعرضك للإصابة؟ .....

51)- هل تلتزمين بالمواعيد و الفحوصات الدورية لدى الطبيب؟ 1)- نعم ☐ 2)-لا ☐

52)- حسب رأيك ما هي أفضل الطرق في نظرك للحد من انتشار المرض:.....

.....

53)- ألا تزال محافظ أو مستمر في علاقاتك الجنسية: 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

54)- في حالة لا لماذا:.....

55)- هل قمت باستعمال الواقي خلال علاقتك الجنسية قبل وبعد الاصابة:

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐ 3)- بعض الأحيان ☐

56)- في حالة لا لماذا؟.....

57)- بعد تعرضك للإصابة هل تحصلت على معلومات وقائية عن السيدا ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

58)- في حالة نعم فما هي المصادر تلقي هذه المعلومات هل هي:

1- وسائل الإعلام (تلفاز، مذياع، جرائد، مجلات) ☐

2- الاستفادة من الطبيب ☐

3- الاستفادة من الأخصائي النفساني ☐

4- الاستفادة من الأخصائي الاجتماعي ☐

5- الاستفادة من حملات الجمعيات الخاصة بمكافحة السيدا ☐

6- مصادر أخرى اذكرها؟ .....

59)- هل تقومي بتنفيذ كل النصائح و الإرشادات و التعليمات الطبية التي يقدمها لكي الطبيب باستمرار ؟ 1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

60)- في كلتا الحالتين لماذا ؟ .....

61)- حسب رأيك هل يمكن للمرأة المتعايشة بالفيروس و المرأة عامة أن تتحصل على الواقيات (الذكرية) بسهولة و التفاوض في استخدامها مع الزوج أو الشريك ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

62)- في حالة لا فلماذا؟.....

63)- هل سبق لكي أن لجأت إلى مساعدة غير طبية من اجل العلاج من فيروس السيدا ؟

1)- نعم ☐ 2)- لا ☐

64)- في حالة نعم ما نوع المساعدة و كيف تحصلت عليها؟.....

.....

65)- ماهي الأسباب التي جعلتك تلجئين إليها.....

ملخص الدراسة باللغة العربية

تعد دراسة واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا موضوع الدراسة الحالية من أهم القضايا الأساسية التي بحاجة ماسة إلى الاهتمام من مختلف المستويات سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية وذالك لرفع وعي المجتمع لحقوقها في الحماية من التعرض للإصابة بفيروس السيدا و للحد من انتشاره والتي نهدف من خلالها إنتاج معرفة علمية التي تكشف وتفسر مختلف العوامل التي تقف وراء تعرض المرأة للإصابة بفيروس السيدا من خلال واقعها الاجتماعي.

وعليه تمت صياغة إشكالية الدراسة حول التساؤلات الآتية:

– ما هي الخصائص الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية للمرأة المتعايشة بفيروس السيدا ؟

–ما هي الأسباب التي تقف وراء تعرض المرأة لفيروس السيدا في المجتمع الجزائري ؟

– ما مدى وعي المرأة المتعايشة بفيروس السيدا بوسائل وشروط الوقاية و الحد من انتشار السيدا؟

و للإجابة على هذه التساؤلات قمنا بطرح ما يلي:

الفرضية الأولى: يعتبر المستوى الاجتماعي للمرأة بما يحتويه من علاقات وسلوكيات ومستوى تعليمي عاملا أساسيا في تعرضها لفيروس السيدا

الفرضية الثانية: يساهم المستوى الاقتصادي لأسرة المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في تحديد سبب تعرضها للإصابة للفيروس

الفرضية الثالثة: عدم وعي المرأة إزاء وسائل الوقائية لانتقال فيروس السيدا وخطورته يجعلها أكثر عرضة للإصابة للفيروس ونشره

لكون هذه الدراسة تنتمي إلى مجال الدراسات الميدانية التي تعتمد على عدة مناهج لتحقق من الفروض و اختبارها في الواقع فكان من الضرورة انتهاج الأسلوب التاريخي والمنهج الوصفي الذي قدنا الى تقسيم الدراسة الى قسم نظري وقسم ميداني .

لقد تم استيفاء البيانات من ميدان الدراسة بالاعتماد على هذه الأدوات نذكر :الملاحظة، المقابلة، والاستمارة بالمقابلة والتي تم توزيعها وملئها من طرف أخصائيين نفسانيين، فالاستمارة تضمنت (75) و(65) سؤالا ما بين المفتوحة و المغلقة موجهة على التوالي للمرأة التي سبق لها الزواج والعزباء ، و جاءت في أربع و خمس محاور يجيب كل محور فيها عن إحدى فرضيات الدراسة.

لقد أجريت الدراسة بمستشفى الهادي فليسي للأمراض المعدية المدعو سابقا مستشفى القطار، على مجموعة من النساء المتعايشات بفيروس السيدا و التي قدرت ب 165 امرأة تتراوح أعمارهم بين 19 إلى 68 سنة و الذين شكلوا مجتمع الدراسة بشرط أن تكون مدة إصابتهم من سنة فأكثر .

فقمنا بإجراء 10مقابلات لضبط وبناء استمارة بحث كشق كمي من الدراسة ، وبعد الحصول على نتائج باستعمال برنامج SPSS لجأنا إلي الشق الكيفي من الدراسة و المتمثل في إجراء مقابلات مع 20 امرأة ليكون عدد المقابلات الإجمالية ب30مقابلة بهدف التعمق في بعض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الكمية والتي رأينا أنها في حاجة إلى تدعيم وتعمق لوصف واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا في المجتمع الجزائري ،وأسفرت الدراسة على أن واقع المرأة المتعايشة بفيروس السيدا كشف عن مجموعة من العوامل أو الوقائع التي ترجع إلى الوسط الذي تعيش فيه أو البيئة الاجتماعية التي تحيط بها وهذه العوامل مختلفة ومتنوعة نجد من جهة العوامل الاجتماعية كالبيئة الأسرية التي تعتبر المسئولة الأولى في تشكيل سلوكها و الجانب ألزواجي الذي يشكل اهم عامل للحياة الجنسية.

ومن جهة اخرى العوامل الاقتصادية وأهمها الوضع المادي والبطالة، إضافة إلى العوامل الثقافية كمستوى التعليم والوعي الصحي، الذي يتأثر بوسائل الأعلام، والعادات والتقاليد ..لخ.

الكلمات الدالة:الصحة،المرض،السيدا،الشخص المصاب بفيروس السيدا،الشخص المتعايش بفيروس السيدا

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية

la présente recherche sur la réalité des femmes vivante avec le vih considéré comme les plus impotents questions fondamentales qui a besoin d'attiré et sollicités les différents structure a tous les niveaux social ou économique pour élever la reconnaissance de la société envers leur droit de préventions contre la transmissions de virus vih/sida ainsi de limite sa propagation .

cela mous permis de produit une connaissance scientifiques qui examine et expliques les différent facteurs qui gênèrent et exposants les femmes a l'infections du vih/sida a travers leur réalité sociales comme objective d'étude

et dans ce cadre on a pu poser la problématique de l'étude autour des question suivante :

- Quelles sont les caractéristiques démographiques, les conditions sociales et économiques des femmes infectées par le sida?

Quelles sont les raisons de la vulnérabilité des femmes au VIH SIDA dans la société algérienne?

- Quelle est la prise de conscience des femmes vivante avec le vih/sida face aux moyens de prévention et de la propagation du vih / SIDA?

pour répondre à toutes ces questions, nous avons pose ce qui suit:

Première hypothèse: Le statut social, les relations , les comportements et le niveau d'instruction des femmes ,sont des facteur clé pour explique leur vulnérabilité vis avis ce virus

La seconde hypothèse: le statu économique de la famille dont la femme est infectée par le virus contribue d'une manière probante pour déterminer sa vulnérabilité au virus vih/sida

L'hypothèse troisième: l'ingérence et la méconnaissance des moyens de prévention et la manier dont le virus se propage a rendu la femme plus vulnérable au virus et a propagation .

Etant donné que cette étude appartient au domaine des études pratique qui comptent sur plusieurs méthodes pour vérifier et tester les hypothèses pour le terrain il était nécessaire de se basé sur l'approche descriptive et le Modèle historique les quelles nous ont conduit à diviser notre étude en deux parti théorique et pratique.

Dans ce cadre les données sont collectées a partir du champs d'intervention en se basant sur certain outils tel que : lobservation le questionnaire qui contient (65)et (75) question entre ouverts et fermées adresses respectivement a des femme déjà maries et célibataire

et ce la a était reparties en quatre et cinq axes, qui répondent chaque a une des hypothèses de notre étude.

L'étude a eu lieu au niveau de l'hôpital des maladies infectieuses el Hadi Flici ex elkattar, sur un ensemble des femmes vivant avec le VIH / SIDA, dont le nombre est estimé à 165

femmes âgées de 19 à 68 ans et qui construit la population d'étude à condition que leur infection par le virus et plus d'une année.

Dans ce cadre d'étude on a fait 10 entrevues pour ameter et construire le questionnaire comme aspect quantitative de l'étude, et après avoir obtenu tous les résultats de questionnaire dans l'spss nous avant abordée l'aspect qualitative de l'étude représentée par 20 entrevue ce qui nous a fait un total de 30 entrevues , et pour cela on a adopté l'analyse de contenu des entretiens pour le bute de renforcer et approfondir les résultat qualitative de l'étude pour décrire la réalité la réalité des femmes vivants avec vih/ sida dans la société algérienne.

Cette étude a montré que la réalité des femmes vivants au vih a permis de découvrir un ensembles de facteur ou faits qui ait un relation direct avec le milieu ou elle vit et son environnement social qui l'entoure. Ces facteurs sont différents et variés, d'un coté en trouve les facteurs sociaux ou l'environnement familial, qui est principalement responsable de la détermination de son comportement et de son responsabilité conjugale.

D'autre part les facteurs économiques tels que la situation financière et le chômage, ainsi que le niveau d'instruction et la prise de conscience sanitaire qui est influencé par les coutumes et traditions et mass-média

Mots clés: la santé, la maladie, le sida, , la personne infectée par le virus de sida, la personne vivant avec le virus vih/sida