

جامعة الجزائر (2) أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية

والامراض المنتقلة جنسيا (سيدا)

(دراسة عينة من الشباب الذكور الجامعي من المدرسة الوطنية لعلوم
الرياضة وتكنولوجياها) دالي إبراهيم_الجزائر العاصمة

أطروحة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع

تخصص العائلة والسكان

إشراف الأستاذة الدكتورة:

أسيا شريف

إعداد الطالب:

نسيم نور الدين شريف

السنة الجامعية: 2018/2017

الصفحة	الفهرس المحتويات
	كلمة شكر
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الاشكال
أ	المقدمة
	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
	1-تحديد موضوع الدراسة
5	1-أسباب اختيار الموضوع
6	2-أهداف الدراسة
7	3-أهمية الدراسة
8	4-الإشكالية
10	5-الفرضيات
11	6-تحديد المفاهيم والمصطلحات
13	2-منهجية البحث وتقنياتها
13	1-الاقتراب النظرية للدراسة
16	2-الدرسات السابقة
17	3-منهج وتقنيات الدراسة
20	4-عينة البحث ومجتمع الدراسة
20	5-المجال المكاني والزمني للدراسة
	الفصل الثاني: واقع وأفاق الصحة الإنجابية
23	تمهيد
24	1-تعريف الصحة الإنجابية
27	2-مرحلة دخول الحياة الإنجابية
28	3-سن البلوغ
29	4-بدء ممارسة النشاط الجنسي

33	5-الزواج
35	6-السلوك الانجابي
39	7-تنظيم النسل
45	8-الإجهاض
48	9-وفيات الأمهات
50	10-الأمراض المعدية المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي
55	11-خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: وجهة النظر البيولوجية والطبية للسيدا
57	تمهيد
58	1-تشخيص مرض السيدا والتصنيف المرضي
61	2-المظاهر السريرية
63	3-طرق انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري VIH
67	4-جذور وأصل مرض السيدا
71	5-وضعية السيدا في العالم
81	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: الثقافة والتربية الصحية
83	-تمهيد
84	1-الثقافة الصحية
89	2-التربية الصحة
97	3-العلاقة بين المحيط والثقافة الصحية
99	4-العوامل التي تؤدي الى إنجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع
102	-خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: الدراسة السوسولوجية للشباب
104	-تمهيد
105	1-تعريف الشباب
106	2-الشباب كموضوع سوسولوجي
110	3-مراحل تكوين الشخصية الشابة

117	4-المنظمات العالمية والاهتمام بقضايا الشباب
119	5-الشباب والتنشئة الاجتماعية
126	6-مكانة الشباب في المجتمع الجزائري
130	-خلاصة الفصل
	الفصل السادس: معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي في ضوء نتائج البحث الميداني
132	-تمهيد
133	1-الخصائص العامة لأفراد العينة
139	2-معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية
147	3-تأثير المكان الاجتماعية والاقتصادية
167	4-دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية
185	5-الثقافة الصحية
202	6-الاستنتاج العام
204	7-الخاتمة
205	8-المراجع
212	9-الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	يمثل بعض البلدان التي انتشر فيها السيدا حتى بداية عام 2008	72
2	مرض السيدا والأنماط الوبائية في مناطق العالم VIH يمثل توزيع عدد إصابات بعدوى فيروس المختلفة لسنة 2014	74
3	يمثل توزيع حالات السيدا حسب الجنس ومختلف طرق العدوى بفيروس العوز المناعي البشري VIH منذ ظهور الوباء إلى 31 مارس 2009	78
4	يمثل عدد الإصابات بالفيروس حسب الفحوص المصلية في مختلف مراكز الفحص عبر VIH الوطن لسنة 2006-2007	79
5	حسب الفحوص المصلية لسنة 1998 إلى غاية الثلاثي VIH يمثل عدد الإصابات بالفيروس الثالث سنة 2009	80
6	توزيع الشباب حسب السن	133
7	توزيع الشباب حسب الحالة الاجتماعية	134
8	توزيع الشباب حسب الوضعية المهنية	135
9	توزيع الشباب حسب نوع الأسرة	136
10	توزيع الشباب حسب الحالة الاجتماعية للوالدين	137
11	توزيع الشباب حسب مكان الإقامة	138
12	توزيع الشباب حسب التغيرات التي تطرق لها خلال فترة البلوغ	139
13	توزيع الشباب حسب ارتباطهم عاطفيا	140
14	توزيع أفراد العينة حسب معرفتهم بالفحص الطبي قبل الزواج	141
15	توزيع أفراد العينة حسب معرفة الشباب لوسائل منع الحمل	141
16	توزيع الشباب حسب معرفتهم بوسائل منع الحمل	142
17	توزيع الشباب حسب سبب استعمال وسائل منع الحمل	142
18	توزيع الشباب حسب ترك العلاقة الجنسية خارج الزواج	143
19	توزيع الشباب حسب معرفة الأمراض الجنسية	144
20	توزيع الشباب حسب معرفة الشباب بالإصابة بالأمراض الجنسية	144
21	توزيع العينة حسب كيفية تجنب الإصابة بالأمراض الجنسية	145
22	توزيع أفراد العينة حسب السن والرغب في الزواج	147
23	توزيع أفراد العينة حسب السن ودافع الزواج	149
24	توزيع أفراد العينة حسب السن ومقياس الاقبال على الزواج	150
25	توزيع العينة حسب السن وعدد الأطفال المرغوب في الحصول عليهم	152
26	توزيع أفراد العينة حسب السن وأفضل سن لزواج الذكور	153
27	توزيع أفراد العينة حسب السن والسن الذي يبدأ فيه الاهتمام بالمسائل الجنسية عند الشباب	155
28	توزيع العينة حسب سن اهتمام الشباب بالجنس وعلاقته بسن أول ممارسة جنسية لهم	156
29	توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس لأول مرة وعلاقته باستعمال وسائل منع الحمل	158
30	ممارسة الشباب للجنس باستمرار وعلاقته باستعمال وسائل منع الحمل (حاليا)	159
31	توزيع العينة حسب سبب استعمال وسائل منع الحمل للممارس للعلاقات الجنسية والغير ممارسين	160
32	توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للعلاقات الجنسية وعلاقته بالارتباط مع فتاة	161
33	توزيع العينة حسب ممارسة الجنس واستعمال الواقي الذكري	163

164	توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس وعلاقته بممارسة أصدقائهم للجنس	34
165	توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس وعلاقته بمعرفة الامراض المنتقلة عن طرق الاتصال الجنسي	35
168	توزيع العينة حسب الشعور بمرور فترة البلوغ وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف	36
170	توزيع أفراد العينة حسب تأثير فترة البلوغ وعلاقته بالمصادر التي يلجؤنا اليها للحصول على هذا النوع من المعارف	37
171	توزيع العينة حسب معرفة الامراض الجنسية وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف	38
172	توزيع العينة حسب الامراض الجنسية التي يعرفها الشباب ومصادر اكتساب هذه المعارف	39
173	توزيع العينة حسب معرفة أسباب الإصابة بمرض السيدة وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف	40
175	توزيع العينة حسب معرفة الوقاية من مرض السيدة وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف	41
176	توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل ومصادر اكتساب هذه المعارف	42
177	توزيع العينة حسب وسائل منع الحمل التي يعرفونها ومصادر اكتساب هذه المعارف	43
178	توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل وأين يمكن الاطلاع عليها	44
180	توزيع العينة حسب مكان الحصول على وسائل منع الحمل ومصادر اكتساب هذه المعارف	45
181	يوضح توزيع العينة حسب الحديث عن مواضيع الصحة الانجابية داخل الاسرة وطبيعة هذا الحديث	46
182	يوضح توزيع العينة حسب ردود فعل الشباب عند المرض وعلاقته بطبيعة هذا الحديث	47
186	يوضح توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل والمصادر التي اطلعوا منها	48
187	يوضح توزيع العينة حسب عدد وسائل منع الحمل التي يعرفونها وعلاقته بمصدر المعرفة	49
188	يوضح توزيع العينة حسب استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا وعلاقته بالمصادر التي تلقا منها المعرفة	50
189	يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بالأمراض والحديث مع الاسرة على هذا المرض	51
190	يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بالأمراض ونوع الحوار الذي يكون مع لأسرة	52
191	يوضح توزيع العينة حسب انطباعات الشباب حول المراكز الصحية	53
192	يوضح توزيع العينة حسب احتياجات الشباب في مجالات الصحة الإنجابية وعلاقته بكيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي	54
193	يوضح توزيع العينة حسب انطباعات الشباب حول الخدمات المقدمة في المراكز الصحية وعلاقتها بكيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي	55
194	يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بمرض جنسي وعلاقته بطبعة الحوار مع الاسرة لمثل هذا النوع من المرض	56
195	يوضح توزيع العينة حسب أسباب الإصابة بمرض السيدا وعلاقته بإبعاد المصاب بمرض السيدا عن المجتمع	57

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	يمثل مسؤولية التربية الصحيّة المدرسية	94
2	الثقافة الصحيّة كعنصر أساسي (مفتاح) للصحة	98
3	يوضح توزيع الشباب حسب الحالة الاجتماعية	134
4	يوضح توزيع الشباب حسب المهنة	135
5	يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الاسرة	136
6	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية للوالدين	137
7	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	138

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله العلي العظيم

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان الى الأستاذة المشرفة الدكتورة شريف اسيا على قبولها الاشراف على هذا البحث الأكاديمي وكذا نصائحها وتوجيهاتها القيمة في ترشيد وتعديل مسار هذه الدراسة بالعناية والتوجيه ومتابعة خطوات البحث بحرص الى أن بلغ هذا العمل التمام، كما أتوجه بامتناني الكبير الى كل أساتذة قسم علم الاجتماع عامة وإلى الأستاذ الافاضل الذين تكرموا

بقبولهم قراءة و مناقشة هذه الرسالة خاصة

إلى كل من ساهما في إنجاز هذا العمل

مقدمة:

لقد نال موضوع الصّحة الإنجابية اهتمامًا كبيرًا من قبل الدّول والمنظمات الدّولية المهتمة بشؤون السّكان خلال العقد الثّامن من القرن، باعتباره مدخلًا جديدًا للمشكلة السّكانية، وهناك اعتراف متزايد بين هذه الدّول والمنظّمات بأنّ هذا المدخل يعطي إمكانيّة أكبر لخفض معدّلات الخصوبة؛ حيث أنّه يعمل على محورين أساسيين، أولهما توسيع قاعدة التوعية بالمشكلة السّكانية عن طريق إدخال عنصر الشباب غير المتزوج في هذه القاعدة. وثانيهما، تعزيز برامج تنظيم الأسرة بابتداع برامج عديدة للصّحة الإنجابية، طبّقت في العديد من الدول النامية، كما تقوم بعض الحكومات بتقديم خدمات عريضة عالية الجودة في هذا المجال.

إن مفهوم الصّحة الإنجابية يشتمل على مجموعة من المجالات الصحية أو الأمراض التي تنتج عن الممارسات الجنسية (السيدا) في إطار الزّواج وخارجه؛ وقد تصاحب مخاطرًا طبيعية واجتماعية في التّكاثر البشري، كما إن تناول هذا الموضوع يعني بالدرجة الأولى كيفية مواجهة هذه المشاكل والتخلص منها ومعالجتها.

كما يجب علينا أن لا نتصوّر أن برامج الصّحة الإنجابية توضع لمجرد الوقاية من الأمراض أو معالجتها، ولا هي مجرد تنظيم الأسرة للحد من الإنجاب، فهي أبعد من ذلك حيث أنها تعتبر جزء من التّمنية البشرية اللّازمة لتحقيق التّمنية المستدامة التي تسعى جل الدول لتحقيقها؛ فتجنب المرض نتيجة الإنجاب في حالات الزّواج المبكر يعتبر حقًا إنسانيًا، والصّحة الإنجابية الجيّدة تمكّن الفرد من متابعة المجالات الاقتصادية والاجتماعية باعتبارها جزءًا من التنمية، وحماية حقوق الإنسان الاجتماعية والسياسية والثقافية تعتبر أمرا حيويًا في تشكيل الصّحة الإنجابية للمجتمعات السكانية. والصّحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية؛ فهي تتأثر سلبًا بانتشار الأمية والبطالة، وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها علاقة الأم بالأب، وعلاقة كليهما بالأبناء والبنات وعلاقة الإخوة ذكورا وإناثًا، كما تتأثر الصّحة الإنجابية بمكانة المرأة في المجتمع. ففي كثير من أنحاء العالم يتعرض الإناث للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية، كما يتأثر مستوى الصّحة الإنجابية بتوافر خدمات صحية ذات جودة عالية، تلبّي الاحتياجات الصحية لفئات مختلفة ويسهل الوصول إليها.

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة، معرفة الدّور الذي تلعبه المراكز، ووسائل الإعلام، والأسرة، والمدرسة، ومؤسسات التنشئة الاجتماعية... الخ، في نشر الوعي بين الشباب، وتقديم المساعدة لهم لتجنب الحمل غير المرغوب فيه، والتقليل من احتمالات اللجوء إلى الإجهاض، وانتشار الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وهل بُذلت جهود حقيقية لتشجيع هؤلاء على السلوك الجنسيّ المسؤول؛ وحماية صحتهم الإنجابية. وما إذا كان هذا يعني أننا أمام كتلة شبابية – أولياء المستقبل – لها درجة عالية من

الوعي بحياتها الجنسية والإنجابية؛ الشيء الذي يؤهلها للحياة كفئة بالغة المسؤولة ومنتجة. وهذا ما يوضح أهمية معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا، خاصة في مجتمعنا الجزائري، الذي تقل فيه مثل هذه الدراسات الميدانية، وخاصة على فئة الشباب التي تمثل أكبر شرائح المجتمع الجزائري. ومن أجل الإلمام بكل جوانب البحث، حاولنا الجمع بين المعالجة النظرية والميدانية للدراسة، والتي قسمناها إلى خمسة فصول كالتالي:

حسب طبيعة الموضوع، تم ادراج فصول متعلق بالصحة الإنجابية والجنسية والشباب، حيث شمل الفصل الأول ويتضمن الإطار المنهجي للبحث، وينقسم الى جزئين، يشمل الجزء الأول تحديد موضوع الدراسة، فيتضمن الإشكالية الفرضيات وأسباب اختيار الموضوع، وأهمية الدراسة، وأهدافها وتحديد المفاهيم والدراسات السابقة والاقتراب النظري؛ فيما شمل الجزء الثاني منهجية البحث وتقنياتها، وتضمنت المناهج المتبعة، العينة وكيفية اختيارها، ومجالات الدراسة المكاني والزمني، وأدوات جمع المعطيات.

أما الفصل الثاني فشمل واقع وأفاق الصحة الإنجابية، وتضمن أهم مجالات الصحة الإنجابية من خلال تعريفها، ومجالات الصحة الإنجابية من البلوغ والزواج وممارسة العلاقات الجنسية، كما يتطرق الى تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل والأمراض المعدية عن طريق الاتصال الجنسي، وذلك من خلال دراسة استقصائات الأمم المتحدة حول مختلف أنحاء العالم، والمقارنة بينها في مجال معارف الصحة الإنجابية واستعمال وسائل منع الحمل.

أما الفصل الثالث فيتناول وجهة النظر البيولوجية والطبية للسيدا، فتضمن جزئين، الأول يشمل مرض السيدا، تعريفه والمظاهر والاعراض السريرية للمرض، والتشخيص المخبري وطرق انتقال العدوى وأساليب الوقاية والعلاج، والجزء الثاني يشمل وضعية المرض في العالم والبلدان الغربية والعربية والجزائر.

أما الفصل الرابع المعنون الثقافة والتربية الصحية، فتضمن جزئين يشمل الجزء الأول الثقافة الصحية وتعريفها وطرق التثقيف الصحي، والجزء الثاني يشمل التربية الصحية وتعريفها وأهداف التربية، ومجالات التربية الصحية.

الفصل الخامس تم فيه عرض الدراسة السوسيوبيولوجية للشباب، وتعريف والتطرق للشباب كموضوع سوسيوبيولوجي، مراحل تكوين الشخصية الشابة، والتطرق لبعض المنظمات العالمية والاهتمام بقضايا الشباب، كما احتوى على الشباب والتنشئة الاجتماعية، ومكانة الشباب في المجتمع الجزائري

أما الفصل السادس، معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي في ضوء نتائج البحث الميداني، ويتضمن خصائص العينة ومعارف الشباب نحو الصحة الإنجابية، حيث تم الاستعانة بعينة من الشباب الجامعي الذكور فقط من المدرسة العليا لعلوم الرياضة وتكنولوجيااتها للسنة الدراسية 2016/2015، ثم ترتيب البيانات وتبويبها في جداول بسيطة ومركبة حسب متطلبات كل فرضية تم القيام بتحليل الفرضية الأولى، وتحليل الفرضية الثانية والثالثة، ثم وضع الاستنتاج العام للدراسة، ثم الخاتمة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة:

1-تحديد موضوع الدراسة

1-أسباب اختيار الموضوع

2-أهداف الدراسة

3-أهمية الدراسة

4-الإشكالية

5-الفرضيات

6-تحديد المفاهيم والمصطلحات

2-منهجية البحث وتقنياتها

1-المقاربة النظرية للدراسة

2-منهج وتقنيات الدراسة

3-عينة البحث ومجتمع الدراسة

4-المجال المكاني والزمني للدراسة

1-تحديد موضوع الدراسة

1-أسباب اختيار الموضوع:

لأي موضوع بحث، ولأي دراسة علمية أكاديمية في الحقل المعرفي أسباب تؤدي بالباحث أو الدارس إلى الانطلاق في كشف خباياها، حيث في غالب الأحيان ما تكون هذه الأسباب إما موضوعية، لها صلة بالبعد العلمي والأكاديمي، حيث يعتبر البحث العلمي أساس كل عملية للوصول إلى الحقائق في إطار قواعد أو نظريات علمية، ويكون في مختلف الميادين الوصول إلى الحقائق باستعمال البحث وفق مناهج علمية، وفي ظل استئناس بمدرسة أو مدارس نظرية مختلفة، وتكون أسباب تتعلق بالباحث أو الدارس في حد ذاته، وهي ما تسمى بالذواضع أو الأسباب الذاتية، ومن هذا المنطلق نقسم أسباب اختيار موضوع دراستنا هذه إلى هذين النوعين من الأسباب، ونوردهم على الشكل التالي:

1-1-الأسباب الموضوعية:

من بين الأسباب الموضوعية لاختيار هذا الموضوع، خاصة بعد القيام بعمل استقصائي سواء في الجانب الميداني أو النظري، نذكر منها على سبيل الحصر ما يلي:

- الرغبة العلمية والمعرفية في التعرف على حقيقة اتجاهات الشباب الجزائري وتمثيلاتهم الاجتماعية نحو الصحة الإنجابية، وذلك من خلال وضع الإطار العام (الأفكار، الطرق والوسائل) لواقع الظاهرة المدروسة.
- الكشف عن إمكانية التخصص الذي أزال فيه الدراسة "علم الاجتماع ديمغرافيا" من سبر مواضيع ودراسات تعتبر حكرًا على تخصصات أخرى، وذلك من خلال وضع هذه الدراسة أو الأطروحة في إطار علم الاجتماع الديمغرافي، ومحاولة الكشف عن معارف واتجاهات الشباب الجزائري نحو موضوع البحث "الصحة الإنجابية"، وكذا العراقيل التي تواجهه، وطرق ووسائل السلوك المختلفة.
- وضع صياغة سوسيوديمغرافية وثقافية لموضوع معارف واتجاهات الشباب الجزائري حول الصحة الإنجابية، وذلك من خلال قيامنا بدراسة النقد الموجه لأنماط الثقافة الشعبية السائدة، ومقارنة هذه الانتقادات بالواقع الاجتماعي والسوسولوجي، أي محاولة صياغة مرجعية سوسيوقافية لهذه الظاهرة بالمجتمع الجزائري، عبر عقد مقارنة بين ما هو كائن، وبين ما ينبغي أن يكون، بين ما هو معمول به في الواقع الاجتماعي، وبين ما هو مرجو منه على ضوء الدراسة العلمية.

1-2- الأسباب الذاتية:

يقول " ريمون أرون Raymond Aron " حول اختيار الموضوع والأسباب الذاتية: "إنه لا يمكن بلوغ الأمانة العلمية، دون الاعتراف بالمحددات الشخصية للاختيار"، ما نسميه نحن بالأسباب الشخصية أو الذاتية، والتي نذكر منها على سبيل الحصر:

- من خلال معايشتنا لواقع الشباب الجزائري، سواء من خلال تمثيلاته عن الجنس الآخر، وكذا عن العلاقة الجنسية وكيف يبني قواعد ومعايير السلوك الاجتماعي الناجم عن ثقافة ما.
- فضولنا نحو معرفة كل ما يتعلق بموضوع البحث من قريب أو بعيد خاصة في المجال السوسيوديمغرافي والسوسيوثقافي، الذي تبقى الدراسات به ليست بالكثافة المعروفة في معظم التخصصات الأخرى.

2- أهداف الدراسة:

لكل دراسة هدف أو غرض يجعلها ذات قيمة علمية، والهدف من الدراسة يفهم عادة على أنه السبب الذي من أجله قام الباحث بإعداد هذه الدراسة، والبحث العلمي هو الذي يسعى إلى تحقيق أهداف عامة غير شخصية ذات قيمة ودلالة علمية⁽¹⁾.

ومن أهم الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من خلال هذه الدراسة نذكر ما يلي:

1. اكتشاف حقيقة وعي الشباب الجزائري حول الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا، والارتقاء بمستوى كفاءات أدوات البحث الديمغرافي من نسب ومعدلات واحتمالات، واختبار النظريات والفرضيات وتطورها وتدعيم قدرتها على الرؤية المستقبلية للشباب.
2. تسليط الضوء على العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تؤثر بصفة مباشرة أو غير مباشرة على معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا.
3. معرفة إلى أي مستوى وصلت السياسات السكانية في تقديم البرامج الفعالة في توعية وتحسيس الشباب في مجال الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا.

(1)- محمد شفيق، البحث العملي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1988، ص 55.

3- أهمية الدراسة:

يعتبر موضوع سلوك الصحة الإيجابية محل اهتمام العديد من التخصصات مثل: الصحة العمومية، علم النفس، الديمغرافيا، علم الاجتماع، والأنثروبولوجيا، وذلك منذ زمن تطور المجتمعات، ونموها، وفي هذه الدراسة التي تنحصر بين علم الاجتماع والديمغرافيا، نلمس تلك الأهمية التي يمكن أن تشكل أوجه للاستفادة لدى التنظيمات والمؤسسات والهيئات؛ والتي تعنى بالبحث في نفس المضمار الذي يخص الصحة الإيجابية والسلوك الجنسي لدى الشباب. وعلى العموم، فإننا نلخص ما ذكرناه سلفا من أهمية بالغة يكتسيها موضوع البحث في النقاط التالية:

- المساهمة في الجهود الميدانية والدراسية، القائمة في الجزائر لتوفير تشخيص دقيق وعلمي لمعارف واتجاهات وسلوك المراهقين الشباب في الجزائر حول أبعاد الصحة الإيجابية وممارسات الحياة اليومية.
- توفير قاعدة من المعطيات والبيانات بأحدث طرق المعالجة الكمية والكيفية حول معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإيجابية وبعض أبعاد الصحة العمومية.
- المساهمة في تشخيص معارف واتجاهات وسلوك الشباب المتعلقة بأبعاد الصحة الإيجابية (تحولات البلوغ، العلاقات بالآخر والعلاقات الجنسية، قضايا الزواج والإنجاب، أبعاد النوع الاجتماعي وتوزيع الأدوار بين الجنسين، الأمراض المنقولة جنسيا، ووسائل تنظيم الأسرة)، وحول السلوك غير الصحي للشباب (التدخين، شرب الكحول، المهدرات، العنف، الرياضة، الصحة النفسية).
- التعرف على الأبعاد الثقافية والاجتماعية لاتجاهات وسلوكيات الشباب الجزائري ذات العلاقة بمجالات الصحة الإيجابية عامة وبالتركيز على أبعاد الصحة الجنسية.
- التعرف على طبيعة العلاقات القائمة بين الأجيال وأبعاد التواصل بين الشباب والأولياء وعلاقة ذلك بمعارف وسلوكيات الشباب في مجالات الصحة الإيجابية.

4-الإشكالية

يعتبر الشباب قديما و حديثا من أهم شرائح المجتمع التي يقوم بقيامها و يتضرر من قلة عددها، فالشباب العمود الفقري لكل بلد و القلب النابض له، و طاقته المخبئة و مستقبله المنتظر، كما أن أغلب البلدان تهتم بهم و برعايتهم و حسن تعليمهم، إذ تنتهج بعض الدول سياسات تحفيزية لزيادة هذه الفئة مثل فرنسا، سويسرا، كندا... الخ، فتشجع الخصوبة و الهجرة الداخلية للشباب، إلا أن هذه الفئة تمثل قطاعا سكانيا كبيرا في المجتمعات النامية و منها الجزائر، حيث تقدر نسبة الشباب الذي يتراوح أعمارهم ما بين 15-35 سنة نسبة 39,14% من مجتمع السكان الجزائري¹.

و هذا ما يجعل الاهتمام بهم و برعايتهم خاصة في هذا السن من أولويات الدولة و المجتمع، خاصة في مجال الصحة العامة و الصحة الإنجابية خاصة، فالحفاظ على صحة الشباب أمر ضروري لصحة المجتمع بشكل عام لزيادة الإنتاجية و ضمان ميلاد أجيال المستقبل في أفضل بيئة ممكنة؛ ففي الماضي كان التحول من الطفولة إلى البلوغ فجائي يصاحبه زواج و إنجاب مبكرين، أما اليوم فيقضي معظم الشباب سنوات أكثر في الدراسة، مما يؤخرون الزواج لاحقا إلى جانب ظروف الحياة، مما يتسبب في تغيير وجهات نظرهم و سلوكياتهم اتجاه النشاط الجنسي، أو يتورطون في علاقات جنسية دون الحصول على المعلومات اللازمة لحماية انفسهم من الالتهابات و الامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، حيث أظهرت الاحصائيات أن عدد المصابين بالسيدا في الجزائر قدر بـ 8762 حالة من الجنسين و يمثل ما نسبته 8,2% من الشباب الأقل من 25 سنة أي ما يعادل 716 مصابين بمرض السيدا²، كما يمكن أن يترتب عليه حمل غير مرغوب فيه، يؤدي الى اجهاض غير مؤمن، حيث أظهرت الاحصائيات أن 10 آلاف طفل يولدون خارج الزواج، و حوالي 80 ألف حالة اجهاض سنويا تمثل منها 300 عملية غير شرعية³. من هنا تظهر أهمية الصحة الإنجابية عند الشباب، فهي حالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته، وليس مجرد السلامة من الامراض أو الإعاقة و لذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الشباب على التمتع بحياة جنسية مرضية و مؤمنة، و قدرتهم على الانجاب، و حريرتهم في تقرير الانجاب و موعده و تواتره. ويشمل هذا الشرط الأخير ضمان حق الشباب في معرفة و استخدام أساليب تنظيم الاسرة المؤمنة و الفعالة و الميسورة و المقبولة في نظرهم، و أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها، و التي لا تتعارض مع القوانين و الأعراف، و تهئ لهم أفضل الفرص للانجاب، و تحسين نوعية الحياة و العلاقات الشخصية، بتقديم لهم المعارف و المشورة و التوجيهات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية و مجالاتها، لبلوغ أعلى مستويات ممكنة من الصحة الجنسية و الإنجابية، دون

¹ ONS. **L'Algérie en quelques chiffres**. RESULTAT 2014. NUMERO 48. Algérie, Edition 2015. P9

² Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, **Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA 2013-2015**, Unicef/ONUSIDA, Algérie 2016. P15

³ مقالات و دراسات و أبحاث اجتماعية للمجتمعات الجزائرية و العربية، WWW.Socioalger1، 12/10/2017

تميز أو أكره أو عنف من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية و مؤسساتها، و السياسات والبرامج الثقافية و مؤسساتها التي تدعمها الحكومة و المجتمع في مجال الصحة الإيجابية، و الاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات المعرفية و التثقيفية في مجال الصحة الإيجابية؛ حيث أن هذه الأخيرة لا تصل إلى الكثير من الشباب بسبب عدة عوامل، منها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجنس و البلوغ، أو عدم ملائمة المعلومات و الخدمات المتصلة بالصحة الإيجابية أو ضعف نوعيتها أو خصوصيات الموضوع مما يجعله من التابوهات خاصة في مجال التنشئة الاجتماعية و مؤسساتها، فتعيق عملية انتقال المعارف و الخبرات من جيل إلى آخر . فما هي معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي كالسيديا؟

من خلال هذا التساؤل يمكن طرح التساؤلات التالية

الإشكالية الأولى:

-هل المكانة الاجتماعية والاقتصادية للشباب تمكنهم من اكتساب معارف واتجاهات نحو الصحة الإيجابية والامراض المنتقلة عن طريق الجنس سيديا؟

الإشكالية الثانية:

-هل يعتمد الشباب على مؤسسات التنشئة الاجتماعية في اكتساب معارف واتجاهات نحو الصحة الإيجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي "السيديا"؟

الإشكالية الثالثة:

-هل توجد لذا الشباب ثقافة صحية تكسبهم معارف واتجاهات في مجال الصحة الإيجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي؟

وللإجابة على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

5-فرضيات الدراسة

تعتبر الفرضيات أو الفروض: "تصميم مبدئي تظل صحته موضع اختبار. ويلزم أن يعتقد الباحث في صحة فرضه، فالهدف من وضع الفروض هو اختباره حتى يمكن استكشاف مدى تطابقه مع الحقائق والبيانات"¹.

من هذا المنطلق ووفق تساؤلات الإشكالية، قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

1-تساهم المكانة الاجتماعية والاقتصادية للشباب باكتساب معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنتقلة عن طرق الاتصال الجنسي "السيدا"

الفرضية الثانية:

2-تلعب مؤسسات التنشئة الاجتماعية دورا فعالا في اكتساب الشباب معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنتقلة عن طرق الاتصال الجنسي سيذا

الفرضية الثالثة:

3-لا توجد ثقافة صحية لذي الشباب تمكنهم من اكتساب معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي

¹- محمد منير حجاب، الأسس العلمية لكتابة الرسائل الجامعية، ط3، سلسلة دراسات وبحوث إعلامية، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2000، ص 25.

6-تحديد المفاهيم والمصطلحات:

إن المفهوم هو "مجموعة الرموز التي يستعين بها الفرد، لتوصيل ما يريده من معاني لغيره من الناس، ومن السهل التعبير عن المفاهيم الملموسة، ومن الصعب التعبير عن بعض المفاهيم التي تحتاج إلى الكثير من التحديد، وكثيرا ما يرتبط المفهوم بالتعريفات السابقة له، كما يتحدد المفهوم بتحديد الخصائص البنائية والوظيفية له"¹.

وسوف نحاول في هذه النقطة تقديم المفاهيم المستعملة، إلى جانب تقديم في ختام كل مفهوم الاستخدام الإجرائي، أي الطريقة التي تمت بها استخدام المفهوم أو كيفية استعماله خلال هذه الأطروحة أو الدراسة.

1-الصحة:

إن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، ولقد حاول الكثير من العلماء التعريف بالصحة، كما حاول العالم "بريكينز" تعريف الصحة على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن هذا التوازن ينتج من تكييف الجسم مع العوامل التي يتم ضمها، وأن تكييف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

2-الصحة الإيجابية:

كما عرفتها منظمة الصحة العالمية، فهي حالة من المعافاة الكاملة بدنيا ونفسيا واجتماعيا في كل ما يتعلق بالجهاز الإيجابي ووظائفه وعملياته، وتعني توفير كل العوامل التي من شأنها أن تمتع الإنسان بحياة صحية مأمونة وسليمة بما في ذلك كل ما يتعلق بمسألة التكاثر والإنجاب، أما الخصائص الجنسية فيعنى بها عموما جميع الجوانب الجنسية للحياة البشرية³.

وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية، فإن الصحة هي "حالة التحسن الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليست مجرد غياب المرض أو العلة".

3-مفهوم الشباب:

تعريف قاموس علم الاجتماع للشباب: جاء في قاموس علم الاجتماع أن مفهوم الشباب يعني تلك الفئة العمرية الممتدة من مرحلة الطفولة إلى غاية سن البلوغ، وتحديد هذا الأخير يختلف من مجتمع إلى آخر حسب قانونها المدني والإجرائي⁴.

¹- أمين الساعاتي، تبسيط كتابة البحث العلمي، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، جدة، المملكة العربية السعودية، 1991، ص 36.

²- إقبال إبراهيم محفوظ، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص 48.
³أسيا شريف الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإيجابية، وإعدادهم للدور الإيجابي في المنطقة العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان جامعة الدول العربية المجلة الرابعة العدد 11 ماي 2011 ص 26.

⁴ - Raymon Boudon, **Dictionnaire de la sociologie**, Larousse, Paris, 1990, pp. 111-112.

4-تعريف الشباب من منظور علماء السكان:

يعتبر علماء السكان أول من حاول تقديم تعريف لمفهوم الشباب مستندين في ذلك إلى معيار السن أو العمر الذي يقضيه الفرد في سياق التعامل الاجتماعي، ويختلفون فيما بينهم في بداية ونهاية هذا السن حيث يذهب بعضهم إلى أن الشباب هم من يقعون في الفئة العمرية بين الخامسة عشر وحتى الثلاثين (15-30)، ومنهم من يرى أن الشباب يبدأ قبل سن الخامسة عشر (15) سنة، ومنهم من يزيد سن الشباب عن الخامس والثلاثين (35) عاماً¹.

5-معارف واتجاهات:

إن هذا النوع من التحقيق، استخدم أكثر بكثير في مجال الخصوبة، فهو قبل كل شيء وصفي بمعنى يقترح معرفة بكل موضوعية وعلمية ما الذي يعرفه، يعتقد ويقله السكان اتجاه الخصوبة، وهو تقييمي لأنه يكون بمثابة مرجع للدراسات السابقة أين يمكن قياس تأثيرات برامج التنظيم. وهو توجيهي لأنه يمكن من جمع المعلومات الخاصة لتوجيه قرارات البرمجة، وأخيراً يعتبر كاختيار التأكيد.

5-1-المعرفة: هي عملية عن طريقها يتعرف الفرد على البيئة ويحاول تفسيرها، وتضم المعرفة عمليات الإدراك، والتفكير والتذكر والتساؤل والتخيل والتعميم والحكم.

5-2-الاتجاه: يعتبر مفهوم الاتجاه من بين المفاهيم المركزية لعلم النفس الاجتماعي، فلو تصفحنا القاموس السيكولوجي في علم النفس، لوجدنا تعريفاً بسيطاً للاتجاه والمتمثل: "كيفية الوجود في موقف معين" «*Manière d'être dans une situation*».

وفي هذا المضمار ارتأينا أن نستخدم هذا النوع من التحقيق، الذي نسعى من خلاله إلى محاولة اكتساب الشباب بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية، وهذا ما نسميه بالمعرفة، وهو التفهم الشخصي أو رد فعلهم اتجاه مرحلة البلوغ، الزواج العلاقات الجنسية، الأمراض المنقولة جنسياً وغيرها من عناصر الصحة الإنجابية والجنسية وهذا ما ندعوه بالاتجاه، وأهم الطرائق الوقائية التي اتبعتها الشباب حالة العلاقات الجنسية خارج نطاق الزواج أو داخلها وهذا ما نطلق عليه بالممارسة.

7-المكانة الاجتماعية للشباب:

هي الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يكون الشباب يحتلها داخل وسطه الاجتماعي من الحالة الزوجية، المستوى الثقافي، نوع النشاط الذي يمارسه، الوضعية الاقتصادية التي تمتع بها².

¹- الخولي سالم إبراهيم الخولي، المشكلات الاجتماعية المعاصرة في المجتمع المصري، ط1، دار الندى للطباعة والنشر، القاهرة، 2007، ص 146.

²- شريف نسيم نور الدين، الشباب وظاهرة تعاطي المخدرات تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية، رسالة ماجستير علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2011، ص 12.

8- مفهوم الثقافة الصحية:

الثقافة الصحية هو مفهوم شامل يساعد الفرد على أن يقوم بسلوك بطريقة مسؤولة فيما يتعلق بالصحة داخل أو خارج النظام الصحي، مع تأثير بيئته الاجتماعية، هذه الثقافة تسمح أيضا للجماعات في التأثير على المناطق الاجتماعية والسياسية¹.

2- منهجيات البحث وتقنياتها:

1-2- الاقتراب النظري للدراسة:

1-1-2 نظرية التنشئة الاجتماعية

يكاد يكون شبه اتفاق بين علماء الاجتماع والسيكولوجيين على أهمية عملية التنشئة الاجتماعية في تكوين شخصية الفرد، حيث أنه يستنبط مختلف القيم والمعايير الاجتماعية والمهارات التي تشكل شخصيته وتؤدي إلى اندماجه في مجتمعه ويتعلم من خلالها الأنماط المختلفة من السلوك والتفكير والتصور الذي تتطلبه البيئة والمجتمع الذي يعيش فيه.²

وهو يختبر كذلك الأحاسيس والمشاعر الملائمة لظروف الحياة والمطابقة اجتماعيا لأي موقف من المواقف، فيؤهله ذلك إلى المشاركة في الصداقة مع أفراد المجتمع، وعلى العكس من ذلك إن لم يختبر الأحاسيس والمشاعر الملائمة فهو إذا يصبح مغتربا، مترددا، ويكسب عندئذ التوتر والقلق من هذه الناحية، لذلك يرى الكثير من علماء الاجتماع أن هذه العملية هي المسؤولة عن تزويد القيم الاجتماعية للفرد التي تزوده بالسلوكيات والمعارف الصحية والوقائية من جميع المخاطر والأمراض معنى ذلك أن التنشئة الاجتماعية تعد من الحصون الأولى التي يختبرها الإنسان ليتعلم من خلال الممارسة كيف يتصرف مع مواقف الأزمات.

1 – تعريف التنشئة الاجتماعية:

هناك عدة تعاريف لعملية التنشئة الاجتماعية، فهي عملية تفاعل يتم من خلالها تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، وهي في أساسها عملية تعلم، لأن الطفل يتعلم أثناء تفاعله مع بيئته الاجتماعية عادات أسرته، وأسلوب حياتها، وبيئته المباشرة، ومجتمعه عامة. وهي تتضمن عدة عمليات نفسية تعد الوسائل التي عن طريقها تنتقل التأثيرات بين أفراد الثقافة التي ينتمي إليها الفرد، وبذلك فهي عملية معقدة تتضمن من جهة كائنا بيولوجيا له تكوينه الخاص واستعداداته المختلفة، ومن جهة ثانية شبكة العلاقات والتفاعلات الاجتماعية التي تحدث داخل إطار معين من المعايير والقيم، ثم من جهة ثالثة تفاعلات ديناميكية مستمرة بين البيئة والفرد، حيث يؤدي هذا كله إلى نمو ذات الفرد تدريجيا. وهي كذلك

¹ الخميس عبد الرزاق : مبادئ التربية الصحية، الطبعة الأولى، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1999 ص 14 .
² سعد المغربي، الليثي أحمد، الفئات الخاصة وأساليب رعايتها: المجرمون، ط1، المركز العربي للطباعة والنشر، القاهرة، 1957، ص.220.

العمليات التي يصبح فيها الفرد واعيا ومستجيبا للمؤثرات الاجتماعية وما تشتمل عليه هذه المؤثرات من ضغوط وما تفرضه من واجبات على الفرد حتى يتعلم كيف يعيش مع الآخرين ويسلك معهم مسلكهم في الحياة. وهي "عملية يكتسب الأطفال من خلالها الحكم الخلقى والضبط الذاتى اللازم لهم حتى يصبحوا أعضاء راشدين مسؤولين في مجتمعهم"¹.

2 – الاتجاهات النظرية حول مفهوم التنشئة الاجتماعية:

1- الاتجاه البنائى الوظيفي: ينظر الاتجاه البنائى الوظيفي إلى عملية التنشئة الاجتماعية على أنها أحد جوانب النسق الاجتماعى، وعليه فإن عملية التنشئة الاجتماعية تتفاعل مع جميع جوانب النسق الاجتماعى بما يخدم المحافظة على البناء الاجتماعى وتوازنه، حيث يتعرض الفرد من خلال هذه العملية إلى عمليات عدة من الضبط والامتثال التي تساعده على التوافق مع المجموعة التي ينتمي إليها، وهو ما يؤدي إلى تحقيق التوازن الاجتماعى للجماعة ككل.

فعملية التنشئة الاجتماعية ترتبط بعملية تعلم الفرد أنماط وقيم وعادات وأفكار الثقافة التي تنتقل من جيل إلى جيل، كما تتضمن أيضا تعلم الرموز التي تمد الفرد بوسائل الاتصال وتساعده بالتالي على التكيف النفسى والاجتماعى وتوافقه مع محيطه. وقد وصف "هارى جوي سون" عملية التنشئة الاجتماعية بأنها عملية استدراج لقيم الثقافة السائدة المتوقعة من الفرد في المواقف المختلفة بقصد التوافق مع المجتمع. وحلل "بارسونز" عملية التنشئة الاجتماعية بالتركيز على ميكانيزمات التعلم التي يتعرض لها الفرد أثناء تفاعله مع الجماعة وهي: التعليم، والتكيف، والإبدال، التقليد، والتوحد. وقد فسر "تالكوت بارسونز" تنشئة الأطفال بالتركيز على مفهوم الدور، إذ هناك أدوار خاصة بالذكور، وأخرى خاصة بالإناث، حيث تخص التنشئة الاجتماعية كلا بدور خاص يختلف عن الآخر، وهي أدوار يلتزمون بها في حياتهم المستقبلية، هذا التخصص من العوامل التي تجنب الأسرة الصراع والتوتر، ووظيفته العمل على تماسك الأسرة وبالتالي تماسك المجتمع ككل².

ترتكز التنشئة الاجتماعية حسب "بارسونز" على تصور وظيفي للنظام الاجتماعى، هذا الأخير مكون من أربعة مقتضيات وظيفية، تعمل التنشئة الاجتماعية على استدراجها في شخصية الفرد، وهي³:
-وظيفة ثبات المعايير: فالنظام يعمل على ثبات واستقرار المعايير والقيم، ويجعل هذه الأخيرة معروفة ومستدرجة من طرف الفاعلين.

-وظيفة التكامل والاندماج: وذلك بضمان التنسيق اللازم بين الفاعلين الاجتماعيين.

1- رشاد صالح دمنهوري، التنشئة الاجتماعية والتأخر الدراسى، دراسة في علم النفس الاجتماعى التربوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص21.

2- عبد الحميد العنانى حنان، الطفل والأسرة والمجتمع، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص15-16.

3- Dubar Claude, *La Socialisation, Construction des Identités Sociales et Professionnelles*, 2^{ème} Ed. A. Collin, Paris, 1998, p.48.

-وظيفة تحديد الأهداف وتعريفها ودفع الأفراد للسعي لتحقيقها ووظيفة التكيف: أي ضمان تكيف الوسائل مع الأهداف. وقد لقي "بارسونز" بعضاً من النقد حول اعتباره تكوين الطفل على نموذج الترويض (Dressage) أو التكيف (Conditionnement) الذي يستلزم التماثل الواعي لمواقف ثقافية يفترض أنها تحدد مواقف الطفل في المستقبل، وهو ما يجعل الفرد محددًا ومبرمجًا بتجاربه الماضية وليس فاعلاً حراً ومسؤولاً عن أفعاله¹.

2-الاتجاه التفاعلي الرمزي:

يرى "جورج" هيربرت ميد" أحد أقطاب الاتجاه التفاعلي الرمزي، أن عملية التنشئة الاجتماعية على أنها عملية تكوين النفس البشرية (Self)، والتي تشير إلى مشاعر ومواقف شخصية يستوحىها الفرد من آراء وأحكام ومواقف واتجاهات وتقويم وتصور المحيطين به والمتفاعلين معه، ومن ثمة يتقبلها بإدراكه على أنها صورة موثوق بها ومقبولة من الآخرين، ولا يحصل ذلك بسرعة أو اعتباطاً بشكل تدريجي وبأوقات مختلفة ومواقف متباينة في سهولتها وصعوبتها وعبر تفاعله المستمر مع أفراد أسرته وزملائه وأصدقائه، فتتشكل عنده الخبرة التفاعلية والاجتماعية التي تنطلق من الأسرة إذ يواجه فيها الاستحسان والاستنكار والثناء والرفض والعقاب والثواب من قبل والديه عند تفاعله معهم، فيتعرف على ما هو مقبول من السلوك وما هو غير مقبول منه، وإزاء هذا المجال السلوكي المحدود جداً يتركز تفكيره في سلوكه اليومي ليعرف معالم نفسه، فإذا حصل على عدم الرضا والاستنكار من أفراد أسرته فإن نفسيته تتأثر وتتصدع فيفقد ثقته بنفسه التي بدورها تؤثر على سلوكه فيكون مرتبكاً أو منسحباً في تفاعله مع الآخرين. لم يكتفي ميد بوصفه للنفس بل قسمها إلى قسمين: الأول وهو الذات والثاني وهو الأنا، وتنمو النفس البشرية عبر ثلاث مراحل تطورية هي:

- مرحلة نشوء الذات: التي تولد مع الإنسان، ليس لها أي صفة من صفات التفاعل الاجتماعي.
- مرحلة نشوء الأنا خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وممارسة أدوار الآخرين.
- تعميم رؤية وأحكام المحيطين به والمتفاعلين معه².

1- Dubar Claude, Op.cit, p.61.

2- معن خليل عمر، علم اجتماع الأسرة، ط1، دار الشروق، الأردن، 1994، ص. 47-48.

2-الدراسات السابقة:

سنتطرق إلى بعض الدراسات التي أجريت في مجال الصحة الإنجابية باختصار ومن أهمها ما يلي:

1-دراسة عائشة الرفاعي أو جويح:

عنوان الدراسة: خدمات الصحة الإنجابية في الضفة الغربية.

هذه الدراسة هي محاولة لتقييم عملية التزويد بخدمات الصحة الإنجابية في المناطق الريفية في الضفة الغربية.

تستنتج هذه الدراسة بأن صانعي القرار والمسؤولين ومزودي الصحة متأثرين بإيديولوجية الجنس السائدة في المجتمع وهذا في رؤيتهم للصحة الإنجابية على أنها شأن شؤون المرأة فقط وإهمال الرجال لاحتياجاتهم الإنجابية حيث طغى في توفير خدمات الصحة الإنجابية على رعاية الحوامل وخدمات النفاس¹.

2-دراسة معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية:

شملت هذه الدراسة المناطق الحضرية والريفية وتمثلت في دراسة كيفية أجريت في تونس من قبل المركز الوطني للبحوث الاجتماعية والذي ضم دراسة وصفية لعينة من الشباب التونسي حول معارف وممارسات الشباب التونسي إزاء الصحة الإنجابية بالمحيط العائلي والسوسيوثقافي لهؤلاء، كما تم فيها عرض لبعض العينات من الشباب حول عدة مواضيع مثل البلوغ، العادة الشهرية، ممارسة الجنس لأول مرة، استعمال وسائل منع العمل... الخ، إلى جانب مصادر اكتساب الخبرات المتعلقة بالصحة والجنس.

3-معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية دراسة كيفية حالة تونس اوريكا

تمثل هذه الدراسة نتائج المقابلات البورية لجماعة من الشباب والمراهقين في دولة تونس، باعتبارها الحالة الأولى لهذا البرنامج الدراسي، والتي قامت بها وحدة البحوث والدراسات السكانية بالتعاون مع مركز " اوريكا " للبحوث والاستشارات، متضمنة بعضا من أبرز نتائج المسح الوطني بالاستبيان الذي قام بتنفيذه كل من ديوان الاسرة والعمران البشري بوزارة الصحة بتونس وجامعة الدول العربية-المشروع العربي لصحة الأسرة، وتهدف الدراسة بشكل عام الى

-مساهمة في توفير البيانات الازمة حول صحة الشباب واحتياجاتهم في مجالات الصحة الإنجابية والسلوك الصحي

-تدعيم قاعدة البيانات الإقليمية (بالجامعة العربية) والقواعد المتخصصة بالدول العربية بأحدث البيانات الكيفية حول معارف واتجاهات وسلوك الشباب في مجالات الصحة الإنجابية

¹- المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، المؤتمر الدولي للسكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي، 1998، ص 51.

- توفير البيانات اللازمة المكتملة للمسوحات الكمية التي تقوم بها الجامعة العربي في برنامج صحة الاسرة في هذه الدولة والمتكاملة معها بما يوفر الصورة في بعديها الكمي والكيفي حول الابعاد الصحة الإنجابية

9-منهج وتقنيات الدراسة:

لا يمكن الحديث عن منهج البحث ما لم نحدد تعريفا دقيقا وشاملا لمصطلح المنهج، كما أن لكل بحث علمي أكاديمي منهج خاص يجب على الباحث أن يتبعه حتى يتمكن من ترتيب أفكاره، وعرض نتائج بحثه بطريقة منظمة، وتختلف المناهج باختلاف مواضيع الدراسة والإشكاليات المطروحة.

في هذه الدراسة سوف نعتمد على المنهج الكمي، كما نستعين بالمنهج الوصفي، فالمنهج الكمي يقدم نتائج إحصائية رقمية يسهل تحليلها، حيث تتحول النتائج الرقمية إلى دلالات سوسيولوجية، فهو المنهج القائم على الأعداد، أو كل ما هو قابل للكم، فالحساب والقياس هما الصيغ التي يستعين بهما المنهج الكمي، ونتيجة البحث التي تؤثر على شكل عدد أو مجموعة من الأعداد والتي تعرض عادة في الجداول الإحصائية، أو عن طريق المنحنيات¹.

كما يسعى المنهج الكمي إلى قياس الظواهر عن طريق استعمال مؤشرات إحصائية (النسب، المجموع، المعامل، معدل والإحصائيات...الخ) ويدعو بطريقة صريحة إلى رقمنة الواقع، أي التعبير عن الواقع الاجتماعي عن طريق استعمال الأرقام، لذا يقال عنه أنه منهج صارم، أكثر علميا، وأكثر مصداقية، ويرى "موريس أنجرس" أن المنهج الكمي يهدف إلى جمع معطيات قابلة للقياس، وقابلة للمقارنة فيما بينها، هذا الجمع لمعطيات يمكن أن يقام بالاستعانة بتقنيات الإحصاء الشامل أو عن طريق إجراءات أخرى كالتحقيقات بالاستبيان – الاستمارة التي تسمح بتحليل عدد أكبر من المعطيات².

عموما، فإن المنهج الكمي أو الإحصائي يستند على استخدام الطرق الرقمية والرياضية في معالجة وتحليل البيانات والمعطيات، وإعطاء التفسيرات والتحليلات التي يراها مناسبة حسب الواقع الاجتماعي وحسب المنطق المناسب، ويصلح في حالنا هذه، استعمال المنهج الإحصائي الذي يعتمد على الاستدلال أو الاستقراء، حيث يعتمد الباحث فيه "على اختيار نموذج أو عينة من مجتمع أكبر، وتحليل وتفسير البيانات الرقمية المجمعة عنها، والوصول إلى تعميمات واستدلالات على ما هو أوسع وأكبر من المجتمع الأصلي المعني بالبحث"³.

¹ Mark Mountausse et Gille Remauard, **100 fiches pour comprendre la sociologie**, ed. Bred, France, 2008, p. 17.

² Maurie Angers, **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Armand Colin, Paris, 1995, p. 123.

³ - فريد كامل زينة وآخرون، **مناهج البحث العلمي، طرق البحث النوعي**، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2007، ص 122.

حيث يقوم هذا المنهج على معرفة ما تعنيه تلك الأرقام والنسب وما تخفيه تلك الإحصائيات، ومعرفة دلالاتها السوسولوجية، وذلك أكثر من مجرد وصفها وتفسيرها أو حتى مجرد شرحها، أي أن العملية تركز على جمع وتنظيم وتلخيص وتقديم وتحليل البيانات، والقيام بتقارير واستنتاجات واضحة ومفيدة. ففي هذه الدراسة، لا يمكن أن نقدم شرحاً أو تفسيراً وافياً للأرقام المتوفرة لدينا من عملية تفرغ الجداول الإحصائية، ولا يمكن قراءة النسب التي تم حسابها بعد عملية جمع البيانات من الاستبيان بالمقابلة المقدم إلى عينة الدراسة، مالم نستعمل الاستدلال، أي القيام بقراءة سوسولوجية لهذه النسب وهذه الأرقام حسب المحاور المحددة في الاستبيان، وبما يخدم فرضيات الدراسة وتجب عن تساؤلات الإشكالية.

أما المنهج الثاني في هذه الدراسة، فهو المنهج الوصفي، وهو منهج يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، علاقاتها والعوامل المؤثرة في ذلك، وهذا يعني أن المنهج الوصفي يهتم بدراسة حاضر الظواهر والأحداث بعكس المنهج التاريخي الذي يدرس الماضي، مع ملاحظة أن المنهج الوصفي يشمل في كثير من الأحيان على عمليات تنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها¹.

وقد ارتبط المنهج الوصفي بالدراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية منذ نشأته وظهوره، حيث يقوم هذا المنهج "على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتفسيره².

ولا يتوقف المنهج الوصفي عند حد الوصف، بل يتعدى ذلك إلى التحليل وسبر أغوار البيانات والمعلومات والمعطيات لاستخلاص نتائج جديدة تساهم في تراكم وتقدم المعرفة الإنسانية.

أما عن تقنيات البحث المستعملة، فإننا نشير أولاً إلى أن التقنيات هي مختلف الوسائل التي تمكن الباحث من الحصول على البيانات من مجتمع البحث وتصنيفها وجدولتها، ويتوقف اختيار الأداة اللازمة لجمع البيانات على عدة عوامل، فبعض أدوات البحث تصلح في بعض المواقف والبحوث، بينما قد لا تكون مناسبة في غيرها³.

ولكي يصل الباحث أو الدارس إلى مرحلة اختبار الفروض وتحقيقتها، لا بد أن يمر بمرحلة اختيار وتحديد وسيلة أو تقنيات جمع البيانات، ولذلك فهي، أي التقنيات، ليست مرتبطة بمقاربة مفضلة بالنسبة للباحث، وليست مرتبطة بموضوع البحث فقط، وإنما ترتبط أساساً بطبيعة الموضوع المدروس والإشكالية المطروحة، وأي دراسة أو بحث، ومهما كان نوعها تسير في ترابط بين هذه الثلاثية: موضوع البحث

¹- ربحي مصطفى علينا، عثمان محمد غنيم، *مناهج وأساليب البحث العلمي، النظرية والتطبيق*، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 42.

²- المرجع السابق، ص 43.

³- محمد شفيق، المرجع السابق، ص 112.

الإشكالية أو المقاربة النظرية، ثم التقنيات المستعملة لجمع المعلومات وتحليلها، حيث تسمح هذه الثلاثية في التعمق المستمر والتدقيق في الحقائق المتوصل إليها شيئاً فشيئاً. ولطبيعة الموضوع الذي نقوم بدراسته، حاولنا الاستعانة بأكثر من تقنية من تقنيات البحث المعروفة، بداية بالملاحظة، بدون مشاركة، وصولاً إلى الاستمارة أو الاستبيان بالمقابلة التي مثلت التقنية الأساسية لجمع المعطيات، وكان الهدف منها هو التوسع أكثر في الموضوع وإيجاد إجابات حول مختلف الأسئلة التي تخدم الموضوع.

1-الملاحظة بدون مشاركة:

تعتبر الملاحظة إحدى الاستراتيجيات البحثية الرئيسية، التي تهدف إلى التوصل إلى معرفة عميقة لمجال من مجالات الدراسة، ونظراً لطبيعة موضوعنا اعتمدنا على الملاحظة بدون مشاركة، هذه الأخيرة التي تعرف كأسلوب بحثي يلاحظ فيه الباحث مفردات بحثه دون أن يشارك بفعالية في الموقف موضوع البحث، وفيها يقوم الباحث بملاحظة الجماعة دون مشاركتها في أنشطتها ودون إثارة اهتمام المبحوثين، ويكون الاتصال بأعضاء الجماعة مباشراً دون شعورهم بأنهم تحت الملاحظة المباشرة¹. ونعني بها في هذه الأطروحة أو الدراسة كل مشاهدة لا تعتمد إلا على الحواس العادية للمشاهد، أو "كل تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر، أحدهما الباحث والآخر المستجيب أو المبحوث لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث"².

2-الاستبيان (الاستمارة):

يعتبر الاستبيان أو الاستمارة الطريقة الأكثر شيوعاً من بين التقنيات المستعملة في الدراسة والبحث في علم الاجتماع، ويعود ذلك إلى كون الباحث من خلال الاستبيان، يشجع المبحوث على الرد، مثل الأسئلة المغلقة، أو يجد المبحوث راحته من خلال الأسئلة المفتوحة، وقبل البدء في تصميم الاستبيان يجب على الباحث أن يحدد الفرض من البحث وخطته مجاله، ثم توضع قائمة بالنقاط التي يجب أن يحتويها كل قسم من أقسام صحيفة الاستبيان.

تم الاعتماد على الاستمارة بالمقابلة كوسيلة لجمع المعطيات من الميدان، ولذلك تم ترتيب استمارة أولية تحتوي على عدة أسئلة منها المغلقة، والمفتوحة والاختيارية، وذلك بأخذ بعين الاعتبار طبيعة الفرضيات المصاغة، ثم وضع استمارة نهائية بتغيير بعض الأسئلة وإضافة أخرى حيث تم تشكيل استمارة تتكون من

1- جمال إسماعيل الطحاوي، **مدخل إلى البحث الاجتماعي**، دار التيسير للطباعة والنشر والتوزيع، المنيا، مصر، 1998، ص 102.

2- ربحي مصطفى علينا وعثمان محمد غنيم، مرجع سابق، ص 112.

خمسة محاور أولها متعلق بالخصائص العامة للعينة والثاني مرتبط بفترة البلوغ، والثالث الحيات الجنسية، والرابع خاص بالأمراض الجنسية، والأخير يتعلق بالثقافة الصحية

3-مجتمع البحث وعينة الدراسة:

إن الانتقال من الجانب النظري إلى الجانب الميداني يتطلب تسليح الباحث بالكثير من المعطيات النظرية، التي تعتبر الأرضية التي ينطلق منها، واضعا نصب أعينه تساؤلات إشكالية الدراسة، ثم الحلول المؤقتة التي تم اقتراحها لهذه، التساؤلات، أو ما يسمى بالفرضيات، ولذا فإن الباحث ملزم بمعرفة، جيدة بمجتمع البحث، لأن أي سوء فهم لمجتمع البحث لن يحقق لصاحبه (الباحث) ما يرنوا إليه من أهداف مسطرة. قبل الحديث عن عينة البحث، أو كيف يتم اختيارها، وهل تمثل مجتمع البحث أم لا؟ لا بد من الحديث عن مجتمع البحث، وتحديد المجتمع الذي سيتناوله البحث يعني القيام بالحصص الشامل للمجتمع أو عينة مختارة منه، فمجتمع الدراسة أو البحث يعني "جميع الأفراد أو الأحداث أو الأشياء التي تكون موضوع مشكلة البحث.

أما بخصوص العينة، فإن معظم الباحثين في العلوم الإنسانية والاجتماعية يعتبرون العينات كمصدر بشري يمكن أن تعمد نتائجها على مجتمع بأسره، مهتمين في ذلك باستخدام العينات في العلوم الطبيعية، ومتعذرين بصعوبة المسح الشامل¹.

وللقيام بهذه الدراسة تم تحديد مجتمع البحث والذي يشمل كل الفئات العمرية 18-38 سنة من الشباب الذكور الجامعي، فأجرينا عملية مسح شامل لكل الشباب المتواجدين بالمدرسة العليا لعلوم الرياضة وتكنولوجياها بـ دالي إبراهيم الجزائر، والذي تراوح عددهم بالنسبة لسنوات الثلاثة المتبقية السنة الثالثة والرابعة والخامسة من التخصصين تدريب وتسيير رياضي والذي بلغ عددهم 380 طالب يتوزعون على 19 قسم، ثم اجراء مقابلات معهم لمدة سنة بوضع خطة محكمة باستعمال قوائم الأقسام وبمساعدة أربعة طلبة.

المسح الشامل ويسمى أحيانا أسلوب التعداد لكل مفردة من مفردات المجتمع الإحصائي وذلك بتجميع بعض البيانات المتعلقة ببعض المتغيرات عن جميع مفردات المجتمع الأصلي. ومن أمثله أسلوب الحصر الشامل التعداد السكاني والصناعي، حيث من نتائج مثل هذه الدراسات مؤشرات إحصائية يمكن الاهتداء بها في عملية التخطيط. ويعاب على هذا الأسلوب تعذر استخدامه في كثير من البحوث وبخاصة إذا كان مجتمع الدراسة الأصلي كبير حيث ذلك يتطلب جهد ووقت وتكلفة

4-المجال المكاني والزمني والبشري للدراسة

¹ - عقيل حسين عقيل، فلسفة مناهج البحث العلمي، مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر، 1999، ص 208.

1- المجال المكاني:

تمت الدراسة الميدانية على عينة من الشباب الجامعي بالمدرسة الوطنية لعلوم الرياضة وتكنولوجياها كما تم الإشارة له سابقا، حيث تتربع هذه المدرسة على مساحة 24 هكتار متر مربع تحدها شرق بوزريعة و تحدها غرب كل من دالي براهيم و الشراقة، تأسست المدرسة سنة 1975 كانت تعرف بالمركز الوطني للرياضات (CNS) و بعد عدة تغيرات أصبحت سنة 2011 المدرسة الوطنية عوض المعهد الوطني للتكوين في علوم و تكنولوجيايات الرياضة (ESSTE)¹، وهي تابع لوزارة الشبيبة و الرياضة تحت وصاية وزارة التعليم العالي و البحث العلمي، و تقوم بتكوين مستشارين رياضيين في التخصصين تدريب رياضي و يخصص كل الرياضات الفردية و الجماعية، و تخصص تسيير رياضي، لمدة خمسة سنوات.

2-المجال الزمني

يرجع تاريخ التفكير و الاهتمام بهذا الموضوع إلى شهر سبتمبر 2011 الذي يوافق تاريخ التسجيل في الدكتوراه بمحاولتنا لضبط الموضوع سوسيولوجيا و تكوين حقل معرفي حوله بجمع البيانات و المعلومات من خلال القراءة و البحث الاستطلاعي لإنجاز مشروع البحث التمهيدي بعد قبول هذا الموضوع من طرف مركز البحث و الاعلام العالي و التقني شرعنا في اعداد الجانب النظري لهذه الدراسة بتوجيه من الاستاذة المشرفة، و انجاز الاستمارة الأولية و تجربتها، و بعد الخلوص إلى الاستمارة النهائية تم تحديد مجتمع البحث و العينة المقصودة من الشباب الجامعي الذكور بالمدرسة الوطنية لعلوم الرياضة و تكنولوجياياتها، في بداية 2016 قمنا بتوزيع الاستمارات على الطلبة كما تم التطرق له سابقا و بعد جمع ومألاً الاستمارات تم ترقيمها و تفرغها عبر النظام الإلكتروني SPSS و وضع الجداول البسيطة و المركبة و تحليلها و عرضها على الأستاذة المشرفة و إنهاء هذا البحث في أواخر شهر ديسمبر 2017.

3-المجال البشري

خصت هذه الدراسة جميع الشباب الجامعي الذكور المتواجد بالمدرسة الوطنية العليا لعلوم الرياضة وتكنولوجياياتها والمسجل في السنة الجامعية 2016/2015 والذي قدر عددهم 380 طالب يتوزعون على ثلاثة مستويات والمسجلين في السنة الخامسة والذين هم بصدد التحضير لمذكرة التخرج والسنة الرابعة والسنة الثالثة وهذا يشمل التخصصين تدريب وتسيير رياضي يتوزعون على 9 أقسام، في حين تم استبعاد الطالبات المسجلين بالمدرسة والذي لا يتعدا عددهم 17 طالبة بنسبة لكل المستويات الثلاث.

¹أنظر الملاحق رقم 2

5-تكوين الجداول ومعالجاتها احصائيا

بعد قرابة سنة من جمع الاستمارة تم ترقيمها وترميز الأسئلة وتحميلها عبر النظام الالكتروني SPSS وبعد تحديد كل المتغيرات المتعلقة بالفرضيات والتي تضمنت متغيرات مستقلة ترتبط بمعارف الشباب حول الصحة الإنجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، المتغيرات التابعة وتكمن أهمية هذه العملية في وضع الجداول البسيطة والتي تحتوي على متغير واحد وشملت الخصائص العامة للشباب أما الجداول المركبة والتي تحتوي على متغيرين أحدهما تابع والآخر مستقل حيث يتم تنسيب الجداول حسب المتغير المستقل، تم نحاول تفسير الجداول وتحليلها عن طريق استخدام الأساليب الإحصائية، بما فيها المتوسط الحسابي والمقاييس الإحصائية كعامل الاقتران والتوافق والارتباط لسبيرمان واختبار الفروض للعينات المتساوية ت ستودنت.

الفصل الثاني: واقع وأفاق الصحة الإيجابية

-تمهيد

- 1-تعريف الصحة الإيجابية
 - 2-مرحلة دخول الحياة الإيجابية
 - 3-سن البلوغ
 - 4-بدء ممارسة النشاط الجنسي
 - 5-الزواج
 - 6-السلوك الانجابي
 - 7-تنظيم النسل
 - 8-الإجهاض
 - 9-وفيات الأمهات
 - 10-الامراض المعدية المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر موضوع الصحة الإنجابية من المواضيع الفتية والتي تلقى اهتماما عالميا لضرورتها وأهميتها في المجتمعات، باختلاف مستوياتها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية والديمغرافية، فهي تمس جميع جوانب الصحة عامة والجنسية خاصة والتركيز على الحفاظ عليها حاضرا ومستقبلا، حيث يرجع تاريخ الاهتمام الدولي بها الى المؤتمر الدولي المنعقد في مكسيكو سنة 1984 والذي حددت فيه مجالات الصحة الإنجابية والفئات المستهدفة ودور الحكومات في اتخاذ سياسات ديمغرافية صحية ترمي الى الرقي بأفاق صحية لمجتمعاتها، إلا أن هذه السياسات بقيت حبرا على ورق رغم أجتهد بعض الدول و فشل أخرى في نشر ثقافة الصحة الإنجابية و مجالاتها، فحاولنا من خلال هذا الفصل عرض واقع الصحة نالإنجابية في العالم و الافاق التي تتطلع لها الحكومات لتحقيق رفاه صحي للأفراد و ذلك من خلال الاستعانة بتقارير و احصائيات و استقصائات و الدراسات التي قامت بجمعها منظمة الأمم المتحدة عبر العالم من عدة دول حول واقع الصحة الإنجابية و أفاقها المستقبلية

1-تعريف الصحة الإنجابية:

1-1-تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية: على أنها الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة وهي تعدّ جزءاً أساسياً من الصحة العامة، تعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب¹.

1-2-كما تعني الصحة الإنجابية: قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية، مرضية مؤمنة، و التمتع بقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجال والنساء في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكّن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة².

وتمشياً مع تعريف الصحة الإنجابية سالف الذكر، تم تعريف الرعاية الصحية الإنجابية:

1-3-تعرف الرعاية الصحية الإنجابية: بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي³

وبمراعاة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء، وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان، ولدى ممارسة الأزواج والأفراد لهذا الحق، ينبغي أن يأخذوا في الاعتبار حاجات

¹ آسيا شريف الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإنجابية، مرجع سابق ص26.
² تقرير الأمم المتحدة، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وشعبة السكان، ET /ESA/SER,A214 ، الولايات المتحدة الأمريكية، 2002، ص10
³ تقرير الأمم المتحدة، نفس المرجع، ص11

معيشتهم ومعيشة الأولاد هم في المستقبل ومسؤولياتهم تجاه المجتمع، وينبغي أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة .

وكجزء من التزامهم، ينبغي إيلاء الاهتمام الكامل لتعزيز إيجاد علاقات بين الجنسين تتسم بالاحترام المتبادل والإنصاف، والاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات التنقيفية والخدمات للمراهقين كما يتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية ومسؤولة. والصحة الإنجابية لا تصل إلى الكثيرين من سكان العالم بسبب عوامل متعددة، منها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة البشر، وعدم ملاءمة المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو ضعف نوعيتها؛ وشيوع السلوك الجنسي المنطوي على مخاطر كبيرة؛ والممارسات الاجتماعية التمييزية؛ والمواقف السلبية تجاه المرأة والفتاة، والقدر المحدود من سيطرة كثير من النساء والفتيات على حياتهن الجنسية والإنجابية

والمراهقون معرضون للخطر بوجه خاص بسبب افتقارهم إلى المعلومات وعدم حصولهم على الخدمات ذات الصلة في معظم البلدان، أما المسنون والمسنات فلهيهم قضايا إنجابية مميزة لا تلقى العناية الكافية في أغلب الأحيان.

وينطوي التعريف الشامل للصحة الإنجابية على أن صحة وبقاء الرضع والأطفال تمثل مؤشرات هامة على الصحة الإنجابية. وينظر إلى بقاء الطفل على أنه مرتبط بشكل وثيق ليس فقط بتوقيت الولادات والمباعدة بينها وعددها بل أيضا بصحة الأمهات

وتعد المراهقة فترة يمكن أن تتعرض فيها للخطر أفاق الحياة الإنجابية المتسمة بالصحة. وتشمل عوامل الخطر الرئيسية بدء ممارسة العلاقات الجنسية قبل الأوان، وتعدد الشركاء في هذه العلاقات، والإنجاب في سن مبكرة، والسلوك الجنسي الذي ينطوي على مخاطر شديدة والإجهاض غير المأمون، ونقص المعلومات والخدمات الصحية الأساسية، وتفرض الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وخاصة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

تهديدات رئيسية للمراهقين، وقد أصبح سن الخصوبة، الذي كان يمثل تقليديا محور تركيز برامج تنظيم الأسرة وبرامج صحة الأم والطفل السن التي يمكن التعرض فيه أيضا لمخاطر شديدة بالعدوى بالفيروس/الإيدز والموت بسببهما. وفي السياقات السريع اللوباء في ممارسة الجنس بين الجنسين بصورة غير مأمونة وإقامة علاقات جنسية مع شركاء متعددين، ويسلم نهج الصحة الإنجابية أيضا بأن مشاكل الصحة الإنجابية يمكن أن تحدث بعد سن الإنجاب بكثير فبالنسبة للنساء، يمكن أن يتسبب انقطاع الطمس في حدوث تغييرات بيولوجية ونفسية كثيرة قد تؤدي إلى تغييرات في الهيكل العظمي والقلب وأوعيته، وفي الرجال تعد الأورام التي تصيب غدة البروستات شائعة نسبيا في سنوات العمر المتقدمة ويمكن أن تعوق

الوظيفة الجنسية وقد تؤدي إلى الوفاة، للرجال والنساء على السواء، كما يؤدي بدء ممارسة علاقات جنسية في سن مبكرة وتعدد الشركاء إلى زيادة مخاطر الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي.

ومنذ عام 1994، تواصلت الحكومات والمجتمع المدني والمجتمع الدولي بذل جهود لتنفيذ الاتفاقيات التي تم التوصل إليها في القاهرة بشأن الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. كما أجرت كثير من البلدان تغييرات في السياسات وتغييرات تشريعية ومؤسسية لتحسين دعم تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. وأظهر الاستعراض والتقييم الذي جرى كل خمس سنوات لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أنه قد تم إحراز إنجازات هامة في مجال تحسين الصحة الإنجابية

ويحظى التعريف الواسع النطاق للصحة الإنجابية بالقبول، بصفة خاصة، من جانب عدد متزايد من البلدان. ويعد الاستعمال المتزايد لأساليب تنظيم الأسرة دليلاً على تزايد إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وعلى قدرة أعداد متزايدة من الأزواج والأفراد على اختيار عدد أطفالهم والفترة الفاصلة بينهم. ومع ذلك فإن الاستعراض يظهر أيضاً أن التقدم المحرز في بعض البلدان كان محدوداً بل إنه حدثت نكسات في بعض الحالات. وتعرض تنفيذ برامج الصحة الإنجابية للإعاقة نتيجة لاختناقات في التنفيذ، وخاصة صعوبات في إدماج خدمات الصحة الإنجابية في الرعاية الصحية الأولية بطريقة تكفل إتاحة هذه الخدمات للجميع وبأسعار معقولة. ولم يتم بعد بشكل كافٍ التصدي لاحتياجات الصحة

الجنسية والإنجابية للمراهقين في إطار أنظمة الرعاية الصحية الأولية، ولا يتمكن كثير من المراهقين من الحصول على المعلومات والخدمات اللازمة لحماية صحتهم وتحديد اختياراتهم بحرية وبشكل يتسم بالمسؤولية ورغم أن بلوغ أهداف الصحة الإنجابية يتعرض لتحديات من جانب مجموعة كبيرة متنوعة من العوامل، فربما ليس هناك عامل أشد خطراً في هذا الصدد من الوباء العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. فالفيروس/الإيدز يفاقمان من الأعباء الشديدة المفروضة على الصحة الإنجابية التي يتحملها الكثيرون، وخاصة النساء، بسبب الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والأمراض المتصلة بالإنجاب. ويتأثر الرضع والأطفال أيضاً بالوباء إما عن طريق انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أو عن طريق الرضاعة، أو بالتبتم نتيجة لوفاة الآباء المصابين بالمرض. وقد اعترفت الدورة الاستثنائية للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، المعقودة¹

في نيويورك في الفترة من 25 إلى 27 حزيران/يونيه 2001 بأن وباء الإصابة بالفيروس/الإيدز يمثل حالة طوارئ عالمية وأنه يمثل تحدياً من أكثر التحديات الموهولة التي تعصف بحياة البشر وكرامتهم وكذلك بالتمتع الفعلي بحقوق الإنسان، ورغم أن الاحتياجات من البيانات اللازمة لتقييم التقدم المحرز في مجال الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية ضخمة ومتنوعة، فقد أحرز تقدم في تلبية بعض هذه الاحتياجات. ويوجد حالياً قدر ضخم من البيانات المتعلقة بجوانب الصحة الجنسية ومعلومات عن جوانب الحقوق

1 تقرير الأمم المتحدة، مرجع سابق، ص 16

الإيجابية ومن بينها بيانات عن أدوار الجنسين وتوقعاتهم وشيوع ختان الإناث والأشكال الأخرى للعنف المرتكب ضد المرأة. ومعلومات أيضا عن وجود أعراض تشير إلى الإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعن توافر المعارف والممارسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ونتيجة للرصد المستمر من جانب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، توجد بيانات ضخمة عن المستويات والاتجاهات السائدة فيما يتصل بانتشار الفيروس والوفيات بسبب الإيدز في أرجاء العالم. ومع ذلك فإن رصد التقدم المحرز فيما يتصل ببرنامج الصحة الإيجابية لا يزال محدودا نظرا لندرة المعلومات عن المراهقين الصغار في السن وعن المستويات والاتجاهات السائدة فيما يتصل بانتشار الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعن وفيات الأمهات أثناء النفاس واعتلالهن وعن وفيات حديثي الولادة. ولا تتوافر أيضا بيانات، بالنسبة للرجال والنساء على السواء، فيما يتصل بالصحة الإيجابية بعد سن الإنجاب. وفي سياق أوجه القصور هذه المتصلة بالبيانات، يقدم هذا الفصل عرضا عاما لجوانب منتقاة من الحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية، مع التركيز بوجه خاص في الفصل الثالث على وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويتناول هذا الفصل المسائل المتعلقة بالحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية المتصلة بدخول مرحلة الحياة الإيجابية؛ والسلوك الإيجابي؛ وتنظيم الأسرة؛ والإجهاض؛ ووفيات الأمهات أثناء النفاس واعتلالهن؛ والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب

2- مرحلة دخول الحياة الإيجابية

يمثل دخول مرحلة الحياة الإيجابية نقطة انتقال رئيسية في حياة الفرد. وتصيغ في المعتاد الاختيارات وأنماط السلوك المكتسبة خلال هذه المرحلة المبكرة مسار الحياة اللاحق وتتسم هذه المرحلة الانتقالية بأحداث هامة في الحياة هي: البلوغ وبدء ممارسة الحياة الجنسية والزواج وبدء الإنجاب. وتوقيت هذه الأحداث وتعاقبها والسياق الذي تتم فيه له تأثير فوري وطويل الأجل على الصحة الجنسية والإيجابية للأفراد¹.

ووثق استعراض لبحث أجري مؤخرا المخاطر الصحية لبدء ممارسة الجنس قبل الأوان والعواقب الضارة للزواج ويرجع تاريخ الاهتمام الدولي باحتياجات الصحة الإيجابية للمراهقين إلى المؤتمر الدولي المعني بالسكان المعقود في مكسيكو سيتي في عام 1984. ومن التوصيات التي اعتمدها المؤتمر، الفصل الأول، الفرع باء حثت إحداهما الحكومات على أن تكفل حصول المراهقين على التعليم الوافي، بما في ذلك التعليم المتعلق بالحياة الأسرية والجنس وأن توفر للمراهقين المعلومات والخدمات ثالثا، التوصية 29 وفي المناسبة المتعلقة بتنظيم الأسرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام 1994، تم

¹فرد ميلسون، ترجمة يحي مرسى عيد بدر، الشباب في مجتمع متغير، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007، ص 11

تعريف المراهقين على أنهم فئة معرضة للخطر بشكل خاص وتم تناول احتياجات الصحة الإنجابية الخاصة، في فرع مستقل من برنامج العمل ، الفصل الأول، القرار 1، المرفق، الفصل السابع، الفرع هاء وفي عام 1999، أثناء استعراض وتقييم و تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، جرى التشديد مرة أخرى على أهمية التصدي بشكل فعال لاحتياجات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين ويرجع القلق المتزايد إزاء الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في جزء منه إلى مجرد الحجم المطلق فوفقا للتوقعات السكانية العالمية فإن نحو نصف سكان العالم، و 36% في المائة في أقل البلدان نموا، يقل عمرهم في الوقت الحالي عن 25 عاما من العمر، وهو ما يعني أن فروق ضخمة من الأفراد ستدخل مرحلة الحياة الإنجابية في المستقبل القريب ، وتعيش الأغلبية العظمى من شباب العالم في المناطق الأقل تقدما : 61% في آسيا و 15% في أفريقيا و 10% في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي العقود القادمة، سينخفض الثقل النسبي لهذه الفئة العمرية ضمن سكان العالم بصفة عامة، ولكن بحلول سنة 2030 من المسقط أن يزيد العدد المطلق للرجال والنساء في الفئة العمرية 15-24 بنسبة 18% في أرجاء العالم ويصل إلى 1,2 بليون نسمة. وتقد أكبر زيادة 74% في أفريقيا، وليس من المتوقع أن تنقص هذه الفئة العمرية من السكان إلا في أوروبا. وتواجه الأجيال الحالية والمقبلة من الشباب تحديات هامة، ويعتمد حجم وصحة ورخاء الأجيال المقبلة من سكان العالم إلى حد ما على النجاح في تلبية احتياجات الشباب في مجال التعليم والصحة الإنجابية!

3- سن البلوغ

يدل البلوغ على بدء النضج الجنسي. وخلال حالة التطور هذه، يمر المراهق بتغييرات بدنية وهرمونية ونفسية وجنسية ويصبح قادرا على الإنجاب. ورغم أن بدء الحيض ليس إلا جزءا واحدا من عملية النضج الجنسي فإنه لا يزال في بعض المجتمعات معلما ثقافيا هاما يعلن خروج الفتيات من مرحلة الطفولة واستعدادهن للزواج وتبعا للاستقصاء الديمغرافي، والصحي الذي أجري في بنغلاديش في عام 1997 ، فإن 5% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حاليا بين 20 و 24 عاما تزوجن قبل بلوغ سن 12 سنة، و 47% منهن قبل بلوغ سن 15 سنة، مما يشير إلى أن نسبة كبيرة من الزيجات تتجمع حول بدء الحيض. ولكن في معظم أرجاء العالم أدى التوسع التعليمي إلى انفصال النضج الجنسي عن الزواج بشكل متزايد، وأصبح هناك فارق بعدة سنوات بين البلوغ وبدء ممارسة النشاط الجنسي وتكوين الأسرة. وهناك تباين كبير بين السن الذي يبدأ فيه في المتوسط الحيض بين البلدان ويسجل استعراض أجري أن سن بدء الحيض أدنى في البلدان المناطق الأكثر تقدما منه في المناطق الأقل تقدما وأنه يرتبط ارتباطا عكسيا بالظروف الاجتماعية.

¹Valérie DELAUNAY et autre, **SEXUALITE DES ADOLESCENTS**, Tendances récentes, CEPED N65 Paris Novembre 2001, P22.

الاقتصادية والتغذية ومعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة. وتبعاً لهذا الاستعراض، يبلغ متوسط العمر عند بدء الحيض 13,1 سنة في أوروبا وأمريكا الشمالية و 13,2 سنة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي و 13,6 سنة في أوقيانوسيا و 13,8 سنة في آسيا و 14,1 سنة في أفريقيا. وعلى مدى العقد الماضي، انخفض السن عند بدء الحيض انخفاضاً كبيراً في المناطق الأكثر تقدماً، بمعدل شهرين إلى ثلاثة أشهر في العقد، مما أسفر عن انخفاض خلال القرن عموماً بلغ نحو ثلاث سنوات ولكن يبدو أن هذا الاتجاه بلغ مرحلة تتسم بالاستقرار. وفي المناطق الأقل تقدماً، استمر سن بدء الحيض في الانخفاض، على نحو مصاحب للتحسينات في ورغم أنه من الموثق أن الصبية يدخلون سن البلوغ بعد سنتين تقريباً من الفتيات، فثمة نقص في الدراسات عن الاتجاهات والمقارنات الدولية بشأن توقيت بلوغ الصبية، ويرجع ذلك جزئياً إلى أنه ليس هناك توحيد قياسي للمعالم البيولوجية التي يبدأ عندها بلوغ الذكور. ولكن توجد أدلة متفرقة على وجود اتجاه عام على ويعني البلوغ في تكبير سن البلوغ أيضاً بين الصبية، ويعني البلوغ في سن أكثر تبكيراً المرتبط بإكمال التعليم المدرسي في سن أكثر تأخراً والزواج في سن أكثر تقدماً أن هناك فصلاً متزايداً بين المعالم البيولوجية والمعالم الاجتماعية الاقتصادية المقترنة بالانتقال إلى مرحلة البلوغ¹.

4-بدء ممارسة النشاط الجنسي

عادة ما يبدأ النشاط الجنسي أثناء المراهقة، وهي فترة نمو وتجريب وبحث عن الهوية يكون فيها الأفراد سريعاً التأثير بشكل خاص، ولا يكون لديهم في كثير من الحالات إلمام جيد يمكنهم من تحديد اختيارات تتسم بالمسؤولية مما يعرض للخطر صحتهم الجنسية والإنجابية وتؤدي إمكانية الوصول بشكل محدود إلى التوعية والخدمات في مجال الصحة الإنجابية إلى زيادة احتمالات حدوث حمل غير مرغوب فيه والإجهاد غير المأمون والإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وفي المعتاد تكون البيانات عن السلوك الجنسي للشباب شحيحة، وخاصة بالنسبة للرجال ولكن، في العقد الماضي، أدت خطورة ونطاق الوباء العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى دفع مسألة الصحة الجنسية إلى موقع الصدارة فيما يتصل بإجراء البحوث وفيما يتصل ببرامج السياسة العامة، مما عزز جمع البيانات وإدراج الرجال في الاستقصاءات. ونتيجة لهذه الجهود لجمع البيانات، توجد مجموعة متزايدة من الكتابات التي توثق التغيير القائم في أرجاء العالم في توقيت بدء ممارسة الشباب، حيث أن بدء ممارسة الجنس أثناء المراهقة هو النمط السائد بين النساء. وتبلغ نسبة الشابات الناشطات جنسياً قبل سن العشرين أعلى نسبة لها في أفريقيا وفي البلدان الأكثر تقدماً، إذ تبلغ 89% في أفريقيا و 82% في البلدان الأكثر تقدماً، بينما سجلت أدنى نسبة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وهي 57%.

¹ تقرير الأمم المتحدة، مرجع سابق، ص 20

كما أن بدء ممارسة الجنس في سن المراهقة هو النمط السائد أيضا بين الذكور، وتبلغ في المتوسط نسبة الشباب الذين بدأوا ممارسة النشاط الجنسي قبل سن 20 سنة 69% في أفريقيا و82% في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وينتشر فيها الوباء بشكل خطير للغاية، تمثلت أهم العوامل التي يعزى إليها الانتشار وبالنسبة لكثير من المراهقين، تبدأ ممارستهم للجنس قبل أن تتوفر لديهم معلومات وافية عن أخطاره على الصحة، ومهارات حماية الذات، وإمكانية الحصول بشكل كامل على خدمات الصحة الإنجابية. وتتفاقم هذه الحالة إذا بدأت ممارسة الجنس في سن مبكرة للغاية¹

وثمة وجه آخر للقلق يتمثل في أن النشاط الجنسي في الأعمار المبكرة للغاية غالبا ما يكون غير طوعي أو قسري، حيث بدأت ما يزيد على ربع النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حاليا بين 20 و 24 سنة ممارسة الجنس قبل بلوغ سن 15 سنة في بلدان أفريقية مختلفة هي: أوغندا وتشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى وغينيا والكاميرون وكوت ديفوار وليبيريا ومالي وموزامبيق والنيجر، وفي المنطقة الآسيوية أظهره دراسة حول الصحة الإنجابية على عينات متزوجة، أن نسبة الشباب الناشطات جنسيا لدى بلوغهن 15 سنة في إطار الزواج نحو الخمس في نيبال والهند، ونحو النصف في بنغلاديش، وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يعد بدء ممارسة الجنس قبل سن 15 سنة غير شائع نسبيا، وإن كانت نسبة 10 إلى 15 في المائة من الشباب قد بدأوا نشاطهم الجنسي قبل تلك السن في الجمهورية الدومينيكية وغواتيمالا ونيكاراغوا. وفي المناطق الأكثر تقدما، تسود الولايات المتحدة الأمريكية أنماط لممارسة الجنس في سن أبكر من بقية البلدان: إذ تمارس نسبة 15% من الشباب أول علاقة جنسية قبل بلوغ سن 15 سنة ويعد شيوع بدء ممارسة الجنس قبل سن 18 سنة مؤشرا ذا صلة أيضا بالصحة الإنجابية، لأن عدم النضج النفسي والعاطفي غالبا ما يرتبط بالسلوك المنطوي على مخاطر. وفي المنطقة الأفريقية، تبلغ نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حاليا بين 20 و 24 سنة اللاتي بدأوا نشاطهم الجنسي قبل سن 18 سنة ما يزيد على النصف من البلدان التي تمت دراستها والبالغ عددها 25 بلدا، ويجاوز نسبة 75% في تشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى والكاميرون وكوت ديفوار وليبيريا ومالي وموزامبيق والنيجر، أما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، فتتراوح نسبة الشباب الناشطات جنسيا قبل بلوغ سن 18 سنة بين 27% في المكسيك و49% في نيكاراغوا، وفي جميع البلدان المتقدمة باستثناء بولندا، تجاوزت نسبة الشباب الناشطات جنسيا لدى بلوغهن 18 سنة النصف، كما أن الشروع في ممارسة الجنس قبل سن 18 سنة شائع أيضا بين الرجال في أرجاء العالم².

وكما أظهرت دراسات أخرى سابقة أن هناك تناقض مع الرأي الذي ساد طويلا القائل بأن الرجال عموما ينضجون جنسيا أبكر من النساء، ويختلف نمط التباين بين الجنسين بشأن بدء ممارسة النشاط الجنسي من منطقة إلى أخرى، ففي أفريقيا، تتجه النساء إلى بدء ممارسة الجنس في عمر أبكر من الرجال إذ ينشطون

¹Valérie DELAUNAY et autre, OPCIT, p 24.

²تقرير الأمم المتحدة، مرجع سابق، ص 31 .

جنسيا ببلوغ سن العشرين، وعلى النقيض ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تنخفض بشكل كبير نسبة الشابات الناشطات جنسيا ببلوغ سن العشرين عن نسبة الرجال، وفي حين أن التباين بين الجنسين في توقيت بدء ممارسة الجنس متواضع نسبيا ولا يتبع نمطا ثابتا عبر المناطق، فإن التباين بين الجنسين فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس في سياق الزواج ضخم ويسير على نمط واحد بصفة عامة، و على الدوام أن بدء ممارسة النشاط الجنسي يحدث تقليديا في سياق الزواج ولكن حيث أن معظم الاستقصاءات الديموغرافية قد ركزت على نساء متزوجات فلا توجد إلا معلومات ضئيلة مبنية على الملاحظة بشأن ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج.

وتؤكد الدراسات الأخيرة المستندة إلى استقصاءات الصحة الإنجابية للشباب الآسيوي أن مستوى ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج منخفض بين الشابات في منطقة آسيا بالمقارنة بالمناطق الأخرى، وإن كان مرتفعا بين الشبان، وفي المناطق الأكثر تقدما، يميل التباين بين الجنسين فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس في سياق الزواج إلى أن يكون أصغر، حيث أن بدء ممارسة النشاط الجنسي تحدث في الغالب في بلدان كثيرة قبل الزواج بالنسبة للنساء والرجال على السواء!

كما أظهر عدد من الدراسات أن التعليم يؤدي دورا مؤثرا في توقيت بدء ممارسة الشباب للجنس والسياق الذي يمارس فيه فالارتباط بين ارتفاع مستوى تعليم النساء وتأخر بدء النشاط الجنسي ثابت تماما بالبرهان في البلدان الواقعة جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا، وإن كان الارتباط بين التعليم والسلوك الجنسي السابق على الزواج يختلف بين البلدان ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يميل التباين في توقيت بدء ممارسة الجنس نتيجة الحصول على التعليم إلى أن يكون كبيرا، ولا سيما بين النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي والنساء الحاصلات على تعليم ثانوي. ولكن هناك قرائن حديثة تشير إلى أن التعليم قد يؤثر بشكل مختلف على السلوك الجنسي لكل من الذكور والإناث. ففي العديد من بلدان أفريقيا وأمريكا اللاتينية التي تتوافر بيانات بشأنها، من الأرجح أن يكون عدد الرجال الحاصلين على تعليم ثانوي الناشطين جنسيا قبل بلوغ سن 18 سنة أكثر من الرجال الحاصلين على تعليم أدنى.

ويحظى أيضا بتأثير البيئة الأسرية على بدء الشباب ممارسة النشاط الجنسي فعادة ما يؤدي الآباء وأفراد الأسرة الآخرون دورا رئيسيا في تشكيل معارف الشباب وقيمهم وسلوكهم، بما في ذلك تلك المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. ووثقت دراسات مختلفة الدور المؤثر للاستقرار الأسري وتواجد الأب في الأسرة المعيشية والتواصل القائم بين الآباء وأبنائهم المراهقين على تأخير توقيت بدء ممارسة الجنس وتقليل اتباع سلوك ينطوي على مخاطر.

وفيما يتصل بالاتجاهات الحديثة السائدة فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس، وثقت بعض الدراسات تأخر بدء ممارسة النشاط الجنسي في بلدان عديدة وقد يرجع السبب في هذا الاتجاه إلى حد ما إلى امتداد التعليم وتأخر

الزواج وزيادة الوعي بالمخاطر الصحية والاجتماعية للبدء المبكر في ممارسة الجنس، وتؤكد دراسة لبلدان تتوافر بشأنها بيانات في نقطتين زمنيّتين مختلفتين أن ثمة اتجاها ساد مؤخرا نحو تأخير بدء ممارسة الجنس: ففي 13 من البلدان التي تمت دراستها البالغ عددها 17 بلدا، حدث انخفاض في نسبة الشابات الناشطات جنسيا قبل سن العشرين. وتوفرت مؤخرا أدلة على أن تأخير بدء ممارسة الجنس فيما بين النساء والرجال قد ساهم مساهمة كبيرة في الانخفاض الذي حدث مؤخرا في معدلات إصابة الشباب بفيروس نقص المناعة المكتسب في أوغندا، وهي أحد البلدان الأفريقية الأشد تضررا بوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتي نفذ فيها برنامج وقاية قوي برنامج الأمم المتحدة المشترك الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب الإيدز وفي البلدان الأكثر تقدما، يسود نمط مستقر. ففي استعراض لبيانات استقصاء عن السلوك الجنسي أُجري في 12 بلدا أوروبيا، تبين أن انخفاض سن بدء الشابات ممارسة الجنس، استقر توقيت ذلك في معظم البلدان منذ أوائل الثمانينات. ورغم أن السن وقت البدء في ممارسة الجنس أخذ في الارتفاع في كثير من البلدان، فإن الارتفاع في سن الزواج أكبر بصفة عامة، مما أسفر عن اتساع الفجوة ونتيجة لذلك، زاد بصفة عامة شيوع ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج، في المناطق الأكثر تقدما وفي بعض المناطق الأقل تقدما على السواء ففي كولومبيا على سبيل المثال زادت نسبة الشابات الناشطات جنسيا قبل الزواج قبل بلوغ سن العشرين من 35% في عام 1995 إلى 49% في عام 2000.

5- الزواج

في جميع المجتمعات، يمثل الزواج نقطة تحول هامة في حياة الفرد. ورغم أنه في كثير من الخلفيات لم يعد الزواج يعني بدء ممارسة النشاط الجنسي، فلا تزال الارتباطات الزوجية هي السياق المهيمن الذي يتم في إطاره إنجاب الأطفال وتنشئتهم ويحظى توقيت الزواج باهتمام متزايد من جانب الباحثين وواضعي السياسات بسبب الآثار الطويلة الأجل المترتبة عليه فيما يتصل بما يتيح للأفراد من خيارات في الحياة وفيما يتعلق بصحتهم الإنجابية ورفاههم الأسري وتنص الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان على ألا يتم الزواج إلا بالرضاء الحر والكامل لكلا الزوجين، لكن كثيرا من النساء يتزوجن دون ممارسة حقهن في الاختيار والزواج المبكر يحرم الفتاة من مراهقتها، ويقلل فرصها التعليمية وغالبا ما يستتبعه إنجاب سابق لأوان ويحد من مستوى استقلاليتها داخل الأسرة بما في ذلك سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بالمسائل المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية ورغم أن معظم البلدان قد سنت قوانين تنظم الزواج، من حيث الحد الأدنى للسن وضرورة الموافقة، فإن هذه القوانين لا تنفذ بشكل دائم، وغالبا ما لا تطبق إلا على حالات الاقتران التي تفتقر إلى الموافقة الأبوية وتبعاً لأحدث الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، تجاوز نسبة

الشابات اللاتي تزوجن قبل بلوغ سن 15 عاما الربع في بنغلاديش وتشاد وغينيا والنيجر وفي حين يبلغ متوسط عمر النساء عند الزواج في المناطق المختلفة 21,9 سنة في أفريقيا و 23,4 عاما في آسيا وأوقيانوسيا و 25,5 عاما في أمريكا اللاتينية و 26,1 عاما في أوروبا وأمريكا الشمالية فإن متوسط عمر الرجال عند الزواج يكون أعلى بكثير من النساء في جميع المناطق، فهو يتراوح بين 26,6 في آسيا إلى 28,8 في أوروبا وأمريكا الشمالية، وتتفق المتوسطات السائدة في المناطق بالنسبة للنساء والرجال المتزوجين في الفئة العمرية من 15 إلى 19 عاما مع هذه الأنماط ولوحظت أعلى نسبة من النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15 سنة في أفريقيا تتبعها آسيا وأوقيانوسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ولوحظت أدنى نسبة في أوروبا وأمريكا الشمالية وعلى النقيض، كانت نسبة الذكور المتزوجين في الفئة العمرية 19 عاما أدنى من جميع المناطق الأخرى النيجر إلى ما يزيد على 26 عاما في بوتسوانا وتونس والجماهيرية العربية الليبية وجنوب أفريقيا وناميبيا ويسود منطقة آسيا تنوع واسع في متوسط عمر المرأة عند الزواج، الذي يتراوح بين 18 عاما تقريبا في أفغانستان وبنغلاديش إلى ما يزيد على 26 عاما في جمهورية كوريا وسنغافورة وميانمار واليابان وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، عادة ما يتم الزواج في عمر أكثر تأخرا عنه من المناطق الأقل تقدما الأخرى¹

ولا يقل متوسط عمر المرأة عند الزواج عن 21 عاما إلا في كوبا ونيكاراغوا وهندوراس وفي أوروبا وأمريكا الشمالية، يتمثل النمط الغالب في الزواج في سن متأخرة، وإن كانت بلدان أوروبا الشرقية يسودها نمط للزواج في سن أبكر من بقية البلدان الأوروبية ويبلغ متوسط عمر المرأة عند الزواج 30 سنة أو أكثر في أيرلندا وأيسلندا والسويد وفرنسا وفنلندا والنرويج وتعد الفروق بين الجنسين في السن عند الزواج على أكبر ما يكون في أفريقيا حيث تبلغ في المتوسط 5 سنوات بالمقارنة ب 3,2 من السنوات في آسيا و 2,8 في أوروبا وأمريكا الشمالية وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي بلدان مختلفة من أفريقيا مثل بوركينا فاسو وغامبيا وغينيا وكوت ديفوار والكونغو ومالي وموريتانيا، وفي بعض البلدان الآسيوية مثل أفغانستان، يبلغ في المتوسط الفرق بين متوسط عمر الذكور والنساء عند الزواج ما يزيد على سبع سنوات، وتؤدي الفروق الضخمة في العمر بين الزوجين إلى علاقة قوة لا تتسم بالمساواة، وتعزز تبعية المرأة، وغالبا ما تقيد قدرة المرأة على اتخاذ القرارات بشأن مسائل تتصل بصحتها الجنسية وفيما يتعلق بالتطور الأخير في أنماط الزواج.

والتركيز المتزايد على التعليم أدى دورا هاما في هذا الاتجاه وعلى نطاق العالم زاد متوسط العمر عند الزواج لأول مرة بمقدار 1,2 سنة بين النساء و 1,4 سنة بين الرجال عن العقد الماضي، وكان التحول نحو التأخر في سن الزواج على أوضح ما يكون في أوروبا وأمريكا الشمالية، حيث زاد متوسط العمر عند الزواج بنحو 2,5 من السنوات بالنسبة لكل من الرجال والنساء على السواء. وتوثق دراسة حديثة أيضا

¹ نفس المرجع، ص 40.

الارتفاع الكبير في السن عند الزواج الذي حدث منذ أوائل التسعينات في البلدان الأوروبية التي تمر اقتصاديا بمرحلة انتقال والتي تميزت بصفة تقليدية بنمط الزواج المبكر نسبيا وفي أفريقيا زاد متوسط العمر عند الزواج في المتوسط بـ 1,6 من السنوات بين الإناث و0,8 من السنوات بين الذكور وكان هذا التحول نحو تأخر سن الزواج كبيرا في بلدان متعددة، وخاصة في شمال أفريقيا فقد زاد متوسط عمر النساء عند الزواج بأكثر من عامين في بنن وتونس والرأس الأخضر والسودان وكوت ديفوار وبما يزيد على ثلاث سنوات في إثيوبيا والجزائر والمغرب، وفي المنطقة الآسيوية كانت الزيادة عموما في السن عند الزواج 1,2 من السنوات بين النساء و 0,9 بين الرجال، وفي بعض البلدان مثل إندونيسيا والفلبين وميانمار واليابان ارتفع متوسط عمر النساء عند الزواج بنحو سنتين وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، زاد العمر الوسيط عند الزواج، في المتوسط، بمقدار 1,2 من السنوات بالنسبة للنساء والرجال على السواء، وإن كان متوسط عمر النساء عند الزواج قد سجل انخفاضا طفيفا بالفعل في بعض البلدان، مثل باراغواي والجمهورية الدومينيكية والسلفادور وشيلي وكولومبيا وهندوراس وهايتي وتختلف عادات الزواج اختلافا كبيرا بين المجتمعات ويمكن أن يكون لنوع ترتيبات الزواج تأثير كبير على الحقوق والالتزامات القانونية والحماية المجتمعية المكفولة للأزواج والأطفال وفي بعض أجزاء العالم، يحظى الاقتران غير الشرعي بالاعتراف الاجتماعي كسياق مقبول لإنجاب الأطفال وتنشئتهم. ويعد الارتفاع في نسبة المعاشرة بدون زواج أحد أبرز الملامح في التحول الديمغرافي الثاني في البلدان الأكثر تقدما أن المعاشرة بدون زواج تمثل في كثير من المجتمعات مرحلة لا يتم فيها إنجاب أطفال، وتخدم كفترة تجريبية قبل الزواج، ففي مجتمعات أخرى من قبيل الدول الإسكندنافية وفرنسا، زاد التشابه بين الاقتران غير الشرعي والارتباط الزوجي بشكل كبير، فخلال التسعينات، أصدرت عدة بلدان أوروبية قوانين شراكة تعادل بين القراء المتزوجين والقراء غير المتزوجين المسجلين في بعض الحقوق والاستحقاقات والالتزامات والاقتران غير الشرعي ليس ظاهرة قاصرة على العالم المتقدم النم، فقد كان لتعايش الزوجات الرسمية والاقتران غير الشرعي ملمحا مميزا منذ أمد بعيد لأنماط الزواج بل إن نسبة النساء اللاتي في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 وبين 20 و 24 المقترنات بشكل غير شرعي تجاوز بالفعل الزوجات القانونية في بنما وبيرو وجامايكا والجمهورية الدومينيكية والسلفادور وكولومبيا ونيكاراغوا وهايتي وهندوراس، وأظهرت دراسات متعددة أن الاقتران غير الشرعي في هذه المنطقة مماثل للغاية للاقتران الزوجي فيما يتصل بأنماط الإنجاب وإن كان يوفر حماية قانونية ودعما ماليا بدرجة أقل للنساء والأطفال في حالة إنهائه كما أن الاقتران غير الشرعي شائع نسبيا في كثير من البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و بوتسوانا وجمهورية أفريقيا الوسطى والرأس الأخضر ورواندا وسان تومي وبرينسيبي وليبيريا وموزامبيق!

6- السلوك الانجابي

6-1- مستويات الخصوبة و اتجاهاتها

في العقد الماضي، استمرت معدلات الخصوبة في التناقص في معظم البلدان، وعلى النطاق العالمي، انخفضت الخصوبة من 3,4 من الأطفال لكل امرأة في الفترة 1985-1990 إلى 2,8 طفل لكل امرأة في الفترة 1995-2000 وفي المناطق الأكثر تقدماً، انخفضت الخصوبة من 1,8 من الأطفال لكل امرأة في الفترة 1985-1990 إلى مستويات أدنى بكثير من مستوى الإحلال، بلغت في المتوسط 1,6 من الأطفال لكل امرأة للفترة 1995-2000 وانخفض متوسط معدل الخصوبة الكلي في المناطق الأقل تقدماً بـ 3,8 من الأطفال لكل امرأة في الفترة 1985-1990 إلى 3,1 من الأطفال لكل امرأة في الفترة 1995-2000 لكن هذه المتوسطات تخفي في طياتها اختلافات كبيرة بين المناطق وداخلها وكان تناقص الخصوبة سريعاً على وجه الخصوص في شمال أفريقيا.

وأدت هذه الاتجاهات إلى مزيد من التباين في مستويات الخصوبة داخل المناطق النامية وفيما بينها وشهدت أفريقيا على وجه الخصوص فروقا ضخمة من حيث مستويات الخصوبة. ومنذ الثمانينات، تناقصت الخصوبة الكلية تناقصاً سريعاً في شمال أفريقيا؛ في حين لم تحقق بالكامل بعد معظم البلدان الواقعة جنوب الصحراء في أفريقيا تناقصاً في معدلات خصوبة بالحجم الذي حققته مناطق أخرى. وتتمتع حالياً مناطق شاسعة في آسيا بانخفاض مستويات الخصوبة. وتحولت منطقة شرق آسيا المكتظة بالسكان إلى منطقة دون مستوى الإحلال، ولكن لا تزال هناك جيوب ترتفع فيها الخصوبة في أجزاء من غرب وجنوب آسيا. أما مستوى متوسط التباين بين البلدان في الخصوبة الكلية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فليس كبيراً بقدر كبره في المناطق الرئيسية الأخرى. وفي الوقت الحالي يعيش نحو 44 في المائة من سكان العالم في بلدان معدل الخصوبة فيها دون مستوى الإحلال. ونظراً لأن الصين تنتمي إلى هذه الفئة، فإن عدد سكان البلدان النامية التي يعد فيها معدل الخصوبة دون مستوى الإحلال.

6-2- الأنماط العمرية للخصوبة

في المراحل المبكرة لتناقص الخصوبة في البلدان المتقدمة، انخفضت الخصوبة بين النساء الأكثر تقدماً في السن بقدر أكبر من انخفاضها بين النساء الأصغر سناً، مما أسفر عن انخفاض متوسط السن وقت الإنجاب. ويسود نمط مماثل للتغيير في عدد من البلدان النامية حيث أصبح التناقص الأولي في الخصوبة الذي تحقق بين النساء الأصغر سناً بسبب ارتفاع السن عند الزواج أقل من تناقص الخصوبة بين النساء الأكبر سناً ولكن لا يمثل هذا قاعدة عامة. وتتباين التغييرات في الأنماط العمرية للخصوبة بين المناطق والأقاليم الرئيسية. وفي أفريقيا، يبدو أن الإنجاب موزع بالتساوي بين النساء الأكثر تقدماً في السن والأقل تقدماً،

ولكن في معظم المناطق الرئيسية الأخرى، تحدث حوالي ثلثي حالات الإنجاب قبل بلوغ سن الثلاثين . ويتسع بشكل خاص نطاق الأنماط العمرية للإنجاب بين المناطق في أوروبا . ففي أوروبا الشرقية تسهم النساء دون سن الثلاثين بنسبة 79% من الخصوبة الكلية، في حين تبلغ النسبة المناظرة في أوروبا الغربية 56%، ولم يشهد عقد التسعينات تغييرا كبيرا في أنماط الإنجاب في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، بينما يسود جميع مناطق أوروبا وخاصة جنوب أوروبا وفي شرق آسيا بشكل واضح نمط يتم فيه الإنجاب في مرحلة متقدمة من العمر أما الأنماط العمرية للخصوبة دون مستوى الإحلال، فتتميز بانخفاض خصوبة الشابات نتيجة لتأجيل الإنجاب إلى أوائل الثلاثينات من أعمارهن بل وحتى إلى أواخرها، وهكذا فإن متوسط العمر وقت الإنجاب أخذ في الارتفاع باطراد، وقد يؤدي التأجيل الضخم للإنجاب إلى انخفاض سريع في معدلات الخصوبة خلال فترة ما لكن انتعاش الخصوبة لدى الأجيال اللاحقة يمكن أن يؤدي إلى زيادة مؤقتة للخصوبة في الفترة . لذلك تعد الدرجة المفترضة لانتعاش الخصوبة التي تحققت في الأعمار المتقدمة بعد 30 عاما والتي فقدت في الأعمار الأصغر، عنصرا هاما في تحديد الاتجاهات المقبلة للخصوبة الإجمالية خلال الفترة وتفرض الولادات المتقاربة زمنيا ولأمهات تقل أعمارهن عن 18 عاما أو تزيد أعمارهن عن 34 عاما مخاطر على الصحة ومخاطر تتصل بوفاة الأم والطفل على السواء . والأمراض والوفيات الإنجابية هي أكثر شيوعا بين النساء اللاتي يحملن في البدايات المبكرة لحياتهن الإنجابية أو في آخرها، وتبين الدراسات أيضا أن نسبة كبيرة من الولادات في جميع البلدان النامية تفصل بينها فترة أقل من سنتين . وتعتبر نسبة حدوث ولادات لا تفصل بينها إلا فترة قصيرة مرتفعة بصفة خاصة في آسيا وتشيع أيضا الولادات المتقاربة زمنيا في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث تتراوح في معظم البلدان المشمولة بالاستقصاء نسبة حالات الولادة التي تفصل بينها فترة زمنية تقل عن عامين بين 20 و 25 في المائة، ويحد السلوك الإنجابي السائد في كثير من البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء، وخاصة الرضاعة المطولة من حدوث ولادات لا تفصل بينها سوى فترات قصيرة.

6-3-العوامل التي تؤثر على انخفاض الخصوبة

يعد تحول المجتمعات إلى مجتمعات صناعية وتحضرها وأخذها بالأساليب العصرية، ومن بينها انتشار التعليم وتحسين بقاء الأطفال وزيادة استعمال وسائل منع الحمل، من القوى الرئيسية الدافعة لتناقص الخصوبة . والتوليفات المختلفة لعناصر معينة في هذه التحولات الاجتماعية تؤثر على سرعة تناقص الخصوبة وبالتالي على المستويات الحالية للخصوبة . وحدث أسرع تناقص في الخصوبة في البلدان التي كانت تسودها مستويات أعلى نسبيا للتنمية عند بدء تناقص الخصوبة . ووثق أيضا بشكل شامل الدور الحاسم الذي يؤديه التعليم في تعزيز تناقص الخصوبة . فالتعليم، وخاصة تعليم النساء، يتيح المعرفة ويزيد الاطلاع على المعلومات ووسائل الإعلام ويبني المهارات للحصول على وظائف مكسبة ويزيد من مشاركة

المرأة في اتخاذ القرارات الأسرية ويرفع تكاليف الفرص البديلة لوقت المرأة. ويؤدي تمكين المرأة واستقلالها إلى تحول في السلوك الإنجابي، ويرجع ذلك أساساً إلى قدرة المرأة على التحكم في خصوبتها. ويعد التعليم أيضاً عاملاً أساسياً يؤثر في السن عند بداية الزواج واستخدام وسائل منع الحمل، وهما عاملان متقاربان هامين في تحديد الخصوبة. وحتى بضع سنوات من التعليم النظامي يكون لها تأثير: ففي معظم البلدان، تنجب المرأة التي حصلت على تعليم ابتدائي أطفالاً أقل من المرأة غير المتعلمة، فإن الفروق في الخصوبة حسب التعليم على الصعيد الوطني ليست واحدة داخل المناطق وفيما بينها. ففي أفريقيا وآسيا، تراوحت الفروق بين الخصوبة الكلية للنساء غير المتلمات والنساء الحاصلات على الأقل على تعليم ثانوي بينما اقتصر على عناصر نقص الخصوبة في شرق آسيا على انخفاض خصوبة الزواج وارتفاع السن عند الزواج. أما العوامل الكامنة وراء الأنماط المختلفة للسلوك الإنجابي دون مستوى الإحلال فإنها عوامل معقدة. وتتسق التحولات التي حدثت في اتجاهات القيم الناتجة عن زيادة الاستقلالية الفردية في جميع الآلات مع نمط الحياة الذي يختار فيه الأفراد بين الزواج والمعايشة بدون زواج، ويتمتعون فيه بحرية إنجاب أطفال داخل إطار الزواج وخارجه، وتنشئتهم وحدهم أو مع شريك، وإنجابهم في مرحلة مبكرة أو متأخرة من العمر، أو عدم الإنجاب على الإطلاق المتوقع أن يكون لعناصر بعينها في هذه التغيرات الاجتماعية تأثير مختلف على السلوك الإنجابي¹

وحيث أنه من المرجح أن تؤدي تغييرات متواضعة نسبياً في السلوك الإنجابي في المجتمعات التي تكون فيها الخصوبة دون مستوى الإحلال إلى تغيير سمة النمو السكاني وأن تؤثر على ببطء أو سرعة شيخوخة السكان، فمن المهم على وجه الخصوص تعزيز فهم اتجاهات وأنماط الخصوبة دون مستوى الإحلال.

4-6- الحمل في سن المراهق

يترتب على الحمل المبكر، وخاصة الحمل دون سن 18، احتمال تعرض الأم للوفاة بقدر أكبر بكثير من المتوسط، كما أن أبناء الأمهات الصغيرات في السن يعانون من مستويات أعلى من الاعتلال والوفيات. وقد يبتتر أيضاً الحمل المبكر الحياة التعليمية للشابات ويهدد آفاقهن الاقتصادية وقدرتهن على كسب الدخل ورفاههن عموماً، وهكذا فقد تورّث الأمهات الصغيرات أطفالهن اعتلال الصحة ونقص التعليم والعيش على مستوى الكفاف، ويخلق ذلك دائرة من الفقر يصعب الإفلات منها، وفي كثير من البلدان، أسفر ارتفاع الأعمار عند الزواج وانخفاض حدوث حمل قبل الزواج عن انخفاض مستويات الحمل بين المراهقات.

¹ نفس المرجع، ص 76.

6-5-عدم الخصوبة

يعاني ما بين 8 و 12 في المائة من جميع الأزواج في أرجاء العالم من شكل ما من أشكال عدم الخصوبة خلال حياتهم الإنجابية وتعرف عدم الخصوبة بأنها عدم القدرة على الحمل من خلال ممارسة النشاط الجنسي العادي دون استعمال وسائل منع الحمل، أو إتمام الحمل إلى نهايته وتؤثر عدم الخصوبة على الرجال والنساء في سن الإنجاب على السواء على عكس عدم الإنجاب المقصود، الذي قد يتقرر نتيجة لعوامل اجتماعية أو ثقافية أو اقتصادية أو نفسية، فإن أسباب عدم الخصوبة هي أسباب بيولوجية، وتعوق عدم الخصوبة بلوغ الرجال والنساء المدى الكامل للصحة الإنجابية، ويطلق على عدم الخصوبة عبارة إذا أصبحت المرأة عديمة الخصوبة بعد ولادة طفل من وقد تحدث عدم الخصوبة نتيجة لظروف فطرية أو مكتسبة، بسبب ممارسة سلوك من قبيل النشاط الجنسي المبكر وتعدد الشركاء مع ما يصاحب ذلك من التعرض للإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويرجع مستوى تراجع الخصوبة بين 3 إلى 10 في المائة من عدم الخصوبة الأساسية إلى عوامل جينية أو تشريحية أو متصلة بالغدد الصماء أو مناعية، أما شيوع عدم الخصوبة الثانوية بين النساء البالغات 40 عاما أو أكثر، فغالبا ما ينتج عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويترشح بين 4% في بعض بلدان جنوب آسيا والأمريكتين والشرق الأوسط و 29% إلى عدد من البلدان الواقعة جنوب الصحراء في أفريقيا وفي البلدان التي تنخفض فيها نسبة الخصوبة كثيرا ما تنجم عدم الخصوبة عن التأجيل المقصود للإنجاب فاحتمالات الحمل تتناقص مع السن، ولذلك فإنه إذا ما أجلت الشابات الإنجاب وحاولن بعد ذلك تعويض هذا التأجيل في الإنجاب خلال العقد أو العقدين التاليين فمن المرجح أن تكون احتمالات عدم الحمل التي يوجهنها كبيرة، ويبدو أن انتشار عدم الخصوبة ينطلق في اتجاهين متضادين في البلدان النامية والمتقدمة النمو ففي البلدان النامية، تساعد بشكل متزايد التحسينات في الوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومعالجتها وتوافر المضادات الحيوية وإمكانية الحصول عليها في تقليل عدم الخصوبة الذي يتضح على وجه خاص في الزيادات المؤقتة في معدلات الخصوبة خلال الفترة التي تسبق بدء تناقص الخصوبة بينما يؤدي التأجيل المتزايد للإنجاب في البلدان المتقدمة المقترن بزيادة الميل للتماس علاج لعدم الخصوبة إلى زيادة في الإبلاغ عن شيوع عدم الخصوبة.

7-تنظيم الأسرة

7-1-استعمال تنظيم النسل

لقد كان تنظيم الأسرة عنصرا رئيسيا منذ أمد بعيد في السياسات والبرامج السكانية وهو جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية فهو يمكّن الأزواج والأفراد من أعمال حقهم الأساسي في أن يقرروا بحرية وبمسؤولية عدد أطفالهم والفترة الزمنية الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم وهو حق تقرر بشكل راسخ في مؤتمر الأمم

المتحدة المعني بالسكان المعقود في عام 1974 وتؤكد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام 1994 ونظرا لأن تنظيم الأسرة يمكن الأزواج والأفراد من التحكم في العملية الإنجابية لذلك فهو أساسي لجودة حياتهم، وفي الواقع فقد اتضح على نطاق واسع أن صحة المرأة وصحة الطفل تتعرض لمخاطر عالية إذا حدث الحمل في سن مبكرة للغاية أو متأخرة للغاية أو لمرات كثيرة للغاية أو متقاربة للغاية من بعضها البعض، واللجوء إلى تنظيم الأسرة أخذ في الازدياد بشكل مضطرد، إذ يلجأ ما يزيد على 60% من الأزواج المقيمين في أرجاء العالم الأقل تقدما إلى تنظيم الأسرة حاليا بالمقارنة بنسبة 10% فقط في الستينات، وكان تزايد توافر وسائل منع الحمل الحديثة وبرامج تنظيم الأسرة المنظمة سواء الحكومية أو غير الحكومية مع نمو الرغبة في إقامة أسر أصغر حجما مسؤولا عن زيادة اللجوء إلى تنظيم الأسرة، وما صحب ذلك من تناقص في الخصوبة في البلدان الأقل تقدما وفي البلدان الأكثر تقدما، التي وصل فيها استخدام وسائل منع الحمل إلى مستوى عال نسبيا، كان لاستحداث طرق حديثة أثر أيضا في تمكين الأزواج والأفراد من تنويع اختيارهم لوسائل معينة من وسائل منع الحمل.

7-2- مستويات استخدام وسائل منع الحمل

تشير التقديرات إلى أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل - أي نسبة من يستخدمون وسائل منع الحمل حاليا بين الأزواج الذين تكون فيهم الزوجة في سن الإنجاب بلغ نسبة 62% على الصعيد العالمي في عام 1998 وفي المناطق الأكثر تقدما، بلغ متوسط شيوع استخدام وسائل منع الحمل 70% مع فروق طفيفة بين المناطق وفي العالم الأقل تقدما، بلغت النسبة في المتوسط 60% ولكن مع فروق شاسعة بين المناطق الرئيسية: إذ تراوحت نسبة شيوع استخدام الوسائل من نسبة 25% فقط في أفريقيا إلى ما يزيد على 65% في آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وفي ضوء السرعة التي يتزايد بها استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدما، من المرجح أن تصل في المستقبل نسبة الأزواج الذين يستعملون وسائل منع الحمل في العالم إلى 65% ويعزى إلى الطرق الحديثة، التي تعتبر أكفأ في منع الحمل، معظم ممارسة استعمال وسائل منع الحمل في أرجاء العالم، وعادة ما يتطلب استخدام الوسائل الحديثة توافر إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أو إمداداتها، وتشمل الطرق الحديثة تعقيم الإناث والذكور، والأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم، والوسائل الرحمية لمنع الحمل، والرفالات، والحقن أو غرس أجهزة تحت الجلد أو الوسائل العازلة المهبلية (ومن بينها الغشاء الحاجز وغطاء عنق الرحم والرغوي والمواد الهلامية والكريمات والاسفنجيات التي تحتوي على مواد قاتلة للحيوانات المنوية) ويعزى إلى الطرق الحديثة حصة أكبر في استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدما من المستعملين منها في المناطق الأكثر تقدما،

-ويرجع هذا أساسا إلى حد كبير إلى الاعتماد الشديد على الطرق التقليدية والأشكال الأخرى للامتناع الدوري واستخدام الدش المهبلي كوسيلة لمنع الحمل في بعض أرجاء أوروبا وفي اتحاد الجمهوريات السوفياتية الاشتراكية السابق وسجلت أدنى نسبة لشيوع استخدام وسائل منع الحمل في العالم في أفريقيا، حيث يلجأ في المتوسط ربع الأزواج إلى تنظيم الأسرة، وتقل نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل في أغلبية البلدان الأفريقية عن 20% وعلاوة على ذلك تقل مستويات استخدام وسائل منع الحمل الحديثة عن 10%، ومع ذلك فمن الواضح أنه توجد فروق إقليمية في استخدام الطرق الحديثة .

7-3-الاتجاهات الحديثة السائدة في استخدام وسائل منع الحمل

أظهرت معظم البلدان النامية أن هناك زيادة كبيرة في استخدام وسائل منع الحمل على مدى السنوات العشر الماضية، فقد زاد شيوع استخدامها بنسبة نقطة مئوية على الأقل في السنة في 68% من البلدان، وبنسبة نقطتين مئويتين على الأقل في السنة في 15% من البلدان، وحدثت أسرع زيادات، في المقام الأول، في البلدان التي كانت فيها مستويات شيوع الاستخدام في النطاق المتوسط وتنتمي البلدان التي حدثت فيها أقل زيادة في مستوى شيوع الاستخدام أقل من نقطة مئوية واحدة في السنة في معظمها إلى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وخاصة غرب أفريقيا، فإن سرعة النمو في استخدام جميع الوسائل وفي استخدام الطرق الحديثة واحدة إلى حد كبير وعلى نقيض البلدان النامية باستثناء بلدان شرق آسيا لم تظهر البلدان المتقدمة إلا نموا ضئيلا أو تنوعا ضئيلا في مستويات استخدام وسائل منع الحمل خلال السنوات العشر الماضية ومع ذلك، فقد زاد استخدام الوسائل الحديثة بخطى أسرع إلى حد ما وبصفة عامة، لا يزال اللجوء إلى تعقيم الإناث يمثل أهم الاتجاهات السائدة في المناطق الأقل والأكثر تقدما على السواء، ولكن هناك بلدان كثيرة تؤدي فيها طرق أخرى دورا هاما ورغم التنوع العام نحو أن تصبح الطرق الحديثة، كمجموعة، أكثر هيمنة على مدى الوقت، فليس هناك إلا شواهد ضئيلة تشير إلى أن أنماط الاستخدام الشديدة التنوع على الصعيد الوطني تتحول إلى استخدام نفس المزيح من الطرق.

7-4- وسائل منع الحمل المستخدمة

يعتمد معظم مستخدمي وسائل منع الحمل على الوسائل الحديثة، وهي تمثل نسبة 90% من استعمال وسائل منع الحمل على نطاق العالم، وهناك ثلاث طرق تستهدف النساء هي الأكثر شيوعا بوجه خاص: تعقيم الإناث والوسائل الرحمية لمنع الحمل والأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم، ويعزى إلى هذه الطرق الثلاث 69% من استخدام وسائل منع الحمل في أرجاء العالم من المناطق الأقل تقدما وفي المتوسط، يتساوى تقريبا شيوع استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدما مع المناطق الأقل تقدما حيث تزيد نسبة استخدام الطرق الحديثة من وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدما عنها في المناطق الأكثر تقدما

وفيما يتصل باستخدام طرق معينة، توجد فروق ملحوظة بين المناطق الأكثر تقدماً والمناطق الأقل تقدماً، ويتعلق تناقض ملحوظ بين المنطقتين في استخدام الطرق التقليدية، وتنطوي هذه الفروقات على الامتناع الدوري أو فترة الأمان والعزل والامتناع واستخدام الدش المهبلي ومختلف الطرق الشعبية الأخرى، وتبلغ نسبة شيوع الطرق التقليدية في المناطق الأكثر تقدماً ضعف شيوعها في المناطق الأقل تقدماً ويعكس ارتفاع مستويات استخدام هذه الطرق في مناطق العالم المتقدم النمو استمرار أثر أنماط ضبط الخصوبة التي كانت قد استقرت قبل اختراع وسائل منع الحمل الحديثة وكذلك محدودية توافر الطرق الأحدث في بعض البلدان الأوروبية، وتظهر الاستقصاءات الأخيرة التي أجريت في أن شيوع استخدام الطرق التقليدية قد نقص في أوروبا الغربية ولكن ليس في شرق أوروبا وجنوبها باستثناء إسبانيا ويمكن التناقض الثاني بين المناطق الأكثر تقدماً والمناطق الأقل تقدماً في أن مستعملي وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدماً يعتمدون بقدر أكبر على الطرق ذات المفعول القصير الأجل التي يمكن عكس اتجاهها في حين يعتمدون في المناطق الأقل تقدماً على الطرق الأطول مفعولاً والطرق السريرية العالية الفعالية، ويرجع العامل الرئيسي الذي يسهم في تحقق هذه النتيجة إلى الاعتماد بدرجة كبيرة على تعقيم الإناث والوسائل الرحمية في آسيا فعلى وجه الخصوص، يجري تعقيم الإناث من مستعملات وسائل منع الحمل في الهند في حين تستعمل النساء الوسائل الرحمية لمنع الحمل في الصين وثمة فرق ثالث بين المناطق الأكثر تقدماً والأقل تقدماً يكمن في أهمية استعمال الطرق التي تستهدف الذكور، وعلى نطاق العالم، يعتمد أقل من ربع الأزواج الذين يستخدمون وسائل منع الحمل على طرق تتطلب مشاركة الذكور فترة الأمان والعزل ومع ذلك فإن الاعتماد على طرق تستهدف الرجال أكبر بكثير في المناطق الأكثر تقدماً من استخدام وسائل منع الحمل عموماً (عنه في المناطق الأقل تقدماً) ومن حيث شيوع استخدام طرق محددة، يحتل تعقيم الإناث المرتبة الأولى من المتزوجات حالياً (في العالم وعلى النطاق العالمي، فإن واحدة من كل ثلاث سيدات من المتزوجات حالياً اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل تلجأ إلى المستخدمة على طول هذا الفرع النساء، وتشمل عبارة المقترنات رسمياً أو بشكل غير رسمي على السواء المناطق الأقل تقدماً ضعف نسبته في المناطق الأكثر تقدماً) وعلى الصعيد الإقليمي، تعتبر هذه الطريقة شائعة نسبياً، أي نسبة شيوعها في شرق آسيا وجنوب وسط آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر نيوزيلندا، الكاريبي وشمال أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا ولكن نادراً ما يت اللجوء إليها في أفريقيا وأوروبا الشرقية وجنوب أوروبا وغرب أوروبا واليابان.

وتعقيم الذكور أقل شيوعاً بكثير من تعقيم الإناث فعلى الصعيد العالمي، تبلغ نسبة شيوع لجوء الذكور إلى التعقيم في المناطق الأكثر تقدماً ضعفها في المناطق الأقل تقدماً وعلى الصعيد الإقليمي، يبلغ شيوع استخدام هذه الطريقة بنسب معتبرة وعلى الصعيد القطري، هناك شيوع استخدام هذه الطريقة في أستراليا وكندا ونيوزيلندا والولايات المتحدة أما الوسائل الرحمية لمنع الحمل، التي تستخدمها النساء المتزوجات حالياً

ممن يستخدمون وسائل منع الحمل على نطاق العالم فتأتي في المرتبة التالية لتعقيم الإناث باعتبارها ثاني أكثر وسائل منع الحمل شيوعا في الاستخدام، وتبلغ نسبة شيوع استخدام الوسائل الرحمية لمنع الحمل في المناطق الأقل تقدما ضعفها في المناطق الأكثر تقدما

كما أن استخدام الوقيات سيكون أعلى إما كوسيلة لمنع الحمل أو للوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بدلا عن استخدامها كوسيلة لمنع الحمل وبالمثل، فسيكون الاستخدام المبلغ عنه للرفالات أعلى بكثير لو تم الاستفسار في الاستقصاء صراحة عن استخدامها مع أي شريك عند ممارسة الجنس، بدلا من الإيحاء بأن استخدامها مع الزوج أو الشريك الرئيسي الذي تجري ممارسة الجنس¹

أما الوسائل العازلة المهبليّة فتستخدمها أقل من المتزوجات في الوقت الحالي على نطاق العالم، وأقل من نصف من مستخدمي وسائل منع الحمل، ومع ذلك فمن المرجح أن يكون الاستعمال الحالي للوسائل العازلة المهبليّة مصور على أقل من حقيقته، حيث أنها عادة ما تستخدم بالاقتران بطرق أخرى وخاصة الرفالات، ويعيش معظم مستخدمي هذه الطرق في مناطق أكثر تقدما حيث يستخدمها في المتوسط من المتزوجات بالمقارنة بنسبة للمناطق الأقل تقدما، وبالنسبة للطرق التقليدية، فإن استخدام الطرق التقليدية أكثر شيوعا في المناطق الأكثر تقدما منه في المناطق الأقل تقدما، وأهم طريقتين بين الطرق التقليدية هي العزل وفترة الأمان هي في المقام الأول طريقة الامتناع الدورية.

7-5- الاحتياجات غير الملابة في مجال تنظيم الأسرة

على الرغم من النمو السريع الذي حدث مؤخرا في استخدام وسائل منع الحمل، تشير مجموعة متنوعة من الشواهد إلى أن المشاكل المتعلقة بمحدودية اختيار الوسائل فضلا عن الاحتياجات العالية غير الملابة من خدمات تنظيم الأسرة لا تزال واسعة الانتشار في البلدان النامية، ففي عدد كبير من البلدان يصل إلى الثلث يعزى إلى طريقة واحدة، عادة التعقيم أو الأقراص، نسبة النصف على الأقل من جميع الوسائل المستخدمة لمنع الحمل، وفي الوقت نفسه، يعرب الكثير عن رغبتهم في المباشرة بين الولادات أو تحديد عدد أسرهم ولكنهم لا يستخدمون بعد أي وسيلة لمنع الحمل، والحاجة إلى تنظيم الأسرة التي لم تتم تلبيةها عن طريق استخدام وسائل منع الحمل هي أعلى بوضوح في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تعاني في المتوسط 24% من النساء المتزوجات حاليا من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة بالمقارنة بنحو 18% شمال أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

فيمكن أن نستخلص رقما يطلق عليه الشكل الثالث الاحتياجات الملابة في مجال تنظيم الأسرة كنسبة مئوية من مجموع هذه الاحتياجات الكلية التي يجري تلبيةها عن طريق استخدام وسائل منع الحمل. ويوجد ثمانية أضخم فرق في النسبة المئوية للاحتياجات الكلية الملابة بين أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والمناطق

¹ نفس المرجع، ص 89.

الأخرى وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يستخدم عدد يقل عن نصف النساء اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة من أجل المباشرة بين الولادات أو الحد منها وسائل منع الحمل، في حين تلبى في المناطق الأخرى هذه الاحتياجات، ومع ذلك فإنه في جميع المناطق، من الأرجح أن يلجأ الراغبون في التوقف عن الإنجاب بقدر أكثر بكثير إلى استخدام وسائل منع الحمل من يرغبون في تأجيل الإجاب ويشير هذا إلى أن الرغبة في تحديد حجم الأسرة محسوسة بدرجة أقوى من الرغبة في المباشرة بين الولادات، ربما لأن نتائج الفشل في بلوغ الهدف المتعلق بتحديد حجم الأسرة تعتبر أخفض تكلفة.

لا تزال انعدام إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة المعقولة فضلا عن نقص المعلومات بشأن الخدمات المتاحة يشكل عقبة سيئة تعرقل اللجوء إلى تنظيم الأسرة، و الأسباب الأخرى التي تساق بصفة عامة كأسباب لعدم اللجوء إلى تنظيم الأسرة قلة الهممة في تنفيذ الحق في الاختيار وانخفاض احتمالات حدوث الحمل ونقص المعرفة اللازمة بتنظيم الأسرة وأخيرا الشواغل الثقافية والاجتماعية والصحية والاقتصادية المرتبطة باختيار و/أو مواصلة استخدام وسائل منع الحمل ومن بينها المعارضة من جانب الأزواج أو الأفراد الآخرين من أفراد الأسرة الممتدة والخوف من الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل وارتفاع التكلفة والإيمان بالقضاء والقدر

6-7- استخدام وسائل منع الحمل والاحتياج إليها بين المراهقين

في البلدان النامية، لا تلجأ معظم المراهقات المتزوجات إلى تنظيم الأسرة وتبين الاستقصاءات الأخيرة أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات والمتزوجات أدنى بصفة عامة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبر بينما يقف عند مستوى متوسط في آسيا وشمال أفريقيا ويصل أعلى مستوى له في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وكما هو الحال بالنسبة للنساء في سن الإنجاب المتزوجات حاليا، يعزى إلى الطرق الحديثة أغلبية حالات استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات، وإن كان بنسبة مئوية أقل، ومع ذلك فإنه عند مقارنة بيانات استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات وجميع النساء، فتبين معظم البلدان أن نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات المتزوجات تبلغ نحو نصف نسبة استخدامها بين النساء الأكبر سنا المتزوجات، ومن المحتمل أن هذا يرتبط بتزايد رغبة الفتيات الصغيرات في إجاب عدد أكبر من الأطفال، وفي البلدان النامية، تتجه المراهقات غير المتزوجات ولكن الناشطات جنسيا إلى استعمال بنسبة أعلى بكثير من اللجوء إلى خدمات تنظيم الأسرة عن المراهقات المتزوجات. وتجاوز بصفة عامة نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات غير المتزوجات الناشطات جنسيا، فإن استخدام الرفالات أعلى بكثير بين المراهقات غير المتزوجات عنه بين المراهقات المتزوجات. ومن المحتمل أن ارتفاع معدل لجوء المراهقين غير المتزوجين إلى تنظيم الأسرة يرجع إلى إدراكهم أن تكلفة الحمل غير المرغوب فيه أعلى بالنسبة لهم منها بالنسبة لنظرائهم المتزوجين ولذلك فإنهم يحاولون قدر طاقتهم تجنبه

وتبين البيانات المتاحة من البلدان المتقدمة النمو أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل تقتصر وسائل منع الحمل التي تستخدمها المراهقات على الطرق الحديثة ولكن في أوروبا تستخدم نسبة أقل هذه الطرق. ومن بين جميع وسائل منع الحمل التي تستخدمها المراهقات، يمثل استخدام الرافلات نسبة أعلى بكثير في البلدان المتقدمة عنه في البلدان النامية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و في آسيا و في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في المتوسط ويشير هذا إلى أن حملات الترويج للرافلات كوسيلة لمنع الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومن بينها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (ومنع الحمل غير المرغوب فيه كان لها تأثير أكبر على المراهقين الذين يعيشون في العالم المتقدم النمو من تأثيرها على من يعيشون في العالم النامي.

وفي المعتاد تكون مستويات الاحتياجات غير الملباة أعلى بين المراهقات منها بين النساء الأكبر منهن في السن. كما أن النسبة المئوية للاحتياجات الملباة أقل بين المراهقات منها بين جميع النساء في سن الإنجاب وتشير إلى أن المراهقات المتزوجات يحظين بقدر أقل من الحماية ضد حالات الحمل غير المرغوب فيه من المتزوجات الأكبر سناً، حيث تكون الشابات أقل معرفة بطرق منع الحمل والخدمات المعتمدة في هذا الصدد. كما أنهن قد يواجهن عقبات أكبر في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وأخيراً، فإن الشابات اللاتي تنصب احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة في المعتاد على المباشرة بين الولادات وليس الحد منها، قد تكون اختياراتهن مقيدة بالطرق المتاحة المناسبة لحالتهم!

8- الإجهاض

8-1- واقع الإجهاض

رغم أن قضية الإجهاض كانت من أكثر القضايا الخلافية المثارة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994 ، إلا أنه كان هناك توافق في الآراء فيما بين شاغل صحي جماهيري، الحكومات بشأن الرأي القائل بأن الإجهاض غير المأمون هو معالجة الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير الشرعي وبشأن الالتزام بتقليل اللجوء إلى الإجهاض عن طريق توسيع وتحسين خدمات تنظيم النسل المأمون كجزء لا يتجزأ من التزامها بصحة المرأة. وقد تمثلت الشواغل المتواصلة للحكومات بشأن الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير المأمون في الإجراءات الرئيسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي و اتخاذ الخطوات المناسبة لمساعدة النساء على تجنب الإجهاض في الحالات التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، ينبغي للأنظمة الصحية أن تقدم التدريب والتجهيزات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية وأن تتخذ تدابير أخرى لكفالة أن يكون هذا الإجهاض مأموناً ومتاحاً.

8-2-بيانات بشأن الاجهاض

ويرتبط توفر الإحصاءات عن الإجهاض بالوضع القانوني للإجهاض وعموما ما تتطلب البلدان التي لديها قوانين تسمح بالإجهاض الإبلاغ عن جميع عمليات الإجهاض التي تجرى للسلطات الصحية، وحيثما يكون الإجهاض غير قانوني، لا يمكن تقدير عدد حالات الإجهاض سوى بصورة غير مباشرة ومن أشيع المصادر المستخدمة لتقدير عدد حالات الإجهاض سجلات زيارة المستشفيات عن النساء اللاتي زرن المستشفى لمضاعفات ناتجة عن الإجهاض والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية التي تتضمن معلومات عن تاريخ حمل النساء وقد أجريت في بعض البلدان، دراسات استقصائية لمقدمي خدمات الإجهاض استخدمت كأساس لتقدير عدد عمليات الإجهاض، ومن الواضح أن الإبلاغ يتأثر بنطاق الظروف التي يكون الإجهاض فيها قانونيا: وكلما كانت أسباب منح الإجهاض أوسع، كان الإبلاغ عنه أكمل وإن كان الإجهاض مشمولا بتأمين طبي هو عامل آخر يؤثر تأثيرا كبيرا على الإبلاغ وحيثما يتعين على المرضى تغطية تكلفة الإجهاض، كثيرا ما لا يبلغ عن عدد عمليات الإجهاض التي تجرى بصورة خاصة.

وفي العديد من البلدان التي يكون الإجراء قانونيا فيها، أدى تفويض السلطة الصحية للكيانات دون الوطنية، إلى حد ما، إلى عرقلة جمع البيانات عن الإجهاض على الصعيد الوطني. وتعنى القيود المفروضة على مراقبة الإجهاض بما إذا كانت المؤسسات دون الوطنية تقدم بيانات مفصلة عن عمليات الإجهاض أو تقدم أرقاما مجمعة عنه فقط. بيد أنه قد يتعرقل الإبلاغ نفسه، في حالات قليلة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، لا تتطلب أربع ولايات الإبلاغ عنها، ولا تقوم ولايتان، هما كاليفورنيا وألاسكا، حاليا بجمع البيانات بشأن الإجراء المستحث للحمل.

كما شكّل عدم توحيد بيانات الإجهاض مشكلة في الكثير من بلدان الاتحاد السوفياتي السابق حيث لم تكن إحصاءات وزارات الصحة تشمل عمليات الإجهاض التي تجرى في المرافق الطبية التابعة لوزارات ووكالات عامة أخرى، تشير التقديرات إلى أنه قد تم إجراء ما يقرب من 26 مليون عملية إجهاض قانونية و 20 مليون عملية إجهاض غير مأمونة في العالم في عام 1991 ورغم أن هذه الأرقام تقدم، فكرة عن الحجم الهائل لمسألة الإجهاض، فهي لا تزال أرقاما تخمينية وذلك نظرا لعدم توفر بيانات عن الأغلبية الساحقة من البلدان. وحاليا لا تتوفر الأرقام الخاصة بعمليات الإجهاض القانونية التي تم الإبلاغ عنها إلا بالنسبة لحوالي 45 بلدا، ووفقا لأحدث البيانات يصل مجموع عمليات الإجهاض التي تم الإبلاغ عنها إلى حوالي 15 مليون عملية إجهاض قانونية سنويا.

وتبقى تقديرات تقريبية حيث أنه لا يمكن التأكد من اكتمال عمليات الإبلاغ في البلدان التي تحدث فيها حالات الإجهاض بأعداد كبيرة جدا، وعلى وجه الخصوص، لم يتسن التأكد من العدد الفعلي لحالات الإجهاض التي جرت، ويمكن تصنيف البلدان التي يعد فيها الإجهاض قانونيا إلى ثلاث فئات، وذلك على أساس مدى حدوث الإجهاض، وتقع الغالبية العظمى للبلدان

والإجهاض عنصر هام في الحياة الإنجابية للمرأة، ففي معظم البلدان التي يعتبر فيها الإجهاض قانونياً، تتراوح نسبة النساء اللاتي أجهضن مرة واحدة أثناء حياتهن بين امرأة واحدة في كل ثلاث نساء وامرأة واحدة لكل امرأتين. وفي البلدان التي يرتفع فيها مدى حدوث الإجهاض، مثل الاتحاد الروسي، يتجاوز معدل حالات الإجهاض في المتوسط حالتي إجهاض لكل امرأة أثناء حياتها، ولم تتغير معدلات الإجهاض أساساً في البلدان الغربية أثناء النصف الثاني من التسعينات، وعلى النقيض من ذلك فقد لوحظ اتجاه للانخفاض في بلدان أوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتي السابق، وتم تسجيل انخفاض هائل في رومانيا ولا يتوفر في الكتابات عن الموضوع إلا قدر بسيط من التقديرات الحديثة عن عدد حالات الإجهاض في البلدان التي يتم فيها تقييد أو حظر الإجهاض قانونياً - أي معظم بلدان العالم النامي، وتتوفر هذه التقديرات عن بلد في جنوب آسيا وبلد في شرق آسيا، هما: بنغلاديش والفلبين، وحيث أن الإجهاض غير قانوني في بنغلاديش، إلا في حالة إنقاذ حياة المرأة،

3-8- الخصائص الديمغرافية للإجهاض

في أمريكا الشمالية وفي أوروبا الغربية وكذلك في استراليا ونيوزيلندا، تعزى نسب كبيرة من حالات الإجهاض إلى غير المتزوجات في عشرة بلدان من الـ 13 بلداً التي توفرت بيانات بشأنها، وتتراوح من 61% في النرويج إلى 81% في الولايات المتحدة، وتبين كذلك بيانات الاستقصاءات الدولية أن غالبية النساء اللاتي أجهضن في أفريقيا هن من غير المتزوجات، وعلى النقيض من ذلك، ففي بلدان أوروبا الشرقية وبلدان الاتحاد السوفياتي السابق، فإن معظم النساء اللاتي أجهضن هن من المتزوجات ويمثلن ما يتراوح بين 61% في الجمهورية التشيكية إلى ما يزيد على 95% في بعض بلدان جنوب وسط آسيا، ويسود نمط مماثل في جميع البلدان الآسيوية الأخرى وبلدان أمريكا اللاتينية التي تتوفر بيانات بشأنها باستثناء البرازيل حيث تعتبر أغلبية النساء اللاتي أجهضن من غير المتزوجات، وفي معظم البلدان، فإن النساء اللاتي في العشرينات من أعمارهن يسجلن أعلى معدلات الحمل ويعزى إليهن أعلى عدد من حالات الإجهاض، وكذلك فإن نسبة حالات الحمل التي تم إنهاؤها هي الأعلى بصفة تقليدية بين النساء اللاتي وصلت أعمارهن إلى الأربعين أو أكثر وكذلك بين المراهقات، وبالطبع تدل الإحصاءات في البلدان التي يجوز فيها قانوناً إجراء الإجهاض دلالة واضحة على أن معدل حدوث الإجهاض بين المراهقات، في معظم البلدان، يتماشى مع المستوى العام للإجهاض، ووفقاً لأحدث الأرقام الرسمية، تتراوح نسبة الإجهاض بين المراهقات من 3 إلى 20 في المائة من جميع حالات الإجهاض القانونية التي أبلغ عنها في 39 بلداً من 40 بلداً تتوفر بشأنها بيانات، وبين الشكل الرابع عدد حالات الحمل والإجهاض بين المراهقات الذي بدأ إنفاذه في عام 1996.

4-8- الإجهض غير المأمون

الإجهاض غير المأمون هو إجراء استئصال حمل غير مرغوب فيه إما بواسطة أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة أو في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو كليهما هذا ما عرفته منظمة الصحة العالمية سنة 1992

وتشير التقديرات إلى احتياج ما بين 10 و 50 في المائة من كافة النساء اللاتي أجريتا عمليات إجهاض غير مأمونة للعناية الطبية بسبب مضاعفات الإجهاض، ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية سنة 2000 ، فقد أسفرت عمليات الإجهاض غير المأمونة عن وفاة - للفترة 1995 ما يفوق 78 أم سنويا تقريبا، وحدثت مئات الألوف من حالات الإعاقة، التي وقعت الأغلبية العظمى منها في البلدان النامية وهكذا، فإنه على صعيد العالم، ربما ترجع وفاة أم واحدة من بين 8 أمهات إلى مضاعفات متصلة بالإجهاض وعلى المستوى الإقليمي، تتراوح معدلات الوفيات المتصلة بالإجهاض بين وفاة أم واحدة من كل 8 أمهات في أفريقيا وآسيا، ووفاة أم واحدة من كل 6 أمهات في أوروبا، ووفاة أم واحدة بين كل 5 أمهات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ومعظم البلدان التي يرتفع فيها معدل الإجهاض غير المأمون أو الإجهاض المستحث عموما، هي من البلدان التي لا تتوفر فيها معلومات عن تنظيم الأسرة والخدمات و وسائل منع الحمل أو تكون هذه المعلومات والخدمات غير كافية إلى حد ويعتمد منع الإجهاض بالفعل على توفر المعلومات والاستشارات والخدمات في مجال تنظيم الأسرة وأثناء التسعينات، أدى القلق المتزايد بشأن حمل المراهقات وإجهاضهن إلى تغيير محور تركيز السياسات لكي وهم الهدف الأساسي والوحيد في تمتد إلى فئات أخرى بالإضافة إلى المتزوجين وتصل إلى الشبان والشابات ومع الغالب الذي تركز عليه برامج تنظيم الأسرة ذلك لا يزال الوقت مبكرا لتكوين فكرة بشأن تنفيذ هذه البرامج وتأثيراتها، وتوفر خدمات تنظيم الأسرة والاستشارة في إطار العناية المقدمة بعد الإجهاض في عدد من البلدان بغية الحيلولة دون تكرار الإجهاض، وبعد استحداث هذه الخدمات في مستشفيات مختارة، ويتمثل النمط الثاني من التدخلات الرامية إلى تقليل الاعتلال والوفاة بسبب الإجهاض في جعل الإجهاض مأمونا، ومن وجهة النظر الطبية، تقوم سلامة الإجهاض فكلما تم إجراء الإجهاض في مرحلة مبكرة أساسا على مدة الحمل عند الإجهاض وعلى الطريقة المستخدمة، فضلا عن معالجة التعقيدات. كلما ازدادت سلامته الناجمة بشكل فوري ومناسب وفي عدد من البلدان النامية التي تجيز الإجهاض، لا تتاح عمليات الإجهاض على نطاق واسع كما أنها غير مأمونة في جميع الحالات، وفي أفريقيا، تنشأ صعوبات نتيجة عدد من العوامل الاجتماعية والثقافية والمؤسسية، ففي زامبيا على سبيل المثال، أدت الشروط الإجرائية المعقدة، بالإضافة إلى عدم كفاية

الخدمات، إلى مواصلة الاعتماد على الإجهاض غير القانوني، ويتزع الشباب إلى نبذ الخدمات الرسمية بسبب الافتقار إلى سرية الإجراءات ووصمة العار التي تحيط بالإجهاض¹.

9-وفيات الأمهات

ترتبط وفيات الأمهات غالب بمضاعفات متصلة بالحمل وما بعدها، وتحدث معظمها في بلدان العالم النامي، حيث وضع عدد من المؤتمرات الدولية أهدافا من أجل تقليل عدد وفيات الأمهات، ويشير توافق الآراء العالمي الذي لم يسبق له نظير إلى / في قرار الجمعية العامة 55 الأهمية التي تضيفها الحكومات والأوساط الإنمائية والصحية الدولية لصحة المرأة وأطفالها، ويخلق زخما إضافيا للاهتمام بالرصد الدقيق للتقدم المحرز في إنجاز هذا الهدف في كل بلد على حدة وفي جميع أنحاء العالم.

9-1- التعريف

يعرف التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة وفيات الأمهات بأنها وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما من انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل ومكانه، من جراء أي سبب متصل بالحمل أو تفاقم بسبب الحمل أو متعلق بمعالجته ولكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية بالتوليد مباشرة بسبب مضاعفات التوليد المتصلة بالحمل أو بسبب التدخلات أو حالات الإغفال أو العلاج غير السليم وهي تحدث عادة نتيجة أحد الأسباب الرئيسية الخمسة التالية:--التريف الدموي وحمج الدم واضطرابات الحمل الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم وتعرثر الولادة والمضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون. أما الوفيات الناتجة بشكل غير مباشر عن التوليد فهي تلك الوفيات الناجمة عن أمراض كانت موجودة قبل الحمل أو أمراض أصيبت بها الأم أثناء الحمل وتفاقمت بسبب التأثيرات الفسيولوجية للحمل وهي مرتبطة في أغلبها بالمalaria وفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب الإيدز وأمراض شرايين القلب.

9-2-المقاييس المستخدمة والقياس

إن المقياس الأكثر شيوعا والمستخدم لقياس وفيات الأمهات أثناء النفاس هو 100 مولود حي ورغم أنه كان يطلق عليه تقليديا عدد وفيات الأمهات لكل 1000 لفظ المعدل، إلا أنه بالفعل نسبة، وهو ما يطلقه عليه الباحثون الآن ولكن بغرض الاتساق التاريخي، فلا يزال التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض يستخدم مصطلح المعدل لهذا القياس وتقتضي عملية قياس وفيات الأمهات أثناء النفاس معرفة بوفيات النساء والسبب الطبي للوفاة، وكذلك ما إذا كانت المرأة في سن الإنجاب غير أن حاملا وقت الوفاة أو كانت حاملا

¹ نفس المرجع، ص 132.

في عهد قريب منه عددا قليلا من البلدان يقوم في الممارسة العملية بتسجيل الوفيات، بل ويقوم عدد أقل من البلدان بتسجيل سبب الوفاة، ويتدنى العدد أكثر فأكثر حين يتعلق الأمر بتسجيل حالة الحمل في شهادة الوفاة، وفي حالة عدم توفر أو عدم كفاية نظم التسجيل المدني، يمكن تقييم وفيات الأمهات بواسطة إدراج أسئلة بشأن الحمل والوفيات في الاستقصاءات التي تتناول الأسر المعيشية التي تجري على نطاق واسع، ويكمن العيب هنا في أن هذا الأسلوب يقتضي توفر حجم كبير من العينات مما يجعله مكلفا ويستغرق وقتا طويلا. إن المشكلات المتعلقة بالقصور في الإبلاغ أو سوء التصنيف شائعة في جميع طرائق قياس وفيات الأمهات ولهذا السبب يوافق معظم الخبراء على أن تأكيد وفيات الأمهات يقتضي الحصول على معلومات من مصادر مختلف، فالاستقصاء المتعلق بالوفيات في سن الإنجاب ويستخدم مصادر معلومات متعددة، مثل السجلات المدنية وسجلات المرافق الصحية وقادة المجتمعات المحلية والهيئات الدينية ومتعهدي الجنازات والعاملين في المقابر وتلاميذ المدارس، لتحديد جميع الوفيات، ويتم كذلك استخدام المقابلات مع أعضاء الأسرة ومقدمي الرعاية الصحية وسجلات المرافق لتصنيف الوفيات كوفيات لأمهات أثناء النفاس أو غير ذلك التشریح الشفوي.

9-3- معدلات وفيات الامهات

قلة فقط من البلدان هي التي تتوفر لديها على الصعيد الوطني بيانات دقيقة عن وفيات الأمهات أثناء النفاس وقد قامت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة بمشاركة صندوق الأمم المتحدة للسكان، بوضع لتقدير معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس القصد منه استنباط تقديرات تتعلق بالبلدان التي لا تتوفر لديها بيانات وتصحيح ما يشوب البيانات المتوفرة من أخطاء ناتجة عن القصور في الإبلاغ وسوء التصنيف. وتقتضي الاستراتيجية بتصحيح البيانات القطرية المتاحة من منبعها والقيام في الوقت نفسه بوضع نموذج مبسط تستمد من خلاله تقديرات تخص البلدان التي لا تتوفر لديها معلومات موثوقة وعددها 55 بلدا، وقد أسفر أحدث تطبيق لذلك النهج عن وضع تقديرات تتعلق وفاة الأمهات أثناء النفاس،

10- الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

10-1- الأمراض الجنسية

الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من أكثر أسباب الأمراض شيوعا في العالم وتترتب عليها في بلدان عديدة آثار صحية واجتماعية واقتصادية بعيدة المدى، وهي لا تعدو أن تكون مجرد سبب في إصابة البالغين بعدوى حادة بل إنها يمكن أيضا أن تسفر عن اعتلال صحة النساء والرجال لفترات طويلة، على أن معدلات الإصابة بالمرض بين النساء تكون أعلى، وتصيب الآثار الثانوية الطويلة الأجل، من قبيل العقم، كل من المرأة والرجل بيد أن المرأة تعاني مما يترتب على ذلك من

تبعات اجتماعية واقتصادية أكثر من الرجل، ولما كان مرض التهاب الحوض ذي الصلة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي يتلف قناة فالوب فإن احتمالات الحمل خارج الرحم تترادى لدى المرأة المصابة بأمراض معدية منقولة عن طريق الاتصال الجنسي قياساً بالمرأة غير المصابة بتلك الأمراض. وتتسبب عدوى فيروس الحليمات البشرية في الإصابة بسرطان عنق الرحم وهو أكثر أمراض السرطان شيوعاً بين نساء البلدان النامية. كما أن الرضع لا يسلمون من آثار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي.

فبعض حالات العدوى تقترب بانخفاض الوزن عند الولادة وبالولادة المبكرة والإصابة بداء خلقي مثل مرض الزهري وسقوط الأجنة، كما أن الإصابات التي تلحق بعيون حديثي الولادة يمكن أن تفضي إلى العمى إذا لم تلق علاجاً مبكراً ومناسباً وقد كان لظهور فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أثره في تزايد الحاجة إلى ضرورة مراقبة الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي فثمة علاقة متبادلة قوية بين الأمراض المعدية التقليدية المنقولة بالاتصال الجنسي وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وقد تبين أن تلك الأمراض، سواء ما يسبب منها القروح أو لا يسببها، تزيد من مخاطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي، كما أن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية تعقد عملية التصدي للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من قبيل قروح الجهاز التناسلي وزوائد الجهاز التناسلي وحلأ الجهاز التناسلي، الاتصال طريق عن المنقولة المعدية بالأمراض للإصابة التعرض معدل الجنسي تفيد تقديرات منظمة الصحة العالمية بأن 340 مليون حالة جديدة من حالات الإصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي سجلت وقد سجل أكبر عدد من الحالات الجديدة في آسيا تليها أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والواقع أن أعلى معدلات إصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي توجد بوجه عام بين رجال ونساء الحضر في أكثر سنوات عمرهم نشاطاً من الناحية الجنسية أي بين سن 15 إلى 35 عاماً، وتصاب المرأة بالعدوى في عمر أقل من عمر الرجل .

ويتهدد المراهقين، بوجه خاص، خطر التعرض للإصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وبفيروس نقص المناعة البشرية لأن علاقاتهم الجنسية غالباً ما تكون بلا تخطيط وتكون متقطعة وأحياناً ما تأتي نتيجة للضغط أو استعمال القوة، فعادة ما تنشأ علاقاتهم الجنسية قبل أن تتوفر لهم الخبرة والمهارة لحماية أنفسهم وقبل أن تتوفر لديهم معلومات كافية عن الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وأن تتاح لهم الإمكانيات الكافية للحصول على الخدمات المتصلة بتلك الأمراض وعلى لوازهم من الرفالات. فمثلاً، يتبين من عدد من الدراسات أن حداثة السن كانت في حد ذاتها مؤشراً مستقلاً ينبئ، بعد استبعاد العوامل السلوكية، بإمكانية الإصابة بالحرشف البرعمية والواقع أن المراهقات يكن لأسباب بيولوجية واجتماعية واقتصادية أقل مناعة من الشباب والبالغين فهن يتعرضن، بصفة خاصة،

للإصابة بأمراض عنق الرحم بسبب عدم اكتمال النمو الفسيولوجي للحاجز الطبيعي المقاوم للعدوى) عنق الرحم كما أن المراهقات يكن، لأسباب اجتماعية واقتصادية، أقل مناعة من الشباب والبالغين فمثلا يرتبط النشاط الجنسي المبكر، أي قبل نزول الطمس، كما هو الحال في زواج الفتيات الصغار، بزيادة معدلات انتشار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومرض التهابات الحوض ولا يستخدم كثير من المراهقين وسائل منع الحمل العازلة إما بسبب الجهل أو لأن الحصول عليها محدود لأسباب اجتماعية و/أو اقتصادية، وبالإضافة إلى ذلك، هناك فئات يمكن تحديدها لديها معدلات مرتفعة أو متزايدة من معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو هي، كما تبين معلومات الصحة العامة، أشد تعرضا للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وتتسم الفئات الأخيرة بعوامل مثل التاريخ المحلي للوباء والفقر والسن والممارسات الجنسية والسلوك في استخدام المخدرات وسبل المعيشة ومكان المؤسسات والهيكل الاجتماعي المهترئة وتنقلات السكان أو غير ذلك ومع استهداف توفير الرعاية لجميع فئات السكان المستضعفين المعرضين للإصابة بالأمراض أنفة الذكر ينبغي توفير الخدمات الصحية المناسبة والمقبولة الميسور الحصول عليها وذلك مع الحرص بقدر أكبر على عدم وصم أولئك الأفراد.

10-2-الاتجاهات في الامراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

غالبا ما لا يعرف الحجم الحقيقي للعبء الذي تمثله الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي على الصعيد الوطني. فعلى الرغم من وجود نظم سلبية لمراقبة هذه الأمراض في بعض البلدان، فإن البيانات المتاحة ليست موثوقة أو وافية في جميع الأحيان، وتتوقف نوعية البيانات والتقدير المتاح ومدى كمالها على نوعية الخدمات المقدمة للمصابين بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومدى إقبال هؤلاء المرضى على خدمات الرعاية الصحية، ومدى استقصاء الحالات المرضية، ودقة التشخيص وجودة الإبلاغ وثمة أكثر من 20 مسببا من مسببات الأمراض التي تنتقل عن طريق الجماع ويمكن الشفاء من العديد منها باتباع العلاج المناسب المضاد للجراثيم غير أنه رغم توافر علاجات فعالة، فإن الأمراض الجرثومية المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي لا زالت تشكل شاعلا رئيسيا من شواغل الصحة العامة في كل من البلدان الصناعية والبلدان النامية على السواء، ويعتبر مرض الزهري المثال الكلاسيكي الذي يعطى للاستدلال على إمكانية التحكم بنجاح في مرض معد منقول عن طريق الاتصال الجنسي من خلال اعتماد تدابير الصحة العامة وذلك نظرا لتوافر فحوص دقيقة لتشخيصه وعلاج فعال يمكن الحصول عليه بأسعار معقولة، وتعد فحوص اكتشاف الزهري التي تجرى للحوامل وتوفير العلاج اللازم لهن أنجع سبيل للوقاية من داء الزهري الخلقي، وتسجل الولايات المتحدة منذ عام 1992 انخفاضا في معدلات الإصابة بداء الزهري ولا زالت معدلات الإصابة هذا الداء منخفضة في أوروبا الغربية، غير أنها بلغت درجة الوباء في أوروبا الشرقية ودول الاتحاد السوفياتي السابق المستقلة حديثا.

وظلت مرتفعة في آسيا وأفريقيا، أما مرض السيلان، وهو من الأمراض المعدية المنقولة بالاتصال الجنسي الشائعة، لا سيما في البلدان النامية، فغالبا ما يكون عديم الأعراض لدى 80% من النساء و10% أو أكثر من الرجال وهو يصيب أساسا المسلك التناسلي، غير أنه قد يصيب غيره من الأعضاء كالعينين والمستقيم والمفاصل ويعتبر سببا هاما من أسباب العقم والعمى لدى حديثي الولادة، ويتراوح معدل تفشي مرض السيلان في أوساط النساء اللاتي يترددن على العيادات قبل الولادة في بعض البلدان النامية، كجامايكا وملاوي مثلا، بين 15 و 20 في المائة. وبالمقابل، تسجل بعض بلدان أوروبا، كالسويد مثلا، انخفاضا مطردا في عدد المصابين بهذا المرض بفضل التدابير الوقائية التي تتخذها والتي تستند إلى المعلومات. حيث سجلت زيادة في عدد المصابين وذلك لأول مرة منذ عام 1976 والفئات الأساسية المصابة هي المراهقون من ذوي الميول الجنسية الغيرية والرجال من ذوي الميول الجنسية.

ويعتبر مرض الحراشف البرعمية من الأسباب الشائعة لانتشار التهابات المبال غير المتعلقة بالمكورات البنية لدى الرجال والالتهابات الحوضية التي تنطوي على خطر الإصابة بالعقم لدى النساء. وتلاحظ أعلى معدلات الإصابة بمرض الحراشف البرعمية ويبرز ارتباطه أهمية فحص النساء الشابات الناشطات جنسيا لوقايتهن من الإصابة بالعقم غير أن الموارد اللازمة لكشف مرض الحراشف البرعمية غير متاحة في معظم البلدان، وفي الولايات المتحدة، يعتبر هذا المرض أكثر الأمراض المعدية المبلغ عنها شيوعا، وظلت معدلات انتشار وتفشي هذا المرض منخفضة في بلدان شمال أوروبا نتيجة تنفيذ برامج واسعة النطاق للكشف عن هذا المرض ويعتبر داء الوحيدات المشعرة من الأسباب الشائعة للإفرازات المهبلية لدى النساء وغالبا ما لا تكون له أي أعراض لدى الرجال، غير أنه قد يسبب التهاب المبال غير المتعلق بالمكورات البنية. ورغم أن هذا الداء يعتبر من أكثر الأمراض المعدية المنقولة بالاتصال الجنسي قابلية للشفاء، فإن البيانات عن تفشيه والإصابة به قليلة.

10-3-الوقاية والرعاية

إن الهدف من برامج الرعاية والوقاية من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي هو الحد من انتشار هذه الأمراض من خلال الحد من انتقالها، وتقليل مدة الإصابة بها، ومنع ظهور مضاعفات لدى المصابين بها، وتساعد الوقاية الأولية على تجنب العدوى والمرض الناتج عنها. ويجري ترويج برامج الوقاية الأولية عن طريق التوعية الصحية وتشتمل على تشجيع عدة ممارسات منها السلوك الجنسي الآمن، بما في ذلك استخدام الرافلات والامتناع، وتنطبق رسائل التوعية بشأن الوقاية الأولية بنفس القدر على داء فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وتنطوي الوقاية الثانوية على معالجة المصابين بهذه الأمراض لمنع انتقالها إلى آخرين، وباستثناء فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض الفيروسية المعدية المنقولة عن طريق

الاتصال الجنسي، فإن العلاج المتاح يشفي العدوى ويحد من انتقال المرض بجعل المريض شخصا غير معد للآخرين ومن شأن برامج الوقاية الثانوية أيضا تعزيز مكافحة الأمراض الفيروسية المعدية عن طريق تقديم المشورة لمنع انتقال المرض وربما بتقديم علاج لا يشفي المصاب من المرض غير أنه قد يحد من عدواه ويعتبر التصدي الفعال للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من اللبانات الأساسية لمكافحة هذه الأمراض إذ يحد من انتقال العدوى ويحول دون ظهور أي مضاعفات أو عواقب. ولذلك، فإن الاستفادة المصابين بهذه الأمراض من العلاج

المناسب في أول زيارة يقومون بها لأحد مقدمي الرعاية الصحية تعتبر تدبيرا هاما من تدابير الصحة العامة، وحينما يتعلق الأمر بمراقبين، فقد يؤثر ذلك في سلوكهم الجنسي في المستقبل وفي طرق التماس العلاج في مرحلة حرجة من النمو والتشخيص المختبري للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أمر مثالي، غير أنه صعب في العديد من الأماكن، وهو ينطوي على عراقيل منها الوقت والموارد وإمكانية الحصول على العلاج، وفي الأماكن التي توجد بها مرافق مختبرية، لا بد من توافر موظفين مؤهلين حصلوا على ما يكفي من التدريب على طرق تتطلب

تقنيات عالية ولا بد أن يكون إنشاء مراقبة خارجية للنوعية أمرا إلزاميا وقد تبين أن أي تشخيص سريري لمسببات الأمراض استنادا إلى الخبرة السريرية للطبيب غالبا ما لا يكون تشخيصا دقيقا مهما كانت خبرة الأخصائيين في الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فهم يفشلون في التشخيص الصحيح إما لحدوث إصابة بأكثر من مرض معد في وقت واحد أو لوجود أشكال غير نمطية في بعض الحالات، وثمة طريقة ثالثة، تتمثل في تشخيص المتلازمات المتصلة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، وقد طورت وروج لها في عدد كبير من البلدان النامية، وتستند إلى تحديد مجموعات متجانسة من الأعراض والعلامات المميزة متلازمات، وتوفير العلاج الذي من شأنه أن يواجه معظم الكائنات أو أكثر الكائنات المسؤولة عن ظهور المتلازمة خطيرة، وميزة هذه الطريقة أنها رخيصة وفعالة وتتيح العلاج فورا، مما يؤدي إلى انخفاض معدل العدوى بالأمراض والمضاعفات، بيد أنه ينبغي أن موازنة القدرة على علاج أكبر عدد ممكن من المصابين في مواجهة خطر الإفراط في العلاج، وللحد من ظاهرة الإفراط في العلاج، أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة تكييف المبادئ التوجيهية للتصدي للأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي على نحو مناسب تعكس تفشي الحالات الوبائية الوطنية.

وتؤدي الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي إلى حالات مرضية خطيرة ووفيات كثيرة في العالم. ويجري على مدى سنوات عديدة تحديد العناصر الأساسية لمكافحة هذه الأمراض ويعتبر العلاج من أي مرض معد منقول عن طري الاتصال الجنسي عملية فعالة جدا من حيث التكلفة، ويكمن التحدي في تنفيذ العمليات التي تثبتت فعاليتها على الصعيد القطري.

خلاصة الفصل

رغم الأهمية التي توليها جميع الدول برعاية منظمة الأمم المتحدة في مجال نشر الوعي حول تطبيق مجالات الصحة الإنجابية في مختلف الدول وخاصة التي تعرف نسب مرتفعة من الشباب وارتفاع عدد الإصابات بالأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي ومن أشهرها السيدا، وارتفاع نسبة وفيات الأمهات والأطفال، إلا أن الواقع المعاش لهذه الدول لا يعكس الحقيقة الاجتماعية والصحية التي تعيشها هذه المجتمعات نظرا لنقص الدراسات الميدانية عن واقع تطبيق الصحة الإنجابية، واستعمال هذه الدول لوسائل منع الحمل و الطرق التي تتوفر لديها و إمكانية الحصول عليها على نظيراتها في الدول المتقدمة، و ترجع معظم الأسباب الى التوعية و نقص المعارف حيث لا توجد برامج وطنية وحكومية موجهة للشباب حول الصحة الجنسية والإنجابية، باستثناء بعض الدول، ونقص في المعلومات السكانية التي تبنى عليها تلك البرامج. وعلى الرغم من التأكيد الدائم على أهمية التكامل والترابط الأسري في حماية الشباب، إلا أن الشباب يعانون من نقص المعلومات وقلة مصادرها التي يمكنهم اللجوء إليها، بل أن المناهج الدراسية في مناهج التعليم النظامي تفتقد وجود مثل تلك المواضيع التعليمية، وحتى إن وجدت، يتخطاها المدرسون غير المؤهلين ويتجنبون الخوض فيها.

وهذا ما تهدف له هذه الدراسة من خلال كشف معارف الشباب نحو الصحة الإنجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي

الفصل الثالث: وجهة النظر البيولوجية والطبية للسيدا

تمهيد

المطلب الأول: تشخيص مرض السيدا والتصنيف المرضي

- 1- تعريف مرض السيدا SIDA/VIH
- 2- المظاهر السريرية
- 3- أهم الأعراض السريرية
- 4- التشخيص المخبري للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري
- 5- طرق انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري VIH
- 6- أساليب الوقاية والعلاج

المطلب الثاني: جذور وأصل مرض السيدا

- 1- نشأته
- 2- وضعية السيدا في العالم
 1. انتشار السيدا في البلدان الغربية
 2. انتشار السيدا في البلدان العربية
 3. انتشار السيدا في الجزائر

تمهيد:

أثبتت الدراسات الطبية وخاصة بظهور اكتشافات باستور أن العديد من الأمراض المعدية مرتبطة بالعوامل البيئية كما توضح هذه الدراسات أن المرض هو نتيجة أسباب وعوامل بيولوجية تمس مختلف الأجهزة العضوية للجسم نتيجة لفعل جرثومة تؤثر على التوازن البيولوجي، وعلى مختلف وظائف الجسم وأن تشخيص ومعرفة الميكانيزم البيولوجي المرتبط بالجراثيم يفتح مجال للبحث عن أساليب الوقاية والحد من تطور وانتشار المرض، فبالتطور التكنولوجي في المجال الطبي وانتشار الأمراض المعدية وخاصة مرض السيدا ذهب الكثير من علماء البيولوجية والطب إلى دراسة السيدا وتشخيص طبيعته ومدى تطوره. وقد تعددت النظريات والآراء والأفكار في تحديد ماهيته وأسبابه وكان كل من روبرت قالوا Robert Gallo سنة 1970م ولوك مونتاني Luc Montagnier سنة 1982-1984م أول باحثين في فرنسا من اكتشفوا الفيروس المسبب لمرض السيدا أي فيروس العوز المناعي البشري (VIH)، فهذا الاكتشاف ساعد على تشخيص المرض ومعرفة اللقاح ضد تطوره والكشف عن أسبابه وعن أساليب الوقاية منه، ولهذا فمن الضروري التعريف بالسيدا وتصنيفه طبيا.

1-تشخيص مرض السيدا والتصنيف المرضي

1- تعريف مرض السيدا SIDA/VIH:

إن مرض متلازمة عوز المناعة المكتسب (SIDA/VIH) هو مرض خطير ويستمد خطورته من فيروس المسبب له ويسمى بالإنجليزية HIV وهي الأحرف الأولى من الكلمات التالية: (Human Immune Deficiency Virus) والتي أطلقها عليه علماء أمريكيون وبالفرنسية VIH الذي يضرب جهاز المناعة، ومعناه بالفرنسية Le Virus D'immuno Défiance Humaine، فهو قادر على تدمير الخلايا للمفاوية T، والتي تعتبر الخلايا الرئيسية في جهاز 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 وتسمى في الطب بالأمراض الانتهازية Maladies Opportunistes¹.

وسميت هذه الأمراض بالانتهازية، لأنها بالفعل تنتهز فرصة نادرة في جسم 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 (الفيروسية) إلى الآخرين خلال فترة قصيرة من تاريخ عدواه به، وحتى قبل أن يكون اختبار الأجسام المضادة إيجابياً.

وقد اكتشف حتى هذه اللحظة جيلين من هذا الفيروس² هما: الفيروس التائي الانحياز البشري الأول (HIV رقم 1) من طرف فريق من الباحثين بقيادة (غالو) عام 1970، بحيث يجمع هذا الفيروس للمفاوية التائية في الدم، كما يسبب سرطاناً نادراً شديداً الخبث يدعى ابيضاض الخلايا التائية البالغة (ATL).

كما أن فيروس (HIV رقم 1) يحتوي على ثلاث مجموعات: M.O.N بحيث المجموعة M تحتوي على الأقل عشرة أنماط جنسية فرعية للفيروس (HIV رقم 1)³. ويختلف انتشار هذه الأنماط بين المناطق الجغرافية المختلفة، إذ ينتشر النمط B في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية والنمط A في إفريقيا، كما تدل البيانات المتوفرة من بعض دول الإقليم أن النمط B هو المنتشر في مصر وسوريا.

كما قام (مونتانيه) في عام 1975 باكتشاف فيروس جديد سمي ب: الفيروس التائي الانحياز البشري الثاني (HIV رقم 2) الذي له صلة بـ (HIV رقم 1)، والذي هو الفيروس المسؤول عن وباء الإيدز الرئيسي، ومن المحتمل أن يسبب بعض الحالات من المرض يدعى ابيضاض الخلية الشعرية، وكذلك أمراض ابيضاض الخلية التائية والأورام للمفاوية، وهذان الفيروسان متشابهان في بنيتهما العامة،

1- معن مظهر ريشا، الإيدز، أسبابه، علاجه، الوقاية منه، دار الكتب العالمية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1991، ص35.

2- ياسين عبد اللطيف، الإيدز أسبابه والوقاية منه وآثاره النفسية والاجتماعية، مطبعة الكتاب العربي، دمشق، الطبعة الأولى، 1993، ص. 30-34.

3- محمد حلمي وهدان، وبائيات متلازم العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، مرجع سابق، ص12.

وباستطاعة كل منهما أن يسبب الإيدز، وهذا راجع لكون فيروس الإيدز القهقري الفرنسي LAV هو المصدر الأول والأصل لفيروس الإيدز القهقري الأمريكي.

والذي اكتشف فيما بعد من قبل مجموعة غالو كما أكدت نتائج بعض الأبحاث أن فيروس الـ LAV الفرنسي وفيروس الـ HTLV III الأمريكي هما اسمان لفيروس واحد، وبعدها غيرت اللجنة العالمية اسم هذا الفيروس ليصبح HIV أي فيروس العوز المناعي البشري وذلك منعا للفوضى واختصار للمشاكل. أما المرض فيسمى الإيدز AIDS بالإنجليزية أو السيدا SIDA بالفرنسية وهي الحروف الأولى من الجملة الفرنسية Syndrome D'Immune Défiance Humain أو بالإنجليزية Acquire D'Immune Deficiency Syndrome، وترجمة هذا الاسم إلى اللغة العربية¹ سيكون متلازمة العوز المناعي المكتسب ويعني ذلك من الناحية الطبية:

متلازمة: تعني مجموعة من الأعراض التي تميز مرضا معينا.

العوز المناعي: يعني الضعف الشديد في الجهاز المناعي الأمر الذي يجعل جسم الإنسان عرضة للكثير من الأمراض والأورام السرطانية.

المكتب: يعني إن المرض يطرأ على الجسم وهو ليس وراثيا أو مرضا يتولد من تلقاء نفسه بل يكتسبه بفعل عوامل طارئة، إن هذه التسمية التي أطلقت على هذا المرض تختلف حسب المدارس الطبية، ففي أوروبا يقوم هذا التعريف على القياس البيولوجي، أو البارومتري لتطور المرض²، حيث يقسم المرض إلى مراحل أربعة تبدأ من لحظة العدوى المبدئية بالفيروس حتى الوفاة التي هي النهاية الحتمية للمرض وهي 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 الإيدز من عينات دم هؤلاء المرضى في فترة من 2-7 أسابيع بعد التعرض للعدوى.

- **المرحلة الثانية:** ويسمى فيها الشخص أنه حامل للفيروس Porteur Asymptomatique، وهو يحمل الفيروس دون أي أعراض إكلينيكية³، وفي هذه المرحلة يمكن أن تنتقل العدوى إلى الأشخاص الآخرين.

كما أثبتت الدراسات الطبية والمعملية أنه عن طريق العلاج بالأدوية من نوع AZT أو DDI يمكن إطالة هذه الفترة الصامتة التي يسمى الشخص خلالها Séropositive أنه معدي وليس مريضا.

1- عبد علي الخفاف، جغرافية الإيدز في العالم، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الطبعة الأولى، 1999، ص65.
2- أحمد السعيد الزقرد، تعويض ضحايا مرض الإيدز والتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007، ص21.
3- نفس المرجع، ص22.

- **المرحلة الثالثة:** ويسمى فيها الشخص بالادينوباتس، وهي تمتد بدورها للمرحلة الرابعة التي تنقسم إلى خمسة مراحل من أ إلى هـ أو A-E طبقاً لتفاهم الألام والأعراض المرضية، وفيها يظهر السرطان والتهابات الرئة نتيجة انخفاض مستوى الخلايا للمفاوية السعترية T- Helper-Lymphocyte وتكون الغدد للمفاوية أكثر الأعراض شيوعاً.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن التعريف الذي تبنته سنة 1993 قد قام على القياس مدى انخفاض، أو انحدار نسبة الدفاع المناعي للجسم اعتباراً من اللحظة التي يقل فيها مستوى الخلايا للمفاوية السعترية Lymphocyte-T4 عن 200 في المليمتر المكعب¹، 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 للمفاوية السعترية قد انخفض إلى 100 مليمتر المكعب وباختصار يمر مريض بالإيدز (السيدا) بمرحلتين:

- **المرحلة الأولى:** وهي الفترة الصامتة ويكون المصاب خلالها حاملاً للفيروس Séropositive قادر لنقل العدوى إلى الآخرين لأن الفيروس المسبب للمرض يتخفى ويتلون ولا يظهر إلا بعد فترة طويلة قد تمتد 12 سنة كما أثبتت الأبحاث أن الفيروس ينتمي إلى عائلة الفيروس المتراجع وهو Rétrovirus وهو الأخطر لأنه يتغير وينقلب من وقت لآخر، وللفيروس قدرة كبيرة على تغيير تركيبة الجيني Mutation ثم إن الكثير من الصفات التركيبية والمكونات التحليلية لهذا الفيروس لا تزال مجهولة ولا يتشابه معه في ذات الخصائص إلا الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي الوبائي VHC.

- **المرحلة الثانية:** وفيها قد يدخل الشخص طور المرض الفعلي SIDA-AIDS وذلك عندما ينشط لفيروس ليهدم جهاز المناعة.

2- المظاهر السريرية:

المظاهر السريرية للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري تبد ومعقدة بصورة متزايدة، فهي تضم مظاهر ناجمة عن الأمراض الانتهازية ويمكن تقسيم العدوى بالفيروس إلى مراحل، وتشمل هذه المراحل: المرض الحاد ودور الكمون والاعتلال العقدي للمفاوي المنتشر والمستديم PGL، والمتلازمة المرتبطة بالإيدز ARC ومرض الإيدز².

- **مرحلة المرض الحاد:** عقد العدوى وبعد مدة قصيرة تستغرق حوالي 3-4 أسابيع يعني 50 إلى 80% من المصابين بالعدوى متلازمة سريرية حادة تتميز بمظاهر عمومية مثل الحمى المفاجئة واعتلال العقد للمفاوية والتي تؤدي إلى الألام والتعب والصداع. وتبقى هذه المظاهر أسبوعين أو ثلاثة ثم تختفي

1- مرجع سابق، ص25.

2- محمد حلمي وهدان، مرجع سابق، ص13.

وتعود الحالة العامة إلى طبيعتها وعادة ما يكون الفحص المخبري لاكتشاف الأجسام المضادة سلبيا حيث أن تحول المصلي يحدث عادة بعد العدوى بمدة تتراوح بين 6 أسابيع و12 أسبوعا.

- **دور الكمون:** يلي المرض الحاد عادة كمون يستغرق مدة تتراوح بين شهور وسنوات، وفي خلال هذه المدة يتكاثر الفيروس ويصيب من اللمفاويات ويكون مستوى الأجسام المضاد مرتفعا، بينما يكون مستوى الفيروسات منخفضة وخلال هذه المدة يبدو المصاب بحالة طبيعية وبصحة جيدة.

- **مرحلة الاعتلال العقدي اللمفية المنتشر والمستديم PGL:** بعد مرور الكمون على شكل اعتلال منتشر ومستديم في العقد اللمفاوية، فالمريض الحامل للفيروس تتضخم عقده اللمفاوية، فيزداد قطرها على السنتمتر وذلك في موضعين أو أكثر خارج الاربية، وتدوم الحالة ثلاثة أشهر على الأقل مع عدم وجود مرض آخر وقد يتراجع حجم العقد اللمفية ببطء أثناء هذه المدة.

- **مرحلة المتلازمة المرتبطة بالإيدز ARC:** في هذه المرحلة تتطور الحالة إلا أن الأعراض والاضطرابات المناعية تكون أقل وخامة، وعلى خلاف مرض السيدا، لا تظهر في هؤلاء أمراض انتهازية ولا أورام خبيثة، ويصاب كثيرون ممن لديهم هذه المتلازمة ARC بأفات مخاطية جلدية لها أهميتها في التشخيص المبكر للسيدا أو المتلازم المرتبط به كأورام الفم وأعضاء التناسل والإسهال المستديم دون معرفة سبب نوعي للإسهال.

- **مرحلة الإيدز:** يمثل الإيدز أو السيدا آخر وأشد المراحل السريرية (الإكلينيكية) للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري وتظهر على مرضى السيدا نفس العلامات والأعراض التي تظهر على مرضى المتلازمة المرتبطة بالإيدز ARC ولكن مظهرها يصبح أشد وضوحا ويصاب كثيرون من مرضى الإيدز باضطرابات وظيفية عصبية ونفسية في مراحل متأخرة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري، ولقد تبين من الصفة التشريحية لحالات الإيدز المكتمل أن الجهاز العصبي المركزي في نسبة كبيرة من الحالات.

3- أهم الأعراض السريرية:

إن المصاب بمرض السيدا تظهر عليه الأعراض التالية¹:

- التعب الشديد والوهن والانحطاط، والشحوب، وظهور بعض الشلول الدماغية ونقص المقوية العضلية.

- ارتفاع درجة الحرارة والتعرق الليلي بسبب اضطراب المراكز 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.

1- محي الدين كالمو العلي، الإيدز والأمراض الجنسية، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، الطبعة الثانية، 1989، ص95.

- ضخامة العقد اللمفاوية وتخرب الجهاز المناعي، وخاصة الخلايا اللمفاوية T4 وهي المسؤولة عن المناعة، فتبلغ T8/T4 أقل من واحد.

- اضطرابات متنوعة، نفسية، هضمية، جلدية، عصبية.

4- التشخيص المخبري للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري:

تشمل الخدمات المخبرية لتشخيص العدوى بفيروس العوز المناعي البشري الطرق التالية:

- الاختبارات المصلية بحثاً عن أضداد الفيروس.

- اكتشاف المستضدات أو المكونات الفيروسية.

- عزل فيروس العوز المناعي البشري وتميزه.

وتعتبر طريقة الاختبارات المصلية لاكتشاف أضداد الفيروس العوز المناعي البشري أكثر الطرق انتشاراً لتشخيص العدوى⁽¹⁾، أما باقي الطرق المذكورة سابقاً فهي تجري إلا في المختبرات المتخصصة ومراكز البحوث، في حين يعتبر مقياس إيلزا ELISA الذي استعمل عام 1985 هو أكثر الطرق استعمالاً في الوقت الحاضر لاكتشاف الأضداد النوعية للفيروس في المخبر، وكما أن اختبارات التحري Screening الأخرى مثل اختبارات ترضي الجسيمات والبقع المناعية متاحة أيضاً للاستعمال الروتيني، ويمكن إجراؤها أحياناً في أقل من عشرة دقائق ويمكن قراءة نتائجها بالعين المجردة إلا أنها تكلف أكثر مما تكلفه اختبارات إيلزا.

5- طرق انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري VIH:

لقد تم اكتشاف وعزل فيروس العوز المناعي البشري VIH من دم ومن مصل ومن سوائل الجسم المختلفة بما فيها المنى، وسائل عنق الرحم والمهبل ولبن الثدي والدموع واللعاب وأن عزل الفيروس من أحد سوائل الجسم لا يعني حتماً أن لهذا السائل شأناً في نقل العدوى، إلا أن الدراسات الوبائية التفصيلية التي أجريت في شتى أنحاء العالم قد أثبتت أن العدوى تغزوا بوجه خاص إلى الدم والمنى والإفرازات عنق الرحم والمهبل كما أوضحت جميع الدراسات الوبائية أن العدوى تنتقل بثلاث طرق رئيسية 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- محمد حلمي وهدان، مرجع سابق، ص19.

1. الاتصالات الجنسية:

إن انتقال العدوى عن طريق الاتصال الجنسي بشخص يمل الفيروس تعد أكثر الطرق شيوعا لانتقال السيدا والأرجح أنه يسبب 90% من حالات العدوى¹، وإن 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 الذي يمثل 90% من مجموع المصابين، وكذا وجود نشاطات جنسية شاذة ودعارة جنسية كثيرة وهذا يتمشى أيضا مع وجود شروط وظروف خاصة مشجعة لهذا السلوك². وهذا طبعا بعيدا عن الطبيعة الإنسانية والفطرة الإلهية كما تؤكد الدراسات أن 70-80% من المصابين هم من الرجال و30% منهم اللواطون الذين يأتون الذكور أمثالهم، ومنهم فئة يكون الذكر فيها فاعلا ومفعول به في نفس الوقت، في حين أصبح الشذوذ الجنسي عندهم عادة وتسلية أمام الذين يأتون النساء في أديارهم فيشكلون 10% تقريبا وغالبا ما يكون هؤلاء الشاذون مدمنين على المخدرات والكحول³.

- **الأزواج الذين يمارسون الحياة الجنسية الطبيعية:** تمثل نسبتهم 60% بحيث يكون أحد الزوجين قد أصيب بالسيدا بسبب الزنا والدعارة مع شريك آخر غير زوجه وهذه النسبة آخذة بالارتفاع في كل أنحاء العالم وبالأخص 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 ما بين 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 بالقاحة، فالذين يتلقون وحدة واحدة من دم شخص مصاب بالفيروس يتعرضون بشدة للعدوى بنسبة 90% تقريبا، وقد تبين حتى الآن أن ما يؤدي إلى عدوى بالفيروس هو الدم الكامل ومكوناته الخلوية (الكريات) والبلازما وعوامل التجلط ولم تثبت العدوى بالمشتقات والأخرى المستحضرة من الدم (الغلوبولينات المناعية، والألبومين وأجزاء بروتين البلازما) كما أكدت الدراسات أن العدوى من شخص مريض إلى آخر سليم يحدث عادة عبر بنوك الدم أو 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

1- عبد علي الحفاف، مرجع سابق، ص73.

2- أحمد السعيد الزقرد، مرجع سابق، ص13.

3- محي الدين طالو العلي، مرجع سابق، ص48.

وبطريق غير مباشر من خلال ارتباطها بالبغاء، أو عن طريق الخطأ الطبي وحتى بعد اكتشاف حقن البلاستيك التي تعطى مرة واحدة، تبقى عوامل انتقال العدوى قائمة في عيادات الأسنان مثلا، وفي استخدام الآلات والأدوات الجراحية غير المعقمة أو الملوثة بالفيروس.

- **نقل الدم عبر بنوك الدم:** تنتقل العدوى من خلال نقل الدم أو أحد مركباته إن كان صاحب هذا الدم مصابا بفيروس السيدا وعملية نقل الدم ضرورية لإنقاذ المريض كما هو الحال في مرض سيولة الدم Hemophilia الذي ينشأ عن نقص في المدة البروتينية التي تساعد على تجلط الدم فإذا كان الدم المنقول ملوث بفيروس السيدا⁽¹⁾، فغن ذلك يؤدي إلى إصابة الشخص بالمرض، كذلك فإن نقل الدم يعد أمرا حيويا في العمليات الجراحية الكبيرة وحوادث الطريق... الخ، بالإضافة إلى ذلك أن من يتطوع بدمه إلى بنك الدم يظل مجهول الهوية بالنسبة لم ينقل إليه الدم ولكن مع الإجراءات الوقائية أصبح من الضروري تسجيل اسم أو هوية المتطوع، وذلك بتسجيل أسمائهم في مراكز الدم عند الضرورة، ومن تم يمكن التخلص من الدماء الملوثة أو المشكوك فيها ثم يسجل اسم المتطوع صاحب الدم الملوث في قائمة الممنوعين من قبول دمائهم، ولهذا في الآونة الأخيرة وبفضل الوقاية ومراقبة الدم عبر بنوك الدم أصبحت هذه الطريقة لا تشكل مصدر انتقال العدوى في حين أصبحت مشكلة الإدمان على المخدرات ذات صلة شديدة بانتشار السيدا مباشرة عن طريق استعمال الحقن والإبر الملوثة في حالة تعاطي العقاقير الوريدية، وقد وجد أن 18-20% من حالات السيدا كانت العدوى تنتقل عن طريق حقن الوريدية أو حتى العضلية تحت الجلد.

3. انتقال العدوى من الأم إلى الجنين:

يحدث هذا النمط من العدوى أثناء الولادة، قبل ميلاد الجنين أو أثناءها أو بعده بقليل وعلى الرغم من تأكيد انتقال العدوى في هذه الفترات الثلاثة فإن الأهمية النسبية لكل منها لم تتحدد بعد. وعليه فإن 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 ذلك إذا كانت الأم قد دخلت مرحلة المرض الفعلي، كما تؤكد الدراسات الطبية أن أعراض وعلامات المرض سرعان ما تظهر وتتطور عند الطفل الوليد وأن 50% من هؤلاء الأطفال يدخلون في المرض فورا ويموتون في عمر ثلاث سنوات في أوروبا وسنة واحدة في إفريقيا⁽²⁾، ومن الممكن أن ينتقل الفيروس من المرضع أو الأم غير المرضع أيضا إذا كانت فرص التماس بينهما كثيرة، وهناك 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 المرأة مصابة بالإيدز ينتج عن ذلك طفل مصاب، وكننتيجة مما سبق ذكره إن معظم الدراسات أن فيروس السيدا ينتقل عن طريق الجنس بنسبة 77% وأن

1- أحمد السعيد الزقرد، مرجع سابق، ص19.

2- محي الدين طالو العلي، مرجع سابق، ص49.

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 ونسبة 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 لآخر وحتى من مجتمع محلي لآخر داخل القطر الواحد، كما لم تتوفر بيانات تشير إلى انتقال المرض عن طريق الحشرات أو الطعام أو الماء أو دورة المياه أو حمامات السباحة أو المقاعد أو الدموع أو أدوات الأكل والشرب المشترك وغيرها من الأشياء مثل الملابس المستعملة أو أجهزة الهاتف، وهذا ما دلت عليه التجارب والأبحاث العلمية والتي تؤكد على أن الفيروس المسبب للسيدا ضعيف جدا خارج الجسم.

6- أساليب الوقاية والعلاج:

1. أساليب العلاج:

نظرا لخطورة مرض السيدا ومدى انتشاره أصبح الفرد (السليم، المريض) دائما في الحاجة إلى المساعدة الطبية للقضاء أو الحد من المرض وكذا إلى معرفة المزيد عن أساليب الوقاية والعلاج كل هذه الوقائع دفعت بالعلماء والعاملين في هذا المضمار إلى البحث عن مصدر هذا الفيروس ومساعدة المصابين للحصول على علاج، فكانت أساليب معالجة العدوى بفيروس العوز المناعي البشري ومرض السيدا تشمل ثلاث مجالات رئيسية⁽¹⁾ وهي:

أ. الأدوية الكابت للعدوى بفيروس العوز المناعي: وتشمل على

- كالازيدوثيميدين AZT وثنائي ديوكسي سيتيديين DDC وثنائي ديوكسي انوزين DDL، فهذه الأدوية تعمل على تثبط مفعول أنزيم الانتساخ العكسي وبالتالي تؤثر على عملية انتساخ إلا أن هذا الدواء لا يمكنه إطالة الحياة ولا أن يؤجل بداية حالة الإيدز لدى المصابين بعدوى الفيروس، وذلك يعني أن فائدة الدواء محدودة بفترة زمنية قصيرة، وأن أكبر المستفيدين هم ذوو الأعراض وممن لديهم أعداد منخفضة من خلايا CD4.

- المعالجة بالأدوية الثلاثة: أي دواءين من مثبطات أنزيم الانتساخ العكسي (ازيدوثيميدين + لاميفودين 3TC وديدانوزرين DDI) واحد مثبطات البروتينات (ساكوينافير وريتونافير واندينافير) وقد تبين من النتائج الأولية أن لهذا المقرر العلاجي آثار بيولوجية مثيرة (تتناقص الفيروس إلى حد لا يمكن اكتشافه) وتحسين في الحالة السريرية لمدة تزيد على 12 شهر.

- الأدوية التي تثبط تجهيز البروتين الفيروسي وتمنع تنسخ الفيروسات وأن بعض هذه الأدوية متاحة الآن في الأسواق، وهي نيرافير (ريتونافير) وبيكسيفان (اندينافير) وانفاريز (ساكوينافير) والدواء الجديد المسمى ABT378.

1- محمد حلمي وهدان، مرجع سابق، ص20.

- الأدوية التي لا تعرف بليات فاعليتها لا تعرف طريقة تأثير بعض المركبات التي يعلن أنها تثبط تنسخ الفيروس مثل ريبافيرين، وامفو تريسين ب، وبنسيلامين د، وبابا فرين، وغيرها.

ب. الأدوية التي تحسن الوظائف المناعية للمصاب: وتشمل استعمال منشطات المناعة مثل انترليوكين -2، وانترفيرون غاما، ورهونات التوتة وغير ذلك من المواد والتي تؤدي إلى زيادة قدرة مرضى السيدا على مقاومة الأمراض الانتهازية.

ج. أدوية معالجة الأمراض والأورام المرتبطة بالسيدا: توصل العلماء إلى طرق جديدة لمنع أو معالجة بعض المضعفات الشائعة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري كمعالجة الإسهال المزمن بأقراص ترايمثوريم، سالفاميثوكسازول 500 مغ وكذا حالات الالتهاب الرئوي يعطي الكوتريمكسازول والبنتاميدين الوريدي، وتجدر الملاحظة أن المعالجة بمضادات الحيوية والكيميائية العلاجية غالبا ما تكون أقل ناجحة منها في الأصحاء وعادة ما تنتكس الحالة بمجرد توقف المرضى عن تناول العلاج.

2. أساليب الوقاية:

من الثوابت العلمية الواضحة، أن انتقال فيروس العوز المناعي البشري بواسطة وسائل وطرق متعددة أصبحت معلومة لدى غالبية الناس، هذه الطرق والوسائل كما ذكرناها سابقا تشكل المصدر الأساسي للوقاية لأنها تكفي لتمكين السلطات من اتخاذ تدابير وقائية وللحد من انتشار العدوى ولكون مشكلة السيدا مشكلة عامة لأنها ذات أبعاد كثيرة لانطوائها على مجموعة معقدة من العوامل سياسية واقتصادية واجتماعية وثقافية وتربوية وسلوكية، فضلا عن العوامل الوبائية يمكن تقسيم استراتيجيات الوقاية والمكافحة¹ على النحو التالي:

- توعية المصابين بالعدوى Séropositive ومرضى السيدا بخطر نقل العدوى للآخرين وينبغي إعلامهم بطبيعة المرض وطرق انتقال العدوى كما ينبغي تعريفهم بكيفية تجنب إعداء الآخرين وعليهم أن يمتنعوا عن التبرع بالدم، وعدم مشاركة الآخرين في استعمال فرشاة الأسنان وأمواس الحلاقة وغيرها من الأدوات التي يمكن أن تتلوث بالدم.

- الوقاية من العدوى عن طريق الاتصالات الجنسية وذلك بتقديم النصح للمصابين بالعدوى وعن كيفية ممارسة الجنس بطريقة أكثر أمانا مثل استعمال العازل الذكري، الذي يخفض إلى حد كبير احتمالات انتقال العدوى بنسبة 90%.

- التثقيف الصحي للجمهور وخاصة الفئة الأكثر عرضة للإصابة (الشباب) بمخاطر المرض وضرورة اجتناب العلاقات الجنسية خارج إطار الزواج.

1- محمد حلمي وهدان، مرجع سابق، ص26.

- إلزام الأشخاص ما قبل الزواج أو العلاقات الجنسية دون زواج بإجراء اختبارات Dépistage وفحوص تؤكد خلوهم من حمل هذا الفيروس.

2- جذور وأصل مرض السيدا

1- نشأته:

لكل مرض جذور وأصل بيولوجي واجتماعي وجغرافي يبدأ التعرف عليه عند ظهوره لأول مرة، والمعلوم من الحوادث المسجلة في المجلات الطبية سنة 1981 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 الحادة الوحيدة بل كانت هناك حوادث مشابهة في التشخيص، في مناطق عديدة من الولايات المتحدة الأمريكية، فلاحظ العلماء حادثة أخرى، فكانت إصابة شاذين جنسيا من الأمريكيين بنوع نادر من السرطان الجلدي المنتشر عادة في إفريقيا الاستوائية ولا يصيب إلا المسنين واسمه سار كوما كابوسي نسبة إلى الطبيب النمساوي الذي اكتشفه، وفي خلال 30 شهر تضاعف العدد ووصل إلى 26 حالة مصابة بسار كوما كابوزي والالتهابات الرئوية عند شباب ذو شذوذ جنسي في نيويورك وكاليفورنيا، وعليه توصلوا إلى أن الشيء المشتركة بين تلك الحالات كلها هو الشذوذ الجنسي (الواط).

كما صرحت التقارير العلمية والطبية عن وجود إصابات مشابهة في بلدان متعددة كما تدل هذه التقارير على أن عدد هذه الإصابات يزداد، وينتشر بصورة سريعة وأصبحت تشكل خطر على الإنسانية². أما أدبيات والتقارير الطبية ترجع أول حالة في أمريكا لسنة 1952 إلا أنها لم تكن مؤكدة في التحاليل البيولوجية، أما الحالة الثانية ومؤكدة بيولوجيا ترجع لأوروبا (مونشيستر) سنة 1959³، وهذا ما يدل على عدم تمكنهم من تحديد الأصل الجغرافي للفيروس لهذا يتواجد بطريقة وبائية في مناطق واسعة في أمريكا 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 وأبحاث، فعالم الفلك البريطاني (فريدهويل) ينظر إلى انتشار الإيدز على الكرة الأرضية نظرة فلكية⁴، بحيث يقول بأن هناك شهاب حاملة لفيروس السيدا وعند مرورها بالقرب من الغلاف الجوي للأرض تسقط مع مياه الأمطار حيث تنتقل بعدها إلى الإنسان، مما

1- Luc Montagnier, Robert Gallo, **Le Sida**, Paris, Ed. Bibliothèque pour la Science, 1998, p.45.

2- Luc Montagnier, Robert Gallo, op.cit, p.46.

3- Michèle Barzach, **Vérités et Tabous**, édition du Seuil, janvier 1994, p.124.

4- معن مظهر ريشا، مرجع سابق، ص42.

دفع ببعض العلماء إلى انتقادها واعتبارها خيالية، وبعيدة عن الواقع. أما الدكتور جوناثان ويبر، العامل في هذا الحقل في معهد أبحاث السرطان في لندن، طرح ستة احتمالات لظهور فيروس الإيدز المفاجئ:

1. من الجائز أن يكون فيروس الإيدز قد انتقل إلى الأرض من الفضاء الخارجي.
2. أنه من الجائز أن يكون فيروس الإيدز يصيب الحيوانات فقط، ثم انتقلت إلى الإنسان متأخرة. من الجائز أن يكون فيروس الإيدز قد انتقل من المناطق النائية إلى المناطق الأكثر حضارة نتيجة عوامل مجهولة.

3. بأن الفيروس كان موجودا سابقا لكن اكتشافه قد تأخر.

4. بأن الفيروس قد تم تصنيفه والتلاعب بتركيبه.

5. أما الاحتمال السادس أنه 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 ومعارض لتلك، على سبيل المثال، فإن العالمين الفرنسيين جاكوب وسيجال وهما من العاملين القدامى في مجال أبحاث مركز الإيدز يؤكدان الاحتمال القائل بان فيروس هذا المرض قد تم تصنيعه والتلاعب به حتى أضحى على درجة من الخطورة لأغراض عسكرية من ضمن سياسة البنتاجون¹، ويقول هذان العالمين بأن السياسة الأمريكية التي ينتهجها البنتاجون (وزارة الدفاع)، قد أنشأت في الولاية ميرلاند مختبرا لإجراء التجارب على جينات عدد من المساجين، واعدة إياهم بطلاق سراحهم فور الانتهاء من الاختبارات، تم إنشاء هذا المختبر الصناعي سنة 1977، وبالفعل فقد أخضع المساجين لهذه التجارب وأصبحوا أول ناقلين لعدوى هذا المرض.

أما البروفيسور الشهير إيفون بيروول الذي أجرى دراسة مفصلة حول مرض الإيدز فيعتقد بان فيروس الإيدز انتقل إلى الولايات المتحدة الأمريكية من جزيرة هايتي باعتبارها موقع جغرافي هام لسياحة بالنسبة للأمريكيين يقول البروفيسور في دراسته ان السياح الأمريكيين قصدوا هذه الجزيرة طلبا للمتعة الجنسية بالتقائهم مع اللوطيين من رجال محترفين ثم نشروها في مجتمع الشاذين جنسيات في نفس الولايات المتحدة الأمريكية ثم بلدان أوروبا الغربية.

في حين توجهت أنظار بعض العلماء في حقل أبحاث مرض الإيدز إلى إفريقيا باعتبارها مصدر نشوء مرض الإيدز فقد دلت على أن مرض الإيدز كان منتشرا في قارة إفريقيا قبل انتقاله إلى الولايات المتحدة الأمريكية وبلجيكا والدنمرك وسويسرا وبلدان أوروبا الغربية، وهناك أيضا من أكد أن مصدر نشوء مرض الإيدز تزامنا مع الحملات الطبية في اكتشاف اللقاح ضد الأمراض المعدية مثل الملاريا والطاعون... الخ وخاصة مرض السرطان، إن كل هذه الوقائع دفعت بالعلماء والعاملين في هذا الحقل إلى

1- نفس المرجع، ص43.

البحث عن مصدر هذا الفيروس مستعملين لهذا الغرض تقنيات متطورة لفحص عينات من دم المختزنة في بنوكها لمدة طويلة¹.

إن تحليل هذه العينات كشف عن وجود فيروس الإيدز في عينات قديمة يعود تاريخها لسنة 1936 و1972 و1973 مما دفع الباحثين إلى الافتراض التالي: إن فيروس الإيدز كان موجودا ولو بندرة قبل عام 1978، لكنه تطور وانتشر 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 أحد أصناف القرود، وهو مشابه تماما لمرض الإيدز الذي يصيب الإنسان.

أما عند صنف آخر من القرود، توصلت البعثة إلى عزل فيروس من مصل هذه القرود، مشابه للفيروس الذي يحدث العدوى للإنسان، الفارق الأهم والذي لفت انتباه البعثة هو التعايش السليم بين جسم القرد والفيروس المعزول دون حدوث أعراض المرض وتبين نتيجة الدراسة أن شديد التشابه بفيروس الإيدز وخلصت إلى القول ثم تم انتقال الفيروس إلى الإنسان عن طريق الخدوش² ومنها انتشر بين عامة الناس، خاصة الشاذين جنسا، وهذا 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 الأفرقة مصدر هذا الوباء، هذا من ناحية أهم النظريات التي تبحث في جذور أو الأصل الجغرافي لمرض السيدا.

أما من ناحية الأصل البيولوجي فقد سبق وأن ذكرنا سابقا أنه تم اكتشاف الفيروس المسبب لمرض السيدا بفضل اكتشافات المعهدين سوية (معهد باستور الباريسي والذي يترأسه العالم البيولوجي لوك منتاني والمعهد الصحة القومي والذي يسمى وحدة دراسة السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية برئاسة العالم البيولوجي غالو)، ومن ثم أصبح واضحا أن فيروس VIH هو سبب الإيدز والأعراض المرافقة، وهو ينتمي إلى مجموعة الفيروسات الراجعة، وهذه الفيروسات تحتوي على حمض النووي (RNA) لذلك فإنها تستخدم في نسخ مثيلاتها عن طريق النسخ العكسي للحمض الريبسي المنقوص الأكسجين (DNA)، وذلك بواسطة أنزيمات غير عادية، وهي أنزيمات معاكسة للترانس كريبيناز، وفيها ينشأ ح.ن.م من ح.ن، ولذلك تستطيع فيروسات (VIH) أن تصنع مثيلاتها من ذخيرتها الوراثية من ح.ن.م (DNA) لخلايا الإنسان اللمفاوية من نوع $3T4$ مما يسهل على العاملين في هذا المجال من إيجاد فرص عديدة لاكتشاف علاج أو لقاح يحدان من انتشار هذا الوباء.

1- ياسين عبد اللطيف، مرجع سابق، ص45.

2- ياسين عبد اللطيف، مرجع سابق، ص46.

3- معن مظهر ريشا، مرجع سابق، ص67.

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 بيئة مشجعة على انتشار المرض وكذا إلى تفكك البنى السياسية والاجتماعية والأسرية التي تعمل على خلق سلوكيات منحرفة ونظرا لارتباط السيدا بشذوذ الجنسي هناك من يرجعها إلى المعتقدات الدينية بحيث ينتظرون إلى المصابين وكأنهم جماعة تستحق الإصابة والعذاب وهذا في تعديهم إلى هذه السلوكيات الممنوعة دنيا واجتماعيا. 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 تخفى كل هذه المعتقدات والنظريات وراح يبحث عن كيفية الحد من انتشار هذا المرض.

2- وضعية السيدا في العالم: مشكلة السيدا، كمشكلة عالمية لا تعبر عن الأسلوب تاريخي فحسب، وإنما كذلك عن الأرقام نظرا لتفاقم حجم المشكلة في العالم، لأنه ليس هناك من بلد إلا وأصيب عدد من سكانه بالعدوى، فبرغم من تطور الطب والعلوم التكنولوجية في جميع المجالات، وكذا تمكن الطب من اكتشاف الفيروس المسبب لمرض السيدا، وكذا عن أسباب الإصابة وطرق العدوى، يقف هذا الأخير عاجز عن اكتشاف كيفية معالجته أو على الأقل عن كيفية الحد من انتشاره.

فمن خلال هذا الواقع أخذت هذه المشكلة تتفاقم بسبب التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، وأصبحت هذه المشكلة تتزايد باستمرار في العالم بأكمله منذ ظهوره إلى يومنا هذا، ولو بنسب قليلة وهذا ما وجدناه في آخر التقارير الطبية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية حيث أشارت إلى أن عدد المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (VIH/SIDA) قد بلغ 60 مليون شخص منذ ظهوره وقد توفي حوالي 25 مليون شخص في العالم، وحالة 7400 حالة جديدة، وهو يتوزعون بشكل غير منتظم بين أقاليم العالم الصحية بينما تراجع انتشاره خلال ثمانية سنوات الماضي بنسبة 17% كما حددت الدراسات⁽¹⁾ التي تناولت هذا الوباء بوجود ثلاث أنماط منه ولكل نمط مميزات.

1. النمط الأول: يتميز انتشار هذا النمط باقترانه بالاقتصاديات الرأسمالية الصناعية المتقدمة أين تكون عدد الحالات مرتفعة، كحالة فرنسا وبعض بلدان أوروبا الغربية، والولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك وكندا ونيوزلندا الجديدة وبعض مناطق أمريكا اللاتينية، أين بدء فيروس العوز المناعي البشري VIH بالانتشار في نهاية عام 1970 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, Op.cit, p.57.

2. **النمط الثاني:** يسود هذا النمط في بعض مناطق وسط وجنوب وشرق إفريقيا، وفي عدد من البلدان النامية في أمريكا اللاتينية خاصة في أقطار البحر الكاريبي، كما في البلدان النمط الأول بدا هذا الفيروس (VIH) بانتشار في نهاية عام 1970 حيث أن معظم الأشخاص المصابين بالعدوى هم من البغايا أي عن طريق الاتصالات الجنسية الطبيعية بين الذكور والإناث، وأن النساء هم أكثر عرضة للإصابة من الرجال ونادرا، ما تكون العدوى عن طريق العلاقات الجنسية اللوطية ومن خلال حقن المخدرات.

3. **النمط الثالث:** يتركز هذا النمط في شرق أوروبا وشمال إفريقيا والأوسط وبعض أقطار المحيط الهادي باستثناء أستراليا ونيوزلندا الجديدة، وقد دخل الفيروس (VIH) في هذه المناطق ما بين 1980 و1985 بحيث أن عدد حالات مرض السيدا المبلغ عنها قليلة وأن أغلبية الأشخاص المصابين هم الذين سنحت لهم فرصة السفر إلى المناطق من النمط الأول أو النمط 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 السيدا في العام إلى:

أ. **انتشار السيدا في البلدان الغربية:** من خلال ما سبق ذكره يتضح أن فيروس السيدا كان منتشرا على نطاق واسع في بلدان كثيرة قبل أن يتبين العلماء وجوده، وقبل الإبلاغ عن حالاته الأولى في عام 1981 فقد ظهر في بادئ الأمر كحالات فردية مبعثرة في دول متعددة كالولايات المتحدة وبريطانيا وأوساط إفريقيا ويتضح من المعلومات المتاحة في تقرير لمنظمة الصحة العالمية ولمؤتمر باريس في 20 مارس 1987 إن مجموع عدد الإصابات في العالم قدر بـ 100.000 إصابة أما من يحملون فيروس المرض فهم أكثر من ذلك بكثير، في الجدول التالي بعض البلدان التي انتشر فيها الإيدز (السيدا) حتى بداية عام 2008.

الجدول رقم (1)*: يمثل بعض البلدان التي انتشر فيها السيدا حتى بداية عام 2008

اسم البلد	عدد الإصابات	عدد الوفيات
الولايات المتحدة الأمريكية	14125	7157
كندا	223	112
البرازيل	483	290
الأرجنتين	28	14
هايتي	377	218
ألمانيا الغربية	500	231
فرنسا	392	165
المملكة المتحدة (بريطانيا)	220	110
بلجيكا	99	50
هولندا	84	50
الدنمرك	38	28
السويد	40	16
إيطاليا	85	50
إسبانيا	38	28
أستراليا	109	58
اليابان	36	28
إفريقيا الوسطى	عشرات الآلاف	عشرات الآلاف

من خلال الجدول (1) نلاحظ أن هناك اختلاف أو تباين في عدد الإصابات بالسيدا بين مختلف الدول بحيث تعتبر إفريقيا الوسطى أكثر الجهات العالم في تمركز المرض وانتشاره وأن عدد المصابين في إفريقيا بلغ عشرات الآلاف مصاب وتأتي بعده الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا الغربية والبرازيل وفرنسا وبريطانيا وأستراليا، فقد سجلت عدد الإصابات على التوالي: ب 14125-500-483-392-220-109 إصابة وهذا ما يؤشر على سرعة انتشار المرض وتمركزه، بينما البلدان المتبقية فهي تؤشر على خفة المرض كما يبدو ذلك من الجدول السابق، وأن هذه الأعداد العالية من مرض السيدا في إفريقيا هي بسبب البغايا والزنا والشذوذ الجنسي والإدمان على المخدرات ونقل الدم وكذا الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السيئة وقد تبين أن هناك على الأقل 23 بلد إفريقي ينتشر فيها مرض السيدا وأنه سيموت على الأقل منهم مليون إنسان خلال سنوات القادمة وأن عدد الحالات المبلغ عنها في بداية سنة 2008 في البلدان المذكورة سابقا لا تعكس بدقة معدل وقوع المرض على الصعيد العالمي.

كما أشارت آخر الدراسات الطبية¹ عن منظمة الصحة العالمية إلى تباين معدل الانتشار للمرض فهو بحدود 755 لكل 100000 نسمة في العالم وهذا المعدل يرتفع إلى حوالي سبع مرات في إقليم إفريقيا فيصل إلى 5144 نسمة، ويهبط إلى 24 مرة في غرب المحيط الهادي الذي سجل معدلا مقداره 31 نسمة.

(*): بتصريف من: محي الدين طالو العلبي، مرجع سابق، ص 46.

ولقد حاولت الدعاية الأمريكية في البدء إصاق التهمة بالقارة الإفريقية وأصبحت وسائل الإعلام تركز على أن منشأ المرض هو إفريقيا ولكن الحقيقة لم توضح بعد وعلى الرغم من كثرة الإصابات في إفريقيا حيث ذكر أحد التقارير الرسمية لضحايا الإيدز في عام 2008 أنه لم يتجاوز عدد الضحايا 2627 ولكن في الحقيقة أن الوفيات لا تعد ولا تحصى، وفي لوساكا عاصمة زامبيا تبلغ النسبة 18% وفي نيروبي عاصمة كينيا تصل النسبة إلى 67% وهناك في إفريقيا قبائل تكاد تنقرض من الإصابة بالإيدز و برغم من ضخامة الأرقام في بداية ظهور مرض السيدا إلا أنه ومع مرور الوقت أصبحت مشكلة السيدا تتفاقم ويزداد عدد حاملي الفيروس يوم بعد يوم حيث وصل إلى كافة القارات وحتى الجزر النائية.

واستنادا إلى تقرير عام 2012 عن وباء الإيدز في العالم²، أصيب حوالي 2.7 مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2011، وتوفي مليون شخص من جراء الأمراض المتصلة بالإيدز في عام 2011 أي ما يعادل 67% من الأشخاص المتعاشين بالفيروس و72% من عدد الوفيات بسبب مرض السيدا، ليصل عدد المصابين به سنة 2012 حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2013 إلى 33.4 مليون شخص عبر العالم، أي أصيب ما يقارب 60 مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشرية وتوفي أكثر من 25 مليون 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.

وتعتبر إفريقيا جنوب الصحراء هي الأكثر تضررا حيث بلغت نسبة انتشاره عند الشباب 5.2% وهي أعلى نسبة ثم تليها أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى بنسبة 0.7% ويكشف الجدول (10) التالي عن استمرار وتفاقم حجم مشكلة السيدا في العالم بمختلف الأنماط الوبائية المذكورة سابقا، رغم أنه كان هناك نوع من الهبوط والتوازي في معدل انتشاره في السنوات الماضية وكذا الجهود المبذولة للحد من انتشاره، كما يكشف الجدول عن نقصان في عدد الوفيات في مجموعة هذه الأقطار تصل إلى حوالي 2 مليون حالة وفاة سنة 2012 إذا ما قرنها مع سنة 2010 والذي بلغ فيها عدد الوفيات 2.2 مليون حالة وفاة.

وتقدر منظمة الصحة العالمية أن حوالي ثلاثة ملايين حالة من حالات العدوى الجديدة تحدث في كل عام، أي حوالي 8500 حالة عدوى يوميا (7500 بين البالغين – 1000 بين الأطفال)، كما نلاحظ أن معالم الوبائية للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري والإصابة بالسيدا في شتى أنحاء العالم تتخذ أنماطا مختلفة كما هو موضح في الجدول (10)، والتي لا تزال تتسم بثبات في أنحاء العالم.

وتشير التقديرات أن انتقال المرض عن طريق الأنماط الوبائية قد سجلت 85% عن طريق انتقال جنسي و15% عن طريق الحقن الملوثة في البلدان الغ

1- عبد علي الخفاف، جغرافية الإيدز في العالم، مرجع سابق، ص91.

2- ONUSIDA 2014, L'épidémie de Sida dans le Monde, Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, chapitre 2, p.8.

جدول (2) *: يمثل توزيع عدد إصابات بعدوى فيروس VIH ومرض السيدا والأنماط الوبائية في مناطق العالم المختلفة لسنة 2014

طرق رئيسية لانتقال العدوى	نسبة انتشار السيدا عند الشباب (%)	عدد وفيات بالسيدا لسنة 2008	عدد الإصابات الجديدة المسجلة لسنة 2008 (VIH)	عدد الأشخاص التعاشين بفيروس العوز المناعي البشري VIH	
اتصال جنسي متغاير	5.2% (4.9%-5.4%)	1.4 مليون (1.1-1.7 مليون)	1.9 مليون (1.6-2.2 مليون)	22.4 مليون (20.8-24.1 مليون)	إفريقيا جنوب الصحراء
اتصال جنسي متغاير	0.3% (0.2%-0.3%)	270000 (220000-310000)	280000 (240000-320000)	3.8 مليون (3.4-4.3 مليون)	جنوب وجنوب شرق آسيا
1- اللواط 2- حقن العقاقير اتصال جنسي متغاير	>0.1% (>0.1%)	59000 (46000-71000)	75000 (58000-88000)	850000 (700000-1.0 مليون)	شرق آسيا
1- اللواط 2- حقن العقاقير اتصال جنسي متغاير	0.6% (0.5%-0.6%)	77000 (66000-89000)	170000 (150000-200000)	2.0 مليون (1.8-2.2 مليون)	أمريكا اللاتينية
1- اللواط 2- حقن العقاقير اتصال جنسي متغاير	0.4% (0.3%-0.5%)	25000 (20000-31000)	55000 (36000-61000)	1.4 مليون (1.2-1.6 مليون)	أمريكا الشمالية
1- اللواط 2- حقن العقاقير اتصال جنسي متغاير	0.3% (0.2%-0.3%)	13000 (10000-15000)	30000 (23000-35000)	850000 (710000-970000)	أوروبا الغربية والوسطى
1- اللواط 2- حقن العقاقير	0.7% (0.6%-0.8%)	87000 (72000-110000)	110000 (100000-130000)	15 مليون (1.4-1.7 مليون)	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
اتصال جنسي متغاير	1.0% (0.9%-1.1%)	12000 (9300-14000)	20000 (16000-24000)	240000 (220000-260000)	منطقة كاريبي
1- حقن العقاقير 2- الاتصال الجنسي المتغاير	0.2% (>0.2%-0.3%)	20000 (15000-25000)	35000 (24000-46000)	310000 (250000-380000)	شمال إفريقيا والشرق الأوسط
1- اللواط 2- حقن العقاقير اتصال جنسي متغاير	0.3% (>0.3%-0.4%)	2000 (1100-3100)	3900 (2900-5100)	59000 (51000-68000)	منطقة أوكرانيا
	0.8% (>0.8%-0.8%)	2.0 مليون (1.7-2.4 مليون)	2.7 مليون (2.4-3.0 مليون)	33.4 مليون (31.1-35.8 مليون)	المجموع

كما توضح الخرائط الآتية (2-1) ⁽¹⁾ أهم خصائص انتشار فيروس العوز المناعي البشري VIH بين القارات ومدى التباين في الانتشار وتشير بذلك إلى نظرة شاملة وتبدو من خلالها إفريقيا وقد ضمنت أعلى نسبة لانتشار الفيروس VIH عند جهاتها الجنوبية والغربية والشرقية لأسباب سبق ذكرها بنسبة تتراوح ما بين 15.00-28.00%. وبعد ذلك يظهر جنوب شرق آسيا في المرتبة الثالثة من حيث شدة التركيز لتظهر بعده الولايات المتحدة الأمريكية وجهات من شمال أوروبا ومن غربها بنسبة 0.1%. وما زالت إفريقيا تنصدر المناطق المتضررة حيث يعيش 60% من المصابين في إفريقيا، وتحثل النساء نسبة 77% منهم، مما يدل على انتشاره بشكل يفوق تقدم الجهود المبذولة لمكافحته.

* بتصريف من معطيات:

Institut Pasteur d'Algérie, Laboratoire National de Référence de l'Infection VIH/SIDA : Rapport 2014.

1- ONUSIDA 2008, Op.cit, p.15.

كما أن 70% تقريبا من الأشخاص ذوي الحاجة إلى علاج لا يحصلون عليه. وعلى الرغم من حصول زيادة ملحوظة في التغطية، فلا تزال برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بعيدة عن تناول كثير من الناس المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس، بمن فيهم المشتغلون بالجنس ومتعاطو المخدرات عن طريق الحقن.

ومنه نستنتج أن الدول الغربية وفي مقدمتها إفريقيا وأمريكا وأوروبا الأكثر انتشارا لفيروس السيدا عن باقي البلدان نتيجة لوجود حرية للعلاقات الجنسية التي أدت إلى توسيع نطاق الوباء عبر العالم كما توضحه الخرائط التالية:

ب. انتشار السيدا في البلدان العربية: مقارنة مع الصورة العالمية لانتشار فيروس العوز المناعي البشري (VIH) فهو يختلف عن تلك الدول التي ظهر فيها السيدا لأول مرة، حيث تم إبلاغ عن حالات السيدا أقل بكثير مما تم الإبلاغ عنه في أمريكا وأوروبا وبعض البلدان الإفريقية وقد بلغ عدد الإصابات بفيروس العوز المناعي البشري (VIH) بـ 217 حالة من 22 قطرا عربيا كما كشفت الإحصائيات لدى منظمة الصحة العالمية⁽¹⁾، ازديادا حادا في انتشار فيروس ومرض السيدا في العالم العربي فبين عام 1979 و عام 1986 فقد سجلت خمس حالات فقط ثلاثة في الجزائر واثنين في المغرب، وقفز هذا العدد سنة واحدة فقط إلى 118 حالة سنة 1987 وإلى 223 حالة سنة 1988 ولهذا يعتقدان العدد الحقيقي لحالات السيدا في العالم العربي يفوق عشرات مرات الأرقام الرسمية المعلنة عنها، وقد يصل إلى أكثر من 1000 حالة بكثير.

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 (10) السابق ذكره أن انتقال الفيروس VIH في شمال إفريقيا والشرق الأوسط (العالم العربي) هو تبعا لنمط الثالث الذي يرجع انتقال الفيروس VIH إلى: أولئك الأشخاص الذين نقل إليهم دم أو مشتقاته الملوثة بالفيروس والمستوردة عموما من مناطق تبين فيما بعد انها مصابة بشدة بهذا الفيروس أو أولئك الأشخاص الذين كان لهم اتصال جنسي سابق بالأشخاص المصابين بالفيروس وتتضمن كل من العمال والطلبة الذين يقضون فترة من الزمن خارج أوطانهم، كذلك المواطنين الذين يسافرون للخارج لقضاء العطل بحثا عن عمل أو مباشرة أعمالهم وتشير التقديرات إلى أن انتقال المرض في البلدان العربية بالوسائل التالية:

70% انتقال جنسي

10% انتقال بالدم الملوث

1- ياسين عبد اللطيف، مرجع سابق، ص166.

20% انتقال بالحقن الملوث

كما ذكرت بعض الدراسات عن توزيع المرض في الوطن العربي عن ثلاث مراتب فقط⁽¹⁾، وهي مرتبة عالية منفردة تضم جيبوتي حيث نسبة المرض لكل مائة ألف من السكان (56)، والمرتبة الثانية الممتدة ما بين (5-1) تضم البحرين والسعودية والسودان وتونس، أما الأقطار العربية فتقع ضمن المرتبة الثالثة (دون الواحد) حيث بينت أن معدلات انتشار المرض مازالت منخفضة في المنطقة العربية.

كما يكشف الجدول (10) السابق ذكره عن عدد المصابين في منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط عام 2008 أنه يبلغ حوالي 380 ألف شخص يحملون فيروس الإيدز و35 ألف شخص أصيبوا حديثا بالفيروس، و25 ألف حالة وفاة بسببه. وتؤكد تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشتركة لمكافحة الإيدز⁽²⁾ 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.

ففي الكويت: يبلغ عدد المصابين الكويتيين 136 مصابا 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.

البحرين: كان في البحرين 393 حالة إيدز حتى بداية 2008 منها 240 حالة على قيد الحياة، و32 حالة مستقرة، بينهم طفلان، والبقية تتراوح أعمارهم بين 30-40 سنة، توفي منهم 43 لأسباب مختلفة، بينما هناك 130 حالة وفاة بسبب مضاعفات المرض.

الأردن: أظهرت أحدث إحصائية لدى برنامج الإيدز الوطني الأردني تدني الإصابات في الأردن، حيث تصل إلى 200 حالة فقط لغاية 2008. وتم تقسيم الإصابات وأسبابها إلى نقل الدم الملوث، والاتصال الجنسي، وإدمان المخدرات، وانتقال المرض من الأم للجنين. وتفاوتت الفئات العمرية للمصابين والمصابات به، وتبدأ الفئة من (4-15) ومن (20-35) ومن (39-50). أما عدد المصابين من الوافدين العرب والأجانب فوصل إلى 341 إصابة، يتم ترحيلهم إلى بلادهم، وقد تم اكتشاف (5) حالات مصابة فقط في عام 2008 الماضي، بعد انتشار الوعي بين الشباب.

مصر: يبلغ عدد الحالات التي تم اكتشافها مصابة بالإيدز في مصر، حتى 2008 نحو 3200 حالة، من بينها 1000 حالة من الأجانب، وتم ترحيلهم، بينما المصريون 2200، وقد توفي منهم 900 حالة، ومازال على قيد الحياة 1300 حالة، وعدد النساء اللاتي يحملن المرض نحو 650 امرأة، وهؤلاء

1- عبد علي الخفاف، مرجع سابق، ص153.

2- بتصرف من معطيات:

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.

المغرب: وصلت الحالات في المغرب من سنة 1986 إلى 2006 - 2169 حالة. ورغم أن نسبة الإصابة مازالت ضعيفة بالمقارنة مع دول أخرى، إلا أن وتيرة تصاعد الإصابة أصبحت مقلقة. وكل المعطيات تؤكد أن نسبة الإصابة بداء الإيدز لدى المرأة المغربية أكبر. فهي تظهر في المرتبة لأكثر من (5) ولعل انفتاح هذا القطر العربي على السياحة الأوروبية والأمريكية بشكل خاص، كما أن تجارة الجنس منتشرة بشكل واسع كذلك تعاطي المخدرات، لهذا تعتبر بوابة الوطن العربي إلى أوروبا، كذلك لعبت السياحة دورها في تونس ومصر كما لعبت ظروف الحرب بتأثيراتها في لبنان والانفتاح الاقتصادي الواسع في السعودية، وعمان وقطر على ارتفاع النسبي للمرض في هذه الأقطار.

ج. انتشار السيدا في الجزائر:

الجزائر كباقي البلدان العربية تتميز بنسب ضعيفة جدا وأقل من الواحد لكل مائة ألف نسمة أي ضمن المرتبة الثالثة (دون الواحد) حيث بلغ عدد حالات الإصابة بمرض السيدا من سنة 1985 إلى غاية سنة 1990 بـ 67 حالة، 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 1985 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 السيدا الأخرى التي تم كشفها فكان معظمها إما نتيجة زرع أو نقل دم ملوث في بداية سنة 1980 وذلك قبل وضع إجراءات مراقبة الدم أو عن طريق أشخاص المقيمين بالخارج خاصة بفرنسا (طلاب أو عمال).

تؤكد التقارير الطبية وبعض البحوث الخاصة بوباء السيدا أن المعطيات الوبائية في تصنيف وباء السيدا في الجزائر⁽¹⁾، ينتقل من وباء أقل فعالية إلى وباء مكثف في بعض المناطق أو مراكز الوطن نتيجة انتشار بعض الآفات الاجتماعية في تلك المناطق (الانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات).

ففي سنة 1991 لحظ ازدياد تصاعدي في عدد الحالات إلى أن وصل أربعة أضعاف ما بين سنة 1990 إلى سنة 1995 ثم تضاعفت الحالات ما بين سنة 1995 إلى 2000 حيث بلغ عدد الحالات سنة

1- Mokhtari Lakhdar, Belkaid Rosa, Belateche Faouzia, **Situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA**, santé plus, journal de formation et d'information médicales publié par FOREM, Alger, p.10.

2000: 484 حالة وارتفع إلى 635 حالة في 30 سبتمبر سنة 2004، كما تم إحصاء 1657 حالة لحاملي فيروس السيدا و2292 حالة جديدة من نفس السنة، وهي تتوزع بشكل غير متوازي حسب الجنس فنجد 70% من جنس الذكور و30% من جنس الإناث أي أقل من ثلاث رجال مقابل امرأة واحدة عرضة للإصابة بالعدوى والفئة الأكثر عرضة للإصابة هي ما بين 20-49 سنة والتي تمثل 80% من مجموع الحالات باعتبارها الأكثر نشاطا جنسيا، ووفق تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن انتشار مرض السيدا بين مختلف الفئات الاجتماعية على مستوى الوطني يتم بواسطة طرق العدوى المذكورة سابقا وهي موضحة في الجدول (3) الآتي:

جدول (3)*: يمثل توزيع حالات السيدا حسب الجنس ومختلف طرق العدوى بفيروس العوز المناعي البشري VIH منذ ظهور الوباء إلى 31 مارس 2009

النسبة (%)	المجموع	غير محدد	إناث	ذكور	الجنس طرق العدوى
16.02	593	13	291	289	علاقات جنسية طبيعية
0.62	23	00	-	23	اللوواط
1.46	54	01	06	47	المخدرات
2.38	88	06	36	46	دم وأدوات ملوثة بالفيروس
2.30	85	05	36	44	من الأم إلى الطفل
0.12	04	01	01	02	طرق أخرى معروفة
77.12	2855	458	1026	1371	طرق غير محددة
100	3702	484	1396	1822	المجموع

من خلال بيانات الجدول (3) يبدو أن انتشار السيدا في المجتمع الجزائري يتم عن طريق العلاقات الجنسية المغايرة بنسبة 16.02% تم تليها عدم الرغبة في الإعلان عن طرق العدوى (طرق غير محددة) بنسبة 77.12%، وبعد ذلك تظهر طرق العدوى عن طريق نقل دم واستعمال أدوات ملوثة بنسبة 2.38% وتكون فئة الذكور أكثر عرضة للعدوى من الإناث، كما يكشف لنا هذا الجدول (3) أن انتشار السيدا في الجزائر يرجع نتيجة الموقع الجغرافي فهي على الحدود مع المغرب وتونس التي تظهر في المرتبة الأكثر من (5) وكذا جنوب الصحراء الكبرى كالمالي ونيجريا وكذا غياب سياسة محكمة في ترقية الفحوص التطوعية وإستراتيجية فعالة للحد من انتشار السيدا فهذا الواقع ساعد على انتشار السيدا وتفاقم حجمه برغم من تواجد 54 مركز للفحوص المصلية في أكبر مستشفيات الوطن والتي أكدته بيانات البحوث التي قام بها مركز الفحوص الطبية والبرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا.

* Centre de dépistage volontaire / Service Pr. DIF.

بحيث يكشف الجدول (4) التالي عن ارتفاع عدد الفحوص المصلية التطوعية سنة 2007 عبر مختلف مناطق الوطن.

الجدول (4)*: يمثل عدد الإصابات بالفيروس VIH حسب الفحوص المصلية في مختلف مراكز الفحص عبر الوطن لسنة 2006-2007.

سنة 2007			سنة 2006			مراكز الفحص
النسبة (%)	عدد الفحوص الإيجابية (VIH)	عدد الفحوص	النسبة (%)	عدد الفحوص الإيجابية (VIH)	عدد الفحوص	
°0.8	17	2372	0.4	07	1740	الجزائر (الهادي فليسي)
°0.30	01	335	0	00	125	تيزي وزو
-	-	-	21.62	08	37	معسكر
-	-	-	3.85	03	87	تندوف
°2.12	18	850	1.27	58	4550	تيارت
°1.78	01	56	0.35	01	286	تمنراست
1.02	37	3613	1.13	77	6825	المجموع

من خلال بيانات الجدول (4) نلاحظ ارتفاع عدد الأشخاص المتطوعين للفحوص المصلية بالرغم من تباين المعطيات عبر مراكز الفحص في الفترة ما بين 2006-2007 التي تعتبر كمؤشر لصعوبات التي تواجه المركز وكذا عدم وعي الأشخاص بأهمية الفحوص إلا أن المعطيات تكشف عن زيادة في عدد حالات الإصابة بالفيروس وتقدر بـ 77 حالة سنة 2006 و 37 حالة سنة 2007 بغض النظر عن عدم الرغبة بالإعلان في بعض المراكز، واستنادا لتقرير معهد باستور بالجزائر الذي يكشف عن ارتفاع عدد الحالات السيدا الجديدة المسجلة سنة 2009 بـ 144 حالة مقارنة بعدد الحالات المسجلة سنة 2008 والتي بلغ عددها بـ 60 حالة. بينما يشهد العالم تراجع في عدد حالات الإصابة بـ 17% نتيجة فعالية سياسة الوقاية والحد من انتشار الفيروس خاصة في صحراء إفريقيا الكبرى التي كانت تعتبر منطقة تركيز المرض أي الأكثر انتشارا للمرض في حين أصبحت الجزائر العاصمة لوحدها تسجل باستمرار تطور نوعي في عدد الحالات التي حسبناها وفق تقرير مركز الفحوص بمستشفى القطار والموضحة في الجدول (5) التالي:

* Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière Direction de la Prévention
Comité Nationale de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA : Rapport de l'Algérie sur le suivi en janvier 2008, Darft1, ONUSIDA, p.38.

جدول (5)* : يمثل عدد الإصابات بالفيروس VIH حسب الفحوص المصلية لسنة 1998 إلى غاية الثلاثي الثالث سنة 2009

السنة	عدد الفحوص المصلية	عدد الفحوص المصلية الإيجابية (VIH+)	النسبة (%)
1998	07	00	0
1999	40	04	10
2000	21	01	4.76
2001	85	07	8.23
2002	301	05	1.66
2003	469	08	1.70
2004	492	22	4.47
2005	711	14	1.96
2006	1860	16	0.86
2007	2794	23	0.82
2008	3663	38	1.03
09/9/30	3614	71	1.96
المجموع	14021	209	1.49

إن هذا الجدول (5) يكشف لنا أن خطورة المرض وانتشاره عبر كامل التراب الوطني أدت إلى ظهور واعي جماعي، لأهمية إجراء الفحوص المصلية بعدما كانت في بدايته محتشمة إلى أن بلغ 14021 فحص، وظهر من بينهم 209 حالة إيجابية بنسبة تصل إلى 1.49% وعليه لا يمكن استخلاص أي نتائج عامة قوية من هذه البيانات، إلا أنها تؤكد على انتشار حاملي فيروس السيدا VIH، بالمقارنة مع تقارير مخبر معهد باستور بالجزائر الذي أبلغ عن 207 حالة جيدة للإصابة أي ما يقارب 3702 شخص حامل لفيروس السيدا VIH خاصة عند الفئة ما بين (25-49) سنة بنسبة تقدر بـ 37.06% (أنظر الملاحق) ومن هذه الزاوية نرى أن هذه الأخيرة والتي معظمها تمثل فئة العاطلين الذين يعيشون حالات الإحباط الشديد نتيجة البؤس والحرمان والذين يضطرون من خلاله ممارسة الجنس أو المتاجرة به، من كلا الجنسين، فهذا الواقع ساعد على ظهور وتنامي وانتشار المرض في المجتمع الجزائري أو عبر العالم سواء عن طريق الجنس الاعتيادي والشاذ أو عن طريق تعاطي المخدرات للهروب من الواقع الصعب الذي يعيشون ضمنه.

* Centre de Dépistage Volontaire / Service Pr. DIF.

خلاصة الفصل

مشكلة السيدا، مشكلة عالمية لا تعبر عن أسلوب تاريخي فحسب، وإنما كذلك عن الأرقام نظرا لتفاقم حجم المشكلة في العالم، لأنه ليس هناك من بلد إلا وأصيب عدد من سكانه بالعدوى، فبرغم من تطور الطب والعلوم التكنولوجية في جميع المجالات، وكذا تمكن الطب من اكتشاف الفيروس المسبب لمرض السيدا، وكذا عن أسباب الإصابة وطرق العدوى، إلا أن الطب يقف عاجز عن اكتشاف كيفية معالجته أو على الأقل عن كيفية الحد من انتشاره، حيث تبقى الوسيل الوحيدة هي الوقاية و تجنب الممارسات الضارة و ذلك عن طريق التوعية و التنقيف الصحي و اكتساب معارف و اتجاهات في مجال الصحة الإنجابية و الامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي .

الفصل الرابع الثقافة والتربية الصحية

-الثقافة الصحية

مفهوم الثقافة

تعريف الثقافة الصحية

برنامج التثقيف الصحي

- التربية الصحة

- مفهوم التربية الصحية

- أهداف التربية الصحية

- مجالات التربية الصحية

- الاعلام الصحي

- العلاقة بين الصحة والثقافة الصحية

- العوامل التي تؤدي الى إنجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع

تمهيد:

إنّ الثقافة ذات معنى ومغزى وعلى الرغم منّ السلوك قد يكون آليا فإنّ أي شكل من أشكال العمل أو العقيدة وأيّ نظام في ثقافة ما " ذو معنى".

الثقافة من أجل الصحة عامة و الصحة الإيجابية خاصة، تحتلّ اليوم مكانة معتبرة وبل مهمّة في الوقاية والمحافظة على الصّحة العامة للمجتمع و الشباب والمحيط، ومن أجل ذلك أردنا التنويه إلى مختلف عناصرها وأهدافها ومدى تحكّم الأفراد في ثقافتهم الصحيّة وكيف تتمّ عملية التثقيف الصحيّ، و أهميتها في نشر الوعي الصحي و الوقائي بين الشباب خاصة في مجالات الصحة الإيجابية و الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي التي تبقا من التابوهات و من الاسرار التي لا يمكن الخوض فيها بل، هي ثقافة يجب تحريرها حيث نعرض من خلال هذا الفصل إلى أهمّ النقاط التي تخصّ الثقافة الصحيّة و التربية الصحيّة:

1: الثقافة الصحية بين المفهوم والتطبيق

في هذا المبحث سنقدّم ملخّص لمفهوم الثقافة والثقافة الصحيّة وبرنامج التثقيف الصحيّ.

1-1-تعريف الثقافة:

اختلف تعريف الثقافة بقدر تعدّدها بحيث تسجّل أغلبيتها الساحقة في حقل الأنثروبولوجيا، مصوِّرة الثقافة على أنّها ذلك الشقّ المغلق أو الجامد الذي يضمّ مجموعة من الأفراد ذوي سلوك وتصوّر متجانس، وأقدم تعريف وأكثرهم ذبوعا لحدّ الآن تعريف إ. تايلور Taylor والذي عرّف الثقافة على أنّها: " ذلك الكلّ المركّب الذي يشمل المعرفة والمعتقدات والفنون والأخلاق والقانون والعرف وغيرها من الإمكانيات والعادات التي يكتسبها الفرد كعضو في المجتمع".¹

ويعرض كروزبي Crozier مفهوم الثقافة على أنّها نسق مغلف حيث يقول: " الثقافة ليست مجموعة من القيم والمعايير المجسّدة التي لا تلمس بل تتكون من عناصر الحياة النفسيّة والذهنيّة بمركّباتها العاطفيّة والمعرفيّة والفكريّة والعقليّة، وهي أداة وقدرة يكتسبها الأفراد ومن ثمّ يستعملونها من خلال إقامة علاقات واتّصالات مع الآخرين"². من خلال هذا التعريف يتّضح لنا الجانب السلوكي الذي تظهر من خلاله الثقافة وهكذا فإنّها تعكس نمط السلوك الذي يتّبعه أعضاء المجتمع الواحد ويساعد على بنائها وتطويرها قدرة الإنسان على التعلّم والتذكّر، ممّا يساعد على الاحتفاظ بالمعلومات وانتقالها من جيل إلى جيل، ولا شك أنّ السلوك الإنساني يتشكّل ويتكوّن بخصائص الثقافة التي يعيش فيها.

منه ومن خلال تعريف تايلور Taylor وآخرون كثيرون، يمكننا تبسيط وتوضيح تعريف الثقافة على أنّها "كلّ مرتبط بطرق التفكير والحسّ والفعل إلى حدّ بعيد مشروطة، التي تعلّم وتتبادل بين العديد من الأشخاص، تسمح بطريقة موضوعية ورمزية في آن واحد دمج الأفراد في إطار جماعة خاصّة وتميّزة".³

بشرحنا لهذا التعريف سيتمّ توضيح المميّزات الأساسية التي من أجلها علماء الأنثروبولوجيا وعلماء الاجتماع يتفقون على الاعتراف بها للثقافة، نسجّل أولا بأننا اخذنا الصيغة الخاصة بدوركايم Durkheim التي نتكلّم فيها عن " طرق التفكير والحسّ والفعل". هذه الصيغة هي أكثر تركيبية Synthétique وعامة générale من القول " طرق العيش" على حدّ تعبير " تايلور" (Taylor) والتي نجدها في العديد من التعاريف الأخرى، هي تمثّل الأولوية في التسطير على أنّ القوالب Les modèles، القيم، والرموز التي

¹ Edward TAYLOR : **Primitive culture**, cité par : philippe BENETON dans histoire de mots culture et civilisation, éd. Borhane , Alger, 1992, P113.

² Michel CROZIER et Fridberg EXHORT : **L'acteur et le système**, 2^{ème} édition, éd. SEUIL, Paris 1993, P210.

³ Rocher GUY : **Introduction à la sociologie générale. L'action sociale**, éd . HMH, LTEE, Paris, 1986, P111.

تشكل الثقافة داخل المعارف والأفكار والفكر تمتد إلى جميع أشكال التعبير الأحاسيس أكثر منها للقواعد التي تحكم أفعال موضوعية ملاحظة.

تشير الثقافة إذن إلى جميع الوظائف الإنسانية، إن كانت معرفية أو عاطفية أو فعلية أو حتى Sensorimotrice، هذا التعبير يشير في الأخير إلى أنّ الثقافة هي فعل التي هي أولا وقبل كلّ شيء معايشة من طرف الأشخاص، من خلال ملاحظة هذا الفعل نستطيع استخلاص وجود الثقافة وتحديد محدّاتها، هذا من جهة ومن جهة أخرى " طرق التفكير والحسّ والفعل" هي معبرة عنها قالب من القوانين في أشكال طقوس، احتفالات، معارف علمية، التكنولوجيا، علم أصول الدين، وفي الأخير هي متبادلة بين أفراد الجماعة، أيضا الثقافة مكتسبة وليست مورثة لذلك فالعالم البيولوجي لا يمكن له تفسيرها، المعالم الثقافية هي إذن ليست متبادلة عن جماعة من الأشخاص بنفس الطريقة التي يمكن أن تحدث مع المعالم الفيزيائية (الجسمية)، نستطيع القول بأنّ الأخيرة هي ثمرة الوراثة بينما الأولى هي من الوراثة التي على كلّ شخص أن يتحصّل عليها والحفاظ عليها، هناك من عرفها " وراثّة اجتماعية" آخرون قدّموا تعريف آخر " هي كلّ ما يستطيع الفرد تعلمه للعيش في مجتمع خاص".¹

من كلّ ما قيل يمكن التعبير عن الثقافة بأنّها ذلك الكسب الإنساني، هي ظاهرة عامة، فلا وجود لشعب مثقف وشعب غير مثقف، غير أنّ هذا لا يعني نفي الخصوصية الثقافية.² ومن المعنى الذي قدّمه علماء الأنثروبولوجيا وعلماء الاجتماع، فالثقافة واحدة للجماعة لا يمكن تطبيقها إلا على الأفراد، إذن هي اجتماعية يتوارثها الأجيال من المجتمع عن طريق التعلم.

1-2- مفهوم الثقافة الصحيّة:

الثقافة الصحيّة هو مفهوم شامل يساعد الفرد على أن يقوم بسلوك بطريقة مسؤولة فيما يتعلّق بالصحة داخل أو خارج النظام الصحيّ، مع تأثير بيئته الاجتماعية، هذه الثقافة تسمح أيضا للجماعات في التأثير على المناطق الاجتماعية والسياسية.

الثقافة الصحيّة هي ليست معنية فقط بالقطاع الصحيّ ولكن أيضا بجميع المستويات والمجالات، علاوة على ذلك، لا يجب فقط ترقية هذه الثقافة بالقرب من السكان، ولكن يجب أيضا أن نقوم بعملية تحسيسية للمؤنّين بعملية الإقراض، التأمينات الاجتماعية المرضية، النظام التربوي، أرباب العمل والاقتصاد لأجل أن ينشئوا الشروط الضرورية لتقدّمه.

البيئة والصحة هما مرتبطان بشدة من أجل ذلك، نظريتنا تصاغ على هذا النحو: "البيئة السليمة لأجل سكّان بصحة جيدة".

¹ Ibid, P113

² Abdelghani MAGHERBI : Culture et personnalité de Massinissa à nos jours, éd. ENAG OPU, Alger, 1986, P32.

2-1-1-التثقيف الصحي:

من بين العوامل التي تؤثر على صحة كلِّ منّا، وكذا صحّة الجماعات والسكان، السلوك الفردي و الجمعي له في ذلك نصيب كبير : مثلا غسل الأسنان بانتظام أولا، له انعكاس على الصحّة، السماح للأشخاص من تغيير في سلوكياتهم هو إذا واحد من مبتغى الصحّة العامة، هو بالخصوص هدف التربية للصحّة إذا التثقيف الصحي.

2-1-1-1-تعريفه: لقي التثقيف الصحي اهتمامات متزايدة من طرف الأطباء والعلماء المحدثين باعتباره الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحّة المجتمع، وقد وضعت له تعاريف متعدّدة تشترك كلّها في أنّ التثقيف الصحي ينصبّ أساسا على سلوكيات الأفراد والجماعات سواء كانت سلوكياته عرقية أو أدائية، ومن هذه التعاريف:

التثقيف الصحي: هو عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحيّة.
التثقيف الصحي: هو عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة، بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم فيما يتعلّق بأمور الصحّة تأثيرا إيجابيا نحو الأفضل.

وأحدث تعريف للتثقيف الصحي هو أنّه علم وفن التأثير على رغبات وسلوكية الأفراد في المجتمع، وأداة لكسب ثقتهم واستقطابهم نحو الأجهزة الصحيّة وتعاونهم مع المسؤولين في مجال التثقيف في سبيل وقاية المجتمع من مختلف العلل والأمراض، والحصول على القدرة لتجنّبها وصدّها ومقاومتها في حال تعرّضهم لها، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى رفع المستوى الصحي والاجتماعي معا مع تنمية الكفاءات وتحقيق الحياة السعيدة.

وأفضل تعريف للتثقيف الصحي هو أنّه عبارة عن عملية ترجمة الحقائق الصحيّة المعروفة وتحويلها إلى أنماط سلوكية على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة، بهدف رفع المستوى الصحي والاجتماعي للفرد والمجتمع.¹

ويتمّ التثقيف الصحي للمجتمع عن طريق اللقاءات ووسائل الإعلام لشرح أعراض الأمراض المعدية، وكيفية انتشارها، وطرق الوقاية منها والتحصين المتوفرة وأماكن توافرها، وكذلك التوجيه إلى إتباع العادات الصحيّة السليمة، منه يمكن أن نستنتج أنّ التثقيف الصحي يمكن من حيث توصيله أن يتمّ في حلقتين:

أولا: الحقل المدرسي، هو طريق رسمي، وهذا ما يطلق عليه بالتربية الصحيّة المدرسية.

ثانيا: لحقل الاجتماعي، هو طريق غير رسمي عن طريق المؤسسات الاجتماعية الأخرى، ويطلق عليه بالتربية الصحيّة العامّة.¹

¹ د. عيسى غانم، د. عماد إبراهيم الخطيب : الصحّة العامة ، الطبعة الأولى دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 1997، ص 298. 299.

3-برنامج التثقيف الصحي:

يتطلب التثقيف والإرشاد الصحي أشخاصاً أكفاء ذوي مهارة ودراية بأسس التثقيف الصحي وقادرين على التعبير والإيضاح، ووضع الحلول المناسبة للمشاكل التي تطرح عليهم، كما أنه يستلزم توفير وسائل وأساليب يستعملها المثقف الصحي، لتقريب الأمر أو الموضوع من أذهان الناس، أما عن برنامج التثقيف الصحي فيكون عن طريق : وسائل الإعلام الجماهيري، الندوات والمحاضرات والمناقشات، التوجيه الانفرادي أو المقابلة الشخصية وأخيراً تنظيم المجتمع.

هناك طريقتان يمكن للمثقف الصحي أن يتصل بواسطتهما بالأهالي وهما:²

3-1 الاتصال المباشر:

وهو ذو تأثير هام وقوي إذا أحسن المثقف الصحي استعماله، فهو يعتمد على شخصية المثقف الصحي وأسلوبه ومهاراته وتدريبه، ويكون عادة بشكل مواجهة أو مقابلة بين المثقف وبين من يقدم لهم التوعية الصحية، سواء كانت مواجهة فردية أو جماعية.

فالمواجهة الفردية هي أن يتلقى المثقف الصحي أو المعلم، وأي شخص يقوم بهذه المهمة بشخص آخر ويقدم له المعلومات، والأسس الصحية وطرق الوقاية من مرض ما بأسلوب المحادثة الشفهية المواجهة، وعادة يكون فيها حورا ونقاش وطرح الأسئلة والإجابة عليها، ويكون المردود منه كبيرا.

أما المواجهة الجماعية فهي أن يلتقي المثقف الصحي أو الطبي أو المعلم مع مجموعة من الناس، ويلقي عليهم محاضرة أو ندوة أو حوار أو مناقشة حول أسس الرعاية الصحية وأسس الوقاية من الأمراض، مثل المحاضرات التي تنظمها بعض مراكز التنمية الاجتماعية لنساء الأحياء الشعبية، أو التي تنظمها المدارس والنقابات والجمعيات. وهذه الطريقة ذات فائدة لأن فيها اتجاهين متعاكسين، وهما من المحاضر أو المثقف إلى الحاضرين ومن الحاضرين إلى المحاضر، فيدور حورا ونقاش يعمل على إيضاح تام للقضايا والمشاكل الصحية مدار الحديث.

3-2-الاتصال غير المباشر:

وفيها يكون اتصال المثقف الصحي بالناس غير مقابلة شخصية، وإنما يكون باستعمال أساليب ووسائل أخرى توصل آراءه إلى الناس، مثل وسائل الإعلام المختلفة كالمدىاع والتلفاز والصحف والملصقات والصور والأفلام السينمائية الثابتة والمتحركة والمعارض وغيرها من الوسائل الإعلامية:

¹ الخميس عبد الرزاق : مبادئ التربية الصحية، الطبعة الأولى، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1999 ص 14 .
² د. عيسى غانم، د. عماد إبراهيم الخطيب، ص 189 .

- **المصوّرات:** تستخدم المصوّرات والملصقات الجدارية في عملية التثقيف الصحيّ لتعليم المواطنين أسس الممارسة الصحيّة السليمة، ويشترط أن تكون الصور واضحة ومعبرة وتشمل على فكرة واحدة لا أكثر لتجنّب الإرباك والالتباس، ويجب أن تعلّق في أماكن بارزة وواضحة للعيان ليشاهداها الناس.
- **الشرائح:** وهي صور شفافة يتمّ عرضها على شاشة بيضاء أو جدار بواسطة جهاز الفانوس، وهي كثيرة الاستعمال في المعارض والندوات.
- **الأفلام الثابتة:** وهي عبارة عن صور وشرائح سينمائية ثابتة تشمل على عدد من الصور المتلاحقة والمترابطة بحيث تشتمل على تسلسل العرض وتسلسل الشرح.
- **الصور الثابتة:** وهي تشمل الصور الشفافة، والصور الفوتوغرافية والرسومات اليدوية والبيانات والخرائط.
- **المعارض:** وهي اختيار عدد من المعلومات والنماذج والرسوم واللوحات والصور والمجسمات والآلات والأدوات التي تتعلق بقضايا صحيّة من واقع الحياة التي يعيشها الناس، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة التركيز على موضوع معيّن أو مشكلة معيّنة، ويحسن تجنّب تعدد مواضيع المعرض تجنباً للإرباك وتشتيت الأفكار.
- **المذياع والتلفاز:** يعتبر من أسرع وسائل إيصال المعلومات المرغوب فيها إلى فئات وأعداد كبيرة من الناس سواء كانوا داخل الوطن أو في البلاد الأخرى، بالتالي فهما من أفضل وسائل الإعلام والتثقيف الصحيّ بشرط استعمال اللغة والألفاظ السهلة الواضحة المفهومة من عامة الناس، وتجنّب الحديث بالمصطلحات والألفاظ الأكاديمية، حتّى تحقق الفائدة المرجوة منها بتغلغلها في نفوس الناس، ويشترط اختيار أحسن الأوقات وأنسبها لبثّ مثل هذه المعلومات مثل ساعات المساء وخلال نشرات الأخبار والمسلسلات والأفلام التلفزيونية حتّى يتمكن كلّ المواطنين من مشاهدتها.
- وتجدر الإشارة إلى أنّه يجب أن تكون تمثيلات التلفزيون الصحيّة ذات أسلوب مشوّق وجذاب، وتتصف بالبساطة وسهولة الفهم والإدراك.
- **المطبوعات:** وهي تشمل الكتب والكتيبات والنشرات والصّحف والمجلات، وهي من الوسائل الممتازة ينشر التثقيف الصحيّ، ولو أنّ الفائدة هنا مقصورة على جمهور المثقفين والقراء، وفائدتها قليلة في الأرياف والبيوادي، لأنّها لا تصل إلى أيدي جميع المواطنين. وعلى العموم يجب أن تكون معلوماتها مبسّطة ومفهومة وأسلوبها سلس شيق حتى تسهل على مقنتيها قراءتها واستيعابها.
- **الأفلام السينمائية المتحرّكة:** إنّ الأفلام السينمائية من أنجح وسائل الاتصال بالمواطنين، ويمكن استعمال السينما المتنقلة التي تعرض أفلامها على جدران المنازل وفي الساحات العامة من المدن، وفي الأرياف والبدو.

ويجب أن يكون موضوع الفيلم السينمائي على علاقة بالموضوع المطروح على الحاضرين، وأن يكون جذابا مرغوبا فيه من الحضور، كما يجب أن تكون لغة الفيلم وصوره وأحداثه وبيئته ملائمة لواقعهم، ويحسن للمثقف الصحي أن يتبع الفيلم بشرح وتعليق إيضاحي للمواضيع والأحداث التي تمرّ في الفيلم ويناقشها مع الحضور حتى تتمّ فائدتها.

ومن خصائص الرسالة التثقيفية أن تكون عبر المثقف الصحي، كما يمكن أن تكون عبر برامج التدريب... ويجب أن نلاحظ بأنّ الرسالة الصحية مهما كانت لا يمكن أن تؤثر على سلوك معيّن (كالتدخين مثلا) دون مراعاة الأساليب العامة لحياة الأفراد والمجتمعات التي تتأثر بالقيم التقليدية.

2- التربية الصحية:

1-تعريف التربية الصحية: للوصول إلى مفهوم التربية الصحية، يتعيّن أولا تعريف كلّ من الصحة والتربية.

1. مفهوم التربية: التربية هي عملية اكتساب مهما كانت عرف ومعتقدات وتقاليده الشعوب، باختصار ثقافتهم، هذا الكسب يتمّ عن طريق تدخل المؤسسات الاجتماعية أين بعضها يلعب دورا تطوريا على رأسها المدرسة.

التربية عند إميل دور كايم E.Durkheim هي ظاهرة اجتماعية أساسية: المحيط الاجتماعي يعمل على قبولية الطفل على صورته.¹

بصفة عامة يمكن القول بأنّ التربية عبارة عن سيرورة ديناميكية التي تنشأ منها علاقات للتبادل بين المربي والشخص المراد تربيته ومجموعة الأشخاص المعنية في المكان الذي حدثت فيه هذه المبادلة. هي عبارة عن صفة التي تتمّ على مستوى العلاقات الإنسانية، وكلّ الأشخاص المعنيين يلعبون دورا فعال.² منه نقول التربية هي عملية نمو وتطور وتشكيل حياة الأفراد في مجتمع معيّن حتى يتمكنوا من اكتساب المهارات المختلفة والقيم والاتجاهات وأنماط السلوك التي تساعد على التعامل مع البيئة الاجتماعية التي ينشؤون فيها، والتربية على ذلك تتمّ من خلال القائمين عليها حيث يتبع هؤلاء العديد من الوسائل في تربية وتكوين الفرد تكويننا صالحا من النواحي الخلقية والبدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وتعدّد الجهات والمسؤولون الذين يقومون على تربية الأفراد، حيث تشتمل على المنزل والمدرسة والمجتمع، وكلّ جهة من تلك الجهات لها أساليبها ووسائلها في تربية وتكوين الفرد.

وفي تقدير أنّ وسائل التربية المؤثرة والمجدية تتركز في خمسة أمور وهي:³

¹ Raymond BOUDON, et autre : **Dictionnaire de sociologie**, éd Larousse, Paris, 1999, P77.

² MSPRH : **éducation Pour la santé en milieu scolaire dans le sud**, en colabration du bureau de laisons de L'OMS en Algérie, 2006, P17.

³ Ibid, PP 38-39.

- **التربية بالقدرة:** تكسب الطفل أفضل الصفات وأكمل الأخلاق وبها يتعلّم الفضيلة ويبتعد عن الرذيلة ويكون له مثل أعلى يحتذي خطواته ويتعلّم من تصرّفاته وسلوكه.

- **التربية بالعادة:** عن طريق العادة يصل الطفل إلى التكوين التربوي المطلوب، حيث تعتمد هذه الوسيلة على الملاحظة والملاحقة والمتابعة، وهي تعتمد بالدجة الأولى على الترغيب والتشجيع لا على الإكراه. - **التربية بالموعظة:** بالموعظة يتأثر الطفل، بالكلمة الهادئة والنصيحة الراشدة والقصة الهادفة والحوار المشوّق والأسلوب الحكيم والتوجيه المؤثّر، وبدون الموعظة يصبح الوجدان جافاً والقلب متحجراً والعاطفة مجمّدة والمشاعر جافّة.

- **التربية بالملاحظة:** فتعتمد على استمرار ملاحظته ومتابعة خطواته حتّى يصلح حاله وتتهدّب نفسه وتكتمل آدابه وأخلاقه ويصبح لبنة صالحة في كيان المجتمع.

- **التربية بالعقوبة:** عن طرقها يتمّ تعنيف الطفل ليكفّ عن الأذى وعن الصفات القبيحة، ويكون عنده من الحساسية والشعور ما يردعه عن الاسترسال في الأخطاء.

2- مفهوم التربية الصحيّة: فتعرف منظمة الصحة العالمية للصحة على أنّها " حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز".¹

- وتعرّفها سلوى عثمان الصديق بأنّها: " مجموعة من العمليات التربوية التي تستهدف تحويل الحقائق والمعلومات الصحيّة إلى أنماط سلوكية يقوم بها الأفراد والجماعات والمجتمعات".²

- كما تعرّفها نداء عبد الرزاق الخميس بأنّها: " عملية تربوية تهدف إلى مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية بجهودهم الذاتية عن طريق تزويدهم بالمعلومات والخبرات بقصد التأثير في معرفتهم وميولهم وسلوكهم نحو الصحة والمرض إلى عادات وسلوك صحي سليم".³

- كما عرّفها توماس وود Thomas Wood التربية الصحيّة هي " بعض الخبرات في المدرسة وفي أماكن أخرى التي واقعا نحو العادات والاتجاهات والمعرفة المرغوبة المتعلقة بالفرد والمجتمع والعرف الصحي".⁴

ومن هنا يمكن القول بأنّ التربية الصحيّة هي عملية تربوية تعمل على تزويد أفراد المجتمع بالمعلومات والخبرات، الصحيّة بهدف التأثير إيجابيا على معارفهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم ليتمكنوا من تحقيق سلامتهم وكفائيتهم البدنية والنفسية والاجتماعية بجهودهم الذاتية، وبذلك يرتفع المستوى الصحي للأفراد والمجتمع ككل.

¹ بهاء الدين سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص 17.
² سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2002، ص 25.
³ نداء عبد الرزاق الخميس، مبادئ التربية الصحيّة، الطبعة الاولى، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1998، ص 14.
⁴ د. محمود بستان: مناهج التربية الصحيّة، الطبعة الأولى دار القلم، الكويت، 1981، ص 13.

3- أهداف التربية الصحية:

-جعل الصحة العامة هدف العامة، وتغيير مفاهيمهم وقيمتهم المتعلقة بالصحة والمرض.
-تعزيز صحة الفرد والمجتمع، وذلك بتغيير اتجاهان وسلوكيات الأفراد خاصة فيما يتعلق بصحة الأم الحامل والمرضع، وصحة الطفل وتغذية، والعناية بنظافة المنزل وبالتغذية السليمة والإسعافات الأولية، فالتربية الصحية لا تنحصر في نشر المعلومات والحقائق الصحية بل تتعدى ذلك لتحاول تغيير السلوك تغييرا إيجابيا.

-إنجاح برامج المشروعات الصحية وذلك عن طريق التوضيح للأهالي أهدافها وأهميتها وضرورة تعاونهم معها، وكذلك العمل على تحسين اتجاهات عمال الصحة نحو أهمية كسب ثقة الأهالي لتحقيق أهداف مختلف البرامج الصحية.¹

3-2 التربية الصحية في محيط الأسرة: الأسرة هي البيئة الأولى التي يجد فيها الفرد نفسه، فتتولى رعايته وتربيته وتغرس فيه عاداتها وقيمتها، حيث تنهياً فرص عديدة تتشكل من خلالها مفاهيم الطفل واتجاهاته وسلوكياته الصحية، خاصة وأنه يقضي بالمنزل سنواته الأولى التي تتميز بقابليته الكبيرة للتأثر بما حوله، وتشمل التربية الصحية في هذا الميدان نوعية أفراد المجتمع حول صحة الأمومة والطفولة والرضاعة الطبيعية والتطعيم وتنظيم النسل وغيرها.

فمن بين ما تعني به التربية الصحية هنا: وقاية أفراد الأسرة من الأمراض والحوادث ورفع مستوى صحتهم.

الصحة النفسية لجميع أفراد الأسرة من خلال المعاملة الحسنة بينهم.

القدوة الحسنة من الكبار في الأمور المتعلقة بالصحة.

صحة البيئة المنزلية من حيث نظافة المنزل، ونقاء المورد المائي، ومكافحة الحشرات، وطريقة التخلص من القمامة ...

طرق تحضير الأطعمة الصحية وحفظها لأطول مدة دون فقدانها لقيمتها الغذائية.

تخصيص جزء من ميزانية الأسرة للوفاء بالحاجيات الصحية.

ربط السلوكيات الصحية بعادات الأسر وتقاليدها.

3-3 التربية الصحية في محيط المدرسة:

المدرسة هي ثاني مؤسسة اجتماعية تستقبل الطفل بعد أسرته، وتلعب دور مهم في عملية التربية الصحية للتلاميذ والطلبة من المرحلة التحضيرية وحتى نهاية التعليم الجامعي، حيث يقضي بها الطالب ساعات طويلة يوميا، إضافة إلى أن سن التمدرس وخاصة في السنوات الأولى هو سن تقبل المعلومات واكتساب العادات.

¹ بهاء الدين سلامة : المرجع السابق، ص 43 .

وتشمل التربية الصحيّة في المدرسة ما يلي: إدماج التربية الصحيّة في البرامج التعليمية. البيئة المدرسية الصحيّة: من نقاء المورد المائي، وحسن التخلّص من الفضلات، والتهوية والهدوء، والتغذية السليمة للتلاميذ...

السلوك الصحيّ للمدرسين وكلّ العاملين بالمدرسة كقدوة حسنة للتلاميذ. القيام بالفحوص الدورية للتلاميذ ووقايتهم من الأمراض.

استعداد المدرسة للتصدي للأمراض المعدية والحوادث في حالة وقوعها.

3-4 التربية الصحية في محيط المجتمع: المجتمع هو الآخر له دوره المهم في عملية التربية الصحيّة، وذلك بتوفير الخدمات الصحية العامة الشعب، والتي يعمل القائمون عليها على التأثير الإيجابي في السلوك الصحي للعامة، عن طريق تزويدهم بالمعلومات والخبرات الصحيّة، كما تشمل التربية الصحية في هذا الميدان:

-توفير التربية الصحية في المصانع والمتاجر وليعض فئات المجتمع كالمعوقين، والجنود ...
-نظافة أماكن التجمعات العامة.

-توفير المرافق الترفيهية التي تساهم في تحسين المستوى الصحي للعامة كالنوادي الرياضية -مشاركة الأفراد في مختلف البرامج الصحية، وتكوينهم لجمعيات صحية.
-مراعاة السلوك الصحي في الأعياد والمناسبات الوطنية.
-استغلال التجمعات المختلفة للتوجيه الصحي.

أخيرا يتوجب علينا التعرّيج على الأساليب والمناهج التي باتباعها تتحقق أهداف التربية الصحية وبذلك يمكن للتربية الصحيّة مجموعة من المواقف والرسائل موجهة للأطفال والمراهقين المتردّدين للوسط المدرسي، وأيضا التدخل المشترك في هذا المجال: أولياء التلاميذ في المؤسسات المدرسية... الخ، الهدف هو ارتقاء الصّحة الجسمية والنفسية لهذا السكان.

" التربية الصحية هي مجموعة من نشاطات الإعلام والتربية التي تحتّ الأشخاص على الإرادة أن يكونوا بصّحة جيّدة، وكيف يمكن التوصل إليها، والقيام بكلّ ما بوسعهم، سواء على المستوى الفردي أو الجماعي، من أجل المحافظة على الصّحة والبحث عن مساعدة عند الحاجة، هذا التعريف يسيطر على أهمية خلق شروط التي تسمح للفرد بأخذ القرار فيما يخصّ صحّته".¹ هذا التعريف الذي قدمته يشير إلى فرص التعليم المنشأة بتروّ من أجل تسهيل تغييرات السلوك بغاية الوصول إلى هدف معلن عليه سلفا.

فرص التعليم تنسب إلى جميع نشاطات التربية الموجهة من أجل ترقية المعارف وتطوير المفاهيم وحسن المعاملة واللباقة الذي تؤدّي إلى الصّحة.

¹ MSPRH : éducation pour la santé en milieu scolaire dans le sud, Op. cit, P19.

3-مجالات التربية الصحيّة: يمكن تقسيم مجالات التربية الصحيّة إلى أربعة أقسام هي:

الصحة الشخصية.

التربية الصحيّة في الأسرة (مع العائلة).

التربية الصحيّة في المدرسة (الصحة المدرسية).

التربية في المجتمع (الصحة المجتمعية).

1-2 الصحة الشخصية: تتعلّق التربية الصحيّة في هذا المجال بنوعية الفرد بأهمية المحافظة على

الصحة، والنظافة والتغذية، والنوم والراحة، ومزاولة الأنشطة الرياضية والترويحية ...

فيجب على الفرد أن يحافظ على صحة جسمه ولا سيما الأعضاء الحساسة مثل العينين، وأن يقوم بالفحوصات الدورية، كما يجب عليه مثلاً الحرص على نظافة شعره ويديه، وان يبتعد عن المخدرات والتدخين ...

2-2-التربية الصحيّة في الأسرة (مع العائلة): تعتبر العائلة المدرسة الأولى للأفراد حيث يعمل التنقيف

الصحي على زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامّة، والتغذية الصحيّة ونظافة الماء ونوعية الملابس وساعات الراحة واللّعب والنوم والسهر وممارسة أفراد العائلة أسس الوقاية من الأمراض وطرق مكافحتها وسرعة معالجة المصاب أو المريض.

الاهتمام بصحة البيئة من مكافحة الحشرات، واستعمال الطرق والوسائل الصحيّة في التبرز والتبول، وطرق التصريف الصحي للفضلات والقمامة والمياه العارمة، والطرق السليمة لحفظ الأطعمة، والتخطيط السليم لناء المسكن بحيث تتوفّر فيه التهوية الصّحيحة والإضاءة الطبيعية المناسبة، وكذلك عدم الازدحام. اتّباع أفراد الأسرة لعادات صحيّة سليمة، وعدم ممارسة عادات صحيّة سيئة مثل عدم الشرب من كأس واحد، أو استعمال منشفة مشتركة، غسل الأيدي والأواني قبل الأكل وبعده، والفصل في النوم بين الأولاد والبنات، العناية بوسائل الترويح والترفيه وقضاء أوقات الفراغ، والسفر واستخدام الحدايق والمنزهات.

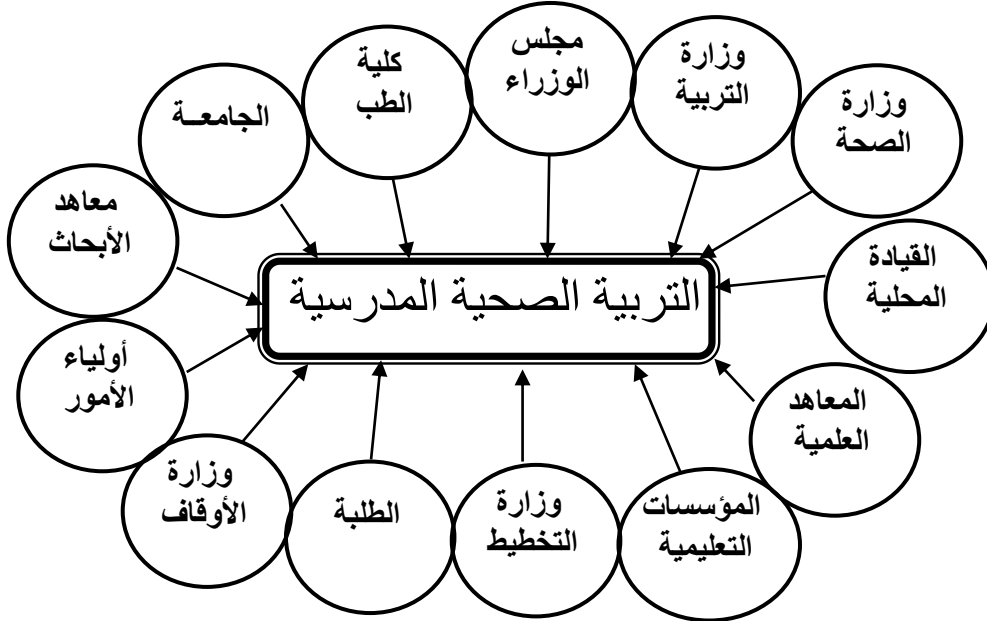
2-3-التربية الصحيّة في المدرسة: التربية الصحيّة المدرسية هي عبارة عن جمع الخبرات التي تستطيع

المدرسة أن توفرها لتلاميذها بقصد تحقيق النمو الشامل لهم واكتسابهم الأنماط السلوكية الصحيّة التي تساعد على المحافظة على صحتهم وصحة المجتمع الذي يعيشون فيه أو بتعبير آخر هي تزيد التلاميذ بخبرات تعليمية الغرض منها هو التأثير في معارفهم واتجاهاتهم وأوجه سلوكهم المتعلقة بصحة الفرد والمجتمع، بمعنى أدق يمكن لنا القول بأنّ المدارس هي من أهمّ المواقع المؤثرة في مجال التربية الصحيّة وذلك لأنّ في مجتمع التلاميذ منظم ويسهل التحكم والتأثير فيه بالإضافة إلى أنّ السن المدرسي هو سن

تقبل المعلومات واكتساب العادات، كما أنّ المناخ المدرسي التربوي وما فيه من طاقات المدرّسين والمدرّسات يجعل من السهل تنفيذ برامج التربية الصحيّة المدرسية.¹

الحصول على معلومات أساسية بالنسبة للبدن، ووظائف الأعضاء، والأمراض الشائعة، وكيفية المحافظة على الصّحة الشخصية وصحة المجتمع، والوقاية والسيطرة على الأخطار الصحيّة الرئيسية.

شكل رقم (01) يمثل مسؤولية التربية الصحيّة المدرسية



مصدر : د. محمود بستان، مرجع سابق، ص 23

يبين الشكل الممثل في الأعلى الحاجة الماسة للتربية الصحيّة المدرسية وتدعيم مناهد التربية الصحيّة، حيث يقع على الجميع مسؤولية التربية الصحيّة، ويمكن توضيح الدور الأعظم الذي تلعبه التربية الصحيّة المدرسية.

1-3-2 النظريات التعليمية للتربية الصحية المدرسة: هنا يمكن التحدّث عن نظريتين أساسيتين هما النظرية التعليمية التقليدية والنظرية التعليمية الحديثة، ومن خلالهما يمكن تحديد مفاهيم مختلفة يعبر عنها على مستوى الأهداف التربوية، الأسس، المحتوى والوسائل.

1-1-3-2 النظرية التقليدية: من خلال هذه النظرية التقليدية، الأستاذ، المعلم هو " الإنسان الأعظم" الذي يرسّخ المعارف للطالب أو التلميذ الذي هو " الإنسان السفلي"، الذي يخضع لهذا التعليم، ولهذه التربية، النجاح أو الفشل محكوم عليه بطريقة شفافة على درجة المعارف المكتسبة من طرف التلميذ.²

¹ د. محمود بستان، مرجع سابق، ص 22 .

² MSPRH : éducation pour la santé en milieu scolaire dans le sud, Op. cit, PP17-18.

أهداف هذه النظرية في التحكم في منصب بتموين الأفراد بالمعارف الضرورية التي تسمح لهم بالاندماج والاختيار في مجتمع مستقر.

2-1-3-2 النظرية الحديثة: أما عن النظرية الحديثة فالتغيير المتحصل مستمر، التغيير يؤدي إلى تفتح وازدهار الفرد له باكتساب قدرة للتفكير والتصرف والاستجابة، كلّ فعل تربوي يهدف إلى تطوير من الفرد الروح المبادرة والمسؤولية هذا ما لا تسمح به التعليم التربوي التقليدي الإلزامي. تتمثل أهداف هذه النظرية في إحداث تغيير بتقديم المعارف والمناهج للاستكشاف والتحليل والتجريب، هذا من جهة ومن جهة أخرى الحث على المشاركة الفعلية والإنتاجية للفرد، وإدماج المربي في الفعل التربوي.¹

منه لا بدّ من وضع الخطوط العريضة لعلمية التعليم الصحيّ في مدارسنا في الوقت الحاضر نتيجة للتطوّرات الكبيرة التي حدثت في النظام التعليمي في الجزائر... فبعد أن بدأ التطبيق في أسلوب أو نظام المقرّرات يمكننا أن نقول أنّ أسلوب التعليم أخذ طابعا جديدا وبدأ أسلوبا متطورا يختلف عن الأسلوب التقليدي... لذا لا بدّ أن يواكب هذا التطبيق الأسلوب الخاص بالجانب الصحيّ المدرسي ليكون مرتبطا وثيقا مع الجانب التربوي منهجا تربويا واحد لا يفصل عنه المنهج الصحيّ لكي لا يكون بعيدا عن المناهج الأخرى، وذلك لأهمية الصحة في تنشئة جيل يتمتع بالصحة فينعكس بالتالي على المجتمع والوطن والأمة.

4-2 التربية في المجتمع: المجتمع أوسع مجالا من البيت والمدرسة، ومنه يتعلّم الفرد سلوكيات واتجاهات مختلفة، ومنه يكتسب معلومات وخبرات يتعود عليها على المدى البعيد، سواء كانت تقليدية بالية أو صحيّة سليمة، ومجالات المجتمع كثيرة وتشمل المقاهي والمطاعم والنوادي والمنزهات والمساجد والمعسكرات، والاجتماعات النقابية، وعندما يكون المجتمع واعيا لأسس الصحة العامة، فإنّ الفرد سيكتسب تلك الأسس والمبادئ الصحيحة في جميع الأمور الصحيّة والاجتماعية، مثل الخدمات الصحيّة والاجتماعية، مثل الخدمات الصحية، والخبرة في العمل سواء كان في الحقل أو المصنع. منه يمكن تحفيز التربية الصحيّة كعملية تعليمية حيث أنّ للصحة جانبان، جانب يتعلّق بالمجتمع، ويسمّى الصحة العامة وآخر يتعلّق بالفرد ويسمى الصحة الشخصية، أما الصحة العامة فقد تمّ تعريفها من قبل «Turner» على أنّها البراعة والمهارة لمنع المرض وإطالة الحياة، ورفع الصحة والكفاية النسبية خلال جهود المجتمع المنظمة، وأما الصحة الشخصية فهي الممارسة للعادات الصحيّة في نطاق الظروف العامة التي تكفل للفرد التمتع بالصحة.²

¹ Ibid.

² الخميس عبد الرزاق، مرجع سابق، ص 22.

يتمّ التثقيف الصحيّ للمجتمع عن طريق اللقاءات ووسائل الإعلام لشرح أعراض الأمراض المعدية، وكيفية انتشارها، وطرق الوقاية منها، والتحصين المتوقّر وأماكن توافرها وكذلك التوجيه إلى اتّباع العادات الصحيّة السليمة، وبالإضافة إلى ما سبق يمكن للتربية الصحيّة أن تقوم بدور فعال في مكافحة الأمراض المعدية من التوجيهات التالية:

- الدّعوة إلى الاهتمام بصحة الفرد والمحافظة عليها، وتوفير عناصر البيئة الصحيّة من مسكن ومياه وتصريف فضلات ومقاومة وتغذية صحيّة.

- الدّعوة إلى سرعة عزل المرضى عن الأصحاء وتطهير إفرازاتهم وعدم إخفائهم.

- دعوة مخالطي المرضى إلى عرض أنفسهم على الطبيب للاكتشاف المبكر لأيّ أعراض مرضية قد تظهر عليهم.

- الدعوة إلى الإقبال على التحصين بالطعوم واللقاحات الواقية وبيان فوائد التحصين والأماكن التي يتمّ فيها التحصين وعواقب إهمال التحصين.

- الإرشاد إلى أماكن الخدمات مثل مستشفيات العزل والعيادات الخارجية وأماكن القذرة والملوثة كلّها قد تستنشق أو قد تلوّث الجروح، وهذه الطريقة للانتشار لها أهميّة كبرى خاصة في العدوى التي تحدث في المستشفيات.¹

4-الإعلام الصحيّ: من هذا المفهوم نسمع " الوصف الرقمي للشبكة العلاجية فيما يخصّ الهياكل والمعطيات المرتبطة بالنشاط التطوري". هذا الإعلام الصحيّ يخصّ بشأن الأخذ بالقرار المستخدمين للنظام الصحيّ المنظم من طرف العاملين للنظام الصحيّ ونعني بذلك:

- السكان: لخدمة الذين من أجلهم نظم كلّ النظام الصحيّ.

- **النظام العلاجي:** ينقسم إلى نظام علاجي ابتدائي (الأول) وآخر ثانوي، النظام العلاجي الأول هو الذي يستجيب لطلب العلاج المعبر عنه تلقائياً من طرف السكان: إنّها تلك الزيارات أو الاستشارات الأولى، الاستجابات الاستشفائية الخ ... أمّا فيما يخصّ العلاج الثانوي هذا الأخير يحدد ويوجه طلب العلاج التلقائي إلى الفحوص بالأشعة أو المخبرية أو إلى العلاج بالإقامة في المستشفى.²

4-1 تعريف وأهداف النظام الإعلامي الصحيّ: من خلال النظام الإعلامي الصحيّ، نسمع (جمع) المعلومات على مستوى النظام العلاجي)، المعاملة، عملية الحفظ وأخيراً إيصالها إلى المنظمات القابلة لأخذ القرار منها مسيرين البنيات الصحيّة، إدارة الصحة والسكان (DSP) ووزارة الصحة، جمع المعلومات على مستوى النظام العلاجي يخصّ العديد من الجوانب نذكر

¹ د. عصام قمر : الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة، دار السحاب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، 2007، ص 173.

² Fatima Zohra OUFRIHA et Collaborateurs , Op. cit , P172.

- تسيير المرضى: التسيير الإداري للمرضى (القبول لاستشارة الطبيب، و/ أو الإقامة في المستشفى، تسيير الأماكن السريرية وحركة وتنقل المرضى)، تسيير ملفات المرضى (كتابة الوثائق غير المكتملة حول المرضى، نتائج التحاليل، ...).

- تسيير الأدوية والاستهلاك منها: الحجّة إلى الأدوية ومدى استهلاكها.

- تسيير البنائيات والأجهزة: وظائف مختلف الأقسام، نسبة الوظيفة، نسبة تثبيت حركة الأجهزة.

- تسيير الميزانية المالية: الميزانية، ميزانية المؤسسات الصحيّة، القوانين وإجراءات توزيع قروض الإيجار.

في الأخير، نقول بأنّ سبب وجود لكلّ النظام الإعلامي الصحيّ يتمثل في تحويل المعلومات الخامّة أو المستخدمة كمعلومات للأخذ بالقرار، بمعنى آخر لمعلومات نافعة للاستخدام.

2-4 النظام الإعلامي الصحيّ الحالي: هذا الأخير يرتكز على أسلوب تقليدي، يدوي لجمع وتسيير المعلومات مثل بطاقات الذهاب والإياب، تذاكر الدخول والقبول، مختلف سجلّات التسجيل (تنقلات المرضى، الأدوية...) والمناهج مثل التسجيلات والكتابة اليدوية للمعلومات.¹

5-العلاقة بين المحيط والثقافة الصحيّة:

1-5 المسكن الصحيّ: يعتبر المسكن ضرورة من ضروريات الحياة للفرد والأسرة يتيح توافره لأفراد المجتمع القدرة الأكبر من الراحة الصحيّة والنفسيّة ممّا يجعلهم أكثر حرصا على أداء دور في الحياة بكفاءة وإخلاص لصالح تقدّم المجتمع الذي يعيشون فيه ورفاهيته، ولا يختلف في ذلك توفير المسكن في الحضر أو في الريف ويجب أن يتوفّر للمسكن الاشتراطات الصحيّة التي تقي الفرد من الأمراض المعدية والحوادث ويتناسب مع عادات وتقاليد المجتمع الاجتماعية والثقافية.

الريف ويجب أن يتوفر للمسكن الاشتراطات الصحيّة التي تقود الفرد من الأمراض المعدية والحوادث ويتناسب مع عادات وتقاليد المجتمع الاجتماعية والثقافية.

2-5 المنزل: في المنازل تعيش الأسرة التي تضمّ في أفرادها الكبار والصغار والتي يتأثر فيها كلّ واحد بالآخر ولهذا فإنّ الفريق الصحيّ وخصوصا أعضاء الفريق الذين تتيح لهم فرص العمل زيارة الأسر في المنازل، هؤلاء لديهم فرص جيّدة في التحدّث إلى أفراد الأسرة في المجالات التالية:

النظافة العامة في المسكن وأهمية استعمال الماء الصالح وكيفية التخلّص من الفضلات الأدمية والحيوانية والقمامة.

- اختيار أنواع الأغذية المختلفة وكيفية تجهيزها وحفظها.

- أهمية الرضاعة الطبيعية للطفل والأم، وكيفية تغذية الطفل وطاقمه.

¹ Ibid, P173.

- كيفية التصرف مع الطفل بالإسهال وكيفية إعطائها محلول معالجة الجفاف وأهمية الإسراع بعرض الطفل على الطبيب.
- أهمية إعطاء الطفل التطعيم باختلافه ضد الأمراض.
- أهمية متابعة وزن الطفل وعلامة النمو في مراحل المختلفة.
- تنظيم الأسرة وأهميته من الناحية الصحية للأم والطفل.
- أهمية العلاج من أمراض الطفليات المتوطنة، وأهمية الفحص الطبي والعلاج واستكمالته... إلى غير ذلك من المجالات والمواضيع.

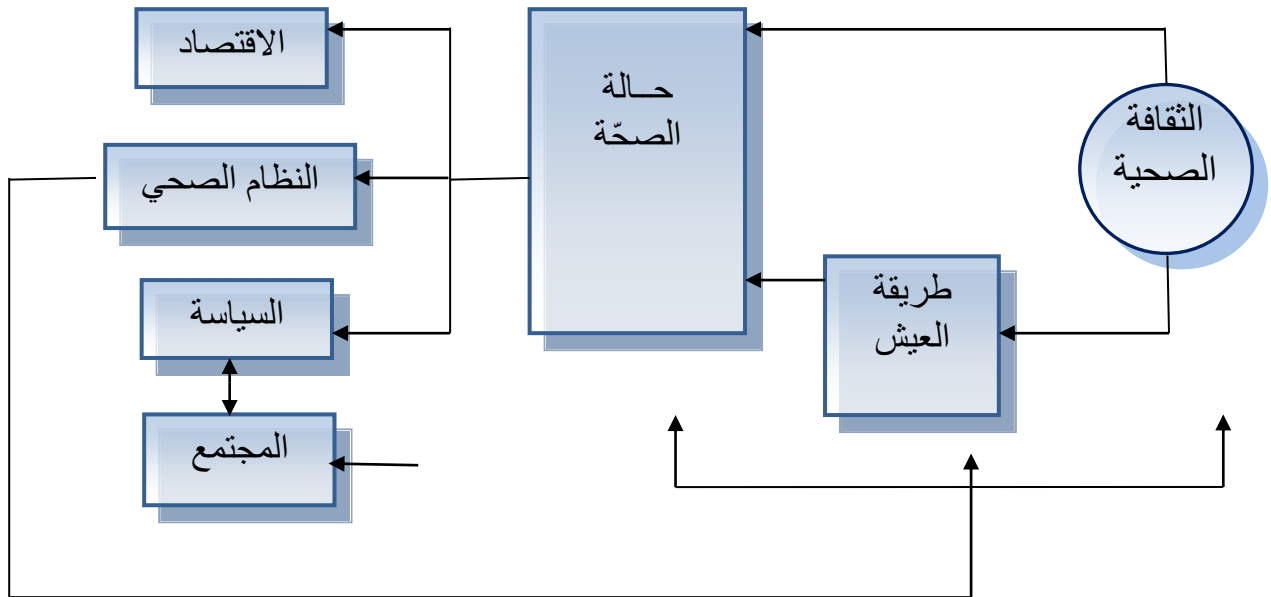
3-5-المجتمع: يتاح في المجتمع كثير من الخدمات التي تؤثر في سلوكهم الصحي منها:

- التجمّعات الجماهيرية المختلفة في الأسواق والمساجد والاحتفالات.

شكل رقم (02) الثقافة الصحية كعنصر أساسي (مفتاح) للصحة:

موارد من السكّان.

موارد طبيعية.



Source : Spycher STUTZ : « la vie économique », in **revue de politique économique**, n° 12, 2006, P15

الشكل رقم (03) يبين بأسلوب هيكلية أهمية الثقافة الصحية، هذه الأخيرة كمورد لكلّ واحد منّا والبيئة الاجتماعية، لها تأثير معتبر على نمط حياة الأفراد وإذا مباشرة على حالتهم الصحية، الثقافة الصحية أيضا تعمل بنفس الشكل تدمج بكميات كافية، وتسرع في الشفاء في حالة المرض، وتمدد بصيغة مستمرة من الرفاهية الفيزيولوجية، إنّ الحالة الصحية للسكان تلعب دورا في مختلف الميادين مثل الاقتصاد، النظام

الصحي، السياسة والمجتمع، منه يمكن القول بأن الثقافة الصحية الممتلئة بالفجوات ينعكس سلبا على مختلف المستويات.

6-العوامل التي تؤدي إلى نجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع

تنتشر الأمراض في المجتمعات التي تنخفض فيها مستوى صحة البيئة وانخفاض الوعي بين الأفراد وانتشار العادات الضارة بالصحة، ولذلك فإن برامج التربية الصحية تهدف لنشر الحقائق الصحية بكيفية حدوث العدوى بهذه الأمراض وطرق الوقاية منها ومكافحتها ونوعية المواطنين بأنه من الممكن أن يكون الإنسان مصابا بأحد هذه الأمراض دون أن يشعر بأي آلام ودون أن تظهر عليه أي أعراض وأن عليه الكشف الدوري للتأكد من خلّوهم من الأمراض وتوعية المواطنين بأهمية التوجه للعلاج بسرعة ، فمن المعروف أنّ انتشار الامراض في أيّ مجتمع يرجع إلى عدّة عوامل منها :

سوء البيئة الصحية في المجتمع.

العادات الصحية السيئة.

عدم التطعيم ضدّ هذه الأمراض.

عدم الاكتشاف المبكر لحالات المرض.

ولقد تمّ السيطرة على كثير من هذه الأمراض المعدية في الجزائر مثل الحصبة والسلّ وغيرها نتيجة انتشار التطعيم ضدّ هذه الأمراض، ولكن لا يزال حتّى الآن بعضها يشكّل مشكلة صحية خاصة بالأمراض التي تتعلّق بسوء البيئة الصحية، أو الأمراض التي لا يوجد بها تطعيم مثل مرض التهاب الكبد الوبائي ويمكن القضاء على هذه الأمراض عن طريق تحسين البيئة الصحية ، وزيادة الوعي الصحي بين الجماهير، مع المواظبة في التطعيمات المختلفة للمخالطين للمريض، وتعتبر " برامج الصحة العامة" من أهمّ البرامج التي تهدف إلى التغيّر في عادات الناس وقيمهم وتقاليدهم فيما يتعلّق بالصحة والمرض، وكأي تغيير اجتماعي تواجه برامج الصحة العامة عوامل تعوق التغيير وعوامل أخرى تساعده ... ويمكن بسهولة تصوّر أنّ المجتمع يقع تحت وطأة مجموعتين من العوامل فيما يتعلّق بالتغيير الصحي :

1-عوامل تساعد على التغيير وتسمّى " قوى التغيير أو دوافع البرنامج، ولنجاح برامج الصحة العامة يجب تشخيص كلّ هذه العوامل ثمّ العمل بها وتقوية دوافع التغيير من ناحية وتخفيض أو معادلة عوائق التغيير من ناحية أخرى.

2-عوامل تعمل على الحفاظ على كلّ ما كان قائما في المجتمع، أي تعمل على إحالة برنامج الصحة الجديد وما يستتبعه من تغيّر ويمكن تسمية هذه العوامل باسم " عوائق التغيير" أو القوى المضادة للبرنامج. ومن هنا يمكن تحديد عوائق برامج الصحة العامة فيما يلي:

6-1 عوائق ثقافية: ومن أمثلتها التقاليد وهي القيم الثقافية المتوازنة التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتقد فيه الآباء والأجداد وهي قوى تعوق كل ما هو جديد وتقف حجر عثرة في سبيله، ومن أمثلتها أيضا القدرية، والتمركز الذاتي للثقافة.

6-2 عوائق اجتماعية: ومن أمثلتها قوة تماسك الجماعة، الالتزام بين أفراد الأسرة، الالتزام بين الأصدقاء.

6-3 عوائق نفسية: ومن أمثلتها التفاوت في الإدراك، التفاوت في اللغة ويقصد بالأول أنّ الأفراد أو المجتمع يختلف إدراكهم للأمور عن إدراك القائمين ببرامج الصحة العامة مثل: الطبيب يدرك أنّ الذباب حشرة ناقلة للكثير من الأمراض المعدية مثل "التيفويد" ولكن الفلاح العادي يدرك أنّها كائن حي خلقه الله فبالتالي لا يقوم بمكافحتها.

أما دوافع برامج الصحة العامة تلك التي تعتمد على التجارب في الحاجات والرغبات النفسية يمكن حصرها فيما يلي:

- **الحاجة إلى المراكز الاجتماعية:** في هذه الحالة يجب ربط البرنامج بارتفاع المركز الاجتماعي لمن يتجاوب معه، فقد يقبل القروي للبرنامج لأنه سيصبح صديقا للطبيب.

- **الكسب المادي:** ويعتبر من أهمّ الحواجز للإقبال على البرنامج من خلال توفير المعونة المجانية.

- **مواقف التنافس:** يظهر فيه تنافس الأفراد في البرنامج أو موقف يعينه فيه.

- **التزام الصداقة:** العمل على القيام بصداقات بين العاملين في الوحدة الصحية وبين أفراد المجتمع فقد يؤدي ذلك إلى تقبلهم للبرنامج إرضاء لأصدقائهم والمحافظة على هذه الصداقة. - **الإغراء الديني:** يعتبر الدين من العوامل القوية عند الإنسان فإذا ارتبط العمل الصحي بالنواحي الدينية كان في هذا دافعا قويا لإقبال الناس على البرنامج وهناك العديد من الأحاديث النبوية والآيات القرآنية التي تحث على التمسك الصحي.

يتشكّل أي مجتمع محلي من عدّة جماعات تربط بينهم علاقات تفاعلية عن قرب أو بعد وهم في الوقت ذاته جماعات تسعى لتحقيق هدف عام، ولا شك أنّ ثقافة الفرد تحدّد لدرجة كبيرة تفكيره وشعوره وملابسه وزواجه بل وحتى في طريقة علاجه.

وفي العادة نجد أنّ الثقافة المتعدّدة داخل إطار المجتمع الواحد وكلّ منها له درجة معيّنة قدرتها على قبول أو رفض بعض القيم والاتجاهات والمعتقدات في المجتمع.

وهناك أمثلة عديدة تدلّ على تأثير الأنماط الاجتماعية والثقافية على الصحة منها:

- **الجهل ونقص المعرفة:**

شرب اللبن غير المغلي ← حمى ملطية.

شرب الماء الملوّث ← دوسنطاريا والتهاب الكبد.

نقص في الوعي الصحي

← حمّى التيفويد

- المركز الاقتصادي:

التخمة وزيادة المواد الدهنية

← السكر وتصلّب الشرايين

عدم وجود توازن في العناصر الغذائية

← الكساح

عدم العناية بالحامل

← نقص في تكوين الجنين

السكن في أماكن قذرة

← السلّ.

- المعتقدات الدينية:

أكل بعض الأشياء النية

← عسر الهضم

عبادة البقر

← نقص في التغذية

الاستحمام في مياه الترغ

← البلهارسيا.

- النشاط والمجهود:

المجهود العنيف

← نزيف في الدماغ.

الخمول

← بعض أمراض القلب.

- الوظيفة أو المهنة:

العمل في الحقل الذري

← أمراض الإشعاع والعقم

الطلاء

← التهاب المخ .

الأعمال الخاصة برعاية الحيوانات

← نوع من الحميات

- الأوضاع غير الملائمة للمعيشة:

الإفراط في القناعة

← مرض السلّ

الإشباع في الأكل

← مرض التخمة

ممارسة الألعاب الرياضية

← هبوط في القلب

وبذلك يمكن أن يصبح التلوث الجديد للطب الحديث هو الإنسان والمرض والمجتمع، وإذا كان يحلو للبعض أن يقول أنّ الطب الحديث له فعل السحر في تحقيق فنون وأساليب فعّالة ممكن أن يحقق الصحة الكاملة للإنسان، فإنّ التطبيق الصحيح لهذه الفنون والأساليب لا بدّ لها من التعاون الوثيق من جانب " علم الاجتماع"، ومن هنا يمكن أن يقوم الطب الاجتماعي بمهمة كبيرة في هذا الصدد فمن المعلوم أنّ الصحة لها برنامجين هي:

1-برنامج علاجي: تناول علاج من أصابهم المرض وتمثله المستشفيات والعمليات الجراحية والأدوية.

2-برنامج ثقافي: يتناول تقوية الأفراد ورفع منسوب قوتهم وقدرتهم وتنقيتهم صحياً.

خلاصة الفصل:

إنّ مفهوم الوعي الصحيّ تجلّى في إمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحيّة التي تمكنهم من الممارسات الصحيّة السليمة عن قصد واقتناع لتحويل تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلا شعور، وكتساب معارف و اتجاهات في مجالات الصحة الإنجابية و الوقاية من الامراض الجنسية ويتّضح ذلك من خلال ثقافة المجتمع الصحيّة و الدور التي تلعبه مؤسسات التنشئة الاجتماعية، لهذه الثقافة التي لها دورها الهام في رفع مستوى الصّحة العامّة للمجتمع، حيث تغير الاتجاهات السلوكية الغير السوية، إلى ممارسات صحيّة سليمة، ولأهمية كلّ من هذا العنصر وعنصر التربية الصحيّة والتنشئة الاجتماعية التي تتبع أساليب ومناهج عدّة لتحقيق هدفها في رفع المستوى الصحي للمجتمع عن طريق تغيير ليس فقط مفاهيم الأفراد، بل تتعدى ذلك إلى تغيير اتجاهاتهم وسلوكياتهم إزاء صحتهم وصحة غيرهم.

الفصل الخامس

الدراسة السوسولوجية للشباب

تمهيد

-تعريف الشباب

-الشباب كموضوع سوسولوجي.

-مراحل تكوين الشخصية الشابة.

- المنظمات العالمية والاهتمام بقضايا الشباب

- الشباب والتنشئة الاجتماعية.

- مكانة الشباب في المجتمع الجزائري.

خلاصة الفصل .

تمهيد :

تعتبر فئة الشباب من أهم شرائح المجتمع ، لأنهم طاقة الأوطان ومستقبلها، وأمة بلا شباب أمة بلا مستقبل محكوم عليها بالفناء، فالشباب هم عقل المجتمع ونبضه وسواعده، وقد عنيت الأديان بالشباب ورعايتهم وتربيتهم التربوية الصحيحة حتى يكونوا قادرين على تحمل المسؤولية وينهضون بأمانة القيادة، قبل كل العلوم والدراسات الأخرى التي تطرقت لأهمية الشباب واحتياجاتهم ومشاكلهم، مؤخرا حيث أدمج موضوع الشباب في العديد من العلوم لأهميته من جهة ولارتباطه بعدة مواضيع اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، صحية، لذلك يمكن القول بأن فترة الشباب هي أخطر وأخصب فترات عمر الإنسان، تعرّف تحولات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية تؤثر على فترة التكوين والتحصيل لاكتمال الشخصية الشابة والإفراز، فالإنسان لا يتقبل أي شيء على حالته فهو لم يعد كما كان في مرحلة الطفولة على استعداد للتلقي فقط والآن أصبح يناقش كل ما يحصل عليه من أفكار تصله من عالم الكبار فيقبل بعضها ويترك بعضها، كما تعدّ عملية تنشئة الشباب عملية صعبة تتطلب الكثير من الجهد والوقت من الأسرة وكل مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى، ممّا تعدا الاهتمام بهذه الشريحة مستوى الأسرة ليشمل المنظمات التي تهتمّ بقضية الشباب.

1- تعريف الشباب

1-1-التعريف اللغوي :

إنّ الفعل من الشباب هو شب و الجمع شباب وشبان وشبيبة والمؤنث شابة وجمع شابات وشباب وشواذب من كان في سن الشباب.¹

1-2- تعريف قاموس علم الاجتماع: لقد جاء في قاموس علم الاجتماع (أنّ الشباب هي تلك الفئة العمرية الممتدة من مرحلة الطفولة إلى غاية سن البلوغ وتحديد هذا الأخير يختلف من مجتمع إلى آخر حسب قانونها المدني والإجرائي).²

1-3- تعريف الشباب كمرحلة : الشباب هو مرحلة من مراحل العمر تقع بين الطفولة والشيخوخة وهي تتميز من الناحية البيولوجية بالاكتمال العضوي ونضوج القوة، كما تتميز من الناحية الاجتماعية بأنها المرحلة التي يتحدد فيها مستقبل الإنسان سواء مستقبله المهني أو مستقبله العائلي.³

- كما أنّ الشباب مرحلة استمرارية لعملية التنشئة الاجتماعية التي تبدأ منذ مرحلة الطفولة المبكرة وتستمرّ خلال كلّ مراحل الحياة، فهي مرحلة انشغاليه لها مقوماتها النفسية والاجتماعية والبيولوجية والتاريخية سواء كانت هذه المرحلة الانتقالية هادئة أم عاصفة وملاءمتها مرتبط بكلّ مراحل العمر على حدة ومقارنتها بالمراحل الأخرى.⁴

ويعرفه السيد عبد العاطي الشباب كالتالي:

- الشباب ليس مجرد مرحلة عمرية بالمعنى البيولوجي أو الفيزيولوجية فحسب، بل يمتدّ ليشمل مجموعة خصائص نفسية واجتماعية حدّتها ظروف النشأة والتنشيط وأوضاع الواقع الأسري، وأدوار ومكانة الأفراد في المجتمع الكبير أمور يمكن أن تكشف عن قدر كبير من التنوع والتفاوت حتّى بين من يندرجون تحت نفس المرحلة العمرية الشابة.⁵

1-4- تعريف الشباب من منظور علماء السكان: يعتبر علماء السكان أول من حاول تقديم لمفهوم الشباب مستنديين في ذلك إلى معيار السن أو العمر الذي يقضيه الفرد في سياق التعامل الاجتماعي، ويختلفون فيما بينهم في بداية ونهاية هذا السن حيث يذهب بعضهم إلى أنّ الشباب هم من يقعون في الفئة العمرية بين الخامسة عشر وحتى الثلاثين (15-30)، ومنهم من يرى أنّ الشباب يبدأ قبل سن الخامسة عشر (15) سنة، ومنهم من يزيد سن الشباب عن الخامسة والثلاثين (35) عاماً.⁶

¹ سعد جلال وزميله، بحث مشكلات طلبية مرحلة الثانوية – نتائج البحث الاستطلاعي، المجلة الاجتماعية الوصية المجلد الثالث، العدد الأول، يناير 1966، ص 5 .

² Raymond Boudon, OPCIT, PP, 111-112.

³ محمد علي حافظ، مستقبل الشباب العربي، دار المعارف ، القاهرة 1963، ص 8 .

⁴ أعضاء هيئة التدريس، الطفل والشباب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص 118.

⁵ عبد العاطي السيد، صراع الأجيال ، دراسة في ثقافة الشباب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990، ص 89.

⁶ الخولي سالم إبراهيم الخولي ، المشكلات الاجتماعية المعاصرة في المجتمع المصري، ط1، دار الندى للطباعة والنشر، القاهرة، 2007، ص 146 .

1-5- تعريف الشباب من منظور علماء الاجتماع : يرى علماء الاجتماع أنّ مرحلة الشباب هي المرحلة التي تبدأ باحتلال الفرد مكانه في البناء الاجتماعي، ويؤدي أدوارا اجتماعية معينة تمكنه من المساهمة الإيجابية وبفعالية في بناء المجتمع.

كما يرى البعض أنّ مرحلة الشباب هي المرحلة التي يستوعب فيها الفرد مجموعة التوجيهات القيمة الكامنة في السياق الاجتماعي من خلال التنشئة الاجتماعية، كما يمكن للفرد خلال هذه المرحلة تحقيق التفاعل السوي، وفقا لمعايير التفاعل الاجتماعي القائمة والمحددة للعلاقات داخل المجتمع.¹

1-6- تعريف الشباب من منظور علماء النفس : يستند علماء النفس في تحديد فترة الشباب إلى مدى اكتمال الذات ومدى مواءمة الفرد مع الواقع في إدراك حاجاته الوجدانية والإدراكية، ويربط علماء النفس وعلماء النفس الاجتماعي بداية ونهاية مرحلة الشباب بمدى اكتمال البناء الدفاعي للفرد، فإذا ولد الفرد بمستوى بيولوجي فأثّه كذات أو هوية يتمّ بناءها إذا استوعبت مجموعة التوجيهات القيمة من ناحية وإشباع رغباتها واهتماماتها من ناحية أخرى، أصبح قادرا على التفاعل السوي في المجال الاجتماعي.²

إنّ تعدد التعاريف واختلاف بعضها يوحى إلينا مدى الاهتمام الذي يتطرق له موضوع الشباب من مختلف الميادين العلمية، فكّل منها يعرفه حسب اختصاصه فهو إمّا مرحلة في الحياة البشرية تتوسط بين الطفولة والشيخوخة، أو فترة عمرية من سن الفرد، أو هي عملية يتمّ فيها الاكتمال الجسمي والعقلي والتكيف الاجتماعي للفرد، إلّا أنّه لم يتفق العلماء على تعريف محدد وواضح لمفهوم الشباب، وهذا ما سنتطرق إليه لاحقا.

2- الشباب كموضوع سوسولوجي : سوسولوجيا الشباب هي واحدة من فروع علم الاجتماع الذي يعتبر مفترق طرق بالنسبة للعلوم الاجتماعية، رغم حداثة هذا الفرع إلّا أنّه قطع شوطا كبيرا منذ القيام بأولى الدراسات حول الشباب ومنها :

الدراسات الأنثروبولوجية لمرحلة الشباب التي سمحت باكتشاف أعماق السلوكيات الشبابية وهذا ما يسمح بفضل مفهوم الشباب عن علم النفس الخاص بالمراهقين، لكن كان يجب انتظار حتّى منتصف الخمسينات (1950)، حين قامت الأمم المتحدة من خلال اليونسكو ببدء الدراسات السوسولوجية حول الشباب لكنّها كانت مقتصرة على عالم التربية، وسرعان ما تمّ الخلط بين سوسولوجيا التربية وسوسولوجيا الشباب، لكن الحقيقة لهذه الأخيرة لم تظهر إلّا مع ثورات الشباب في بداية سنوات الستينات، بداية في الولايات المتحدة الأمريكية ثمّ فرنسا (ماي 1968) بعدها في مناطق مختلفة من العالم، أمّا في العالم العربي فبقيت مرحلة الشباب مبهمّة زمنا طويلا إذ أنّ دراسات قليلة جدًا أضاءت على هذا الجزء من السكان.³

¹ نفس المرجع، ص 146.

² الخولي إبراهيم سالم الخولي، مرجع سابق، ص 146.

³ Mohamed-saib Musette, **Regarder Critique sur la jeunes et Santé en Algérie**, CREAD Bouzaréah – Alger, 2004, P-P 4-5 .

2-1-مشكل تحديد مفهوم الدراسة: إنّ التعامل مع ظاهرة الشباب من جهة وتحديد مفهوم الشباب من جهة أخرى، تدعو إلى تشييد سوسولوجيا كفرع متخصص في علم الاجتماع قائم بحدّ ذاته، يقدّم إجابات محتملة عن أسئلة وقضايا الشباب كفئة عمرية اجتماعية تحتلّ مكانة بارزة في النسيج الاجتماعي سواء بالنظر إلى حضورها الكمي أو اتصالها بإشكالياتها المفتوحة على عوائق الإدماج والثقافة والاندماج مع باقي مؤسسات وفئات المجتمع الأخرى.

وتعدّ أول وأكبر مشكلة تواجه سوسولوجيا الشباب هي تحديد مفهوم الشباب والاتفاق على تعريف موحد، فقد اختلف العلماء في تحديد مفهوم الشباب فمنهم من يعتبره فترة زمنية، ومنهم ينظر إلى الشباب مظاهر اجتماعية، ومنهم من يعتبرها من الظواهر النفسية والجسمية والاجتماعية ومنهم من يعتبرها مجرد مرحلة انتقالية.

هذا ما جعل معنى الشباب عملية محفوفة بالمزالق العلمية التي تتداخل فيما بينا وتختلف من عالم إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر وحتى في نفس المجتمع الواحد.

يعتبر علماء السكان هم أول من حاول تقديم تحديد لمفهوم الشباب، وفي هذا التحديد نجدهم قد استندوا فيه إلى معيار خارجي يتمثل في السن أو العمر الذي يقضيه الفرد في أتون التفاعل الاجتماعي، ويختلف علماء الديموغرافيا فيما بينهم في تحديد بداية ونهاية هذه المرحلة، فهناك من يؤكد أنّهم تحت سن العشرين، وبذلك فهو يحدد نقطة النهاية دونما تحديد لنقطة البداية، وهناك من يؤكد أنّهم من يقعون في الشريحة العمرية ابتداء من سن الخامسة عشر إلى سن الثلاثين.¹

فيما يذهب فريق آخر بأنّه إذا كان مقنعا أن تستمرّ فترة الطفولة حتّى الثالثة عشر، وأنّ فترة المراهقة تغطي السنوات بين الثالثة عشر والسادسة فإنّ الشباب هم المؤهلون للانضمام إلى قوة العمل، وإلى المشاركين دائما في بناء المجتمعات النامية عنه في المجتمعات المتقدمة حيث تمتدّ فترة الشباب والمراهقة في الأخيرة عنها من الأولى، بحيث ينتمي السن الأقصى للشباب في الأولى مبكرا عن الثانية.²

حيث من الواجبة العمرية ينطوي هذا المفهوم على كثير من اللبس والاختلاف بل إنّّه يؤدي إلى إقصاء وحذف فئات كبيرة من الشباب من هذا المفهوم وكأن من يخرج عن هذه الفئة العمرية ليس شابا وليس راشدا، فما يمكنه أن يكون ومع أي فئة من فئات المجتمع يمكن تحديده.

كما حاول علماء البيولوجية والأحياء تحديد مفهوم الشباب حسب المقاربة البيولوجية والتي يعتمد فيها تحديد الشباب على حسب الملامح والتطورات الفيزيولوجية (الجسمية)، التي تبصم لحظات الانتقال من الطفولة إلى الشبابية ومنه إلى النضج والشيخوخة، لكن هذا المفهوم يبقى مجرد وغير واضح ، نظرا لاختلاف هذه التطورات من فرد إلى آخر، فقد يتقدّم سن البلوغ عند بعضهم إلى الثالثة عشر سنة، في

¹ علي ليلة، الشباب والمجتمع، أبعاد الاتصال والانفعال، المكتبة المصرية، الاسكندرية، 2004، ص ص 28-29 .

² نفس المرجع، ص 29.

المناطق الدافئة، في حين يتأخر سن البلوغ عند البعض الآخر إلى أواخر السابعة عشر في المناطق الباردة، كما أنه لا يمكن الاعتماد على البلوغ لتحديد الشبابية لأن قدرة البلوغ لا تتماشى مع التطور العقلي وتحمل المسؤولية عند بعض الشباب والاندماج في المجتمع.¹

أما علماء الاجتماع، فلهم تحديدهم العلمي والموضوعي الذي يؤكد أنه بالإضافة إلى التحديد العمري السابق، فإن فترة الشباب تبدأ حينما يحاول المجتمع بناء التأهيل الشخصي لكي يحتل مكانة اجتماعية ويؤدي دورا أو أدوارا في بنائه، وتنتهي حينما يتمكن الشخص من احتلال مكانته وأداء دوره في السياق الاجتماعي، وفقا لمعايير التفاعل الاجتماعي.²

إنّ هذا التحليل السوسولوجي يقدم تعريفا لكلمة الشباب والتي تظلّ مجرد كلمة على حد قول " بير بور ديو" وذلك باعتبار الصعوبات التي تطرحها مسألة التعريف ذاتها للشباب، ولعلّ هذا ما يجعل " بير بور ديو" يعتبر الحدود بين الأعمار أو الشرائح العمرية حدودا متداخلة فيها بينما ، فنحن لا نعرف أين ينتمي الشباب لتبدأ الشيخوخة أو أين تنتهي الطفولة لتبدأ مرحلة الشباب، كما لا يمكننا أن نقدر أين ينتمي الفقر ليبدأ الثراء.³

وهذا يعني أنّ الفئات العمرية هي بالضرورة إنتاج اجتماعي، يتطور عبر التاريخ ويتخذ أشكالا ومفاهيم، ارتباطا بالأوضاع والحالات الاجتماعية، والقيم والتقاليد والعادات، التي تضبط وتحكم مفهوم الشباب، حسب الخصائص والتحويلات الاجتماعية، أي يمكن أن نجد أكثر من مفهوم للشباب داخل نفس المجتمع الواحد، وذلك كلّ في اتصال وثيق مع ما يجري داخل هذا المجتمع، ويتفاعل فيه ممّا ينتج في النهاية، شباب لكلّ مجتمع، مختلف نوعا ودرجة عن شباب أي مجتمع آخر، وبالتالي إنّ لكل شباب قضاياها وأسئلته التي تتنوع بتنوع المجتمعات وهذا ما انتهت إليه الانثروبولوجية " مارجريت ميد" " Margret Mead" في دراستها عن المراهقة في مجتمع ساموا بأفريقيا عنوانها " الوصول إلى مرحلة المراهقة في ساموا، Coming of age in samoa " ودرست الفتيات المراهقات ومرحلة حياتهنّ وخبرتهن الجنسية، مؤكّدة على أزمة المراهقة والشباب التي تلوح بقوة في المجتمعات المتقدمة والنامية تكاد لا تتبين في هذه القبائل، نظرا لبساطة هذه المجتمعات وسهولة المرور إلى سن الشباب، فالشباب في ساموا ليس هو الشباب في أمريكا وليس هو الشباب في العالم العربي.⁴

وهذا يعطي للمقاربة السوسولوجية وجهة نسبية مقارنة مع المقاربة العمرية السيكولوجية ليبقى الشباب مجرد كلمة أو إنتاج اجتماعي يتحدد بشروط مجتمعية معيّنة ولعلّ هذه الصعوبات المفاهيمية التي تطبع مفهوم الشباب هي التي جعلت الشباب مجرد ظاهرة اجتماعية محدّدة بشروط إنتاج وإعادة الإنتاج

¹ فرد ميلسون، ترجمة يحي مرسى عيد بدر، الشباب في مجتمع متغير، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007، ص 12.
² علي ليلة، مرجع سابق، ص ص 29-30.

³ Mohamed-Saib Musette. Op-Cit. P63.

⁴ فرد ميلسون، مرجع سابق، ص ص 23-24.

الاجتماعي في مجتمع معيّن، واعتبارا لكونها ظاهرة أو معطى اجتماعي فهي تشير إلى مرحلة عمرية تأتي بعد مرحلة الطفولة، وتلوح خلالها علامات النضج البيولوجي والنفسي والاجتماعي.

2-2- الشباب كظاهرة اجتماعية:

تكمن أهمية الشباب للمجتمع فيما يمثله الشباب من مصدر للتحديات والتغيير، فهم عادة ما يرفعون الحديث من السلوك والعمل، من خلال القيم الجديدة، التي يتبناها الشباب والتي عادة ما تدخل في مواجهة مع ما هو سائد من قيم تقليدية، ولهذا يعدّ الشباب مصدرا رئيسيا من مصادر التغيير الثقافي والاجتماعي في المجتمع ككل.¹

ولقد استشرع العالم أهمية وحيوية دور الشباب بصفة خاصّة في أعقاب ثورة مايو 1968 بفرنسا حيث رفع الشباب على جدران " السربون" شعار مؤداه " الثورة البرجوازية ثورة قانونية، والثورة البروليتارية ثورة اقتصادية، أمّا ثورتنا فهي ثورة ثقافية نفسية" والمتأمل لهذا الشعار يتّضح له تنوع احتياجات الشباب كفئة رئيسية من فئات المجتمع، وما تعيشه هذه الفئة من ظروف نفسية تتسم بالقلق والإقدام حيناً والرغبة في المشاركة والقدرة على الإنجاز أحياناً، فضلا عن حاجاتهم الماسة إلى تأكيد مكانتهم داخل بناء المجتمع وإدراكهم لكثير من القيم والاتجاهات الجديدة التي يرون ضرورة زرعها، لتحلّ محل النظام التقليدي القائم ولقد بدت هذه الحركة ذات طابع شمولي، حقيقة أنّها كانت تضمّ جماهير الطلاب كطليعة قادرة على التعبير والحركة، إلّا أنّنا سرعان ما وجدنا التحام الفئات الأخرى من الشباب مع هذه الحركة، وعلى الأخص شباب العمال وأصبحت هذه الشعارات تعبّر عن مطالب واحتياجات ثورة الشباب في معظم أقطار العالم.

وهكذا لم تقتصر ثورة الشباب على مجموعة معينة من الدول دون غيرها، وإنّما ظهرت في الدول المتقدمة بنظائرها الرأسمالي أو الاشتراكي، وظهرت كذلك في الدول النامية في صور وأشكال متعددة، ففي فرنسا كانت ثورة الطلاب في السربون احتجاجا على أساليب التعليم العالي العتيقة، كما التحم الشباب الأبيض والأسود في أمريكا من أجل المطالبة بإنهاء التفرقة العنصرية، وعبر الشباب والطلاب في الدول الشيوعية والشرقية عن سخطهم على النظام القائم، وفي الدول النامية زاد تأثير الشباب من تعاضم الثورات والاحتجاجات نتيجة لاتساع الفجوة بين الواقع الذي يعيشونه، والنموذج المتقدم الذي يتطلعون إليه.²

إنّ الأمثلة السابقة تدلّ على مدى أهمية دراسة الشباب على المستوى الأكاديمي والتطبيقي معا، وعلى ضرورة تبني مدخلا علميا ملائما لتحليل قضايا الشباب، والتقييم الصحيح لأوضاع الشباب والتشخيص الدقيق لمشكلاتهم من أجل مواجهتها على نحو يمكن المجتمع من الاستفادة من الشباب كطاقة كبرى في إحداث التحولات والتغيرات الاجتماعية المحققة لأهداف المجتمع، وليس من شك أنّ المدخل العلمي

¹ أعضاء هيئة التدريس، مرجع سابق، ص ص 114-115.

² أعضاء هيئة التدريس، مرجع سابق، ص 115 .

لدراسات الشباب مدخل يتّسم بالتكامل في النظرة وتعدد أبعاد التحليل، فدراسة الشباب لا تقتصر على علم محدد دون الآخر، وإثما هي مجال مفتوح للبحث تسهم فيه علوم ومعارف متنوعة شريطة أن يبذل جهد على المستوى النظري، يستهدف صياغة التصور الشامل الذي يربط بين مختلف وجهات النظر العلمية داخل منظور متكامل يصلح لمعالجة وتناول قضايا الشباب ويستطيع المتخصصون في العلوم الاجتماعية دراسة أوضاع الشباب من مختلف زواياها .

3-مراحل تكوين الشخصية الشابة: تعتبر هذه المراحل من أهمّ المكونات الأساسية لشخصية الشباب والتي يتوقف عليها اتخاذ القرارات الهامة في حياته، مثل مسألة استكمال الدراسة وعمله وكذا زواجه، ويمكننا تحديد هذه المكونات من خلال المستويات التالية:

3-1- مرحلة التكوين البيولوجي للشباب : يعتبر العنصر البيولوجي هو العنصر الأول والقاعدي في بناء الشخصية الإنسانية والشخصية الشابة، ويولد الفرد بهذا العنصر، ومن خلاله يعتبر امتدادا للطبيعة، ولا يختلف الإنسان عن الحيوان فيما يتعلّق بمكوناته العضوية والبيولوجية من حيث البناء العضوي والفيزيقي، أو من حيث نمو واكتمال كآفة الأعضاء التي لها وظائف معيّنة في بناء الجسم، سواء كانت أعضاء داخلية أو خارجية كالغدد وما غير ذلك، ويتضمن هذا العنصر بعدا هاما، يتمثل في الحاجات الأساسية التي تتطلب إشباعا، بحيث تختلف هذه الحاجات لديه ميلا إلى ما هو خارج بناء العضوي، إلى التفاعل مع الآخر بحثا عن الإشباع.¹

تمثّل مرحلة الشباب فترة التحول الكبرى في حياة الإنسان، من حالة الطفولة والاعتماد على غيره إلى حالة يتمّ فيها الاعتماد على النفس، واكتمال النمو الجسمي والعقلي والعاطفي، ومن الناحية الجسمية والفيزيولوجية تشهد بداية مرحلة الشباب اقتراب شكل الجسم ووظائفه من آخر درجات النضج.² إذ ترى بعض الكتابات أنّ مرحلة الشباب Youth أو المراهقة Adolescence كما تسمى في بعض الكتابات تبدأ بتخطي مرحلة بلوغ الحلم Puberty أو اكتمال النضج الجنسي، وهو بلوغ القدرة على التناسل وتيقظ الحاجة الجنسية، ويحدث ذلك عند سن الخامسة عشر أو قبلها بقليل، فمصطلح بلوغ الحلم يشير إلى الناحية الجنسية من النضج أو الارتقاء développement التي تتمثل في اكتساب القدرة على القذف عند الذكر والحيض menstruation عند الأنثى.³

بالإضافة إلى الخصائص الجنسية الثانوية حيث يصبح الشباب قادرا على التناسل بعد تكون الحيوان المنوي عند الذكر، ثمّ تنتظم هاتان العمليتان وينمو صدر الفتاة وتصبح ناهدا، ويتّسع الحوض وتمتلئ

¹ علي ليلة ، مرجع سابق، ص 31.

² عادل طاهر، الشباب والسلام العالمي، ط1، مكتب القاهرة الحديثة، القاهرة، 1922، ص 243.

³ عزت حجازي، الشباب العربي ومشكلاته، عالم المعرفة، ط1، العدد السادس ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1985، ص ص 33-34 .

الأرداف وتميل إلى الاستدارة ويظهر شعر العانة ويتغيّر صوت الذكر فيصبح خشنا عميقا وينمو شعر شاربه وذقنه وشعر العانة ويتبع هذه التغيرات تحولات في ميول الفرد.¹

ويتباين الشباب من حيث السن الذي يبدأ فيه التحول من ملامح الطفولة وفي أي الجوانب يبدأ فيها النمو ويتباينون في معدلات نموهم العامة، وفي معدلات نمو كلّ من هذه الجوانب فبعضهم يبدأ مبكرا بعد سن العشرة بقليل وبعضهم يتأخر حتّى الثالثة عشر، ومنهم من يبدأ النمو عنده بنمو الهيكل العظمي ومنهم من يبدأ النمو بالنضج الجنسي، ومنها يمرّ الشاب عادة بفترات يكون فيها شكل جسمه وطرق أدائه لوظائف غريبة ومثيرة للقلق ممّا تسبب العديد من القلق للبالغ، ولكن بعد فترة يتحقق شيء من التناسق بين مختلف أعضاء جسم الشباب ووظائفها، وتتوقف عملية النضج الجنسي على عدّة عوامل من أهمّها الجنس والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، إذ تصل الأنثى إلى مرحلة النضج الجنسي مبكّرة عن الذكر بمدة تتراوح بين سنة وستين في المتوسط، كما أنّ النضج الجنسي أسرع في المستويات الاقتصادية والاجتماعية العليا عنه عند فئات الطبقة الدنيا، وتتجه القدرات العقلية للشباب نحو الاكتمال ويقترّب النمو العقلي من أعلى مستوياته، وتبدأ القدرات والهوايات والميول الخاصّة في الظهور بوضوح، كما ينمو الانتماء والتذكر والتخيل وتختلف عن مثيلاتها لدى الطفل ويعيش الشباب في عالم من أحلام اليقظة في هذه المراحل.²

ويترتب نتيجة التحولات الفيزيولوجية وجود أزمات لدى الشباب، وهذه الأزمات تكون أكثر حدّة في مجتمعاتنا المعاصرة بالنسبة للذين ينضجون مبكرا لأنّ النمو الجسمي والجنسي قد لا يوازيه نمو عقلي واجتماعي، بالإضافة لأنّ ذلك يدفعهم إلى الابتعاد عن أترابهم والانسحاب ومحاولة الانتماء إلى جماعات الكبار الذين لا يبدون عادة ترحيبا بالقادمين الجدد، فيتجه إلى رفقاء السوء الذين يرحبون بالجدد.

وتدفع هذه التحولات الخطيرة أحيانا في نفوس الشباب انفعالات الخوف من الذات بعد أن أصبحت غير مألوفة لهم وللآخرين وبخاصّة الآباء نتيجة للخلافات معهم، والمستقبل الذي يبدو غامضا مليئا بالاحتمالات ويصاحب ذلك القلق والتوتر وسهولة الاستثارة وقضم الأظافر وبعض اللوازم العصبية أو العصبية Psychon&vroses ، كما يغلب على الشباب تقلب الحالة المزاجية، وأخطر ما في أزمة المراهقة أو بداية الشباب هي ما يعرف باسم أزمة الهوية Identité-crisis التي تنشأ من عدم قدرة الشباب على فهم ذاته " الجديد" وتقلبها والتعامل معها وهي أزمة يتوقف على حلّها استمرار نضوج الشخصين.³

3-2- مرحلة التكوين الاجتماعي للشباب : يعتبر العنصر الاجتماعي هو العنصر الثاني في بناء الشخصية الشابّة، وهو يضمّ البيئة المحيطة بالفرد والتي بإمكانها أن تقدّم إشباعا لحاجاته الأساسية، بل نجد أنّ هذه البيئة الاجتماعية عادة ما تزود الشخص ببعض الحاجات الاجتماعية الأخرى التي عليه

¹ فرد ميلسون، مرجع سابق، ص 12 .

² عزت حجازي، مرجع سابق، ص ص 34-35.

³ عزت حجازي، مرجع سابق ، ص ص، 41-42 .

السعي لإشباعها إلى جانب حاجاته البيولوجية الأساسية ويتمّ غرس هذا العنصر من الخارج من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي يتمّ إنجازها بوسائل عديدة كالأسرة، المدرسة ومؤسسة العمل أو المهنة، وعادة ما يضمّ هذا العنصر الخبرات التي يكونها الشخص نتيجة للتعامل مع العالم الخارجي والتي تشكل عنصرا اجتماعيا يقف إلى جانب العنصر البيولوجي والعنصر السيكولوجي.¹

ويمكن تقسيم هذه الفترات إلى مراحل فرعية لها خصائصها ومميزاتها:

3-2-1- مرحلة ما قبل المراهقة (من العاشرة إلى الثالثة عشر): تمتاز هذه المرحلة بتغيرات تدريجية ثابتة، وشعور متزايد في الأذواق والميول ويبدو أثره بصورة عامة في العلاقات المتبادلة مع أفراد الأسرة والمدرسة، والصغار في هذه المرحلة أوثق ارتباطا بالأسرة ويميل الصغار إلى الأصدقاء ونواحي النشاط عند الأشبال والكشافة، وكذلك أهم ما يميّز هذه المرحلة بزوغ الجماعة المنظمة وقياسها في حياة الكائنات الإنسانية باعتبارها علاقة يستطيع الفرد عن طريقها القيام بدور إيجابي في المجتمع وأننا في هذه المرحلة لا نستطيع أن نفهم الفرد إلا إذا تفهمنا طبيعة الجماعات المنظمة التي ينتمي إليها ويشترك في نشاطها.²

3-2-2- مرحلة المراهقة (من الثالثة عشر إلى السابعة أو الثامنة عشر): مرحلة المراهقة من أخطر مراحل النمو التي يمرّ بها الشباب لأنها فترة النمو السريع المتواصل الذي يصاحبه تغيرات وتطورات في جميع الجوانب الشخصية، ويبدأ الشباب في الاهتمام بالقوة الجسمية والمظهر المناسب الذي يساعده على تدعيم علاقاته واكتساب مكانته وكذلك التغيرات العقلية حيث تزداد القدرة على التعلم وتزداد القدرة على التغيير أو التفكير كما تمتاز هذه المرحلة بالفضول والاستطلاع، وطموح الشباب في هذه المرحلة غالبا ما يكون فوق الطاقة، أما التغيرات الانفعالية حيث يكون الانفعال قويا وعنيفا وفي نفس الوقت يتصف بعدم الثبات والتناقض وكذلك بالحساسية والانفعالية الزائدة، أما التغيرات التي تحدث في الجوانب الاجتماعية فأهمها عدم فهم الكبار للمراهقين وسوء العلاقات بينهم ممّا يدفع بهم إلى الهروب من الأسرة والانضمام إلى جماعات الكبار والزملاء والأصدقاء ففيها قد يجد المراهق المكانة الاجتماعية ويلعب أدور الزعامة والقيادة والتي يكون من الصعب الحصول عليها داخل الأسرة.³

3-2-3- الشباب المبكر " مرحلة النضج" (من الثامنة عشر إلى الثانية والعشرون): وتمثل فترة الانتقال من المراهقة إلى الرشد، فالنمو الجسمي والعقلي والانفعالي هو نتيجة خبرات المراهق المبكرة ومن ثمّ نلاحظ وجود نسبة كبيرة من الفروق الفردية ومن الناحية الجسمية يستمرّ صغار الراشدين في نموهم وفي النضج الكامل والتوازن العضلي، ويتخلصون من اضطرابات المراهقة ويحقّقون التوافق والتناسق العام، كما أنهم أقلّ تعرضا للأمراض الخطيرة بالنسبة لأحوالهم الصحية في السن الأخرى.⁴

¹ علي ليلة، مرجع سابق، ص ص 31-32.

² عبد المنصف حسن رشوان، مرجع سابق، ص 6.

³ نفس المرجع، ص ص، 6-7.

⁴ عبد المنصف حسن رشوان، مرجع سابق، ص، 7.

وفي هذه المرحلة يمارس الشباب حقهم في اتخاذ القرارة الهامة والخطيرة في حياتهم دون ضغط أو إكراه من الكبار المحيطين بهم بعد أن أصبحوا كبارا مثلهم يشاركونهم الاهتمام بالأمور والمسائل الهامة التي يهتم بها الكبار وكانوا قبل ذلك يمنعون من التدخل فيها.

وبذلك يخرجون من نطاق سيطرة الأسرة ويستكملون استقلالهم الاجتماعي على تكوين أسرة جديدة وبذلك يكتمل استقلالهم، وعندما يستقل الشباب ويمارسون حياتهم الجديدة يجدون أنفسهم أمام سلوك جديد لم يتعود عليه الشباب من قبل.¹

3-3- مرحلة التكوين النفسي للشباب: يعتبر العنصر السيكولوجي هو العنصر الثالث ويضم مجموعة الخبرات التي يكونها الشخص نتيجة للتعامل مع العالم الخارجي إلى جانب اتجاهاته حول هذا العالم وتتكون هذه الاتجاهات والخبرات لدى الشخص نتيجة للتفاعل الذي يتم بينه وبين هذا العالم الخارجي، فالعنصر السيكولوجي إذن ينتج عن التفاعل بين العنصر البيولوجي والاجتماعي، ومن ثم فهو يختلف من شخص إلى آخر نتيجة لطبيعة تكوينه البيولوجي بدرجة أكبر بالنظر إلى طبيعة البيئة الاجتماعية التي تشكل إطار تأهيله الاجتماعي.²

3-4- مرحلة التكوين الثقافي للشباب: ويشكل التكوين الثقافي العنصر الرابع في بناء الشخصية الشابة، ويتم استيعاب هذا البعد في بناء الشخصية الشابة من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية ويلعب هذا البعد دوره في ضبط حركة الفرد في السياقات الاجتماعية وتباین القيم الموجهة للسلوك الفردي بين كونها قيم وجدانية تهمس الجوانب العاطفية والشاعرية، أو تتصل بالقيم التقويمية التي تساعد الفرد على المفاضلة بين الاختبارات المختلفة، أو القيم الإدراكية التي توجز معرفة الإنسان بواقعة المحيط والأسلوب العلمي أو الموضوعي للتعامل معه.³

نتيجة التحولات الفسيولوجية والسيكولوجية التي يتعرض لها الشباب، ينتج عن ذلك وجود ثقافة خاصة بالشباب تميّزهم عن غيرهم من الجماعات العمرية الأخرى، بل وقد يترتب عليها الكثير من مظاهر الصراع بينهم وبين غيرهم.

ومفهوم الثقافة الفرعية *Sous-culture* للشباب، هو مصطلح واسع الانتشار في أوروبا والولايات المتحدة لدراسة خصائص الشباب وقيمتهم واتجاهاتهم وتوقعاتهم وأنماط تصرفاتهم.⁴

كما يشير إلى أسلوب حياة مستقل عن عالم الكبار سواء كان معهم أو بعيدا عنهم لا يخضع لمعاييرهم وأفكار وأساليب السلوك غير الملتزمة التي ينادي به الكبار، ومن ثم فإن ثقافة الشباب هي نوع من اللغة

¹ نفس المرجع، ص 8 .

² علي ليلة، مرجع سابق ، ص 32 .

³ نفس المرجع، ص 32.

⁴ ت. والاس و س ج ويلكس ترجمة حورية توفيق مجاهد ، الشباب في أوغندا بعض الأبعاد النظرية، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني عشر، السنة الثالثة 1983، ص 22 .

والقيم الخاصة والتصرفات المتميزة التي تغلب عليها روح التمرد والعناد والفطرية والغطرسة اتجاه الكبار ولذلك تسميها بعض الكتابات الثقافية المضادة أو المعادية *contre-culture*.¹

لقد ترتب على الفروق الثقافية بين طوائف السن في كثير من المجتمعات بما فيها النامية، إن فئة الكبار تبذل صوراً ثقافية تستهدف طوائف السن الأخرى، كما أن البالغين يكتبون كتباً ويخرجون أفلاماً وبرامج تلفزيونية للأطفال والمراهقين ويخلقون عالماً من القصص يرى فيه الشباب أنفسهم، ولما كان النجاح الاقتصادي للأفلام والتسجيلات والمطبوعات تعتمد على الزبون الشاب، فإنّ المسؤولين وإن كانوا ليسوا شباباً، يجب عليهم أن يسايروا أذواق الزبائن كما يساير صناع اللعب في لعبهم أذواق الأطفال.²

وقد تعددت المنظورات التي تفسّر هذه الظاهرة، ومنها المنظور البيولوجي النفسي الذي يفسّرّها في حدود " المرحلة العمرية التي يمرّ بها الشباب" والتي هي نتيجة للتغيرات الجسمية والمزاجية والعقلية والانفعالية تلزم أن تكون مقومات ثقافة الشباب بما تتسم به من رفض أو تحرر نتاجاً طبيعياً لمرحلة انتقالية، ومنهم من يرجع الظاهرة إلى الفجوة الثقافية بين الأجيال وتباعد الشباب عن جيل الكبار، ومنهم من يرجع ذلك إلى الظروف التاريخية والسياسية والاقتصادية التي مر بها المجتمع الغربي ومن ثم تأخذ الظاهرة في نظرتة أساليب مختلفة للتغيير.³

كما يترتب على ذلك ظهور ما يسمي بصراع الأجيال *génération conflit* هذا الاختلاف بين جيل الآباء والأبناء في القيم والاتجاهات وأنماط السلوك وطرق التفكير والتصرفات... الخ، وترجعها بعض الدراسات إلى عدّة عوامل تتمثل فيما يلي:

- الفرق بينهما والبطء في عملية التطبيع الاجتماعي.
- الفروق الفسيولوجية خاصة التغيرات الجسمية السريعة عند المراهقة.
- الفروق الفسيولوجية الاجتماعية والتي تظهر في واقعية الكبار ومثالية الشباب، والميل إلى المحافظة على القديم لدى الكبار والميل للتجديد لدى الشباب.
- الفروق السوسولوجية، فالآباء لديهم سلطة أبوية على أبنائهم ولكن تلك السلطة تتقلص مع النمو التدريجي للأبناء، وسرعان ما يتمثل مستقبل الآباء في نمو أبنائهم كما لو كان الأبناء يحققون ما عجز الآباء عنه بسبب عامل السن وهنا ينشأ التعارض بين الآباء والشباب.⁴

¹ السيد عبد العاطي السيد، مرجع سابق، ص 9 .
² كايميرز زيجولكس، المداخل الاجتماعية لثقافة الشباب ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني عشر، السنة الثالثة، 1983، ص ص، 39-40 .
³ السيد عبد العاطي السيد، مرجع سابق، ص ص، 10-11 .
⁴ فرد ميلسون، مرجع سابق، ص 15 .

3-4-1 مراحل ظهور ثقافة الشباب: يثور التساؤل حول بداية ظهور ثقافة الشباب، وفي هذا الإطار فقد

عرض لنا " دان سوليفان Dan Sullivan " ثلاث مراحل لظهور هذه الثقافة وهي:

المرحلة الأولى: يرجع مؤرخو موسيقى البوب ظهور ثقافة الشباب إلى منتصف الخمسينات من هذا القرن، ففي عام 1954 قدم " بيل هالي Bill Haley " سجلا أسماه " موسيقى الروك في ظل الوقت " " Rock round the Clok " وباع هذا المؤلف 15 مليون نسخة ودفع ذلك كثيرا من الشباب إلى الرقص والاهتمام بالموسيقى وطور نوعا جديدا من الموسيقى التي تسمى " روك أند رول " " Rock and Roll " وهو نمط جديد من الموسيقى على الغرب وهي مستعارة أساسا من الإيقاع الزنجي.

المرحلة الثانية: يرجع البعض الآخرين إلى أنّ ثقافة الشباب ظهرت في وقت متأخر من منتصف الخمسينات ومن أدلتهم على ذلك ظهور وتطور حركة الاحتجاج السياسي في نهاية الخمسينات والتي كانت تنادي أساسا بنزع السلاح النووي وهي حركة ليبرالية ارتبطت بالطبقة الوسطى وتعمل على محاربة امتلاك بريطانيا للقبلة الذرية.

المرحلة الثالثة: مرحلة ظهور العقاقير المرتبطة بالشباب "Drug" والمجتمع المتساهل " The permissive society " وظهور الصحف السرية " Paqers Underground News " ولكن انتهت تلك المحاولة بصعوبة التاريخ وبلورت شكل تلك الثقافة¹.

3-4-2-2 عوامل ظهور ثقافة الشباب: هناك العديد من العوامل التي أدت إلى ظهور ثقافة الشباب ومنها:

1- كثرة المال، فالشباب أكثر من أسلافهم امتلاكا للمال ويرجع ذلك إلى زيادة الطلب على عمالة الشباب منذ الخمسينات ولكن عادة ما ينفق الشباب أموالهم على القليل من السلع والملابس والتسجيلات والسيارات وهذا أدى إلى الاهتمام بأذواق الشباب كقوة شرائية.

2- نمو التعليم العالي وزيادته، فقد وصلت نسبة الشباب الآن الذين يلتحقون بالتعليم العالي أكثر من 12 % وهناك كثرة الجامعات ومئات الكليات في مختلف التخصصات، ومعظم هؤلاء الطلاب لديهم نفس الاهتمامات والسمات والطموحات والقيم والأذواق.

3- طرق التنشئة الاجتماعية Socialisation للأطفال والشباب فأساليب التربية الحديثة تعتبر سببا مباشرا لنشأة وتكوين جماعات المراهقين الساخطين على قيم المجتمع، ومن ثمّ فإنّ الأساليب المختلفة والمتعارضة أحيانا لتربية الأطفال والشباب والتي تؤكد على الظهور الحر للشخصية الفردية هو ما يؤدي بالشباب إلى الشعور بالاغتراب Aliénation .

4- متاعب ومشاكل المجتمع والعالم حسبما يراها الشباب أو الفتاة حيث ينتقدون المجتمع بكلّ نظمه بقائمة من الانتقادات الحادة، ومهما تكن الاختلافات بين الشباب فهم يشتركون في نقطتين:

1- الاهتمام بعالم الكبار وهو عالم يرون أنفسهم غير مسؤولين عنه.

¹ فرد ميلسون، مرجع سابق، ص 16 .

2-انتقاداتهم لكلّ المجتمعات التكنولوجية دون استثناء.¹

وما يمكن استخلاصه من هذه العناصر الأربعة أنّها هي التي تكون بناء الشخصية الشابة، فإن طبيعة التفاعل بينها، وحجم المشاركة التي يؤديها كلّ عنصر بالنظر إلى العناصر الأخرى هو الذي يحدد طبيعة الشخصية الناتجة، فغلبة العنصر البيولوجي من حيث فاعليته على العناصر الأخرى يعني أنّ هذه الشخصية الشابة لم تصل إلى طور الاكتمال بعد أو هي لم تصل إلى مرحلة النضج، بينما تؤدي غلبة العنصر الاجتماعي أو الثقافي إلى درجة عالية من استقرار الشخصية التي تعيش مرحلة الرجولة المتأخرة والشيخوخة، بينما يعني التعادل بين هذه المكونات أنّ الشخصية تعيش مرحلة الرجولة الحقيقية، وأنّ التعادل والاستقرار تعني احتمال وجود الشخصية في إطار مرحلة الشباب أو بداية الرجولة.²

وإذا كانت هذه العناصر الأربعة هي التي تكون بناء الشخصية الشابة، فإنّ طبيعة التفاعل بينها، وحجم المشاركة التي يؤديها كلّ عنصر بالنظر إلى العناصر الأخرى هو الذي يحدد طبيعة الشخصية الناتجة، فغلبة العنصر البيولوجي من حيث فاعليته على العناصر الأخرى يعني أنّ هذه الشخصية لم تصل إلى طور الاكتمال بعد أو هي لم تصل إلى مرحلة النضج، بما تؤدي غلبة العنصر الاجتماعي أو الثقافي إلى درجة عالية من استقرار الشخصية التي تعيش مرحلة الرجولة المتأخرة والشيخوخة، بينما يعني التعادل بين هذه المكونات إلى أنّ الشخصية تعيش مرحلة الرجولة الحقيقية، وأن نقص التعادل والاستقرار تعني احتمالاً كبيراً لوجود الشخصية في إطار مرحلة الشباب أو بداية الرجولة.

مما سبق يمكن بلورة خصائص مرحلة الشباب في العناصر التالية:

- القابلية للنمو والبناء الذاتي.
- التمرد والثورة على السلطة والتهور أحياناً.
- مرحلة بها ارتباط شديد بين الجانبين السيكولوجي والسلوكي.
- الحيوية والابتكار والطاقة المتنوعة.
- القدرة على الانتاج.
- القابلية للتوجه في ضوء مفهوم هذا التوجيه والأسلوب المستخدم.
- نمو جسمي يتأثر بالمستويات الاقتصادية والاجتماعية.
- نمو انفعالي يتأثر بالمستويات الاقتصادية والاجتماعية.
- التجاوب مع الآخرين.
- سرعة التأثر بالمؤثرات الخارجية.
- التقليد السريع في السلوكيات بدون وعي أو تعمق في فهم الشيء المقلد.

¹ نفس المرجع ، ص 17.

² علي ليلة، مرجع سابق، ص ص 32-33 .

- التذبذب وعدم الاستقرار.
- تنوع الميول والاتجاهات.
- الانطلاق والمرح في الأنشطة.
- تكون شخصياتهم لانعكاسات أساليب التنشئة الاجتماعية التي تلقوها بصورة صحيحة أو خاطئة.
- الجنوح : كالجريمة والإدمان والانحراف السلوكي.
- العيش بين اتجاهين (الصغر والكبر) (الحرية والمسؤولية) (الانطلاق والتقيد) .
- الرغبة في تحمل المسؤولية مع عدم القدرة على القيام بها
- التقلب في المزاج والتغيير في الأهداف والطموحات.

4- المنظمات العالمية والاهتمام بقضايا الشباب:

إنّ التفكير في مشكلات الشباب أو " أزماته" محاولة قديمة تصدى لها الفلاسفة منذ عهد سقراط والكتاب والأدباء وعلماء النفس والتربية والسياسة والمصلحون الاجتماعيون ورجال الإعلام، الأمر الذي يبين الاهتمام الجدي بهذه الشريحة عبر المراحل التاريخية التي مرت بها البشرية، ولكن لم يسجل التاريخ لنا عصرا من العصور زاد فيه الاهتمام بالشباب مثل عصرنا الحالي، إذ تقضي حاليا الصحف والمجلات السيارة والعلمية والحواليات والكتب بتناول الشباب بالدراسة والتحليل، حول مراحل الشباب، الاتجاهات، الآراء المختلفة، يظهر دور الشباب وأهميته حاليا في البلدان النامية التي تتطلع إلى التقدم والتي تتمسك حاليا بحتمية التغيير نحو مستقبل أحسن.¹

وعلى الصعيد الدولي تظهر اهتمامات الأمم المتحدة للشباب في تقرير سكرتيرها العام الذي يوضح أنّ الأطفال والشباب هم الدوافع الأساسية للبرامج الاقتصادية والاجتماعية التي تعني بها الأمم المتحدة، فمنذ الاجتماع الأول للمجلس الاقتصادي الاجتماعي وجهت الأنظار إلى واجبات الأمم المتحدة بالنسبة للشباب وبضرورة التعاون مع بعض الوكالات المتخصصة مثل : منظمة العمل الدولية، منظمة الأغذية والزراعة ، هيئة اليونسكو ومنظمة الصحة العالمية كجزء هام من عمل الأمم المتحدة في المجالات الاجتماعية والتخطيط، فإنّ اهتمامها بالشباب هو بند هام من بنود برنامج طويل يشمل الصحة والتعليم والتدريب المهني عن طريق تحقيق نظرة شاملة ودراسة كاملة عن المظاهر المختلفة لمواقف الشباب ودورهم في التطور الاقتصادي والاجتماعي.²

وقد وجهت عناية خاصّة، في نشاط الأمم المتحدة في مجال الدعاية الاجتماعية إلى إنشاء وتوسيع خدمات رعاية الشباب تحت إشراف حكومي وأهلي كجزء لا يتجزأ من برامج شاملة للنهوض بالأسرة والمجتمع: كما أكد نشاط الأمم المتحدة أهمية الإمدادات والخدمات الاجتماعية المختلفة لحماية حقوق الشباب وتنمية

¹ سعد جلال وزميلة ، مرجع سابق، ص 3 .

² عادل ظاهر، مرجع سابق، ص 243.

الرعاية الاجتماعية لهم سواء كانوا يعيشون مع عائلاتهم أو مع مجموعات أخرى من الشباب، كما توجه الأمم المتحدة اهتماما بالشباب الذي فن سن المدرسة وفي خارج المدرسة خلال عطلاتهم وإجازاتهم وللشباب بعد المدرسة، كما تمنح الفرصة للاشتراك في العمل المحلي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، كما تهتمّ بهم في مجال التخطيط والتطور الاجتماعي والاقتصادي ولكلّ وكالة من الوكالات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة مجالها الخاص في النواحي التربوية والنشاط الفني.¹

وفي هذا العدد هناك العديد من الهيئات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة لها أدوار هامة في توجيه الشباب و سنتطرق الى بعضها ومنها :

4-1-هيئة اليونيسيف : وأُنشئت عام 1946، وهي هيئة تحمي الأطفال والشباب وذلك فهي تعمل على تذكير العالم بحاجات الشباب وأماله وحقوقه، وهي تسعى إلى خدمة الشباب والأطفال في الدول النامية خاصة عن طريق التعاون بينها وبين الحكومات.

4-2- هيئة اليونسكو : وهي منظمة خاصّة تابعة للأمم المتحدة مهمتها زيادة التبادل المعرفي والعلم والثقافة ويستطيع الناس بواسطة الجهود التي تبذلها أن يحصلوا على الفهم اللازم ليسايروا التطورات التي حدثت في الحياة الحديثة ومن ثمّ وضعت نصب أعينها فئة الشباب من حيث توسيع نشاط الشباب وإجراء الدراسات التي تستهدف تحديد أهدافه وتسهم في تربيته خارج نطاق المدرسة.

4-3- مكتب العمل الدولي: عندما أنشئ مكتب العمل الدولي بعد الحرب العالمية الأولى مباشرة كانت أحوال المعيشة والعمل للأطفال وللشباب سيئة في بعض الدول، ولذلك كانت أول واجبات المنظمة حماية مستويات المعيشة وحماية الأفراد ضد العمل غير الصحي والتوظيف في سن مبكر، ومنذ ذلك الوقت يوجه مكتب العمل اهتمامه المتواصل بالشباب وزيادة مجال عمله بحيث غطى مجالات حماية الشباب وكذلك تدريبهم وإرشادهم المهني وتمكينه من حماية صحته ورفاهيته في عمله.

4-4- منظمة الأغذية والزراعة (FAO): وتأسست عام 1945، ومن أغراضها رفع مستويات التغذية والمعيشة للشعوب وزيادة القدرة على الإنتاج وتحسين أحوال سكان الريف، قامت المنظمة بتنفيذ أعمالها في ميدان الشباب الريفي كجزء لا يتجزأ من برنامج التوسع واهتمت بمشاكله في جميع نواتها واجتماعاتها وتولى عدّة خبراء متخصصين في المنظمة توسيع وتدعيم نشاط وبرنامج النشاط الريفي، هذا بالإضافة إلى التعاون مع منظمات الشباب العالمية الأخرى إلى جانب برامج التدريب المهني التي تنظمها للشباب الريفي، وفي 07 ديسمبر 1965، أقرت الجمعية العامة، للأمم المتحدة بالإجماع بياناً موجهاً إلى شباب العالم، أقرّ ستة مبادئ وهي :

- ضرورة تربية جيل الشباب في ظلّ روح السلام والعدل.

- ضرورة تربية النشء تربية سليمة يقوم بها الآباء والأسر ووسائل الإعلام.

¹ نفس المرجع، ص 244.

- ضرورة تربية النشء تربية أساسها كرامة الناس والمساواة دون تمييز في الجنس أو اللون أو السلالة أو الدين.

- تشجيع جماعات الشباب على بلوغ أهداف الأمم المتحدة المتمثلة في السلام والأمن والعلاقات الودية.

- تشجيع الرحلات والسياحة والمقابلات ودراسة اللغات دون تمييز.

- تنمية قدرات الشباب وتأهيل الأشخاص المتميزين.¹

ولكل ذلك لابدّ من استثمار طاقات الشباب والاستفادة بهم من جهتين في المجتمع.

- **من الجهة الأولى :** دور العلم من خلال النشاط الرياضي وتوفير الملاعب والأدوات والنشاط الكشفي من خلال تكوين فرق الأشبال والكشافة والجوالة، والنشاط الصحي من خلال رعاية التلاميذ في العيادات الصحية والاهتمام بمكتبة المدرسة وتزويدها بالمؤلفات والمطبوعات والنشاط الفني والعلمي من خلال رعاية التلاميذ الذين تتكشف ميولهم الفنية ومواهبهم الذهنية وتشجيعهم على الاشتراك في الجمعيات المدرسية وفقا لميولهم واستعدادهم للنشاط الاجتماعي، وذلك بغية بعث روح خدمة الآخرين وتحقيق الترابط وتنظيم العلاقات الاجتماعية من خلال الأندية المدرسية وجمعيات الرحلات والمخيمات والمعسكرات والمسرح المدرسي... الخ .

- **من الجهة الثانية :** يمكن من خلالها الاستفادة من الشباب واستثمار طاقاتهم، هي من خارج دور العلم من خلال إنشاء المنتزهات والحدائق العامة وإنشاء الساحات الشعبية ومؤسسات الثقافة الشعبية وقصور الثقافة والمصانف الشبابية، بالإضافة إلى إنشاء الأندية وبيوت الشباب والمعسكرات العامة.

ولكن ذلك أضحى الشباب قضية عالمية ومحلية على السواء، في رصد كلّ ما يتعلق بهذه الفئة بغية الاستفادة من تلك الفئة الاستفادة القصوى ودمجهم في المجتمع لدورهم الهام في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية على السواء.²

5- الشباب والتنشئة الاجتماعية: تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية العملية الأكثر تعقيدا والأهم في حياة الطفل والشباب في تكوين شخصيته، حيث هناك شبه اتفاق بين علماء الاجتماع وعلماء السيكولوجية على أهمية عملية التنشئة الاجتماعية في تكوين شخصية الفرد، حيث أنّه يستنبط مختلف القيم والمعايير الاجتماعية والمهارات التي تشكل شخصيته وتؤدي إلى اندماجه في مجتمعه ويتعلم من خلالها الأنماط المختلفة من السلوك والتفكير والتصور الذي تتطلبه البيئة والمجتمع الذي يعيش فيه.³

¹ نفس المرجع، ص ص 252-253.

² فرد ميلسون، مرجع سابق، ص، ص 10-11 .

³ سعد المغربي اللشي أحمد، **الفئات الخاصة وأساليب رعايتها، المجرمون، ط1، المركز العربي للطباعة والنشر، القاهرة، 1957، ص220 .**

5-1-تعريف عملية التنشئة الاجتماعية: هناك عدّة تعاريف لعملية التنشئة الاجتماعية تختلف حسب التخصصات والميادين المتعلقة بها، حيث، تقابل عبارة " التنشئة الاجتماعية" المصطلح الفرنسي "Socialisation" وبالإنجليزية "Socialization" وكلمة تنشئة تعني أقام ونشأ الطفل معناها شبّ وقرب من الإدراك، ويقال نشأ في بني فلان أي تربي فيهم وشبّ.¹

ويرى عالم النفس " موراي Muray " أنّها العملية التي يتمّ من خلالها التوفيق بين داووع الفرد الخاصّة، وبين مطالب واهتمامات الآخرين التي تكون ممثلة في الثقافي التي يتعرض له الفرد.²

في حين يعرفها العالم " قي روشيه Guy Rocher " من الناحية النفسية الاجتماعية على أنّها صيرورة بواسطتها يتعلم الإنسان وتداخل العناصر الاجتماعية، الثقافية ودمجها ضمن بنيته الشخصية تحت تأثير التجربة ليتمكن من التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه.³

ويعرف " ألكس أنكلس " التنشئة الاجتماعية على أنّها العملية التي يكتسب عن طريقها الطفل الاتجاهات والقيم والدوافع وطرق التفكير والتوقعات والخصائص الشخصية الاجتماعية التي تميّزه كفرد في المجتمع في المراحل القادمة من نموه، وهي عملية مستمرّة باستمرار الفرد، كما تختلف من مرحلة إلى أخرى من مرحل النمو من حيث درجة تأثير الفرد، إذ أنّها نتيجة طبيعية لانتمائه إلى جماعة جديدة وتفاعله في مواقف جديدة أيضا، وممارسته للأدوار الاجتماعية.⁴

أمّا عن " جرافيتز " فيرى أنّها الصيرورة التي يندمج من خلالها الأفراد في مجتمع ما، ويدخلون القيم والمعايير والرموز، ويتعلمون الثقافة بصفة عامة بفضل الأسرة، المدرسة وأيضا بفضل اللغة والمحيط.⁵

أمّا " رشاد صالح دمنهوري " فيعرفها بقوله ((إنّها عملية تفاعل يتمّ من خلالها تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، وهي في أساسها عملية تعلم، لأنّ الطفل يتعلّم أثناء تفاعله مع البيئة الاجتماعية عادات أسرته وأسلوب حياته وبيئته مباشرة ومجتمعه عامة، وتتضمن عدّة عمليات نفسية تعدّ الوسائل التي عن طريقها تنتقل التأثيرات من أفراد الثقافة التي ينتمي إليها الفرد)).

مما سبق يمكن استخلاص أنّ عملية التنشئة الاجتماعية هي حوصلة من المواقف والقيم والسلوكيات والعادات والمهارات... الخ التي يكتسبها الطفل منذ ولادته وحتى نضجه، من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية المتمثلة في الأسرة، المدرسة، مجموعة من الرفاق، العمل، وسائل الإعلام والاتصال وغيرها، إلا أنّ للوالدين الدور الأكثر فعالية في عملية تنشئة الطفل اجتماعيا في المراحل المبكرة من طفولته، وتختلف أساليب التنشئة الاجتماعية التي يمارسها الوالدين من مجتمع إلى آخر بل حتى في نفس المجتمع الواحد، فمنها الأساليب الصحيحة ومنها الأساليب الخاطئة.

¹ محي الدين مختار، التنشئة الاجتماعية، المفاهيم والأهداف، في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 9، 1998، ص 25.

² A, Percheron, L'univers politique des enfants. Edition Armand Colin, Paris, 1974, P70.

³ Guy Rocher, Introduction à la sociologie générale, Edition Humm, Montréal, 1986, P82.

⁴ سمير أحمد السيد، علم اجتماع التربية، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، ص 50 .

⁵ Madeleine Gravitez, lexique de sciences sociales, 6 éditions, DALLOZ, Paris, 1994, P355.

5-2-أساليب التنشئة الاجتماعية: هناك عدّة أساليب للتنشئة الاجتماعية منها ما هو صحيح ومنها ما هو خاطئ تختلف من مجتمع لآخر ومن أسرة لأخرى سنتطرق لبعضها بصفة عامة نظراً لأهميتها.

5-2-1-الأساليب الصحيحة:

- أولاً أسلوب الحزم (السوداء) : ويقصد به ممارسة الأساليب التي تعتبر سوية ويقع هذا الأسلوب وسطاً بين التدليل والتسلط ويهتم برغبات الطفل في إطار ضوابط محدّدة، فيسعى إلى الموازنة بين مطالب الفرد واحتياجاته وبين قيم المجتمع ويهتم بحرية الفرد، ولا يهمل هذا الأسلوب فكرة الثواب والعقاب القائمة على التوجيه والإرشاد ويمنح الحرية والمسؤولية للطفل، وفي نفس الوقت يجب أن يعرف أنّ الحرية يقابلها الالتزام بالحقوق والواجبات ويتعد عن التساهل ممّا ينمي لدى الأبناء الضمير الخلقى بالحقوق والواجبات ويتعد عن التساهل ممّا ينمي لدى الأبناء الضمير الخلقى ويولد لديهم نوعاً من الانضباط الذاتي.¹

- ثانياً الأسلوب الديمقراطي: ويعتمد هذا الأسلوب على العقلانية والسطحية والتوازن في الصرامة والحدة واللين في تنشئة الأبناء والتقبل الفعلي لهم، وتحاشي القسوة الزائدة والتدليل، كذلك تحاشي التذبذب بين الشدة واللين والتوسط في إشباع حاجات الطفل الجسمية والمعنوية، بحيث لا يعاني من الحرمان ولا يتعود على الإفراط في الإشباع، ولا يتعود على قدر من الفشل والإحباط، وذلك لأنّ الحياة لا تعطيه كلّ ما يريد، كما تمتاز بوجود تفاهم بين الأب والأم على أسلوب التربية.²

5-2-2-الأساليب الخاطئة: وهناك من يرى بعض الأساليب السلبية أو الخاطئة مثل:

- استخدام بعض الوالدين مجموعة من الأساليب الصارمة في ضبط سلوك الأبناء فيستعملون العقاب الجسدي كالضرب والتهديد اللفظي أو الحرمان وتكرار العقاب دون الاهتمام برغبات الطفل.
- استعمال بعض الوالدين أسلوب الإهمال وعدم الاهتمام بتشجيع الطفل على السلوك الحسن ومعاقبته على السلوك السيء ويؤدي هذا السلوك إلى فقدان كيان الطفل وعدم تنمية قدراته الشخصية.
- استعمال أسلوب التذبذب الناتج عن التقلب في معاملة الوالدين للابن بين القسوة واللين على الفعل نفسه.
- استعمال الحماية الزائدة والمتمثلة في تلبية رغبات المراهق ومطالبه أيّاً كانت ومنحه المزيد من الحنان وعدم تشجيعه على تحمل المسؤولية.
- استعمال أسلوب التساهل في تحقيق رغبات الطفل بشكل يحلو له والاستجابة المستمرة لمطالبه وعدم اتخاذ اتجاه صارم في تطبيق منظومة الثواب والعقاب.³

¹ العناني حنان عبد المجيد، الطفل والأسرة والمجتمع، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 76.
² العيسوي عبد الرحمن، التربية النفسية للطفل المراهق، ط1، دار الراتب الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2000، ص 186.
³ فاطمة منتصر الكتاني، اتجاهات الوالدين في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال، دار الشروق والتوزيع، عمان، 2000، ص 81.

5-3-3- مؤسّسات التنشئة الاجتماعية:

5-3-1- الأسرة: تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، فالأسرة اتجاه تلقائي يتم نتيجة الاستعدادات والقدرات الكامنة في الطبيعة البشرية.¹ وتحتلّ الأسرة مكانة بارزة في الحياة الاجتماعية فهي البيئة الأساسية الصالحة لتنشئة الطفل، والوسيلة التي بواسطتها ينقل ويحفظ التراث بين الأجيال كما أنها مصدر الأمان النفسي والدفء العاطفي لكل فرد من المجتمع.²

فالأسرة تؤثر على النمو النفسي والعقلي والانفعالي والتفاعل الاجتماعي الذي يحدث في الأسرة بأخذ طابع الاحتكاك المباشر بعكس المؤسسات الأخرى التي تأخذ طابع اللوائح والأنظمة، إذ تمثل مرحلة الطفولة لدى الإنسان المرحلة الأطول مقارنة بالأجناس الأخرى (الحيوان)، كما أنّ الأسرة هي الفضاء الأول المستقبل للطفل عند ولادته، وهنا تكمن أهميتها بالإضافة إلى الوظائف التي تقوم بها الأسرة وتتمثل في ما يلي:

- الوظيفة البيولوجية : إنّ أول وظيفة تقوم بها الأسرة تتمثل في تحقيق الوظيفة البيولوجية وذلك بتلبية الحاجة الفطرية المتمثلة في دافع الجنس، والذي عن طريقه يتحقق الإنجاب وتزويد المجتمع بعناصر وأفراد جدد وتعدّ هذه الوظيفة من الوظائف الأساسية للزوجين لتحقيق الرغبة الجنسية.

- الوظيفة النفسية : تتلخص في إشباع الحاجات النفسية للفرد كالحاجة إلى الحب والأمن والتقدير في هي المكان الذي يجد الفرد الحنان والدفء العاطفي.

- وظيفة تعليم الأدوار الاجتماعية : تنتقل عن طريق الأسرة المعايير وقيم المجتمع إلى صغار المجتمع، فهي تورث الأدوار الاجتماعية إلى الأجيال الشابة القادمة حيث يقول " بارسونز" أنّ الأسرة مثل كلّ الأنساق الاجتماعية البنائية الأخرى تتكون من مجموعتين من الأدوار ، الأدوار الفطرية والتي تغلب عليها الخصائص الجنسية والأخرى الأدوار الاجتماعية المكتسبة، وتزيد هذه الأدوار من تماسك البناء الاجتماعي واستمراره.

- الوظيفة الاقتصادية : ويمثلها النشاط الاقتصادي لأفراد الأسرة ، فهي سواء كوحدة منتجة اقتصاديا أو كوحدة استهلاك ، تمثل حلقة مهمّة في سلسلة النشاط الاقتصادي والاجتماعي.

كما أنّ هناك عدّة عوامل تؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة : منها ما يلي:

- تأثير الوالدين : لقد رأينا ممّا سبق في عملية التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بتأثير أسلوب تربية الوالدين على الفرد وتشكل شخصيته، وهذا ما أشار إليه كلّ من جولد فارب Gold Forb وبولبي Bowlby " في أنّ الطفل عندما يلقي العناية من طرف الأم بالحاجات الفسيولوجية الأساسية، دون أن يلقي العناية نفسها

¹ صالح محمد أبو جادو، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2004، ص 217، 218

² حنان عبد الحميد العناني، مرجع سابق، 53.

بالجوانب الشخصية فإنه يتعرض لآثار خطيرة على خصائص الشخصية ومستقبل حياته ضعف الذكاء والتحصيل الدراسي، ضعف في إقامة علاقات مع الآخرين ، مشاكل في السلوك، القلق، الخوف والتوتر العاطفي غير العادي.¹

- **تأثير الإخوة:** إنّ علاقة الإخوة تأثير كبير أيضا في تشكيل شخصية الفرد ونموه الوجداني، ففي صحبته لإخوانه مجال كبير للتعلم المقصود وغير المقصود، ويتدخل في ذلك عوامل منها الوضع الترتيبي للإخوة، حيث يؤثر الكبير في الصغير، كما يتأثر الولد الوحيد بسمات أخواته البنات، والعكس صحيح، فإذا كان الأخ سيئا فإنّ ذلك يوف يعكس على الطفل سلبيا فيتعلم منه معايير غير السوية.²

- **تأثير حجم الأسرة:** كلما تزايد حجم الأسرة سواء بالإخوة والأخوات أو بأفراد آخرين كالجد والجدّة، عادة ما تنسم اتجاهات الآباء بالإهمال وذلك لصعوبة الحث والإقناع ممّا يضطرّ الوالدين إلى فرض قيود صارمة ممّا يساعد على سيادة جو السيطرة والتسلط.³

- **تأثير المستوى الاقتصادي:** تختلف أساليب التنشئة الاجتماعية من أسرة لأخرى باختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي لكلّ منها، فيسود جو من الهدوء وراحة البال عن الأسر الميسورة الحال ويكون شبه تناسق اجتماعي بين أفرادها في حين يسود جو التسلط من طرف الآباء في المستوى الاقتصادي المنخفض ويميلون إلى ممارسة العقاب البدني بدلا من حثّ الأطفال وتشجيعهم، وهو ما يؤدي إلى بروز الحقد على زملائه وأقرانه لمقارنة وضعيته بوضعيتهم.⁴

إنّ التغيير الذي طرأ على الأسرة كأول مؤسسات التنشئة الاجتماعية وآخرها، نتيجة للتغيير الاجتماعي والتطور التكنولوجي من حيث بنائها أو أدائها لوظائفها، حيث فقدت عدّة وظائف واستغنت عنها بفضل ظهور مؤسسات أخرى، نافستها على هذه الوظائف، وعدم تحمّل الأسرة لكلّ أعباء أفرادها مع تعقد الأدوار الاجتماعية وتعددها فلم يعد باستطاعة الأسرة تلبية متطلبات أفرادها اللامتناهية مع تغيير بنية الأسرة من أسرة ممتدة إلى أسرة نواة بالإضافة إلى التحضر الذي تعرفه كلّ البلدان إلى جانب تدخل الدولة في الحياة الأسرية نتيجة لسوء تنظيم الأسرة، فظهرت جماعات وتنظيمات ومؤسسات نسقية داخل الهيكل الاجتماعي، أخذت من الأسرة العديد من الوظائف الجوهرية، فالوظيفة التربوية أخذتها المدرسة أمّا الوظيفة الاقتصادية فقد أخذتها الشركات والمعامل والمصالح ممّا أسرف على خروج المرأة للعمل وترك وظائفها التربوية داخل الأسرة لمؤسسات الحضانة وأصبحت تنافس الرجال في سوق العمل واتخاذ القرارات، وإذا كانت الأسرة تقوم بالرعاية الصحية والطبية والاجتماعية للأطفال والأرامل والعجزة والمعوقين خلفتها وكالات التضامن الاجتماعي والصحي ودور رعاية المسنين والأيتام والمستشفيات

¹ دمنهوري رشاد صالح، مرجع سابق، ص 34، ص 36 .

² حنان عبد الحميد العناني، مرجع سابق، ص 59، ص 60 .

³ دمنهوري رشاد صالح، مرجع سابق، ص 59، ص 65 .

⁴ نفس المرجع ، ص 66، ص 67 .

الخاصة بالعجزة والمعوقين، فلقد جردت الأسرة من المهمة الإنسانية التي لا تستطيع أي وكالة أو تنظيم تعويضها.¹

ومن بين هذه المؤسسات الجديدة التي تعتبر الأكثر تأثيراً في عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد كذلك :
5-3-2- المدرسة : تلعب المدرسة بعد الأسرة، دوراً في تعليم الطفل بعض القواعد وتفتتح عليه بعض النماذج التي تساعده على تحقيق انسجام في حياته الاجتماعية كما تساعد المدرسة أيضاً في نموه العقلي والوجداني والاجتماعي وخاصة التربية حيث يعتبرها " دور كايم E.Durkheim " صيرورة منهجية لتنشئة الأجيال الجديدة واكتساب السلوك التي تساعد على تكيف الفرد مع محيطه المادي والاجتماعي والسياسي.²

ومن هنا فإنّ الدور الرسمي للعملية التربوية يتطلب منها إعداد الأفراد لمواجهة الظروف والتغيرات التي تحدث في المجتمع والتكيف معها، فالمدرسة في قيامها بإعداد الأفراد لممارسة أدوارهم المستقبلية تكون صورة مصغرة للمجتمع الكبير، فهي البيئة الاجتماعية التي تساعد التلميذ على تحقيق النمو الشامل واكتشاف ميولاته وقدراته والعمل على تنميتها وتوجيهها للتخصص الذي يناسب قدراته وحاجات مجتمعه، فكلّ ما يكتسبه التلميذ من معلومات وخبرات ومهارات يساعد ليس فقط على ممارسة دوره في المجتمع ولكن أيضاً على فهم طبيعة النظام الاجتماعي السائد وفهم مؤسسات مجتمعه والأسس التي ترتكز عليها، فيعرف أبعاد دوره الاجتماعي في ضوء النظام الاجتماعي السائد في المجتمع، والتعرف على أبعاد التغيرات في مجتمعه بحيث يستطيع مواجهتها والتكيف معها كذلك التكيف والتعامل بنجاح مع الجماعات المتعددة بمجتمعه.

إنّ التحاق الطفل بالمدرسة من التغيرات النوعية في حياته، حيث يتزامن ذلك عادة مع انتقال الطفل، حسب وجهة نظر " بياجي " إلى أنساق جديدة من التفكير فهو يسير شيئاً فشيئاً إلى التفكير العلمي، هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإنّ الطفل في هذه المرحلة سينتقل من نموه الأخلاقي الذي هو على علاقة وثيقة بتطوره المعرفي، ويتطوره الاجتماعي وتنوع المؤسسات التي لها دور في تنشئته الاجتماعية، من هنا يبدو دور المؤسسات التربوية التي تزيد أهميتها بالنسبة للفرد مقابل تراجع دور الأسرة دون التقليل من أهميتها، ومن ناحية أخرى فإنّ التحاق الطفل بالمدرسة يعني غيابه عن البيت لساعات أطول وقدرته على رعاية نفسه أثناء هذا الغياب، وتمتعه بالسعادة وهو يؤدي هذه المهمة والتعاسة إذا ما تدخل الوالدين للقيام بهذه المهمة بالنيابة عنه، وهنا يتغير دور الوالدين فعلاقتهم بأطفالهما تتحول نحو التنظيم المشترك Co régulation أي التنظيم الذي يتشارك في وضعه الآباء والأطفال بعد أن كان تنظيمياً يقوم به الوالدان وحدهما.

¹ معين خليل عمر، علم الاجتماع الأسرة، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1994، ص17، ص19.

² Emil, Durkheim, Op-Cit, P42, P43.

يتعرض الطفل إذا في هذه المرحلة إلى نموذج تربوي جديد هو المعلم، وهو بما له من خصائص يفرضها المكان والوظيفة من مثل السلطة، الثواب والعقاب، التعليم، تبعثر العواطف، الجدية .. سيكون منافسا قويا لنموذج الوالدين، وسيكون في الغالب أكثر تأثيرا.¹

ومن هنا تظهر أهمية التنسيق بين هاتين المؤسستين من أجل تنشئة سليمة للطفل وعدم تعرضه إلى مواقف من التناقض والتضارب بين قيم كل من المؤسستين، هذا التضارب الذي يمكن أن يكون سببا في نفور الطفل من المدرسة، فلا تقتصر العملية التربوية على المدرسة الابتدائية فقط فهي تمتد إلى مراحل متقدمة من حياة الطفل وتزامن هذا مع مرحلة المراهقة والتي يبدي فيها الطفل ميولا أكبر للاعتماد على النفس وتحقيق الاستقلالية عن الأسرة وارتباط أكثر بجماعة الرفاق والأقران.

3-3-5-جماعة الرفاق: تعتبر جماعة الرفاق العنصر الثالث الأكثر فعالية في عملية التنشئة الاجتماعية عند الشباب، فكلما تقدم الطفل في السن قلّ تأثير أسرته مع زيادة تأثير جماعة الأصدقاء والرفاق في المدرسة وخارجها بسبب ميله لإقامة علاقات وصدقات مع أفراد من نفس فئته العمرية لأنهم يمثلون طموحه وحيويته وهواياته ومصالحه وهذا الانتماء إلى فئته العمرية يعطيه الانطلاق نحو أهداف شخصية تغذي روحه وقدراته الاجتماعية في التفاعل والتعاون والاستقلال الشخصي عن مؤثرات الأسرة والمدرسة ويبدو تأثير هذا الانتماء على الطفل في التحكم في اختيار ألوان ملابسه وتسريحة شعره وميله نحو لون غنائي معين أو هواية ما أو رياضة محببة، وقد يكون تقليد أصدقائه ورفاقه محاولة منه لتقوية روابطه معهم، والمحافظة عليها وعلى مكانته داخل المجتمع كفرد من أفرادها.²

فجماعة الرفاق تحقق للشباب الانتماء والاستقلالية في نفس الوقت كفرد متفرد بشخصيته مسؤول عن نفسه عكس ما قد يشعر به في إطار أسرته أو في إطار المدرسة من اعتمادية أو تبعية للأشخاص الآخرين ومن فرض للسيطرة من طرف هؤلاء الأشخاص وعدم إعطائهم فرص للمشاركة والتعبير عن آرائه وطموحاته، وهو ما يدفعه للتمسك أكثر بجماعة الرفاق والأصدقاء، هذا من جانب ومن جانب آخر تقوم جماعة الرفاق بتنشئة الشباب استباقية متوقعة بتقديمها أدوارا يتوقع ممارستها مستقبلا ونماذج يمكن التماثل لها، وفي حالات أخرى تقوم الجماعة بإقناع أفرادها بأن آراءها تمثل طموحات المجتمع وآماله مثل القيام بالأعمال التطوعية والخيرية أو العمل بالمؤسسات الإنسانية دون أجر أو مقابل مادي.³

يجد الفرد في الجماعة العمرية، جماعة رفاقه وأصدقائه، احكاما وتصورات ومعايير وقيم تعبّر عن أهداف وبواعث، فهي عبارة عن مرآة اجتماعية أخرى بالإضافة إلى الأسرة والمدرسة، تعكس أحكام ومعايير تختلف إلى حدّ ما عن أحكام ومعايير أسرته. يحاول الفرد فيها لأول مرة أن يستقل بعيدا عن أوامر والديه لكي يكون مسؤولا عن نفسه ويكون سلوكه، ميوله، مقتنياته، ذوقه وقدراته الإبداعية قد نمت

¹ محمد، عودة الريماوي، مرجع سابق، ص345، ص 349 .

² معن خليل عمر، مرجع سابق، ص 127.

³ نفس المرجع، ص 127.

حسب الأضواء المنعكسة عليه في المرآة الاجتماعية المتمثلة في أحكام وتصورات أصدقائه من خارج أسرته وأقرانه، وهنا تضاف معايير وملامح شخصية انتقاها إلى جانب معايير والديه التي أرسوها في مرحلة طفولته الأولى.¹

وتتزايد أهمية العلاقة الاجتماعية للشباب بتقدمهم من مرحلة الطفولة إلى المراهقة، وذلك بسبب تشعب تلك العلاقات من جهة وازدياد تأثيرها في مجال حياته وسلوكه من جهة ثانية، فالمراهقة باعتباره جسر الانتقال من الطفولة إلى الشباب، ومرحلة التحولات الحاسمة، الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية، تكسب علاقات الناشئ بأقرانه وعلاقته الاجتماعية بصفة عامة، طابعا خاصا تجعلها أكثر شمولاً وعمقا، ويتطلب أداء المراهق لدورها الجديد كرد مكافئ لأشخاص يختلفون عنه في العمر تغيرا جذريا في الدور السابق الذي اعتاد عليه في طفولته، فيجد المراهق نفسه في موقف صعب بين الرجوع إلى أهله طلبا للدعم العاطفي الذي اعتاد التمتع به كطفل وبين الانطلاق إلى تحقيق استقلالته.²

كما جاء فيما سبق فإنّ هناك العديد من مؤسسات التنشئة الاجتماعية ومنها العمل، الصحافة السمعية البصرية مثل التلفاز والقنوات الفضائية والراديو والمجلات، أمّا في الوقت الحالي فتعتبر الانترنت من أكبر وأخطر مؤسسات التنشئة التي تتوفر بسهولة في أيدي الشباب والمراهقين فيما ينفع وما يضرّ على حدّ سواء.

6-مكانة الشباب في المجتمع الجزائري: تعدّ فئة الشباب ذات أهمية بارزة، لما لها من خصائص وسمات هامة وفعّالة في النهوض بالمجتمعات على نحو، يمكنها من " التكيف والتوافق والتفاعل والاندماج والمشاركة بأقصى الطاقات التي يمكن أن تساهم في تحقيق أهداف المجتمع وتطلّعاته وإنجازاته، هذا فضلا عمّا يتّسم به الشباب من مرونة إلى حدّ يمكن أن تكون عوناً أساسياً في عمليات التكيف مع المواقف التي تواجههم.³

لذلك كانت المكانة الحديثة التي يشغلها الشباب في كافّة المجتمعات، يمكن النظر إليها واعتبارها كنتاج للتغيرات الاجتماعية، السياسية، الديموغرافية، الاقتصادية، التعليمية والتربوية التي يستهدفها المجتمع، أمّا عن المكانة التي تحتلّها هذه الفئة داخل المجتمع الجزائري، فيمكننا إرجاعها إلى التغيّرات المختلفة التي طرأت على المجتمع الجزائري، والتي مسّت مختلف جوانبه، حيث لم يكن الاهتمام بالشباب منذ مطلع الاستقلال، بل كان موضوعا مهمّشا من طرف الدّولة والمجتمع، ولم تكتشف الدّولة الجزائرية شبابها إلاّ بعد مظاهرات 05 أكتوبر 1988.⁴

¹ نفس المرجع ، ص 136، ص 137.

² ميخائيل، إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الأفق الجديدة، بيروت، بدون سنة، ص 359.

³ محمد علي محمد، المرجع السابق، ص ص 21-25.

⁴ Kamel Rarrbo, L'Algérie et sa jeunesse . Harmattan.

بعدما كانت طاقات الشباب كامنة وذائبة داخل الأسرة بحيث أنّ هذه الأخيرة كانت تفرض على شبابها الامتثال لأساليب التنشئة الأسرية، بما فيها من قواعد وقيم ومعتقدات وأدوار اجتماعية، إذ كانت "كلّ طاقاته تشتغل لتحقيق رغبات ومتطلبات الأسرة والمجتمع، فمكانته مرتبطة بمكانة أسرته، فهو يخضع لها دون نقاش"، وأصبح شباب اليوم أكثر تحرّرا من هذه القيود بل ويتمردون على هذه الأساليب ويبحثون عن "أساليب جديدة تتناسب وطموحاتهم ومتطلباتهم وفرض التغيّر في المجتمع بداية بالأسرة وهذا ما أحدث صراعا بين الجيل القديم، أي الآباء والجيل الجديد المتمثل في الأبناء...".¹

وللتعرّف على الواقع الحقيقي، والظروف الموضوعية التي أنجبت هذا الجيل، لابدّ من معرفة أهمّ المشاكل التي يعاني منها الشباب داخل هذا المجتمع، إذ قد ترجع إلى مشكلات يعاني منها بناء المجتمع في حدّ ذاته أو إلى شريحة شبابية عامّة مثل البطالة، ومشكلات تعاني منها بعض فئات هذه الشريحة، مثل الشباب المتعاطي للمخدرات.

غير أنّه كلّما اتسع نطاق المشكلة، كلّما أصبحت مشكلة بنائية، أي تخص بناء المجتمع ككل، وليست فقط مشكلة اجتماعية يمكننا حلّها باللجوء إلى تعديلات في المجال المحيط بهذه الفئة، ولمعرفة هذا الواقع أيضا، والحقيقة الفعلية لمكانة الشباب داخل المجتمع الجزائري، ينبغي تفحص أهمّ النقاط التالية:

6-1- التركيبة الديموغرافية لشباب في الجزائر: يمكن تحديد الوضع الذي يشغله الشخص أو جماعة من الأشخاص داخل مجتمعهم، ويحدّد هذا الوضع نتيجة لسلسلة من العوامل، مثل العمر والجنس والمهنة والدخل وغيرها.²

أن هذه الشريحة تعرف نسب مرتفعة في المجتمعات النامية والمتخلفة، ومنها الجزائر إذ يقدر حوالي 60% من السكان الجزائري الأقل من 20 سنة، وأنّ حوالي 50% من السكان الأقل من 15 سنة.³ وحسب التحقيق الجزائري حول صحّة الأسرة لسنة 2002 قدرة بنسبة 63.6% من مجموع السكان الأقل من 30 سنة، إذ يمثل منهم حوالي 32.8% من الشباب الذين يتراوح أعمارهم ما بين 15 و 30 سنة.⁴ وحسب آخر الإحصاء العام لسكان والسكن لسنة 2008 قدر عدد السكان الإجمالي 33920103 نسمة يمثل منهم الشباب من كلا الجنسين نسبة 40% للذين يتراوح أعمارهم ما بين 15-35 سنة.⁵

¹ محمد علي محمد، المرجع السابق، ص 185.

² علي عبد الزازق جلبي، دراسات في المجتمع والثقافة والشخصية، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص 21.

³ Noureddine Hakiki. **Coformité. Déviance et jeunesse algérienne**, Les cahiers de laboratoire de changement social.N1 ALGER 2007, P5.

⁴ MSPRH.ONS.LEA. Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2003.P13

⁵ ONS, R.G.P.H.2008 ; **LES PRINCIPAUX RESULTATS DU SONDAGE AU 1/10émé**, collection Statistique N° 142/Série. S, ALGER , MARS 2009, P29.

6-2-الوضعية المهنية للشباب الجزائري: يعرّف " بيار بورديو " العمل على أنّه كلّ نشاط يقمّم موردا معيّنًا للفرد الذي يقوم به.¹

يعتبر العمل كسلوك بشري من الضروريات المهنية لحياة الإنسان، فهو من الناحية الاقتصادية، الوسيلة التي يحصل منها الإنسان على قدرته ومتطلبات معيشته، ومن الناحية الاجتماعية، يعدّ العمل معيارا لقيمة الإنسان الاجتماعية ومكانته، وفي الوقت نفسه يعتبر وسيلة للتعامل مع العديد من الأفراد والجماعات ومن الناحية النفسية، يضفي العمل على حياة الإنسان معنى أن يكون الصورة الذاتية للإنسان عن نفسه، وهو أساس الرضا عن الذات والصحة النفسية، وعدم العمل يرتبط به قيام العديد من المشكلات الاجتماعية في كافّة جوانب الحياة، ومنها تعاطي المخدّرات نتيجة الفراغ الذي يدور فيه الشباب.²

بدأ يعرف سوق العمل في الجزائر عجزا في توفير المناصب للشغل، وتفاقت الأزمة مع العشرية الأخيرة، إذ مسّ (تراجع إنتاج فرص جديدة للشغل في كلّ من قطاع الخدمات والصناعة والبناء والأشغال العمومية وارتفاع معدّل البطالة عامّة، من 21.4% في سنة 1987 إلى 28.1% سنة 1995) .³

كما بلغت نسبة العمّال المسرّحين من العمل 58.5% تتراوح أعمارهم بين 30 و35 سنة،⁴ في حين عرف معدّل البطالة شبه استقرار ، إلى غاية سنة 2000 والذي بلغ 28.7% ، أي 2500000 نسمة، في حين لم تكن سوى 13% سنة 1984، أي ما يعادل 522448 نسمة ، لكن سنة 2001 قد وصلت إلى نسبة 27.30%، كما تتميّز البطالة في الجزائر بصغر سنّ البطالين، أي لا تفوق أعمارهم عن 30 سنة، وحوالي 46% يبحثون عن العمل لأوّل مرّة، لا تزيد أعمارهم عن 25 سنة بينما نسبة العاطلين عن العمل غير المؤهلين، قدرت بـ 75%، حتّى وإن سجّل ارتفاعا في عدد العاطلين عن العمل الحاصلين على الشهادات(80000 شخص سنة 1966)، وأكثر من (100000 شخص سنة 2000).⁵

ومن مميّزات البطالة في الجزائر كذلك، أنّ نسبة العاطلين الذين يبحثون عن عمل أكثر من سنة قدّرت بـ 55% و35% هي نسبة الذين يبحثون عن العمل أكثر من سنتين، كما أنّ هناك عددا هائلا من العاطلين قد فقدوا الإرادة في البحث عن العمل، بسبب ندرة عمليات إنشاء مناصب الشغل، إذ بلغت نسبة الشباب الذين يبحثون عن عمل دون جدوى 77.2% عند الذكور مقابل 26% عند الإناث.⁶

في حين عرفت الجزائر في الفترة الأخيرة، انخفاض معتبر في معدّلات البطالة حين بلغ 10.2% أي ما يعادل 1072000 نسمة سنة 2009، مقارنة بسنة 2008، والذي بلغ 1169000 نسمة، أي ما يقدر بـ 11.3%، وتمثّل النساء 25.8% من مجموع العاطلات عن العمل في سنة 2008 مقابل 8.6% من

¹ P. Bourdieu. *Travail et travailleurs en Algérie*. Paris. Edition minuit. 1962. P 461.

² الخولي سالم إبراهيم الخولي ، مرجع سابق، ص 165.

³ O.N.S. *L'emploi et le chômage en Algérie en données statistiques*, N°226, Alger. 1995. P2.

⁴ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل، مشروع التقرير حول تقويم أجهزة الشغل ، الدورة العشرين، جوان 2003، ص 44 .

⁵ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل، مشروع التقرير حول تقويم أجهزة الشغل، مرجع سابق، ص 44.

⁶ نفس المرجع، ص 44 .

العاطلات عن العمل سنة 2009، كما أنّ البطالة تمسّ بالدرجة الأولى الشباب، حيث يمثّل 3 عاطلين عن العمل من أربعة، ويقدر بـ 23.4 %، منهم أقل من 30 سنة ويمثّل 86.7 %، منهم لا يتعدّد 35 سنة.¹ لكنّه وعلى رغم انخفاض معدّل البطالة إلّا أنّه يبقى شبحاً يهدّد الشباب عامّة والشباب الجامعي خاصّة بالظفر بمنصب عمل يؤمن له حياته، ويقضي به فراغه اليومي الذي يؤدّي به إلى متاهات الأصدقاء وسط الشارع، والاختلاط برفقاء السوء وتعلّم العادات السيئة.

3-6- التعليم: يعتبر التعليم أحد المقومات الأساسية في المجتمعات الحديثة سواء كانت متقدمة أو متخلفة ودليل ما تخصصه بلدان العالم من ميزانيات كبيرة وامتزاية لتطوير مناهجه ووسائله وتحسين مردوديته على كلّ المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها من أجل حياة أفضل.² إذ قبل سنة 1954 كانت نسبة الفتيات الجزائريات المتمدرسات ضعيفة جدّاً كما أنه من النادر إيجاد فتيات قد واصلنا التعليم الثانوي أو سجلوا في الجامعة، فرغم الجهود التي بذلتها الدولة الجزائرية لتخفيض والقضاء على الأمية والجهل إلّا أنّ المستوى التعليمي لسكان 6 سنوات فما فوق لم يتجاوز المستوى المتوسط والثانوي.

فقد عرفت نسبة التمدرس في الجزائر تقدماً محسوساً منذ 1996 بفضل الجهود المبذولة من طرف الدولة في هذا الشأن مباشرة بعد الاستقلال قصد القضاء على الأمية، بهذا فإنّ معدّات التمدرس للسكان من 6-14 سنة انتقلت في ظرف عشرين سنة عند الذكور من 56.80 % سنة 1966 إلى 91.1 % سنة 2008 ومن 36.90 % إلى 91.5 % عند الإناث، إلّا أنّ نسبة تـمدرس الإناث تبقى منخفضة عنها للذكور. إنّ تراجع الأمية وتطور التمدرس يؤثران على نمط الحياة الأسرية، بحيث أصبح الأولياء يهتمون أكثر فأكثر بتعليم أبنائهم حتى مستويات عليا ممّا يؤخرهم على الالتحاق بميادين العمل ومساعدة الأسرة على تحمّل أعباء الحياة الاقتصادية للأسرة.

¹ O.N.S, Activité, emploi et chômage au 4^{ème} trimestre du 2009, N° 514, p2

² حسين كواش، التعليم في الريف الجزائري، مجلة علم الاجتماع، العدد 3، الجزائر، أبريل 1986، ص 34.

خلاصة الفصل :

يتفق الكثير من الباحثين والمهتمين بالشباب على صعوبة وضع تعريف محدد وواضح للشباب، فالشباب يمثل قطاعا من القطاعات الرئيسية التي يتكوّن منها البناء الاجتماعي، ويتميّز ببعض الخصائص عن باقي فئات المجتمع، ويرجع عدم الاتفاق حول تعريف شامل للشباب إلى أسباب كثيرة أهمّها اختلاف الأهداف المنشودة من وضع تعريف للشباب، وتباين المفاهيم والأفكار العامة التي يقوم عليها التحليل السيكولوجي والاجتماعي الذي يخدم تلك الأهداف، والتي تعتبر أنّ الشباب مرحلة عمرية يمرّ بها كلّ إنسان في حياته، تختلف من شخص لشخص ومن مجتمع لآخر، تكونها عدّة عوامل فيزيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية، والتي يتوقف عليها اتّخاذ القرارات الهامّة في حياته ورغم أهمية هذه الشريحة إلاّ أنه لم يتمّ اتخاذها بجديّة إلاّ في السنوات الأخيرة حيث عنيت الكثير من الدول برعاية الشباب والاهتمام بهم، كما تمثّل مؤسسات التنشئة الاجتماعية دورا بارزا في تكوين الشخصية الشابة.

ونظرا لحجم هذه الفئة في الجزائر وما تعانيه من مشاكل وتفاقم البطالة وتدهور المستوى التعليمي إلاّ أنها تبقى مهمشة من طرف الدولة.

الفصل السادس:

معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية والأمراض المنتقلة عن طريق
الاتصال الجنسي في ضوء نتائج البحث الميداني

تمهيد

الخصائص العامة لأفراد العينة

معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية

تأثير المكانة الاجتماعية

دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية

الثقافة الصحية

الاستنتاج العام

تمهيد

الصحة الإنجابية هي انعكاس للصحة خلال مراحل الحياة البشرية منذ الطفولة وحتى الكهولة كما أنها إضافة للحالة الصحية المستدامة، تستهدف المراهقون والشباب لتجنيبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي لأخطار تهدد صحتهم الحالية والمستقبلية، و لرفع الوعي لديهم ليجهزوا أنفسهم للمستقبل ويتحملوا مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي سيشكلونها، وتتم رعاية الشباب في فترة المراهقة لمساعدتهم في بناء شخصية سوية وضمان حقوقهم الإنسانية، كما يتم إرشادهم في هذه الفترة الحرجة من العمر ومداهم بالمعلومات اللازمة لتعريفهم بما يحدث لهم من تطورات وإرشادهم عن الدور الجديد في الحياة و رعايتهم صحياً بتقديم الرعاية الصحية التي تناسب احتياجاتهم في هذه المرحلة.

ولهذا فإن المعرفة شيء أساسي وليس اختياري، حيث إنها الأساس الذي تبنى عليه الاتجاهات ثم تتولد منه سلوكيات وممارسات. إذاً لا بد من التثقيف في الناحية الجنسية حتى يستطيع الإنسان أن يتخذ قرارات ويتبنى سلوكاً مسؤولاً.

فالصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فهي تتأثر بتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والتنشئة الاجتماعية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها والدور الذي تلعبه مؤسسات التنشئة الاجتماعية.

1- الخصائص العامة لأفراد العينة

إن أغلب الدراسات التي أجريت حول موضوع الصحة الإنجابية والأمراض المنتقلة جنسيا، سواء كانت في العالم أو في الجزائر، شملت الجنسين ذكورا وإناثا من مختلف شرائح المجتمع. إلا أن هذه الدراسات تمت للتأكيد على معارف واتجاهات الشباب الذكور الجامعيين فقط من فئة خاصة من المدرسة العليا للعلوم الرياضية والتكنولوجية والذي ينحصر سنهم ما بين 18 سنة و35 سنة؛ وهذا ما يبينه الجدول رقم 6

جدول رقم 06 يوضح توزيع الشباب حسب السن

النسبة %	التكرار	فئات السن
20,8	79	] 23-18]
33,2	126	]28-23]
36,8	140	]33-28]
9,2	35	]38-33]
100	380	المجموع

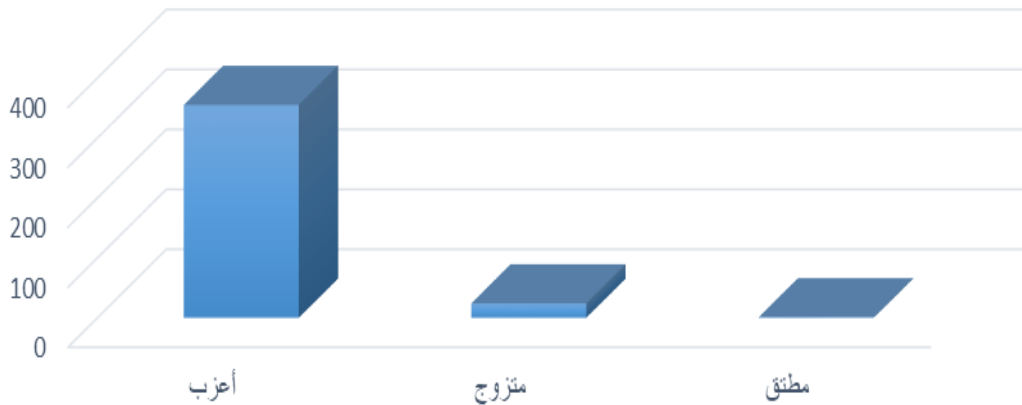
من خلال الجدول يتضح لنا أن أغلب الشباب ينتمون إلى الفئة العمرية 33 سنة و28 سنة وذلك بنسبة 36,8% تليها نسبة 33,2% للفئة العمرية 23 سنة و33 سنة في حين تمثل الفئة 18 سنة و23 سنة نسبة 20,8%، وتعتبر الفئة 33 سنة و38 سنة أصغر فئة بنسبة 9,2%، ويرجع هذا التقسيم إلى طبيعة العينة التي تمس فئة الشباب الجامعي و الذي يمثل الطلبة الجامعيين المقسمين على السنوات الثلاثة المتبقية من الدفقات الأخيرة في المدرسة، و التي تمثل السنة الثالثة و الرابعة والخامسة من التخصصين تدريب رياضي و مناجمت تسير رياضي، وهذا ما يفسر قلة الفئة الأولى و استثناء بعض الطلبة الذين لديهم حالات خاصة من الفئة الأخيرة، في حين تمثل الفئة العمرية من 23 سنة إلى 33 سنة بنسبة 70%، إذ يمثل متوسط سن الشباب بـ 26,5 سنة، وهذا ما يجعلها فئة حساسة من حيث الصحة الإنجابية. فهم في سن الانجاب و الزواج، فيجب الأخذ بعين الاعتبار مكانتهم و خصائصهم، و متطلباتهم التعليمية و المعرفية، وسلوكياتهم الاجتماعية و الصحية و حياتهم الأسرية، من أجل السعي إلى زيادة حصولهم على المعلومات و التوعية، و الخدمات المناسبة لبلوغ أعلى مستوى من الصحة الإنجابية و الجنسية.

جدول رقم 07 يوضح توزيع الشباب حسب الحالة الاجتماعية:

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
93,4	355	أعزب
6,3	24	متزوج
0,2	1	مطلق
100	380	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب غير متزوجين بنسبة 93,4%، في حين يمثل المتزوجين منهم فئة صغيرة بنسبة 6,3%، ثم تليها نسبة المطلقين بـ 0,2% بشخص واحد، وترجع هذه النتائج لكون أغلب الشباب متدرسين غير قادرين على تحمل تكاليف الحياة الاسرية، بل أن أغلبهم مازال يعتمد على المصروف الشهري الذي يوفره لهم الأبوين أو أفراد الأسرة؛ حيث أن ما نسبته 57,4% من الشباب ليس لهم دخل شهري وأن ما نسبته 67,9% من الشباب لا يتجاوز مصروفهم الشهري 5000 دج 1 ، وهذا ما يجعل الشباب يبحث عن طرق أخرى لإشباع رغباته الجنسية خارج الزواج، وما يعرضهم لأخطار الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. فهنا تكمن أهمية التنشئة الاجتماعية في مجال الصحة الإنجابية في تزويدهم بالمعارف الأساسية للوقاية والتحصين، وهذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل القادم، في معرف الدور الرئيسي التي تقوم به هذه الأخيرة في اكتساب الشباب معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والجنسية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي؛ ومن أخطرها مرض السيدا.

شكل رقم 03 يوضح توزيع الشباب حسب الحالة الاجتماعية



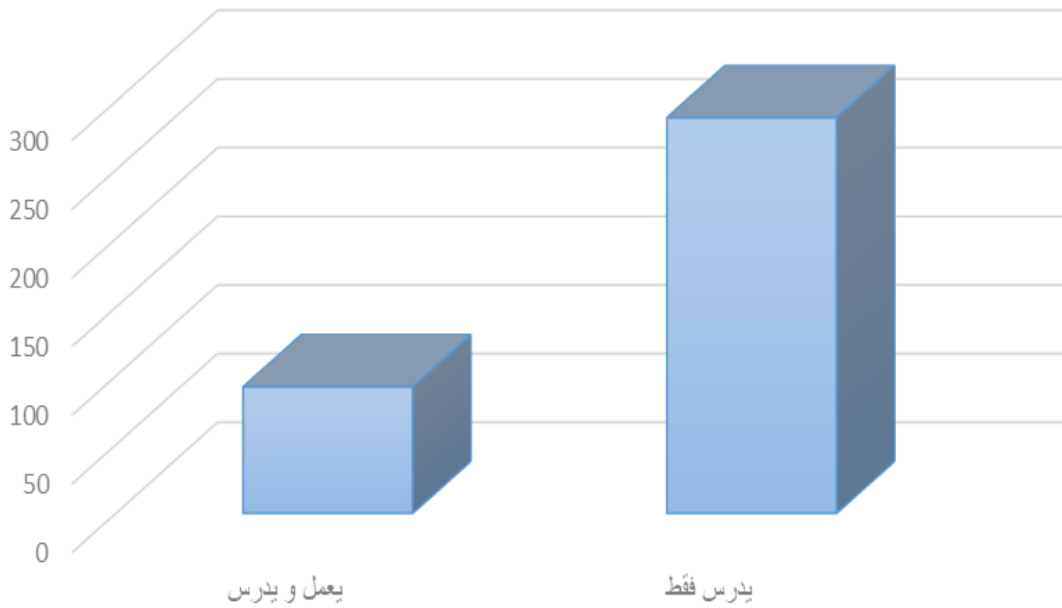
أنظر الجدول رقم 01 يوضح توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري والجدول رقم 02 توزيع أفراد العينة حسب المصروف الشهري في الملاحق رقم 1

جدول رقم 08 يوضح توزيع العينة حسب الوضعية المهنية:

الوضعية	التكرار	النسبة %
يدرس فقط	288	75,8
يدرس ويعمل	92	24,2
المجموع	380	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب الشباب يدرسون فقط، بنسبة 75,8% مقابل الشباب الذين يدرسون ويعملون بنسبة 24,2%، وترجع نسبة هذه النتائج الى طبيعة النظام الدراسي الذي لا يتيح الفرص للشباب بالعمل نظرا لطبيعة البرنامج الدراسي المكثف وطول عدد ساعات الدراسة، الى جانب أن إدارة المدرسة لا تتجاوز عن الغياب غير المبرر والمتكرر مما تلحق صاحبها بمتاعب منها الإقصاء. في حين تمثل النسبة القليلة التي تعمل الشباب المدربين والذين يتعاقدون مع فرق لتدريب الفرق الشابة في الفترات المسائية وأيام العطل.

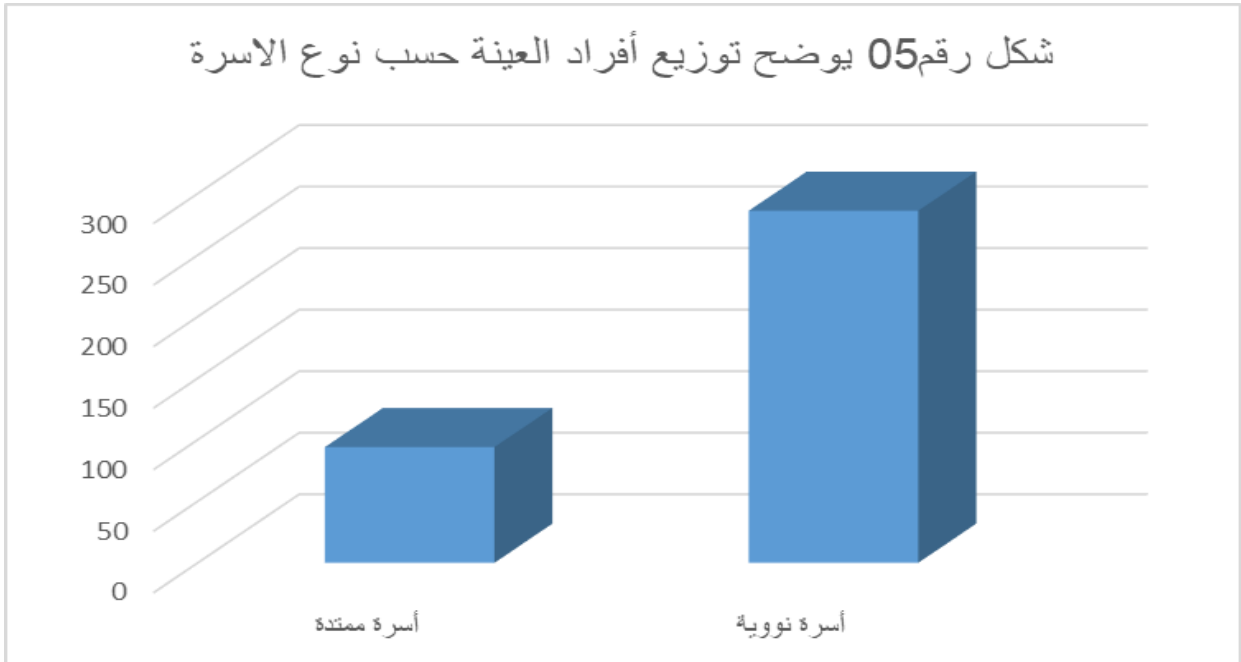
شكل رقم 04 يوضح توزيع السباب حسب الحالة المهنية



جدول رقم 09 يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الاسرة:

نوع الاسرة	التكرار	النسبة %
أسرة ممتدة	94	24,7
أسرة نووية	286	75,3
المجموع	380	100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب ينحدرون من أسر نووية وذلك بنسبة 75,3% مقابل الشباب الذين ينحدرون من أسر ممتدة بنسبة 24,7%، وترجع نتائج هذا الجدول الى طبيعة المجتمع المتغير الذي انتقل من أسر ممتدة الى أسرة نووية، بعدما كانت أغلب الاسرة تعيش في الأرياف وهذا ما يفرضه النظام. على غرار التحضر والتمدن الذي يرغم الاسر على العيش بعيدا عن الاسرة الكبيرة في مساكن صغيرة، كما توضحه النتائج أن اغلب أفراد العينة يسكنون في شقق صغيرة بنسبة 50,8%¹. حيث تعتبر الأسرة من أهم وأول مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي تورث الأدوار الاجتماعية الى الأجيال الشابة، والمعارف والاتجاهات في الحياة عامة وفي الصحة الإنجابية خاصة.



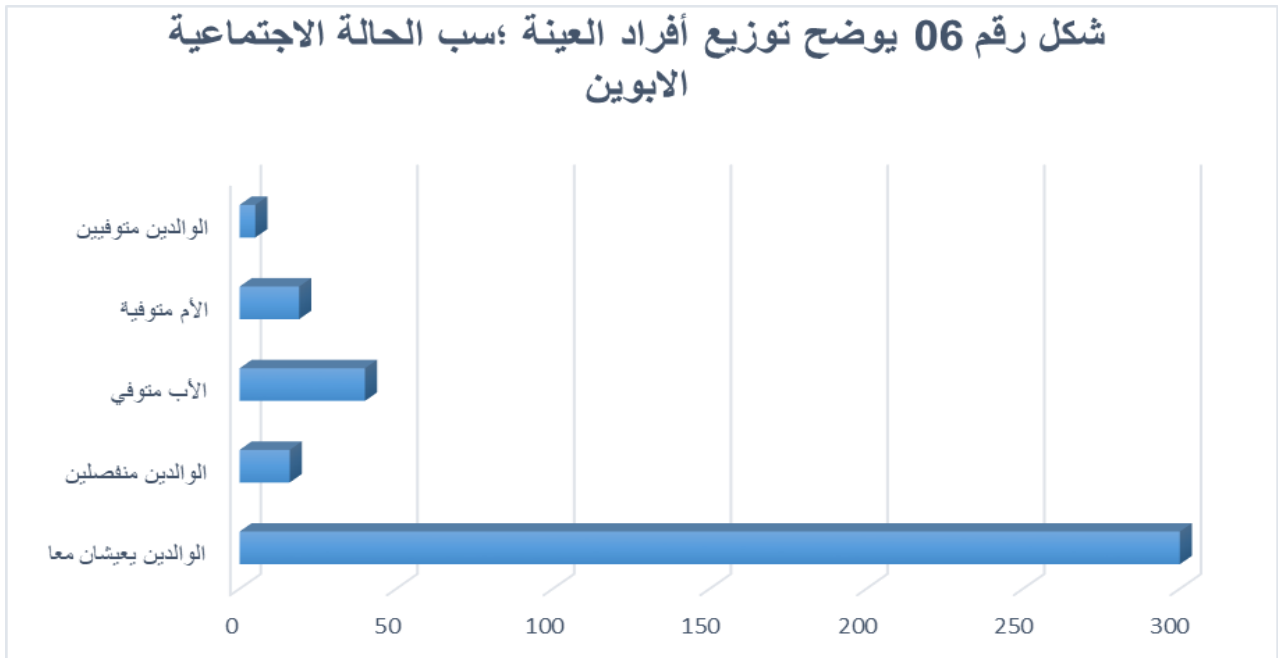
¹ أنظر الجدول رقم 3 توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن في الملاحق رقم 1

جدول رقم 10 يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية للوالدين:

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية للوالدين
78,9	300	الوالدان يعيشان معا
4,2	16	الوالدين منفصلين
10,5	40	الأب متوفى
5	19	الأم متوفية
1,3	5	الوالدين متوفيين
100	380	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب والديهم يعيشان معا وذلك بنسبة 78,9% ثم تليها نسبة 10,5% من الشباب الذين لديهم الأب متوفى، لتليها نسبة 5% من الشباب اللذين لديهم أم متوفية؛ في حين تمثل أصغر نسبة 1,3% من الشباب الذين لديهم أب وأم متوفيين. من خلال هذه النتائج يتضح أن أغلب أفراد العينة ينحدرون من أسر مستقرة، يسهر فيها الوالدين على رعاية الأطفال كل حسب قدراته المادية والمعنوية، ويشاركون في عملية التنشئة الاجتماعية.

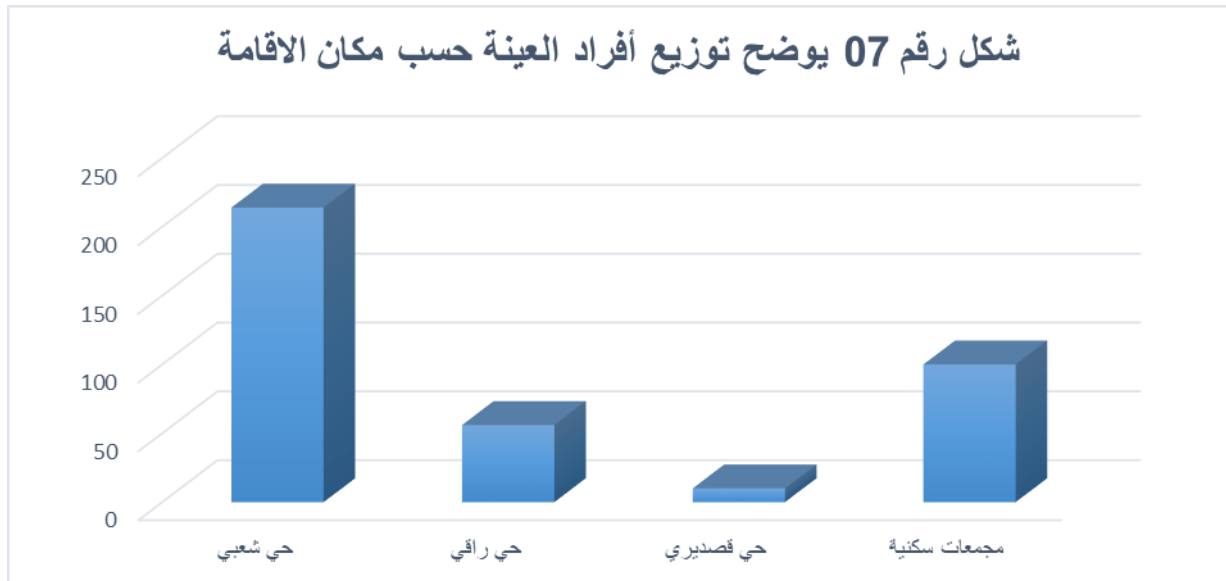
شكل رقم 06 يوضح توزيع أفراد العينة؛ حسب الحالة الاجتماعية الابوين



جدول رقم 11 يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
56,3	214	حي شعبي
14,7	56	حي راقي
2,6	10	حي قصديري
26,4	100	مجمعات سكنية
100	380	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب يسكنون في أحياء شعبية وذلك بنسبة 56,3% ثم تليها نسبة الشباب الذين يسكنون في مجمعات سكنية بنسبة 26,4، وتليها نسبة 14,7% من الشباب الذين يسكنون في أحياء راقية، في حين تمثل أصغر نسبة بـ 2,6% من الشباب الذين يسكنون في أحياء قصديرية. من خلال النتائج، نجد أن أغلب الشباب ينحدرون من أحياء شعبية، والتي تتميز بطابعها الخاص في عدة مجالات اجتماعية واقتصادية وثقافية؛ حيث مازالت هذه الأحياء ورغم التطور التكنولوجي والتغير الاجتماعي الذي عرفه المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة، تحتفظ بطابعها الخاص في عمليات التنشئة الاجتماعية بمختلف مؤسساتها.



2-معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي

تعتبر الصحة الإيجابية حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه، فهي ليست مجرد السلامة من الأمراض والإعاقة، بل هي التمتع بحياة صحية جيدة. لهذا نجد أن للصحة الإيجابية مجالات متعددة، تنقسم الى مراحل: قبل الزواج، وتشمل المراهقة وسن البلوغ والممارسات الجنسية والتعرف على وسائل منع الحمل لتجنب الأمراض الجنسية ومعرفتها، واختيار شريكة الحياة حسب معايير وقيم ليس على سبيل الاكراه والضغط، وتجنب الممارسات الضارة مثل التدخين وتعاطي المخدرات والتغذية الجيدة لتحقيق مستقبل صحي. ويشمل الجزء الثاني ما بعد الزواج في التعامل مع الطرف الاخر، وتنظيم النسل باستعمال وسائل منع الحمل، والتخطيط لاستراتيجية انجابية تتماشى مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية تحفظ صحة الزوجين حاضرا ومستقبلا. فمن خلال هذا الفصل سنحاول أن نبرز معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي ومن أبرزها مرض السيدا.

جدول رقم 12 يوضح توزيع الشباب حسب التغيرات التي تطرق لها خلال فترة البلوغ:

النسبة %	التكرار	تغيرات فترة البلوغ
48,7	185	تغيرات فيزيولوجية
5,3	20	تغيرات بيولوجية
46,1	175	التغيرين معا
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن الشباب تعرف على التغيرات الفيزيولوجية أثناء فترة البلوغ بنسبة 48,7%، لتليها نسبة الشباب الذين تعرفوا على التغيرين معا في هذه الفترة بنسبة 46,1%، لنجد في الأخير فئة الشباب الذين تعرفوا على التغيرات البيولوجية بنسبة 5,3%. من خلال هذا النتائج نجد أن الشباب تفتنوا

للتغيرات التي طرأت عليهم خلال فترة البلوغ، حيث تعرف هذه الأخيرة تحولات وتطورات جد مهمة في حياة الفرد والتي لا يستطيع تجاهلها، فهي تؤثر على تكوين الشخصية الشابة، حيث صرح معظم الشباب أن هذه الفترة مرت بشكل عادي بنسبة 49,9%¹. إذ اكتشف أغلب الشباب التغيرات الفيزيولوجية أكثر من غيرها، ويرجع ذلك لبروز هذه التغيرات من ظهور الشعر وتغير الصوت وزيادة الطول، على غرار التغيرات البيولوجية التي تكون صعبة الاكتشاف، أو غير ظاهرة مثل التغيرات الهرمونية (التستوستيرون) وتكوّن الحيوانات المنوية، ومنه يبدأ المراهقون والشباب في التفكير في اشباع رغباتهم الجنسية مما يجعلهم يبحثون عن شريكة الحياة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم 13 يوضح توزيع الشباب حسب ارتباطهم عاطفياً:

النسبة %	التكرار	ارتباط الشباب
46,1	175	لديك خطيبة
23,9	91	لديك صديقة
30	114	لست مرتبط
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب مرتبط لديهم خطيبة بنسبة 46,1%، مقابل الشباب الذين ليس مرتبطين بنسبة 30%، فنلاحظ أن الشباب مرتبطين رغم وضعيتهم الاجتماعية، فهم طلبة جامعين كما تم التطرق له سابقاً، فيتضح ان الشباب لهم اتجاه نحو الزواج حيث صرح معظم الشباب على رغبتهم في الزواج بنسبة 81,6%، فإن اتجاههم واضح برسم طريق المستقبل كما أنهم يتوفرون على عدة معارف تخص الصحة الإنجابية، فهم على دراية بالفحص الطبي قبل الزواج كما يبينه الجدول التالي:

¹ أنظر جدول رقم 8 في الملاحق رقم 1 والذي يوضح توزيع أفراد العينة حسب تأثير فترة البلوغ 210

جدول رقم 14 يوضح توزيع أفراد العينة حسب معرفتهم بالفحص الطبي قبل الزواج:

النسبة %	التكرار	معرفة الفحص الطبي قبل الزواج
67,4	256	نعم
32,6	124	لا
100	380	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن أغلب الشباب يعرفون الفحص الطبي قبل الزواج بنسبة 67,4%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون الفحص الطبي قبل الزواج بنسبة 32,6%، هذا ما يدل على أن الشباب لديهم معارف حول الصحة الإنجابية، تساعد في المستقبل مع العلم أنهم يرغبون في الزواج بعد التخرج والظفر بعمل. كما نجد أنهم يعرفون وسائل منع الحمل كما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم 15 يوضح توزيع أفراد العينة حسب معرفة الشباب لوسائل منع الحمل:

النسبة %	التكرار	التعرف على وسائل منع الحمل
85	323	نعم
15	57	لا
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 85%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 15%. من خلال النتائج يتضح أن الشباب على دراية بوسائل منع الحمل التي تعد من أهم الوسائل في الصحة الإنجابية من حيث تنظيم النسل من جهة، والوقاية من الأمراض الجنسية من جهة أخرى وتجنب الحمل الغير مرغوب فيه؛ حيث تختلف الوسائل التي يعرفها الشباب حسب الثقافة الصحية لكل فرد ومصادر المعارف التي أحتك بها لاكتساب هذه المعارف، كما يبينه الجدول التالي حسب عدد وسائل منع الحمل التي يعرفها الشباب.

جدول رقم 16 يوضح توزيع الشباب حسب معرفتهم بوسائل منع الحمل:

النسبة %	التكرار	عدد وسائل منع الحمل التي يعرفها الشباب
18,4	70	لا أعرف أية وسيلة
19,7	75	أعرف وسيلة واحدة
61,8	235	أعرف عدة وسائل
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يعرفون عدة وسائل من وسائل منع الحمل بنسبة 61,8%، ثم تليها نسبة الشباب الذين يعرفون وسيلة واحدة من وسائل منع الحمل بنسبة 19,7%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون أي وسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 18,4%.

يمكن أن نلتزم أن معظم الشباب يعرفون عدة وسائل منع الحمل، على غرار الذين لا يعرفون أي وسيلة، ويرجع ذلك إلى المستوى الذي يتمتع به هؤلاء الشباب، فكلهم جامعيين اكتسبوا ولو بعض المعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية من خلال مشوارهم الاجتماعي عامة والدراسي خاصة. حيث أن هنالك بعض المدارس والمؤسسات التربوية التي تقوم بدورات تحسيسية ينظمها أطباء غالبا ما تكون في اليوم العالمي للسيدا، الذي يصادف كل فاتح من شهر ديسمبر لكل سنة، حول الامراض الجنسية ومن أشهرها السيدا وكيفية الإصابة والوقاية منه، وبذلك التطرق بطريقة غير مباشرة لوسائل منع الحمل المختلفة كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 17 يوضح توزيع الشباب حسب سبب استعمال وسائل منع الحمل

النسبة %	التكرار	سبب استعمال وسائل منع الحمل
36,1	137	تجنب الحمل الغير مرغوب
18,2	69	الوقاية من الامراض الجنسية
11,6	44	تنظيم النسل
34,1	130	لا أدري
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب من الذين يعرفون سبب استعمال وسائل منع الحمل من أجل تجنب الحمل بنسبة 36,1%، ثم تليها نسبة الذين لا يعرفون سبب استعمال وسائل منع الحمل بنسبة 34,1%، مقابل الشباب الذين يعرفون سبب استعمال وسائل منع الحمل من أجل تنظيم النسل بنسبة 11,6%، يعرف أغلب الشباب أن سبب استعمال وسائل منع الحمل من أجل تجنب الحمل، وذلك يرجع بالدرجة الأولى من اسمها "وسائل منع الحمل"، فهي مرتبطة فقط بمنع الحمل الغير مرغوب نهائيا أو مؤقتا، في حين هناك فئة قليلة جدا تعرف أن استعمال وسائل منع الحمل من أجل تنظيم النسل، فهذا راجع لمعرفة هذه الفئة، في حين تبقى فئة معتبرة تسمع بوسائل منع الحمل، و لا تعرف سبب استعمالها و يرجع هذا الى نقص المعارف.

جدول رقم 18 يوضح توزيع الشباب حسب ترك العلاقة الجنسية خارج الزواج:

النسبة %	التكرار	ترك الممارسات الجنسية خارج الزواج
35	133	نعم
65	247	لا
100	380	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم الشباب لا يوافقون أن تترك العلاقات الجنسية مفتوحة خارج الزواج بنسبة 65%، مقابل فئة قليلة من الشباب الذين يرغبون أن تترك العلاقات الجنسية مفتوحة خارج الزواج بنسبة 35%.

من خلال النتائج يتضح أن معظم الشباب الجامعي يبقى متمسك بالعادات والتقاليد الاجتماعية على أن العلاقات الجنسية خارج الزواج وهي محرمة، ولا يجب تركها مفتوحة عند الشباب لأنهم يعلمون العواقب الوخيمة، التي سيتم جنيتها مع افتقار معظم الشباب لمعارف الصحة الإنجابية ومعارف الوقاية من الامراض الجنسية، كما تعتبر هذه الظواهر دخيلة على المجتمع الجزائري ولا تتسم بأخلاق المسلمين، في حين تستبيح بعض الفئات هذا الفعل وهذه الممارسات، ويرجع ذلك لعدم معرفة هذه الفئة بمخاطر

العلاقات الجنسية سواء على المستوى الاجتماعي و الصحي، رغم أن أغلب الشباب يعلمون عن أسباب الإصابة بالأمراض الجنسية كما سيتم التطرق له لاحقاً.

جدول رقم 19 يوضح توزيع الشباب حسب معرفة الأمراض الجنسية

النسبة %	التكرار	معرفة الامراض الجنسية
86,8	330	نعم
13,2	50	لا
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب من الذين يعرفون الامراض الجنسية بنسبة 86,8%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون الامراض الجنسية بنسبة 13,2%.

من خلال النتائج، نجد أن معظم الشباب على دراية بالأمراض الجنسية، فهم لديهم معارف تخص الصحة الإنجابية، ويرجع ذلك الى دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية والاعلام في نشر الوعي الصحي في المجتمع عامة والشباب خاصة. وسنتطرق الى هذا الموضوع بالتفصيل في الفصول القادمة، رغم قلة معرفة بعض الشباب حول مثل هذه الامراض التي يرجع السبب الى عدم اهتمام الشباب بمثل هذه المواضيع أو عدم حصولهم على معلومات كافية

جدول رقم 20 يوضح توزيع الشباب حسب معرفة الشباب بالإصابة بالأمراض الجنسية:

النسبة %	التكرار	سبب الإصابة بالمرض
63,9	243	العلاقات الجنسية
28,2	107	نقل الدم
7,6	29	الافرازات البيولوجية
0,3	1	لا أدري
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يرون أن السبب الأول للإصابة بمرض السيدا هي العلاقات الجنسية بنسبة 63,9%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون سبب الإصابة بمرض السيدا بنسبة 0,3%.

يتضح أن معظم الشباب يعرفون سبب الإصابة بمرض السيدا، والتي تتمثل في ممارسة العلاقات الجنسية المتكررة مع عدة خليات، كما يمكن أن يصاب الفرد من مجرد علاقة واحدة فقط اذا لم يستعمل الواقي الذكري، خاصة اذا كان الطرف الاخر يحمل فيروس نقص المناعة، رغم عدم ظهور علامات المرض عليها. فتعتبر العلاقات الجنسية العدوى الأسرع لتنتقل هذا المرض بين الافراد، في حين تبقى الأسباب الاخرى قليلة الحدوث ونادرة، إذ يمثل معدل الإصابة بمرض السيدا بسبب العلاقات الجنسية 5/3 إصابات بهذا المرض، لتبقى في الأخير الوقاية خير من ألف علاج وذلك باستعمال الواقي

جدول رقم 21 يوضح توزيع العينة حسب كيفية تجنب الإصابة بالأمراض الجنسية:

النسبة %	التكرار	تجنب الإصابة بالمرض
47,4	180	العلاقات الجنسية
25,1	97	استخدام الواقي الذكري
27,5	103	تجنب الأدوات المستعملة
100	380	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب يعرفون أنه لتجنب الإصابة بمرض السيدا وتجنب العلاقات الجنسية بنسبة 47,4%، ثم تليها نسبة الشباب الذين يرون أن تجنب الأدوات المستعملة بقي الإصابة بهذا المرض بنسبة 27,4%، ثم تليها نسبة الذين يرون أن استعمال الواقي الذكري بقي الإصابة بهذا المرض بنسبة 25,1%.

يعرف أغلب الشباب طرق الوقاية من الامراض الجنسية وعلى الخصوص السيدا، وذلك بتجنب العلاقات الجنسية لأنها السبيل الوحيد والأكثر الأسباب للإصابة بهذا المرض الذي يبقى من أخطر أمراض الالفية الجديدة.

خلاصة الفصل

تتكون العينة من شباب ذكور لا يتعدى متوسط سنهم 26,5 سنة معظمهم غير متزوجين، يدرسون بالمدرسة العليا لعلوم الرياضة وتكنولوجياها، ينحدرون من أسر أغلبها نوية يعيش فيها الوالدين معا في أحياء شعبية و مجتمعات سكنية، سمحت لهم باكتساب معارف و اتجاهات نحو الصحة الإنجابية و الامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي و من أهمها السيدا، حيث أن هذه الأخيرة لها عدة مجالات منها ما هو مرتبط قبل الزواج و ما بعده، حيث تمثل فترة البلوغ و ما يصاحبها من تغيرات مختلفة من أهم و أول مراحل الصحة الإنجابية لما يترتب عليها مستقبلا، في اختيار شريكة الحياة و تحديد عدد الأطفال المرغوب في انجابهم و تحديد السن المناسب للزواج، و معرفة كل الأمور المتعلقة بها كالفحص الطبي قبل الزواج و استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج، و بعده لتحديد النسل و تجنب الحمل الغير مرغوب عند ممارسة العلاقات خارج الزواج و الوقاية من الإصابة بالأمراض الجنسية، لكن تبقى هذه المعارف و الاتجاهات مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية، و ما يحيط بها من مؤسسات مختلفة تساهم في نشر الوعي الصحي و الوقائي بين الشباب.

3-تأثير المكانة والاجتماعية للشباب

يحيا الانسان ويعيش حياة كريمة عندما تشبع احتياجاته الأساسية، وقد قسم علماء النفس حاجات الانسان الى خمسة مستويات، يأتي في مقدمتها الحاجة الفسيولوجية والتي ترتبط بها استمرار حياة الانسان لأنه بدون أن يأكل ويشرب سيموت، ثم تأتي الحاجة الى الأمان لأنه ما قيمة أن يأكل ويشرب الإنسان وهو غير آمن على نفسه وعلى ممتلكاته ومستقبله، و تتمثل في التنشئة الاجتماعية والصحة والحفاظ عليهما، ثم الحاجة الى تحقيق المكانة الاجتماعية حيث لا يشعر الانسان بأن له قيمة و هدف بعدم فاعليته أو أهميته أو وزنه في الحياة، و انعدام تأثيره على المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها. و بالتالي يصاب بالسلبية و عدم المشاركة الاجتماعية، و الانسلاخ عن الواقع الذي يعيش فيه، فالحفاظ على الصحة عامة و الإيجابية خاصة من بين أولويات التي على المرء أن يحافظ عليها، ليس فقط بمجرد الابتعاد عن الامراض و معالجتها، فهي أبعد من ذلك في اكتساب معارف و توجهات و سلوكيات وقائية تحمي صحته الإيجابية في المستقبل، وتضمن لهم استمرارية في تحقيق التنمية البشرية. فهل يكتسب الشباب الجامعي معرفة واتجاهات نحو الصحة الإيجابية والامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وهذا ما سيتم التطرق إليه من خلال هذ الفصل بالاستعانة بالجداول المركبة والبسيطة في تحليل الظاهرة وتقديم بعض الشروحات والاقتراحات التي ستجيب على محتوى الفرضية باستعمال مقياس إحصائية.

جدول رقم 22 يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن والرغبة في الزواج:

المجموع	لا		نعم		الرغبة في الزواج
	%	ك	%	ك	
79	13,9	11	86,1	68	فئات السن [23-18]
126	19,8	25	80,2	101	[28-23]
140	17,1	24	82,9	116	[33-28]
35	28,6	10	71,4	25	[38-33]
380	18,4	70	81,6	310	المجموع

من خلال الجدول، نلاحظ أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين يرغبون في الزواج بنسبة 81,6% مقابل فئة قليلة من الشباب اللذين ليس لهم أي رغبة في الزواج وذلك بنسبة 18,4%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو السن، يتضح أن أغلب الشباب من كل فئات السن يرغبون بالزواج حيث تقدر أكبر نسبة بـ 86,1% من الفئة العمرية الشابة ما بين 18 و 23 سنة، وتليها الفئتين العمريتين على التوالي 28-33 سنة و 28-23 سنة بنسبة 82,9% و 80,2%، في حين تمثل الفئة العمرية 33-38 سنة أصغر نسبة بـ 71,4%.

من خلال هذه النتائج يتضح أن أغلب الشباب الجامعي يرغبون في الزواج رغم المكانة الاجتماعية التي يحتلونها في المجتمع، والتي لا تشجعهم على ذلك، حيث أن أغلبهم لا يعمل وليس لديه مدخول غير الوالدين. فهم يقدرون صعوبة الاختيار والمصاعب التي تواجههم في المستقبل لتكوين أسرة، حيث أن أغلب الشباب صرحوا أن أسباب ارتفاع متوسط سن الزواج يرجع بالدرجة الأولى الى المشاكل الاقتصادية وذلك بنسبة 58,8%، فأصبح الزواج بالنسبة لهم كحلم سيتحقق يوم ما بعد التخرج والظفر بعمل، فهو الوسيلة الوحيدة لتكوين أسرة وأنجاب الأطفال وإشباع الرغبات الجنسية في الإطار القانوني والشرعي. اذ صرح معظم الشباب أن العلاقات الجنسية خارج الزواج و الاطار الشرعي محرمة، وذلك بنسبة 66,1%²⁰، وهذا ما يدل على أن الشباب الجامعي واعي من حيث المسؤولية الاجتماعية لتواصل الأجيال عن طريق الزواج، وعدم اختلاط الاجناس على الطرقية الصحيحة والأمنة، التي تضمن لهم صحتهم و صحة عائلاتهم، وتجنبهم الممارسات الجنسية المتعدد خارج الزواج. تلك الاخيرة تكون في أغلب الأحيان غير مؤمنة، مما يزيد خطر اصابتهم بالأمراض الجنسية الخطيرة من بينها السيدا. فهم بالتفكير في الزواج يحافظون على صحتهم عامة وصحتهم الانجابية خاصة، وهذا يرجع الى طبيعة التنشئة الاجتماعية الجزائرية والإسلامية، التي لا ترضى بالعلاقات المحرمة خارج إطار الزواج رغم تواجدها في هذا المجتمع، والتي تعرف انتشارا بين أوساط الشباب الجامعي. وسنحاول التطرق اليها من خلال الجداول التالية

¹ أنظر جدول رقم 04 في الملاحق رقم 01 والذي يوضح توزيع العينة حسب المشاكل التي تتسبب في تأخر سن الزواج ص209
² أنظر جدول رقم 05 في الملاحق رقم 01 والذي يوضح توزيع العينة حسب موقفهم من العلاقات الجنسية خارج الزواج ص209

جدول رقم 23 يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن ودافع الزواج:

المجموع	إنجاب الأطفال		تلبية الرغبة الجنسية		تحقيق رغبة الوالدين		دافع الزواج فئات السن
	%	ك	%	ك	%	ك	
79	27,8	22	45,6	36	26,6	21	[23-18]
126	22,2	28	77,8	98	00	00	[28-23]
140	43,6	61	44,3	62	12,1	17	[33-28]
35	31,4	11	57,1	20	11,4	4	[38-33]
380	32,1	122	56,8	216	11,1	42	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يفضلون الزواج من أجل تلبية الرغبة الجنسية، وذلك بنسبة 56,8%، تم تلبية نسبة الشباب اللذين يرغبون الزواج من أجل أنجاب الأطفال بنسبة 32,1%، في حين تقدر أضعف نسبة للشباب اللذين يفضلون الزواج من أجل تحقيق رغبة الوالدين بنسبة 11,1%. عند ادخال المتغير المستقل ألا وهو السن نجد أن أغلب الشباب اللذين يرغبون الزواج من أجل تلبية الرغبة الجنسية هم من الفئة العمرية 28-23 سنة بنسبة 77,8% وتليها نسبة الشباب من الفئة العمرية 38-33 سنة بنسبة 57,1% وتليها نسبة الشباب من الفئة العمرية 23-18 بـ 45,6%، وفي الأخير نجد أصغر نسبة للشباب من الفئة العمرية 33-28 سنة بنسبة 44,3%.

من خلال نتائج الجدول يتضح أن معظم الشباب يرغب في الزواج كما تم التطرق إليه سابقاً، غير أن غاية هذا الارتباط تختلف من فرد إلى آخر، حيث يمثل دافع الشباب الجامعي في الزواج لتحقيق الرغبة الجنسية من أكثر الدوافع الأخرى، حيث صرح معظم الشباب الجامعي على أنهم يولون أهمية كبيرة للجنس بالنسبة 65,5%¹، فهي غريزة طبيعية يسموا إليها كل شاب بالغ وعاقل، سواء كانت تتوفر لديه الإمكانيات الاقتصادية والاجتماعية أو حتى لم تتوفر لديه. فاختيار الشباب الزواج لتلبية الغريزة الجنسية يحفظ لهم صحتهم ويجنبهم العدوى بالأمراض الجنسية عامة والسيدا خاصة، وهذا ما يبين أن الشباب الجامعي واعى وعلى دراية بمسائل الصحة الإنجابية، والتي من مجالاتها تحقيق رفاه بدني واجتماعي في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي، حيث عزف معظم الشباب عن العلاقات الجنسية خارج إطار

¹ انظر الجدول رقم 06 في الملاحق رقم 01 يوضح توزيع العينة حسب أهمية الجنس عند الشباب الجامعي ص 209

الزواج وصرحوا أنهم لا يريدون التعرف ولا ممارسة علاقات جنسية خارج الزواج، وذلك بنسبة 62,9%1. وقد يرجع عزوف الشباب عن الممارسات الجنسية خارج الزواج راجع الى عدة أسباب، منها ما هو مرتبط بمعارفهم اتجاه مخاطر الممارسات الجنسية من الجانب الصحي والجانب الشرعي والاجتماعي، أو أنها ممارسات تخالف العادات والتقاليد الجزائرية والإسلامية كما بيناه فيما سبق، إلا أنه تبقى معارف الشباب محدودة في هذا المجال لأنه لا يوجد دورات تحسيسية وتدريبية قبل الزواج كما هو الحال في بعض الدول مثل ماليزيا. وسنحاول من خلال ما يلي التطرق بالتفصيل الى بعض أهم المؤشرات التي من خلالها تتضح أكثر معارف واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي.

جدول رقم 24 يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن ومقياس الاقبال على الزواج:

المجموع	الحب		الأخلاق والدين		تقارب الذهنيات		الجمال والمظهر		زواج مصلحة		مقياس الزواج فئات السن
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
79	6,3	5	34,2	27	5,1	4	48,1	38	6,3	5	[23-18]
126	00	00	31,7	40	34,1	43	30,2	38	4	5	[28-23]
140	3,6	5	42,9	60	13,6	19	26,4	37	13,6	19	[33-28]
35	00	00	71,4	25	00	00	14,3	5	14,3	5	[38-33]
380	2,6	10	40	152	17,4	66	31,1	118	8,9	34	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة يتجهون نحو اختيار الزوجة حسب مقياس الاخلاق والدين وذلك بنسبة 40 %، ثم تليه نسبة الشباب الذين يفضلون أن يختاروا زوجاتهم حسب مقياس الجمال والمظهر بنسبة 31,1%، تليه نسبة الشباب الذين يفضلون أن يختاروا زوجاتهم حسب مقياس تقارب الذهنيات بنسبة 17,4% و تقدر أضعف نسبة على التوالي للشباب الذين يفضلون اختيار زوجاتهم حسب مقياس زواج مصلحة و الحب بنسب 8,9% و نسبة 2,6%. وعند ادخال المتغير المستقل ألا و هو السن نجد أن أغلب الشباب ممن فضلوا اختيار الزوجة من أجل الاخلاق و الدين هم من فئة الشباب الذين

¹ انظر الجدول رقم 07 في الملاحق رقم 01 يوضح توزيع العينة حسب رغبتهم في ممارسة الجنس قبل الزواج ص210

يتراوح سنهم ما بين [33-38] سنة بنسبة 71,4% مقابل الشباب من الفئة العمرية [23-28] سنة بنسبة 31,7%.

يعتبر الزواج نصف الدين لقوله تعالى ﴿هُنَّ لِبَاسٌ لَكُمْ وَأَنْتُمْ لِبَاسٌ لَهُنَّ﴾¹. وهي سنة من سنن الحياة يعدها الشباب الجزائري "سترة"، لذلك يتخذ الشباب كل الاحتياطات لاختيار شريكة الحياة التي ستساعده على تكوين أسرة وأنجاب أطفال صالحين للمجتمع وتربيتهم التربية السليمة. لهذا يفضل أغلب الشباب أن تكون شريكه حياته في المستقبل ذات أخلاق حميدة و متدينة ، و يرجع ذلك الى عدة أسباب و من أهمها التفتح الذي عرفه المجتمع الجزائري على العالم الغربي من الحريات المفرطة لدا بعض الفتيات، التي جعلت من الملاهي و السهرات الليلية و التبرج حرية و ثقافة، في حين تعتبر الفتاة المتدينة متفهمة للأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية للشباب، فهي لا تغالي في المهر و تكون أكثر تمسكاً بالعادات و التقاليد الاجتماعية و التعاليم الإسلامية، كما تعتبر من وصاية الرسول صلى الله عليه وسلم في قوله ﴿فَاطْفُرْ بِذَاتِ الدِّينِ تَرَبَّتْ يَدَاكَ﴾². وهذا ما يجعل الشباب يفضلون هذا النوع من الفتيات لبناء الاسرة و تقارب الذهنيات مع التنشئة الاجتماعية الجزائرية، حيث أن للشباب الجامعي اتجاه واضح نحو اختيار شريكة الحياة المستقبلية وهم على دراية بأسس اختيار الزوجة الصالحة لبناء الاسرة على نفس المعتقدات الاجتماعية التي نشؤوا عليها، وبناء أسرة وإنجاب أطفال كما يبينه الجدول التالي:

¹سورة البقرة الآية 186 ص 29.
²رواه البخاري (ومسلم) عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ

جدول رقم 25 يوضح توزيع العينة حسب السن وعدد الأطفال المرغوب في الحصول عليهم:

المجموع	4 أطفال فأكثر		3-2 أطفال		1-0 طفل		عدد الاطفال
	%	ك	%	ك	%	ك	فئات السن
97	68,4	54	30,4	24	1,3	1	[23-18]
126	61,9	78	23	29	15,1	19	[28-23]
140	62,1	87	27,9	39	10	14	[33-28]
35	85,7	30	00	00	14,3	5	[38-33]
380	65,5	249	24,2	92	10,3	39	المجموع

من خلال الجدول التالي نلاحظ أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين يرغبون في أنجاب 4 أطفال فأكثر بنسبة 65,5%، مقابل الشباب الذين يرغبون في أنجاب من 1-0 طفل بنسبة 10,3%. وعند ادخال المتغير المستقل الا وهو السن نلاحظ أن معظم الشباب من فئة الشباب 33-38 سنة من الذين يرغبون إنجاب 4 أطفال فأكثر بنسبة 85,7%، مقابل الشباب من فئة 23-28 بنسبة 61,9%.

من خلال النتائج، يتضح أن معظم الشباب لهم اتجاه واضح ومحدد حول سياستهم الإنجابية فيما يخص عدد الأطفال المرغوب فيه مستقبلا، حيث يفضل أغلبهم أنجاب أربعة أطفال على الأقل أي ما يعادل في المتوسط 3,6 طفل في كل أسرة، وهذا يفوق بقليل مؤشر الخصوبة والذي يقدر بـ 3,1 طفل لكل امرأة، بينما كان في سنة 2000 يقدر بـ 2,4 طفل لكل امرأة¹، أي هناك ارتفاع في عدد المواليد في المستقبل من قبل هذه الفئة من الشباب، مما يدل على أن هنالك تغير في اتجاه الخصوبة في المجتمع الجزائري بعدما كانت الدولة تحفز المجتمع على تنظيم النسل و تخفيض الولادات، إلا أن هذه الفئة لها اتجاه آخر و مختلف عن الخصوبة رغم صعوبة الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية التي تعرفها البلاد، فقد يرجع رد فعل تغير الخصوبة الى طبيعة هذه العينة حيث ينحدر معظم الشباب من أسرة ذات حجم كبير حيث ما نسبته 54,7% من الشباب ينتمون الى اسرة عدد افرادها 7 فأكثر²، فهذا ما يجعلهم يفضلون الاسر التي لها عدد أفرادها كبير لانهم نشؤوا عليها. أو قد نشهد جيل جديد يفضل الانجاب ولا يتقيد بالسياسات

¹ONS. **L'Algérie en quelques chiffres**. RESULTAT 2014. NUMERO 48. Algérie, Edition 2015. P76

²أنظر جدول رقم 09 في الملاحق رقم 01 والذي يوضح توزيع الشباب حسب عدد أفراد الاسرة ص 210

الديموغرافية التي تسعى لها الدولة، فلمهم اتجاهات محددة في ما يخص الانجاب و الزواج كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 26 يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن وأفضل سن لزواج الذكور

المجموع	[43-38]		[38-33]		[33-28]		[28-23]		[23-18]		سن الزواج
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	فئات السن
79	6,3	5	6,3	5	30,4	24	50,6	40	6,3	5	[23-18]
126	00	00	4	5	53,2	67	38,9	49	4	5	[28-23]
140	00	00	14,3	20	32,9	46	45,7	64	7,1	10	[33-28]
35	00	00	00	00	57,1	20	42,9	15	00	00	[38-33]
380	1,3	5	7,9	30	41,3	157	44,2	168	5,3	20	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يفضلون الزواج في الفئة العمرية 23-28 سنة وذلك بنسبة 44,2% وتليها فئة الشباب الذين يرغبون الزواج في سن 28-33 بنسبة 41,3% في حين تمثل الفئات الأخرى نسب جد منخفضة لاختيارات الشباب الزواج في هذه الفئات، وعند ادخال المتغير المستقل و هو السن الحالي للشباب تبين أن أغلب الشباب الذين يفضلون الزواج في الفئة العمرية 23-28 سنة هم من الشباب الذي يتراوح سنهم حالياً ما بين 18-23 سنة بنسبة 50,6%، ثم تليها نسبة الشباب الذي يتراوح سنهم حالياً ما بين 28-33 سنة بنسبة 45,7%، ثم تليها نسبة الشباب الذي يتراوح سنهم حالياً ما بين 33-38 سنة بنسبة 42,9%، لنجد في الأخير نسبة الشباب الذي يتراوح سنهم حالياً ما بين 23-28 سنة بنسبة 38,9%.

مما سبق ذكره، فإن الزواج أساس بناء الأسرة وإنجاب الأطفال وتلبية الرغبات الجنسية في إطار شرعي واجتماعي بين زوجين بالغين، يطمح له الشباب في سن معين من حياتهم، حيث نلاحظ من خلال النتائج أن معظم الشباب الجامعي يفضلون أن يكون سن زواجهم مختلف عن سنهم الحالي، إذ يوجد فرق بين متوسط سنهم الحالي و الذي يقدر بـ 26,5 سنة وبين متوسط السن الذي يرغب الشباب الزواج فيه و الذي يقدر بـ 28,3 سنة، كما أن هناك علاقة عكسية متوسطة بين السن الحالي و السن الذي يرغب الشباب

الزواج فيه، فبعد حساب معامل بيرسون -0,4 أي كلما كان سن الشباب مرتفع فضل هذا الأخير أن يكون سن زواجه أصغر و العكس صحيح، فهم بذلك يخططون للزواج بطريقة منطقية و عقلانية لانهم يدركون أن إتمام الدراسة يأخذ وقتاً من الزمن مما يؤثر ذلك على تأخر سن الزواج، أو ما يسمى التأخر الاجباري، ونقصد به التأخر الناتج عن ظروف اجتماعية و اقتصادية و ثقافية خارج عن الرغبة الشخصية، حيث عرف نمط الزواج اليوم في المجتمع الجزائري وعلى غرار معظم الدول العربية، تغيرات كبيرة يمكن إرجاعها إلى ما طرأ على الظروف الاجتماعية و الاقتصادية من تحولات متسارعة خلال السنوات الأخيرة. أبرز ما يتجلى من خلاله هذا التغيير، هو ارتفاع المستمر لسن الزواج الأول بالنسبة للذكور والإناث، في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء، ولعل التحقيقات السكانية التي أجريت مؤخراً تبين بشكل واضح هذا التغيير. فبعد أن كان سن الزواج غداة الاستقلال لا يتعدى الثمانية عشر سنة أصبح اليوم و بعد فترة ليست بطويلة يتجاوز الثلاثين سنة¹، وهذا ما يبين أن الشباب الجامعي على دراية بمجالات الصحة الإنجابية، ولديهم اتجاهات محددة نحو الزواج و السن الذي يناسبهم لذلك مع مكانتهم الاجتماعية، كما أن الرغبة في الزواج ترتبط في غالب الأحيان بإشباع الرغبات الجنسية، وهذا ما صرحه معظم الشباب فيما سبق، ولعل الجدول التالي سيوضح أكثر علاقة سن الشباب بالممارسات الجنسية.

¹ ارحيمة شرقي **تأخر سن الزواج بين الاجبار والاختيار** ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد15، جوان214 ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر، ص114.

جدول رقم 27 يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن والسن الذي يبدأ فيه الاهتمام بالمسائل الجنسية عند الشباب

المجموع	21 سنة فأكثر		]18-21]		]15-18]		أقل من 15 سنة		سن الاهتمام بالجنس فئات السن
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
79	00	00	1,3	1	24,1	19	74,7	59	]23-18]
126	00	00	7,1	9	8,7	11	84,1	106	]28-23]
140	7,1	10	00	00	15,7	22	77,1	108	]33-28]
35	00	00	00	00	11,4	4	88,6	31	]38-33]
380	2,6	10	2,6	10	14,7	56	80	304	المجموع

من خلال الجدول التالي نلاحظ أن أغلب الشباب من الذين بدؤوا بالاهتمام بالجنس في سن أقل من 15 سنة وذلك بنسبة 80%، مقابل الشباب الذين أبدوا الاهتمام بالجنس في سن 21 سنة فأكثر بنسبة 2,6%، وعند ادخال المتغير المستقل ألا وهو السن يتضح أن الشباب الذين بدؤوا الاهتمام بالجنس في سن أقل من 15 سنة هم من فئة 33-38 سنة بنسبة 88,6%، مقابل الشباب من فئة 18-23 سنة بنسبة 74,7%.

عادة ما يبدأ الاهتمام بالنشاط الجنسي أثناء المراهقة وما بعدها، وهي فترة نمو وتجريب وبحث عن الهوية يكون فيها الافراد سريعى التأثر، بشكل خاص يمر المراهق بتغيرات بدنية وهرمونية ونفسية وجنسية ويصبح قادرا على الانجاب. ولا يكون لديهم في كثير من الحالات في هذه المرحلة إلمامًا جيّدًا يمكنهم من تحديد اختيارات تتسم بالمسؤولية، مما يعرض للخطر صحتهم الجنسية والإنجابية نظرا لقلّة المعلومات عن الجنس والبلوغ.

حيث لا توجد دراسات ميدانية تطرق فيها إلى مثل هذا النوع من المواضيع التي تعتبر في الغالب الأحيان من التابوهات و من الحريات الشخصية للأفراد رغم أهميتها لوضع استراتيجيات توعوية لشباب في مجال الصحة لإنجابية و الجنسية و الوقاية من الامراض الجنسية، حيث نلاحظ من خلال النتائج أن معظم الشباب يبدأون الاهتمام بالجنس في سن مبكرة قبل البلوغ لبعضهم، فكيف لطفل أن يعرف مسابرة التحولات البيولوجية و النفسية وتقلب المزاج مع زيادة الوزن و الطول و ظهور الشعر في المناطق الحميمية، بدون تأطير و لا توجيه خاصة من الوالدين في مجال الجنس، حيث نلاحظ أن الفئة العمرية

الأخيرة على غرار الفئات الأخرى هي أكثرها اهتمام بالجنس في سن متقدمة، فربما يرجع هذا إلى طبيعة هذه الفئة التي تنتمي لفترة زمنية خاصة على غرار الفئة الأولى، والتي تنتمي لفترة زمنية حديثة تنسم بالغزو التكنولوجي و توفر الكماليات من اللعب بشتا أنواعها، مما يجعل الأطفال أقل اهتماما بالجانب الجنسي، أو قد تمر مرحلة البلوغ بدون أن يشعر بها الأطفال، أو قد تكون لديهم معارف عن الجنس مما يجعل الأمر بالنسبة لهم شيء طبيعي و عادي، حيث صرح معظم الشباب أن فترة البلوغ مرت بشكل عادي دون قلق أو إزعاج بنسبة 48,9%¹ ، فربما يكون لسن الاهتمام بالجنس تأثير في الحياة الجنسية للشباب في المستقبل، وهذا ما سنحاول أن نكتشفه من خلال الجداول التالي:

جدول رقم 28 يوضح توزيع العينة حسب سن اهتمام الشباب بالجنس وعلاقته بسن أول ممارسة جنسية:

المجموع	19-22 سنة		15-18 سنة		أقل من 15 سنة		سن ممارسة الجنس
	%	ك	%	ك	%	ك	
105	5,6	6	17,2	18	77,2	81	أقل من 18 سنة
60	16,7	10	33,3	20	50	30	19-23 سنة
11	18,1	2	54,6	6	27,2	3	24-28 سنة
5	60	3	20	1	20	1	29-33 سنة
181*	11,7	21	24,8	45	63,5	115	المجموع

*يمثل هذا العدد الشباب الذين مارسوا الجنس لمرة واحدة على الأقل فقط دوناً غيرهم من الشباب

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب من فئة اللذين بدؤوا الاهتمام بالجنس مبكراً أقل من 15 سنة بنسبة 63,5%، مقابل الفئة التي بدأت الاهتمام بالجنس في سن متقدم نوعاً ما عن أقرانهم 19-22 سنة بنسبة 11,7%، وعند ادخال المتغير المستقل ألا وهو سن ممارسة الجنس لأول مرة تبين أن الفئة الأكثر ممارسة للجنس الأقل من 18 سنة والتي بدأت الاهتمام بالجنس في سن جداً مبكر أقل من 15 سنة بنسبة 77,2%، مقابل الفئة التي مارست الجنس في سن متقدم 29-33 سنة بنسبة 20%.

يرتبط النشاط الجنسي عادة بالزواج أو بالمراهقة أثناء فترة البلوغ، فهي الفترة التي يبدأ الشاب الاهتمام فيها بالمسائل الجنسية، كما تم التطرق له سابقاً. ومع التطورات الفيزيولوجية والبيولوجية التي يعيشونها،

¹أنظر الجدول رقم 08 في الملاحق رقم 01 والذي يوضح توزيع أفراد العينة حسب تأثير فترة البلوغ على الشباب ص210

فالاهتمام بالجنس في هذا السن المبكر شيء منطقي وعادي، لكن ممارسة الجنس في سن أقل من 18 سنة وهو حال أغلب شباب العينة، فممارسة الجنس في هذا السن يعتبر مؤشر ذا صلة بالصحة الإنجابية لأن عدم النضج النفسي والعاطفي غالبا ما يرتبط بالسلوك المنطوي على مخاطر¹، حيث برهنت أغلب الدراسات أن هنالك علاقة وطيدة بين ممارسة الجنس في سن أقل من 18 سنة و زيادة الإصابة بفيروس نقص المناعة الإيدز، علما أن هذه الفئة تفتقر لأدنى المعارف المتعلقة بالوقاية و حماية أنفسهم من مخاطر الإصابة بالأمراض الجنسية، حتى ولو كانت لديهم معارف معتبرة سيواجهون صعوبة في الحصول على وسائل منع الحمل من مختلف مصادرها من مراكز وصيديات، فالسبيل الوحيد هو ممارسة علاقات غير مؤمنة وزيادة احتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة السيدا. فبعد حساب معامل الارتباط لبيرسون تبين وجود علاقة طردية قوية بـ 0,65 بين سن بداية الاهتمام بالجنس و سن ممارسة أول علاقة جنسية خارج الزواج، أي كلما كان الاهتمام بالجنس مبكرا كلما تعجل الشباب في اقام' علاقات جنسية والعكس صحيح، لهذا يجب التأكيد على توعية المراهقين وتزويدهم بالمعارف الأساسية في مجال الصحة الإنجابية و كيفية الوقاية من الامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وعلى رأسها السيدا، وهذا لحمايتهم حاضرا و مستقبلا إذا لم يتم اقناعهم في التريث في ممارسة العلاقات الجنسية، فهل يتمتع شباب العينة بمعارف الصحة الإنجابية و استعمال وسائل منع الحمل أثناء ممارسة العلاقة الجنسية؟ هذا ما سيتم التطرق اليه في الجدول التالي:

¹ تقرير الأمم المتحدة، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وشعبة السكان، ET/ESA/SER,A214، الولايات المتحدة الأمريكية، 2002، ص15.

جدول رقم 29 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس لأول مرة وعلاقته باستعمال وسائل منع الحمل

المجموع	لم أستعمل أي وسيلة		العلاقة كانت مؤمنة		لم أمارس أي علاقة		العلاقة الجنسية ممارسة الجنس
	%	ك	%	ك	%	ك	
181	37,6	68	62,4	113	00	00	نعم مارست علاقة جنسية
199	00	00	00	00	100	199	لم أمارس أي علاقة
380	17,9	68	46,1	113	52,3	199	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين لم يمارس أي علاقة جنسية في حياتهم بنسبة 52,3%، تليها فئة الشباب الذين مارسوا على الأقل علاقة جنسية واحدة في حياتهم باستعمال وسائل منع الحمل بنسبة 46,1% مقابل فئة الشباب الذين مارسوا على الأقل علاقة جنسية واحدة في حياتهم ولم يستعملوا أي وسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 17,9%.

من خلال الجدول يتضح أن الشباب الذين لم يمارسوا الجنس لمرة واحدة في حياتهم أكثر من الذين مارسوا الجنس، إلا أن المتمعن في هذه النتائج يرى أن ليس هناك فرق جوهري بين الفئتين ولا في النسبتين، فالشباب الذين لم يمارسوا الجنس حتى الآن هم في أمان وعفة عن مخاطر الإصابة بالأمراض الجنسية وفي غنى عن استعمال وسائل منع الحمل، حيث صرح أغلب الشباب أن الممارسات الجنسية خارج الزواج محرمة بنسبة 66,1%¹، ومخالفة لتعاليم التنشئة الاجتماعية ومرفوضة من الثقافة الجزائرية، وهذا ما يدل أن الشباب الجامعي لهم اتجاه نحو العلاقات الجنسية، وهم على دراية بمخاطر هذه العلاقات الدخيلة على المجتمع الجزائري، وفيما يخص معارف هذه الفئة من الشباب حول وسائل منع الحمل، فليس ممارسة الجنس أو عدم ممارسته ضرورية حتمية بمعرفتهم أو عدم معرفتهم بهذه الوسائل كما سيتم التطرق إليه لاحقاً. إلا أنه يجب دق ناقوس الخطر عند معرفة أن 47,7%² من الشباب مارسوا على الأقل علاقة جنسية واحدة، فهنا تظهر أهمية الصحة الإنجابية لهذه الفئة التي هي في مقبل

¹ أنظر جدول رقم 5 في الملاحق رقم 1 يوضح توزيع العينة حسب موقفهم من العلاقات الجنسية خارج الزواج ص
² أنظر جدول رقم 7 في الملاحق رقم 1 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة العلاقات الجنسية خارج الزواج ص

العمر تمثل رجال المستقبل، فالحفاظ عليهم و على صحتهم أمر ضروري و مسؤولية المجتمع المدني، فإذا لم نستطع منعهم من ممارسة العلاقات، يجب توعيتهم في مجالات الصحة الإنجابية و الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي. إذ نلاحظ أن أغلب الشباب يستعملون وسائل منع الحمل أثناء العلاقات الجنسية بنسبة 62,4%، وهذا ما يدل على أن الشباب الجامعي واعي بأخطار العلاقات الجنسية و على دراية بوسائل منع الحمل، على غرار أقرانهم من الشباب الذين ليس لهم مستوى تعليمي. غير أنه تبقى فئة معتبرة والتي قدرة بـ 37,6% من الشباب الذين لم يستعملوا أي وسيلة، وهذا ما قد يعرضهم للإصابة بالأمراض الجنسية، فعلاقة واحدة فقط غير مؤمنة قد تحطم أحلام الشباب بالإصابة بمرض السيدا. فربما يرجع سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل لعدم معرفة الشباب بها، ونقص المعارف والتوجهات من المحيط ومؤسسات التنشئة الاجتماعية. أو قد يرجع السبب إلى بعض الحالات الخاصة التي لم يعتقد أو لم يكن الشباب ينتظرون أنهم سيقومون بعلاقات جنسية كما صرح بعضهم، الذهاب إلى حفلات والملاهي... إلخ، إلا أن هذه الممارسات تستمر عند بعض الشباب ومنهم من أصبحت لديه عادية وضرورية، هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 30 يوضح ممارسة الشباب للجنس باستمرار وعلاقته باستعمال وسائل منع الحمل (حاليا):

المجموع	العلاقة الجنسية		العلاقة كانت مؤمنة		لم أستعمل أي وسيلة	
	ك	%	ك	%	ك	%
90	00	00	66	73,3	24	26,7
290	290	100	00	00	00	00
380	290	76,3	66	17,4	24	6,3

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين لا يمارس أي علاقة جنسية بنسبة 76,3%، تليها فئة الشباب الذين يمارسوا علاقة جنسية باستعمال وسائل منع الحمل بنسبة 17,4% مقابل فئة الشباب الذين يمارسوا علاقة جنسية ولم يستعملوا أي وسيلة من وسائل منع الحمل 6,3%.

نلاحظ أن أغلب الشباب مازالوا يحافظون على مبادئهم اتجاه العلاقات الجنسية خارج الزواج بأنها محرمة وغير شرعية، رغم اهتمامهم الكبير بالأمور الجنسية، كما صرحه معظم الشباب أنهم يولون اهتمام كبيراً

بالجنس بنسبة 65,1%¹، كما تراجع عدد الشباب الذين يمارسون الجنس خارج الزواج بنسبة 50,3%، حيث أن هنالك فروق واضحة عند مستوى دلالة 5% ودرجة حرية بين الجدول رقم (29) و الجدول رقم (30) باستعمال معامل الفروق (ت ستودن) للعينات المتساوية² مما يدل على أن هنالك فرق كبير في تراجع الممارسات، وقد يرجع هذا التراجع في ممارسات العلاقات الجنسية الى عدة أسباب، ربما يكون الوعي والدين هو السبب الرئيسي في تراجع بعض الشباب عن هذه الممارسات، أو قد يكون السبب في الوعي الصحي التي يتلقاها الشباب من مؤسسات التنشئة الاجتماعية كما سيتم التطرق إليه لاحقاً، إلا أنه تبقى فئة ولو معتبرة من الشباب يمارسون الجنس بطريق مستمرة و منتظمة بنسبة 23,7% لعدة دوافع ربما تكون جنسية أو موضوعية، حيث أن أغلب هذه الفئة يستعملون وسائل منع الحمل بنسبة 73,3% أكثر من الفئة السابقة في الجدول رقم (29)، فبحكم أنهم يمارسون الجنس باستمرار فهم مجبرين على التعرف على وسائل منع الحمل، أو تلقي المعرفة من مصادر أخرى لحماية صحتهم الإنجابية كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 31 يوضح توزيع العينة حسب سبب استعمال وسائل منع الحمل للممارس للعلاقات الجنسية والغير ممارسين

المجموع	لا أستعملها		تنظيم النسل		الوقاية من المرض		تجنب الحمل		سبب استعمال وممارسة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
90	11,1	10	5,6	5	35,6	32	47,8	43	الممارسين
290	41,4	120	13,4	39	12,8	37	32,4	94	الغير ممارسين
380	34,2	130	11,6	44	18,2	69	36,1	137	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين يرجعون سبب استعمال وسائل منع الحمل من أجل تجنب الحمل بنسبة 36,1%، مقابل الشباب الذين يرون أن استعمال وسائل منع الحمل من أجل تنظيم النسل، وعند ادخال المتغير المستقل وهو ممارسة الشباب للجنس تبين أن معظم الشباب الممارسين للجنس يستعملون وسائل منع الحمل من أجل تجنب الانجاب بنسبة 47,8%، مقابل الشباب الغير ممارسين للجنس بنسبة 32,4%.

¹ انظر جدول رقم 6 في الملاحق رقم 1 والذي يوضح توزيع العينة حسب أهمية الجنس عندا الشباب ص 209
² BERNARDE PY, **Statistique Descriptive**, Economica, 4^{em} Edition, paris 1996, P212.

من خلال نتائج الجدول، يتضح أن أغلب الشباب يرون أن استعمال وسائل منع الحمل هو لتجنب الحمل سواء أكان ذلك للممارسين للجنس أو الغير ممارسين، فبنسبة للفئة الثانية الغير ممارسين فإن السبب يعود لطبيعة اسمها (وسائل منع الحمل) فهي بالضرورة الأولى وسائل تجنب المتزوجين عامة و الشباب خاصة من الوقوع في حمل غير مرغوب أو غير شرعي فقط، أما الفئة الأولى فهي تعي ما تقول فتجنب الحمل بالنسبة للشباب هو من أكبر اهتماماتهم أثناء ممارسة العلاقات الجنسية في الاطار الغير شرعي و ذلك لما قد يترتب عليه من مشاكل في حالة وقوع حمل غير مرغوب، نظرا لان أغلب الشباب في وضعية لا تسمح لهم بتحمل مثل هذا العبء، علما أن مجمل الشباب طلبة جامعين و ليس لهم أي دخل، فيتضح أن لهذا الشباب معارف حول وسائل منع الحمل لكنها تبقى جد محدودة فهم بالدرجة الأولى يبحثون عن تجنب المشاكل الاجتماعية، ويهملون المشاكل الصحية وهي الأخطر، وهذا ما يوضح أن للشباب الجامعي معارف حول وسائل منع الحمل، إلا انها تبقى جد محدودة ومقتصرة على بعض الفئات الخاصة دون غيرها. فقد يرجع السبب الى نقص معارف الصحة الإنجابية، أو عدم اهتمام الشباب بمثل هذه المواضيع، رغم أهميتها في الممارسات اليومية والمستقبلية للأجيال، أو يعتقد الشباب أن استعمال وسائل منع الحمل تكون محدودة الاستعمال، مع فئة معينة من الفتيات دون غيرها كما يبينه الجدول التالي

جدول رقم 32 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للعلاقات الجنسية وعلاقته بالارتباط مع فتاة

المجموع	لست مرتبط		لديك خطيبة		لديك صديقة		الارتباط الممارسة
	%	ك	%	ك	%	ك	
90	15,6	14	74,4	67	10	9	نعم أمارس علاقة جنسية
290	34,5	100	37,2	108	28,3	82	لا أمارس أي علاقة جنسية
380	30	114	46,1	175	23,9	91	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن أغلب الشباب مرتبط مع خطيبة بنسبة 46,1%، مقابل الذين لديهم صديقة فقط بنسبة 23,9%، وعند ادخال المتغير المستقل ألا وهو ممارسة الشباب للعلاقات الجنسية تبين أن معظم الشباب من الذين لديهم خطيبة ويمارسون علاقات جنسية بنسبة 74,4%، مقابل الشباب الذين لا يمارسون أي علاقة جنسية ولهم خطيبة بنسبة 37,2%.

من خلال هذه النتائج، نفذ جميع الاستنتاجات التي وردت في الجداول السابقة ويمكن ربطها منطقيًا، فارتباط معظم الشباب بخطيئة يفسر رغبة الشباب في الزواج إلا أن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية تمنعهم من ذلك، حيث صرح معظم الشباب أن أسباب تأخر سن الزواج هو المشاكل الاقتصادية، إلا أن الاهتمام الكبير للجنس من قبل الشباب جعلهم يخضون في علاقات جنسية لتعويض الزواج. حيث يعتقد الطرفين أنهم خطيئين يحل لهم ذلك، وأنهم في أمان مدام ستصبح زوجته في المستقبل القريب. و هذا ما يفسر استعمال وسائل منع الحمل من أجل تجنب الحمل فقط لا لشيء آخر، و أن هناك علاقة مع شخص واحد فقط ليس مع عدة خليات، مما يشعر الشباب بالأمان من مخاطر الإصابة بالأمراض الجنسية. هذا ما يوضح أن الشباب الجامعي على علم بوسائل الوقاية من الحمل، إلا أنهم يجهلون أن هناك عدة أمراض يمكن الإصابة بها أثناء العلاقة الجنسية الغير مؤمنة، حيث صرح كل الشباب أنهم يعرفون مرض السيدا إلا أنهم لا يعرفون الامراض الجنسية الاخرى بنسبة 47,7%، و أن وسائل منع الحمل تقيهم من الإصابة بهذه الامراض و على رأسها الواقي الذكري، حيث صرح معظم الشباب بأن سبب الإصابة بهذا المرض هو العلاقات الجنسية بنسبة 63,9%. في حين يفتقدون للمعارف المتعلقة بوسائل منع الحمل ودورها في الوقاية من الامراض، فحسب تصريح الشباب أن السبب الرئيسي للوقاية من هذه الامراض كان استعمال الواقي الذكري بنسبة 25,5%، فهذه نسبة ضئيلة فهل يستعمل الشباب الواقي كوسيلة من وسائل منع الحمل.

جدول رقم 33 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة الجنس واستعمال الواقي الذكري

المجموع	لا استعمله		نعم أستعمله		استعمال الواقي الممارسة
	%	ك	%	ك	
90	5,6	5	94,4	85	نعم أمارس علاقة جنسية
290	82,1	238	17,9	52	لا أمارس أي علاقة جنسية
380	63,9	243	36,1	137	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين لا يستعملون الواقي الذكري بنسبة 63,9%، مقابل الشباب الذين يستعملون الواقي الذكري بنسبة 36,1%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو ممارسة الشباب للعلاقات الجنسية تبين أن ما نسبته 82,1% من الشباب لا يمارسون أي علاقة جنسية ولا يستعملون الواقي الذكري مقابل الشباب الذين يمارسون ولا يستعملون الواقي الذكري بنسبة 5,6%.

من خلال نتائج الجدول يتضح أن معظم الشباب لا يستعملون الواقي الذكري، وذلك لأنهم بالدرجة الأولى لا يمارسون أي علاقة جنسية، مما يجعل الامر لا يهتمهم، في حين لما نتمتع جيدا في محتويات هذا الجدول، نكتشف حقائق أخرى لفئة الممارسين للجنس، حيث تعتمد أغلب هذه الفئة على الواقي الذكري بنسبة 94,4% كوسيلة من وسائل منع الحمل للوقاية، وتجنب الحمل الغير مرغوب فيه، كما تم التعرض له سابقاً. فممارسة الجنس المتكررة من قبل هذه الفئة جعلتهم أكثر حذرا عند ممارسة هذه العلاقات واتخاذ كل الاحتياطات اللازمة، وهذا ما يبين أن الشباب الجامعي على دراية بوسائل منع الحمل ولهم معارف حتى ولو كانت محدودة، تكفي بتجنب الحمل فقط ليس للوقاية ولا لتنظيم النسل كما سبق ذكره، فيرجع ذلك لعدم اهتمام الشباب بمعارف الصحة الإنجابية و الوقاية من الامراض الجنسية، لان أغلبهم لا يمارسون علاقات جنسية، و يرون أن هذه المعارف ترتبط بالأشخاص المتزوجين فقط. في حين تقل معارف الشباب الممارسين للجنس عن مسائل الصحة الإنجابية والجنسية فهم يهتمون بتجنب الحمل الغير مرغوب أثناء ممارسة العلاقات ولا يهتمون بمخاطر الإصابة بالأمراض. فهل يرجع ذلك الى نقص المعارف والتوجهات التحسيسية الموجه لكل الشباب، سواء كان جامعي أو دونه، حيث أن هذا الموضوع

يمس كل الشباب على حدا سواء؟ فاذا كان الشباب لا يمارسون علاقة جنسية فهل لديهم أصدقاء يمارسون علاقات جنسية يتبادلون معهم المعارف والخبرات؟ هذا ما سيوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 34 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس وعلاقته بممارسة أصدقائهم للجنس

المجموع	ليس لدي أصدقاء يمارسوا علاقات		لدي أصدقاء يمارسون علاقات		ممارسو الاصدقاء الممارسة
	%	ك	%	ك	
90	1,1	1	89,9	89	نعم أمارس علاقة جنسية
290	29,7	86	70,3	204	لا أمارس أي علاقة جنسية
380	22,9	87	77,1	293	المجموع

من خلال الجول يتضح أن معظم الشباب الجامعي لهم أصدقاء يمارسون علاقات جنسية خارج الزواج وذلك بنسبة 77,1%، مقابل الشباب الذين ليس لهم أصدقاء يمارسون علاقات جنسية خارج الزواج بنسبة 22,9%. عند ادخال المتغير المستقل وهو ممارسة الشباب للعلاقات الجنسية خارج الزواج، يتضح أن أغلب الشباب من الذين يمارسون علاقات جنسية ولهم أصدقاء يمارسون أيضا علاقات جنسية بنسبة 89,9%، مقابل الشباب الذين لا يمارسون علاقات جنسية ولهم أصدقاء يمارسون علاقات خارج الزواج بنسبة 70,3%.

من خلال نتائج الجدول، يتبين أن معظم الشباب لديهم أصدقاء يمارسون علاقات جنسية خارج الزواج، سواء أكان ذلك للشباب الذين يقومون بعلاقات جنسية أو للذين لا يقيمون علاقات جنسية، حيث صرح معظم الشباب أنهم يتحدثون مع أقرانهم عن المسائل الجنسية بالدرجة الأولى بنسبة 65,8%¹. فهناك علاقة تبادل المعارف والخبرات بين الشباب فيما يخص المسائل الجنسية، وهناك علاقة وطيدة بين ممارسة الشاب للجنس وارتباطهم مع أصدقاء لهم نفس الممارسات، حيث بعد حساب معامل الاقتران وجدنا هناك علاقة طردية قوية بـ 0,97، أي كلما كان للشباب أصدقاء يمارسون علاقة كلما زادة ممارسة أفراد العينة. فهذا يرجع في غالب الأحيان الى التأثير بالأصدقاء أو التجربة أو الى عوامل أخرى. فإذا كان

¹ انظر جدول رقم 10 في الملاحق رقم 1 والمتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب مع من يتحدثون عن المسائل الجنسية ص210

الحال هكذا، فمن الذي يقوم بتوعية الشباب حول المسائل الجنسية والوقاية منها؟ إذا كانت الخبرات تتبادل بينهم، مع العلم أن أفراد العينة لهم دراية بالأمر المتعلقة بالصحة الإنجابية حتى ولو كانت محدودة. فهم بدورهم يمكن أن ينقل هذه الخبرات والمعارف الى أصدقائهم، فهنا تكمن أهمية التوعية والتحسيس في أوساط الشباب عن مسائل الصحة الإنجابية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومن أخطرها السيدا، فهل أفراد العينة على دراية بالأمراض الجنسية؟

جدول رقم 35 يوضح توزيع العينة حسب ممارسة الشباب للجنس وعلاقته بمعرفة الأمراض المنتقلة عن طرق الاتصال الجنسي:

المجموع	أخرى		السيدا		الفتور		السيلان		الزهري		الأمراض المعارف
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
90	13,3	12	57,8	52	15,6	14	7,8	7	5,5	5	نعم أمارس علاقة جنسية
290	7,9	23	62,8	182	3,8	11	11	32	14,5	42	لا أمارس أي علاقة جنسية
380	9,2	35	61,6	234	6,6	25	10,3	39	12,4	47	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين يعرفون الأمراض الجنسية ومنها السيدا بنسبة 61,6%، مقابل فئة الشباب الذين يعرفون الأمراض الجنسية منها الفطريات بنسبة 6,6%، وعندما ادخال المتغير المستقل وهو ممارسة الشباب للجنس تبين أن أغلب الشباب من الذين يعرفون الأمراض الجنسية منها السيدا، لا يمارسون علاقات جنسية بنسبة 62,8%، مقابل فئة الشباب الذين يعرفون الأمراض الجنسية منها السيدا ويمارسون علاقات جنسية بنسبة 57,8%.

يتضح من خلال النتائج، أن معظم الشباب يعرفون الأمراض الجنسية، ومن أولويات هذه الأمراض السيدا، على غرار إذا كان الشباب ممارسين أو غير ممارسين للعلاقات الجنسية، حيث نلاحظ أن الشباب الذين لا يمارسون العلاقات هم على دراية أكثر بهذه الأمراض من قرنائهم الممارسين، وهذا ما يجعلنا ندق ناقوس الخطر، فهم الأكثر تعرض للإصابة بهذه الأمراض، ولا تتوفر لديهم معلومات كافية عن خطورة هذا المرض الخطير. فعدم المعرفة والالمام الجيد بهذا المرض يجعلهم يتهاونون ولا يولون اهتمام باتخاذ الحيطة والحذر أثناء ممارسة العلاقات الجنسية باستعمال وسائل الوقاية، رغم أن هناك أكثر من نصف الممارسين على علم بهذا المرض بنسبة 57,8%

استنتاج الفرضية الأولى

من خلال الجداول والتحليلات السابق يمكن أن نستنتج أن الشباب الجامعي له معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، و يتجلى ذلك من خلال المكانة الاجتماعية التي يحتلها الشباب في المجتمع، حيث نجد أن الشباب لهم اتجاهات في رسم خطة الصحة الإنجابية وتحديد مستقبلهم الانجابي والاسري، في عزمهم على الزواج غداة التخرج والظفر بعمل، حيث أن لهم دوافع محددة في اختيار شريكة الحياة والزوجة التي تساعد في تكوين أسرة، واتباع استراتيجية في إنجاب الأطفال و تحديد العدد المناسب لهم حسب متطلبات الحياة، وأن يكون كل ذلك في سن محدد يختاره الشباب دون ضغط أو اكراه، فهم يولون أهمية كبيرة للجنس و الممارسات الجنسية التي تكون في غالب الأحيان مؤمنة من أجل تجنب الوقوع في الحمل الغير مرغوب، وهم بذلك يتوفرون على معارف الوقاية و الحماية من الأمراض الجنسية الخطيرة بالنسبة للممارسين أو غير الممارسين. وبذلك هم يتبادلون المعارف مع أقرانهم من الشباب في هذا المجال، باستعمال الوسائل الصحيحة للوقاية و حماية أنفسهم من الامراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، والتي يعرفونها و من أخطرها نقص المناعة المكتسبة السيدا، إلا أن هذه المعارف تبقى محدودة نظرا لقلّة التوعية و التأطير في مجالات الصحة الإنجابية، والتي لاتزال تعتبر في بعض المجتمعات من التابوهات و من الحريات الشخصية التي لا يجب الخوض فيها، رغم أهميتها في حماية المجتمعات عامة و الشباب خاصة، فلا يقتصر هذا الدور على المكانة الاجتماعية فقط، بل يهم كل مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي لها الدور الكبير في توعية الرأي العام من أجل تحقيق رفاه و تنمية مستدامة.

4-دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية

تمهيد

أنّ عملية التنشئة الاجتماعية هي حوصلة من المواقف والقيم والسلوكيات والعادات والمهارات... الخ التي يكتسبها الطفل منذ ولادته وحتى نضجه، من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية المتمثلة في الأسرة، المدرسة، مجموعة من الرفاق، العمل، وسائل الإعلام والاتصال وغيرها، إلا أنّ للأسرة، الدور الأكثر فعالية في عملية تنشئة الطفل اجتماعيا في المراحل المبكرة من طفولته، لكن التغير الذي طرأ على الأسرة كأول مؤسسات التنشئة الاجتماعية وآخرها، نتيجة للتغير الاجتماعي والتطور التكنولوجي من حيث بنائها أو أدائها لوظائفها، جعلها تفقد عدّة وظائف بظهور مؤسسات أخرى، نافستها على هذه الوظائف، وعدم تحمّل الأسرة لكلّ أعباء أفرادها مع تعدد الأدوار الاجتماعية وتعددها فلم يعد باستطاعة الأسرة تلبية متطلبات أفرادها اللامتناهية. مع تغيير بنية الأسرة من أسرة ممتدة، إلى أسرة نواة بالإضافة إلى التحضر الذي تعرفه كلّ البلدان إلى جانب تدخل الدولة في الحياة الأسرية نتيجة لسوء تنظيم الأسرة، فظهرت جماعات وتنظيمات ومؤسسات نسقية داخل الهيكل الاجتماعي، أخذت من الأسرة العديد من الوظائف الجوهرية، فالوظيفة التربوية أخذتها المدرسة والجامعات أمّا الوظيفة الاقتصادية فقد أخذتها الشركات والمعامل والمصالح، ممّا أسرف على خروج المرأة للعمل وترك وظائفها التربوية داخل الأسرة لمؤسسات الحضانة وأصبحت تنافس الرجال في سوق العمل واتخاذ القرارات، وإذا كانت الأسرة تقوم بالرعاية الصحية والطبية والاجتماعية للأطفال والأرامل والعجزة والمعوقين خلفتها وكالات التضامن الاجتماعي والصحي ودور رعاية المسنين والأيتام والمستشفيات الخاصة بالعجزة والمعوقين، فلقد جردت الأسرة من المهمة الإنسانية التي لا تستطيع أي وكالة أو تنظيم تعويضها، فهل تلعب هذه المؤسسات دورا في اكتساب الشباب معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا سيدا ؟

جدول رقم 36 يوضح توزيع العينة حسب الشعور بمرور فترة البلوغ وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا		نعم		تغيرات فترة البلوغ مصادر المعرفة
	%	ك	%	ك	
189	2,6	5	97,4	184	اكتشفت بنفسي
15	00	00	100	15	الاب هو من أخبرني
9	55,6	5	44,4	4	الإخوة
51	00	00	100	51	الأصدقاء
5	100	5	00	00	كتب متنوعة
14	00	00	100	14	اكتشفت في الحي
51	00	00	100	51	عن طريق الانترنت
46	1,9	5	89,1	41	من مصادر أخرى
380	5,3	20	94,7	360	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة من الشباب الذين شعروا بتغيرات أثناء فترة البلوغ بنسبة 94,7%، مقابل فئة الشباب الذين لم يشعروا بتغيرات أثناء فترة البلوغ بنسبة 5,3%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصادر اكتساب هذه المعارف تبين أن معظم الشباب تحصلوا على هذه المعارف من آبائهم وأصدقائهم والحي والانترنت وذلك بنسبة 100%، مقابل اكتساب معارف من الاخوي بنسبة 44,4%.

تعتبر فترة البلوغ من أهم الفترات التي يعيشها المراهقين في حياتهم ومن أصعبها، نظرا لتغيرات المختلفة التي تحصل لهم على المستوى الفسيولوجي والبيولوجي والنفسي، وينتج عنها قلق وتوتر وتقلب المزاج وصعوبة التأقلم مع المحيط الاجتماعي الذي لم يأخذ بعين الاعتبار هذه المرحلة الانتقالية، خاصة أن أغلب المراهقين في هذه المرحلة ليس لديهم أدنى فكرة عما يحدث لهم من تقلبات وأمور جديدة تبدأ في الظهور مثل الشعر في المناطق الحساسة وتغير الصوت وزيادة الطول..... الخ، فيلجأ المراهقين الى طلب المعرفة و الاستفسار على هذه التغيرات الجديدة بالنسبة لهم و البديهة بالنسبة لغيرهم، فأول ما يخطر ببالهم الأشخاص القربين منهم و الذين يرتاحون لهم و لا يسخرون منهم، و في غالب الأحيان تكون جماعة الرفاق أو الأصدقاء في الحي الذين سواء لهم معارف عن فترة البلوغ أو أنهم عايشوا هذه المرحلة الانتقالية من قبل، حيث تعتبر جماعة الرفاق العنصر الثالث الأكثر فعالية في عملية التنشئة الاجتماعية

عند المراهقين، فكّما تقدم الطفل في السن قلّ تأثير أسرته مع زيادة تأثير جماعة الأصدقاء والرفاق في المدرسة وخارجها بسبب ميله لإقامة علاقات وصدقات مع أفراد من نفس فنته العمرية، لأنّهم يمثلون طموحه وحيويته وهواياته ومصالحه، أو قد يتقطن بعض الآباء، يحرصون على تأطير أولادهم في هذه المرحلة الحساسة فيكون الاب هو مصدر المعرفة، لكن تبقى سطحية و لا تشمل كل التعقيدات التي يمر بها المراهق نظرا للخجل و حساسية بعض المواضيع مثل خروج المني، مما يجعلهم يلتجؤون الى مصادر اخرى، و التي تكون سهلة المنال و في سرية تامة و لا يعاتبه فيها أحد، و ينعدم فيها الخجل حيث يمكن طرح أي سؤال و معرفة كل التفاصيل، ألا وهي الأنترنت. فمع السيوولة التي عرفها المجتمع الجزائري مؤخرا في مجال الاتصال، أصبحت الانترنت في متناول الجميع في أي مكان وزمان، ملاذا لكل متطلباتهم وتغنيهم عن السؤال، فبذلك تصبح هذه الأخيرة مؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي تلعب دورا في تكوين الشخصية الشاب، كما يمكن أن نلاحظ أن هنالك نسبة معتبرة من الشباب بنسبة 97,4% اكتشفوا فترة البلوغ بنفسهم دون التوجه لطلب المعرفة، فهل يمكن للشباب المراهقين معارف عن فترة البلوغ والاستغناء عن اكتساب المعارف من المؤسسات الاجتماعية المختلفة؟

هذا ما سيتم التطرق إليه من خلال الجداول والتحليلات التالية:

جدول رقم 37 يوضح توزيع أفراد العينة حسب تأثير فترة البلوغ وعلاقته بالمصادر التي يلجئ إليها الشباب للحصول على هذا النوع من المعارف

المجموع	عادية		لاشيء		توتر وقلق		إزعاج		خوف		مرحلة البلوغ المعارف
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
35	54,3	19	17,1	6	00	00	14,3	5	14,3	5	الأسرة
66	48,5	32	19,7	13	7,6	5	15,2	10	9,1	6	الأصدقاء
24	45,8	11	16,7	4	12,5	3	20,8	5	4,2	01	الكتب
79	51,1	41	00	00	24,1	19	24,1	19	00	00	الإعلام
39	00	00	23,1	9	12,8	5	25,6	10	38,5	15	المدرسة
122	64,8	79	12,8	15	3,4	4	16,2	19	4,3	5	الانترنت
15	00	00	00	00	33,3	5	33,3	5	33,3	5	الحي
380	47,9	182	12,4	47	10,7	41	19,2	73	9,8	37	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب من الذين شكلت لهم فترة البلوغ أمر عادي بنسبة 47,9%، مقابل الشباب الذين شكلت لهم فترة البلوغ خوف بنسبة 9,8%. وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصادر حصولهم على معلومات عن البلوغ، تبين أن معظم الشباب من الذين حصلوا على المعلومات من الانترنت ومرّت فترات البلوغ بالنسبة لهم بشكل عادي بنسبة 64,8%، مقابل الذين تلقوا المعارف من مصادر آخر هي المدرسة والحي بنسبة 00%.

تعتبر مرحلة المراهقة من أخطر مراحل النمو التي يمرّ بها الشباب، لأنها فترة النمو السريع المتواصل الذي يصاحبه تغيرات وتطورات في جميع الجوانب الشخصية، ويبدأ الشباب في الاهتمام بالقوة الجسمية والمظهر المناسب، الذي يساعده على تدعيم علاقاته واكتساب مكانته، وكذلك التغيرات العقلية حيث تزداد القدرة على التعلم وتزداد القدرة على التغيير أو التفكير. كما تمتاز هذه المرحلة بالفضول والاستطلاع، والطموح، والتغيرات الانفعالية التي تتصف بعدم الثبات والتناقض وكذلك بالحساسية الزائدة، أمّا التغيرات التي تحدث في الجوانب الاجتماعية، فأهمها عدم فهم الكبار للمراهقين وسوء العلاقات بينهم، ممّا يدفع بهم إلى الهروب من الأسرة والانضمام إلى جماعات الكبار والزملاء والأصدقاء، ففيها قد يجد المراهق المكانة الاجتماعية ويلعب دور الزعامة والقيادة والتي يكون من الصعب الحصول عليها داخل الأسرة¹.

¹ عبد المنصف حسن رشوان، مرجع سابق، ص 6-7.

أو يتوجه الى مصادر أخرى اذا لم يتمكن من ذلك وغالب ما تكون الانترنت، لسهولة الحصول عليها و توفيرها على بيئات جاهزة في كل زمان و مكان، مع المميزات الاخرى التي يمكن أن تقدمها الى جانب المعارف و الاستفسارات المفصلة والمتنوعة عن فترة البلوغ وما يتبعها بالصوت و الصورة مما تنقص تعب البحث والقراء و السؤال و الخجل من بعض المواضيع.

جدول رقم 38 يوضح توزيع العينة حسب معرفة الامراض الجنسية وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا		نعم		الامراض الجنسية مصادر المعرفة
	%	ك	%	ك	
119	12,6	15	87,4	104	وسائل السمعي البصري
28	14,3	4	85,7	24	الوسائل المكتوبة
217	12	26	88	191	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
16	31,3	5	68,8	11	الجمعيات والندوات
380	13,2	50	86,8	330	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الشباب من الذين سمعوا عن الأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي بنسبة 86,8%، مقابل الشباب الذين لم يسمعوا عن الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي بنسبة 13,2%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصادر هذه المعرفة تبين أن معظم الشباب من الذين سمعوا عن الامراض الجنسية عن طريق مؤسسات التنشئة الاجتماعية بنسبة 88%، مقابل الشباب الذين لم يسمعوا عن الامراض الجنسية عن طريق الجمعيات والندوات بنسبة 68,8%.

من خلال النتائج، يتضح أن معظم الشباب لديهم فكرة عن الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، فهم يتمتعون بمعارف تبين أنهم اكتسبوها من مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية، والمتمثلة في الاسرة وجماعة الرفاق والحي والمدرسة والمسجد والانترنت، حيث تلعب هذه المؤسسات دورا في التثقيف والتوعية الصحية والوقائية.

في مجال الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، حيث تكون هذه المعارف مفصلة ودقيقة وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 39 يوضح توزيع العينة حسب الأمراض الجنسية التي يعرفها الشباب ومصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	أخرى		السيدا		الفتور		السيلان		الزهري		الأمراض المعارف
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
119	15,1	18	65,5	78	00	00	5,1	6	14,3	17	وسائل الاعلام السمعية البصرية
28	00	00	60,7	17	17,9	5	21,4	6	00	00	وسائل الاعلام المكتوبة
217	5,6	12	61,3	133	10,1	22	12	26	11	24	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
16	37,5	6	12,4	2	6,3	1	6,3	1	37,5	6	المحاضرات والندوات
380	9,4	36	60,5	230	7,4	28	10,3	39	12,4	47	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب من الذين يعرفون السيدا كمرض من أمراض الاتصال الجنسي بنسبة 60,5%، مقابل الشباب الذين يعرفون الفتور كمرض من امراض الاتصال الجنسي بنسبة 7,4%. وعند ادخال المتغير المستقل وهو طرق اكتساب هذه المعارف، تبين أن أغلب الشباب تعرفوا على السيدا عن طريق وسائل الاعلام السمعية البصرية بنسبة 65,5%، مقابل الذين تعرف على السيدا عن طرق الندوات والمحاضرات بنسبة 12,4%.

تعتبر وسائل الإعلام من الوسائل المهمة والرئيسية في نشر المعلومات، وبت الأفكار، والتأثير على الآخرين؛ حيث تصنف العديد من التقنيات الحديثة ضمن هذه المجموعة المهمة، ولعلّ أبرز هذه التقنيات: التلفاز، والراديو، والصحف، والإنترنت، ووسائل التواصل الاجتماعي، وغيرها. وتعتبر فئة الشباب أكثر الفئات المجتمعية عرضةً لتأثيرات وسائل الإعلام المختلفة والمتنوعة، كونهم يقضون فترات طويلة باستعمالها، إلى جانب انجذابهم إلى الطرق غير التقليدية التي تعرض المعلومات بها على هذه الوسائل. ومن هنا فإنّ وسائل الإعلام كفيلة بإدخال العديد من الأفكار إلى عقول الشباب، ممّا يؤدي إلى تغييرها إما نحو الأسوأ، أو نحو الأفضل إن هي استثمرت بالشكل الجيد. فمن خلال النتائج يتضح الدور الذي تلعبه

وسائل الاعلام السمعية البصرية في نشر الوعي الصحي والوقائي فيما يخص الامراض والصحة عامة والصحة الإيجابية خاصة، فبفضل الإذاعة والتلفزيون والانترنت وغيرها يتم وصول التوعية لكل شرائح المجتمع ومنها فئة الشباب، عن طرق الحصص والأفلام والاشهار وحتى الأغاني، خاصة في اليوم العالمي الذي يصادف أول يوم من شهر ديسمبر لكل سنة لمثل هذا النوع من الامراض، الذي يعرف أنشطة واهتمامات كبيرة لكل المجتمعات. وهذا ما يفسر المعرفة المتسعة لهذا المرض على النطاق الواسع عند فئة الشباب، فهنا يكمن التأثير الأكبر لوسائل الإعلام على اختلاف أنواعها في قدرتها على وضع العديد من النماذج والقنوات أمام أعين الشباب ليل نهار.

جدول رقم 40 يوضح توزيع العينة حسب معرفة أسباب الإصابة بمرض السيدة وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا أدري		افرازات بيولوجية		نقل الدم		العلاقة الجنسية		أسباب الإصابة مصدر المعرفة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
119	0,8	1	8,4	10	12,6	15	78,2	93	وسائل الاعلام السمعي البصري
28	00	00	14,3	4	32,1	9	53,6	15	وسائل الاعلام المكتوبة
217	00	00	4,6	10	35,9	78	59,4	129	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
16	00	00	31,3	5	31,3	5	37,5	6	المحاضرات والندوات
380	0,3	1	7,6	29	28,2	107	63,9	243	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب يعرفون أن السبب الرئيسي للإصابة بمرض السيدة يرجع الى العلاقات الجنسية بنسبة 63,9%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون سبب الإصابة بهذا المرض بنسبة 0,3%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصدر معرفة الشباب بالإصابة بهذا المرض، تبين أن أغلب الشباب من الذين يعرفون أن سبب الإصابة بمرض السيدة هو العلاقات الجنسية، وتم حصولهم على هذه المعلومات من وسائل الاعلام السمعي البصرية بنسبة 78,2%، مقابل الشباب الذين تعرف على هذا السبب من المحاضرات والندوات بنسبة 37,5%.

إن لوسائل الاعلام قدرة على توفير المعلومات بسرعة في كل مكان وزمان وسهولة بدون تكليف او عناء مثل المطالعة وحضور محاضرات وندوات، عن طريق مؤسساتها فهي تبسط المعلومات لتمس كل شرائح المجتمع وتلقى صدىً واسعاً، كما يمكنها أن تؤثر على الافراد بفرض آراء ومعايير وتسويق أفكار معينة، بهذا يمكنها توسيع معارف الصحة الإيجابية والوقائية، عن طريق الحصص والبرامج اليومية أو الأسبوعية في مختلف القنوات السمعية البصرية التي يهتم بها الشباب، هكذا يمكن ترسيخ ثقافة صحية ووقائية بدون شعور الشباب، مثلاً يمكن ترسيخ خطورة مرض السيدا و الإصابة به، عن طريق اغنية يرددتها الشباب بهدف الترفيه عن النفس، لكنها في حقيقة الوقت اكتساب معارف. حيث لا يشعر الشباب بأنه يتلقى معارف عن الصحة الإيجابية، كما يمكن أن تكون هناك أفلام أو حصص... الخ.

فمن هنا تكمن أهمية وسائل الاعلام في توثيق الأحداث واكتساب معارف بطريقة سهلة وسريعة في المجتمع عامة، وعند الشباب خاصة، حتى ولو كانت هذه المواضيع مملة بالنسبة لبعض الشباب وليس لديهم أية أهمية. رغم أن معظم الشباب يقولون أن هناك نقص كبير فيما يخص المعلومات المتعلقة بالأمراض الجنسية وأساليب الوقاية منها وطريقة تجنبها، حيث صرح معظم الشباب أن لديهم نقص في المعارف في مجال الصحة الإيجابية بنسبة 55% في حين أن نسبة اهتمام الشباب بمجالات الصحة الإيجابية ضعيفة وتقدر بنسبة 25,3%¹⁰، وهنا يتضح دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية المختلفة في ترسيخ ثقافة صحية ووقائية في مجال الصحة الإيجابية.

¹⁰ أنظر جدول رقم 11 في الملاحق رقم 1 الذي يوضح توزيع الشباب حسب الاحتياجات الغير ملبات في مجال الصحة الإيجابية ص

جدول رقم 41 يوضح توزيع العينة حسب معرفة الوقاية من مرض السيدا وعلاقته بمصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	تجنب الأدوات المستعملة		استخدام الواقي		تجنب العلاقة الجنسية		أسباب الوقاية مصدر المعرفة
	%	ك	%	ك	%	ك	
119	20,2	24	9,31	38	47,9	57	وسائل الاعلام السمعي البصري
28	42,9	12	3,6	1	47	15	وسائل الاعلام المكتوبة
217	26,3	57	26,7	58	47,5	102	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
16	62,5	10	00	00	37,5	6	المحاضرات والندوات
380	27,1	103	25,5	97	47,4	180	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول، أن معظم الشباب من الذين يرون أن سبب الوقاية من مرض السيدا هو تجنب العلاقات الجنسية بنسبة 47,4%، مقابل الشباب الذين يرون أن سبب الوقاية من مرض السيدا هو استعمال الواقي الذكري بنسبة 25,5%، و عند ادخال المتغير المستقل و هو مصادر اكتساب هذه المعارف، تبين أن أغلب الشباب من الذين يرون أن سبب الوقاية من مرض السيدا هو تجنب العلاقات الجنسية و اكتسبوا هذه المعارف من وسائل الاعلام السمعية و البصرية و مؤسسات التنشئة الاجتماعية بالنسب التالي على التوالي 47,9% و 47,4%، مقابل اكتساب المعارف الوقاية من هذا المرض عن طريق المحاضرات و الندوات بنسبة 37,5%

تلعب وسائل الاعلام السمعية البصرية دورا كبير في نشر الوعي الصحي والوقائي في مجال الصحة الإنجابية، كما تم التطرق له سابقاً. فلا يخفى علينا دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي لا تقل أهمية عن سابقتها رغم أخذ هذه الأخير حصة الأسد في مجال التوعية واكتساب المعارف، لسهولة انتشار المعارف، كما يلعب المسجد و المدرسة و الحي و جماعة الرفاق و الاسرة، دورا في نشر الوعي الوقائي للأمراض الجنسية و من أخطرها السيدا، إذ تدعم مؤسسات التنشئة الاجتماعية هذا الوعي بتجنب العلاقة الجنسية لأنها محرمة و تخالف تعاليم الدين و الثقافة الجزائرية، وهذا ما يبرر إجابات الشباب، إلا أنه لا يمكن انكار تفشي هذه العلاقات عند الشباب مما يجعل التوعية في ترك العلاقات الجنسية ضعيفة، فيجب الاتجاه

الى توعية مستدامة تضمن صحة الشباب و تجنبهم من الإصابة بهذه الامراض، عن طريق التوعية بوسائل منع الحمل، أهمها استعمال الواقي عند الممارسات الجنسية.

جدول رقم 42 يوضح توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل ومصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا أعرف وس م ح		نعم أعرف وس م ح		وسائل منع الحمل مصادر المعرفة
	%	ك	%	ك	
119	20,2	24	79,8	95	وسائل السمعي البصري
28	11,1	4	85,7	24	الوسائل المكتوبة
217	31,3	24	88,9	193	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
16	31,2	5	68,8	11	الجمعيات والندوات
380	15	57	85	323	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن أغلب الشباب يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 85%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 15%. عند ادخال المتغير المستقل وهو مصادر اكتساب هذه المعلومات، تبين أن معظم الشباب اكتسبوا معارف عن وسائل منع الحمل من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية بنسبة 88,9%، مقابل ممن اكتسبوا هذه المعارف من الجمعيات والندوات بنسبة 68,8%. من خلال النتائج، يتضح أن معظم الشباب يكتسبون معارف عن استعمال وسائل منع الحمل من مؤسسات التنشئة الاجتماعية، حيث تكون هذه المعارف متبادلة بين الشباب و أصدقائهم سواء في الحي أو المدرسة أو أماكن أخرى، حيث صرح معظم الشباب أنهم يتحدثون فيما بينهم عن مسائل الصحة الإنجابية منها وسائل منع الحمل و الوقاية من الامراض الجنسية و العلاقات الجنسية بنسبة 65,8%، في الحين التي تمثل فيه الاسرة 5,5%¹⁰، حيث لا تسهم الاسرة بنسبة كبيرة في اكتساب الشباب معارف و اتجاهات نحو الصحة الإنجابية و يرجع السبب في حساسية الموضوع و صعوبة الاتصال بين أفراد الاسرة خاصة بين الأم و الأب و الأخوات مع الأبن، حيث مثلت نسبة الحديث مع أفراد الاسرة على العلاقات الجنسية

¹ أنظر جدول رقم 10 في الملاحق رقم 1 والذي يوضح توزيع أفراد العينة حسب مع من يتحدث الشباب عن المسائل الجنسية ص 210

2,6%، و الحديث على الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي 1,3%¹، وهذا يوضح صعوبة أو عدم مساهمة الاسرة كأول مؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية في توجه و اكساب أفرادها معارف، كما لا ننسى دور المسجد و المدرسة الذي يبقى ضعيف في اكتساب الشباب معارف عن وسائل منع الحمل، لاعتباره أنها ليست من اختصاصها، في حين تبق وسائل الاعلام بأنواعها تتوجه للأزواج و النساء في سن الانجاب، عن مسائل تنظيم النسل و استعمال وسائل منع الحمل لأنها تندرج ضمن سياسات الدولة لتنظيم النسل، لا من أجل الوقاية من الامراض الجنسية، فهي تستثني فئة الشباب الذكور من هذه المعارف باعتبارهم غير معنيين بسياسات تنظيم النسل.

جدول رقم 43 يوضح توزيع العينة حسب وسائل منع الحمل التي يعرفونها ومصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا أدرى		الحقن		الحبوب		العزل		الواقى الذكري		وسائل منع الحمل مصادر المعارف
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
35	00	00	00	00	40	14	28,6	10	31,4	11	الاسرة
66	7,6	5	00	00	1,5	1	1,5	1	89,4	59	الأصدقاء
24	20,8	5	20,8	5	16,7	4	00	00	41,7	10	كتب متنوعة
79	11,4	9	1,3	1	22,8	18	5,1	4	59,5	47	وسائل الاعلام
39	12,8	5	00	00	2,6	1	00	00	84,6	33	المدرسة
15	6,7	1	00	00	00	00	33,3	5	60	9	الحي
122	12	14	00	00	19,7	23	8,5	10	64,1	75	الانترنت
380	10,3	39	1,6	6	16	61	7,9	30	64,2	244	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن معظم الشباب يعرفون الواقى الذكري كوسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 64,2%، مقابل الشباب الذين يعرفون الحقن كوسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 1,6%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصدر معرفة هذه الوسائل اتضح أن ما نسبته 89,4% من الشباب عرفوا الواقى الذكري كوسيلة لمنع الحمل عن طرق الأصدقاء، وتليها نسبة الذين عرفوا نفس الوسيلة من المدرسة بنسبة 84,6%، مقابل الذين عرفوا الواقى الذكري كوسيلة لمنع الحمل عن طريق الاسرة بنسبة 31,4%.

¹ أنظر جدول رقم 14 في الملاحق رقم 1 والذي يمثل توزيع العينة حسب المواضيع التي يتحدث فيها الشباب مع أسرهم ص 211

من خلال النتائج، يتضح ان الشباب يعرفون عدة وسائل منع الحمل، ومن أهم الوسائل التي يعرفونها الواقي الذكري، حيث اعتمد هؤلاء الشباب على الأصدقاء في اكتساب معارف عن هذه الوسيلة لتجنب الحمل كما تم التطرق له في الفصل السابق وللوقاية من الامراض الجنسية ومن بينها السيدا، كما نجد أن المدرسة ساهمة في توعية الشباب حول وسائل منع الحمل ومنها الواقي الذكري، حيث لم يحدد هؤلاء الشباب هل المدرسة كمؤسسة تعليمية أي كدروس وهذا مستبعد عن الواقع التربوي المنتهج في المؤسسات الجزائرية، أو عن طريق الحملات التوعوية التي تقوم بها المؤسسات التربوية في اليوم العالمي للسيدا، أو تكون مصادر متفرقة من الزملاء و الزميلات في الصف، فمهما تعددت المصادر أو اختلفت فهي تصب في نفس سياق مؤسسات التنشئة الاجتماعية و ما تلعبه في المساهمة في توعية الشباب من بعيد أو من قريب في مجال الصحة الإنجابية و الوقاية من الامراض الجنسية.

جدول رقم 44 يوضح توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل وأين يمكن الاطلاع عليها

المجموع	لم اسمع عن وسائل منع الحمل		نعم سمعت عن وسائل منع الحمل		وسائل منع الحمل أين يمكن الاطلاع عليها
	%	ك	%	ك	
69	15,9	11	84,1	58	الكتب
47	10,6	5	89,4	42	الاعلام
23	21,7	5	78,3	18	المدرسة
55	00	00	100	55	الأصدقاء
162	28,4	46	71,6	116	الانترنت
5	100	05	00	00	الاسرة
19	00	00	100	19	الحي
380	18,9	72	81,1	308	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن معظم الشباب يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 81,1%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 18,9%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو مصادر معرفة وسائل منع الحمل تبين أن ما نسبته 100% من الشباب تعرف على هذه الوسائل من الحي والأصدقاء، وتليها نسبة 89,4% من الشباب تعرف على هذه الوسائل من الاعلام، مقابل الشباب الذين لم يتعرف على هذه الوسائل من الاسرة بنسبة 00%.

تعتبر جماعة الرفاق العنصر الثالث الأكثر فعالية في عملية التنشئة الاجتماعية عند الشباب، فكلما تقدم الطفل في السن قلّ تأثير أسرته مع زيادة تأثير جماعة الأصدقاء والرفاق في المدرسة وخارجها والحي بسبب ميله لإقامة علاقات وصدقات مع أفراد من نفس فئته العمرية لأنهم يمثلون طموحه وحيويته وهواياته ومصالحه. هذا الانتماء إلى فئته العمرية، يعطيه الانطلاق نحو أهداف شخصية تغذي روحه وقدراته الاجتماعية ومعارفه واتجاهاته في التفاعل والتعاون والاستقلال الشخصي عن مؤثرات الأسرة والمدرسة ويبدو تأثير هذا الانتماء على الطفل في التحكم في اختيار ألوان ملابسه وتسريحة شعره وميل نحو لون غنائي معين أو هواية ما أو رياضة محببة، وقد يكون تقليد أصدقائه ورفاقه محاولة منه لتقوية روابطه معهم، والمحافظة عليها وعلى مكانته داخل المجتمع كفرد من أفرادها.¹

فجماعة الرفاق تحقق للشباب الانتماء والاستقلالية في نفس الوقت كفرد متفرد بشخصيته مسؤول عن نفسه عكس ما قد يشعر به في إطار أسرته أو في إطار المدرسة من اعتمادية أو تبعية للأشخاص الآخرين ومن فرض للسيطرة من طرف هؤلاء الأشخاص وعدم إعطائهم فرص للمشاركة والتعبير عن آرائه وطموحاته، وهو ما يدفعه للتمسك أكثر بجماعة الرفاق والأصدقاء، هذا من جانب ومن جانب آخر تقوم جماعة الرفاق بتنشئة الشباب استباقية متوقعة بتقديمها أدوارا يتوقع ممارستها مستقبلا ونماذج يمكن التماثل لها، وفي حالات أخرى تقوم الجماعة بإقناع أفرادها بأن آراءها تمثل طموحات المجتمع وآماله مثل القيام بالأعمال التطوعية والخيرية أو العمل بالمؤسسات الإنسانية دون أجر أو مقابل مادي، فمن هنا يتضح الدور الذي يلعبه الأصدقاء في اكتساب المعارف و الاتجاهات في كل المجالات عامة و الصحية خاصة.

¹ معن خليل عمر، مرجع سابق، ص 127.

جدول رقم 45 يوضح توزيع العينة حسب مكان الحصول على وسائل منع الحمل ومصادر اكتساب هذه المعارف

المجموع	لا أدري		الاصدقاء		مراكز صحية		الصيدلية		أين تحصل على الواقي مصادر المعرفة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
239	6,7	16	15,1	36	00	00	78,2	187	وسائل الاعلام
107	9,3	10	17,8	19	00	00	72,9	78	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
34	26,5	9	00	00	2,9	1	70,6	24	المحاضرات والندوات
380	9,2	35	14,5	55	3	1	76,1	289	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب يعرفون أن السبيل الوحيد لحصولهم على الواقي الذكري هو من الصيدلية، وهذا بنسبة 76,1%، مقابل الشباب الذين يحصلون على الواقي الذكري من مراكز صحية بنسبة 3%، وعندما ادخل المتغير المستقل وهو مصادر اكتساب هذه المعارف تبين أن معظم الشباب اكتسبوا معارف الحصول على الواقي من الصيدلية بفضل وسائل الاعلام بنسبة 78,2%، لتليها مؤسسات التنشئة الاجتماعية بنسبة 72,9%، مقابل الذين اكتسبوا هذه المعارف من المحاضرات والندوات بنسبة 70,6%.

يعلم أغلب الشباب أن السبيل الوحيد للحصول على الواقي الذكري، كوسيلة من وسائل منع الحمل أو الوقاية من الامراض الجنسية أو تجنب الحمل الغير مرغوب فيه، يكون من الصيدلية في غالب الأحيان وذلك لتوفره هناك، ولا توجد أي ضغوطات أو صعوبات في الحصول واقتناء هذه الوسيلة، إلا في الحالات التي يكون فيها الطفل قاصرا. فالكثاب الشباب لمعرفة الحصول على هذه الوسيلة غالبًا ما يكون عن طريق وسائل الاعلام و يكون ذلك خاصة في الاشهار فيما يتعلق بالقنوات الأجنبية التي تتوفر غالبًا في كل المجتمعات العربية بمختلف الوضعية الاقتصادية للأسرة، أو عن طريق الحصص التحسيسية التي تعرض في مختلف وسائل الاعلام، كما لا يخف أن كل شخص يحتاج الى دواء فإنه بطبيعة الحال يتوجه مباشرة الى الصيدلية فمن الطبيعي أن الصيدليات تتوفر على كل وسائل منع الحمل من الواقي و الحبوب، فمن هنا يكتسب الشباب معارف و اتجاهات عن الصحة الإنجابية بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة من

مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية سواء كانت رسمية أم لا، فهي تساهم في نشر الوعي الصحي و الوقائي في المجتمع عامة و عند الشباب خاصة للحفاظ على مستقبل للأجيال.

جدول رقم 46 يوضح توزيع العينة حسب الحديث عن مواضيع الصحة الانجابية داخل الاسرة وطبيعة هذا الحديث

المجموع	الصحة الشخصية		الامراض الجنسية		الزواج		العلاقات الجنسية		مواضيع الصحة الانجابية طبيعة الحديث
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
206	54,9	113	00	00	42,7	88	2,4	5	الحديث مع الاسرة احيانا
27	33,3	9	00	00	66,7	18	00	00	الحديث مع الاسرة باستمرار
147	48,9	72	10,2	15	29,3	43	11,6	17	ليس هناك حديث مع الاسرة
380	51,1	194	3,9	15	39,2	149	5,8	22	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يتحدثون في الاسرة على الصحة الشخصية لهم بنسبة 51,1%، مقابل الشباب الذين يتحدثون في الاسرة على الامراض الجنسية بنسبة 3,9%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو طبيعة الحديث تبين أن معظم الشباب يتحدثون عن الصحة الشخصية داخل الاسرة أحيانا بنسبة 54,9%، مقابل الذين يتحدثون عن الصحة الشخصية داخل لأسرة بصفة مستمرة بنسبة 33,3%.

للعلاقات الاسرة دورًا كبيرًا في توثيق المعارف والخبرات واستمرار الأجيال، واصالهم الى مرحلة التكامل والاستقلالية من خلال الحوار بين أفرادها، كما أن لغة الحوار بين الشباب و اباؤهم وامهاتهم تزيل الحدود بينهم ويمنع الجفاء ويخلق جو من الود والالفة ويقرب وجهات النظر مما يؤدي الى توصيل المعلومات بطريقة محببة للنفس وغير مباشرة، وبدون الحوار والتفاهم يحدث نوع من أنواع الفجوة الاسرية ويحدث العزلة التي تؤدي الى خلق حالة من القلق والشك، تنتهي بالبغضاء والكرهية التي تؤدي إلى الكثير من الأمراض النفسية، حيث نجد أغلب أفراد العينة من الشباب يفتقدون الى الحديث و الحوار مع أسرهم فيما يخص مجالات الصحة الإنجابية، حتي ولو تواجد الحوار فهو ضعيف و يخص مواضيع محددة مثل الصحة الشخصية كما أشار اليه معظم أفراد العينة أو الرغبة في الزواج و الذي يكون موجه الى الأم غالبًا. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى الى طبيعة مواضيع الصحة الإنجابية والتي تتعلق في غالب

الأحيان بالبلوغ والصحة الجنسية والأمراض الجنسية... الخ. فقد صرّح أغلب الشباب أن عدم وجود حوار داخل الأسرة عن الصحة الإنجابية راجع بالدرجة الأولى الى حساسية الموضوع بنسبة 51,8%¹، فالثقافة الجزائرية لم تتعود الحديث على مثل هذه المواضيع داخل الأسرة باعتبارها من التابوهات، ومن المحرمات عند بعض الأسر الأخرى. فهي ليست مثل الأسرة الغربية التي تعتبر الجنسية أمر طبيعي وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 47 يوضح توزيع العينة حسب ردود فعل الشباب عند المرض وعلاقته بطبيعة هذا الحديث

المجموع	طبيب تقليدي		مركز صحي		مستشفى		طبيب خاص		في حالة المرض الحديث مع الأسرة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
206	13,1	27	16	33	24,3	50	46,6	96	الحديث مع الأسرة أحيانا
27	18,5	5	18,5	5	00	00	63	17	الحديث مع الأسرة باستمرار
147	10,2	15	6,8	10	25,9	38	57,1	84	ليس هناك حديث مع الأسرة
380	12,4	47	12,6	48	23,2	88	51,8	197	المجموع

من خلال الجدول، يتضح معظم الشباب يتجهون الى طبيب خاص في حالة المرض وذلك بنسبة 51,8%، مقابل الشباب الذين يفضلون التداوي بالطب التقليدي بنسبة 12,4%، وعند ادخال المتغير المستقل وهو طبيعة الحديث تبين أن معظم الشباب الذين يذهبون الى طبيب خاص من اجل التداوي، يتحدثون مع أفراد الأسرة عن مسائل الصحة الإنجابية باستمرار بنسبة 57,8%، مقابل الشباب الذين يذهبون الى طبيب خاص لتداوي ويتحدثون مع أفراد أسرة عن مسائل الصحة الإنجابية أحيانا بنسبة 46,6%.

من خلال النتائج، يتضح أن أغلب الشباب يتوجهون الى طبيب خاص في حالة المرض، دون الذهاب الى مستشفى أو مراكز صحية، وهذا لعدم ثقتهم بالخدمات المقدمة في هذه المراكز الأخيرة، حيث صرح معظم الشباب أن الخدمات المقدمة في المستشفيات والمراكز رديئة بنسبة 71,6%²، حيث أن أغلب هذا الشباب ليس لديهم أي حوار داخل الأسرة. فربما لديهم فكرة خاطئة عن الخدمات الصحية، أو ليس لديهم

¹أنظر جدول رقم 12 في الملاحق رقم 1 يوضح توزيع افراد العينة حسب أسباب عدم وجود حوار داخل الأسرة ص211.
²أنظر جدول رقم 13 في الملاحق رقم 1 يوضح توزيع افراد العينة حسب انطباعات الشباب حول الخدمات المقدمة في المراكز والمستشفيات ص211.

أي معارف فيما يخص الخدمات الصحية. ومن هنا نلتزم غياب الأسرة وعدم مشاركتها في تزويد الشباب بمعارف تخص التثقيف الصحي.

خلاصة الفصل

تعتبر مؤسسات التنشئة الاجتماعية هي التي لها الدور الكبير في توعية الرأي العام من أجل تحقيق رفاه و تنمية مستدامة في مجال الصحة الانجابية، إلا أن صعوبة أو عدم مساهمة الاسرة كأول مؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية في توجه و اكساب أفرادها معارف و ثقافة صحية نظرا لحساسية الموضوع و الذي يبقى من التابوهات، وتعويضها بمؤسسات اجتماعية أخرى. والمتمثل في جماعة الرفاق والحي والمدرسة والمسجد والانترنت، حيث تلعب هذه المؤسسات دورا في التثقيف والتوعية الصحية والوقائية في مجال الصحة الإنجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، حتى وإن كانت ضعيفة في اكساب الشباب معارف عن وسائل منع الحمل، لاعتبارها أنها ليست من اختصاصها، في حين تبقى وسائل الاعلام بأنواعها قادرة على توفير المعلومات بسرعة، في كل مكان وزمان وسهولة بدون تكليف واعانة، مثل المطالعة وحضور محاضرات وندوات، عن طريق مؤسساتها. فهي تبسط المعلومات لتمس كل شرائح المجتمع وتلقى صداً واسعاً، كما يمكنها أن تؤثر على الافراد بفرض آراء ومعايير وتسويق أفكار معينة. لكنها تتوجه غالب للأزواج والنساء في سن الانجاب، وتستثني الشباب الذكور عن مسائل تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل، لأنها تندرج ضمن سياسات الدولة لتنظيم النسل لا من أجل الوقاية من الامراض الجنسية، باعتبارهم غير معينين بسياسات تنظيم النسل.

فرغم توفر الشباب على معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، فهي ضعيفة مقتصرة على فئة دون آخر مرتبطة بعوائق اجتماعية ثقافية، تعيق بلوغ تحقيق أسمى معاني الصحة الإنجابية لمسيرة أجيال المستقبل في تحقيق رفاه صحي.

5-الثقافة الصحية

تمهيد

تعتبر الثقافة الصحية هي وسيلة تساعد الناس على العيش بحياة صحية، وتساهم في الوقاية من التعرض للأمراض بجميع أنواعها وانتشارها، فعندما يحافظ الأفراد على صحتهم عامة والجنسية خاصة، ينعكس ذلك على المجتمع كاملاً، ويقلل من انتشار الأمراض وانتقالها، وبالتالي يزداد الوعي نحو طبيعة الإصابة بمرض ما، وأسباب حدوثه، والأعراض التي تظهر على المصاب، والطرق المناسبة، والصحيحة لعلاجها. وتعد الثقافة الصحية عملية مستمرة من عمليات التنشئة الاجتماعية، مبنية على مجموعة من المعارف الأساسية، والتي تهدف إلى تغيير سلوك الأفراد، وجعلهم أكثر اهتماماً بصحتهم، عن طريق اتباع أسلوب معين في توجيه المعلومات الصحية إلى كافة الأشخاص، مهما كانت أعمارهم، لذلك تُعد الثقافة الصحية، جزءاً مهماً، وأساسياً من أجزاء العلاج المستخدم في الحد من التأثيرات السلبية، الناتجة عن الإصابة بالأمراض، فهل يكتسب الشباب ثقافة صحية تساعدهم على اكتساب معارف و اتجاهات نحو الصحة الإنجابية و الامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي؟

جدول رقم 48 يوضح توزيع العينة حسب معرفة الشباب بوسائل منع الحمل والمصادر التي اطلعوا منها

المجموع	لم اسمع عن وسائل منع الحمل		نعم سمعت عن وسائل منع الحمل		وسائل منع الحمل مصادر الاطلاع عليها
	%	ك	%	ك	
239	17,6	42	82,4	197	وسائل الاعلام
107	13,1	14	86,9	93	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
34	2,9	1	91,1	33	لا أدري
380	15	57	85	323	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن معظم الشباب يعرفون وسائل منع الحمل بنسبة 85% مقابل الشباب الذين لا يعرفون وسائل منع الحمل وذلك بنسبة 15%، وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طبيعة المصادر التي تعرفوا منها على وسائل منع الحمل، نجد أن أغلب الشباب لا يدري أين تعرف على وسائل منع الحمل، مقابل الشباب الذين تعرفوا على وسائل منع الحمل من مختلف وسائل الاعلام السمعية البصرية بنسبة 82,4%.

من خلال هذه النتائج، نستنتج أن معظم الشباب يعرفون وسائل منع الحمل كما تم الإشارة له سابقاً، غير أن مصادر اكتساب هذه المعارف يبق مبهم فهل يرجع ذلك الى نقص دور وسائل الاعلام أو مؤسسات التنشئة الاجتماعية، أو أن الشباب لا يرغب في التصريح عن المصادر لحساسية الموضوع وطبيعته باعتبارها من التابوهات. وهذا ما يدل على أن الشباب لا يتمتعون بثقافة صحية رغم مستواهم التعليمي، فهل الشباب يعرفون وسائل منع الحمل لمجرد اسمها أم يعرفون عدة وسائل؟ وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 49 يوضح توزيع العينة حسب عدد وسائل منع الحمل التي يعرفونها وعلاقته بمصدر المعرفة

المجموع	أعرف عدة وسائل		أعرف وسيلة واحدة		لا أعرف		مصادر الحصول مصادر اكتساب المعارف
	%	ك	%	ك	%	ك	
239	59,4	142	24,3	58	16,3	39	وسائل الاعلام
107	60,7	65	22,4	24	16,8	18	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
34	82,4	28	17,6	6	00	00	لا أدري
380	61,8	235	23,2	88	15	57	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب يعرفون عدة وسائل منع الحمل بنسبة 61,8% مقابل الشباب الذين لا يعرفون أي وسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 15%. وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طبيعة المصادر التي تعرفوا منها على وسائل منع الحمل، نجد أن أغلب الشباب من الذين يعرفون عدة وسائل منع الحمل لا يعرفون مصدر هذه المعرفة بنسبة 82,4%، مقابل الشباب الذين اكتسبوا هذه المعارف من وسائل الاعلام السمعية البصرية بنسبة 59,4%.

من خلال نتائج هذا الجدول، يتضح أن أغلب الشباب الجامعي يعرفون عدة وسائل منع الحمل بمختلف أنواعها، مما يدل على أن لديهم معارف في مجال الصحة الإنجابية يمكن الاعتماد عليها في مستقبلهم وكذا الاستعانة بها للوقاية من الامراض الجنسية، حيث أن مصادر هذا المعرفة تبقى مبهمه وغير واضحة ترجع الى عدة أسباب مختلفة، باختلاف طبيعة المجتمع والعادات والتقاليد والأعراف، او ترجع الى غياب ثقافة صحية على غرار المجتمعات المتقدمة الرامية الى توعية الشباب في مجالات الصحة عامة و الصحة الإنجابية خاصة، موجهة الى جميع شرائح المجتمع، في حين تقتصر هذه المعارف في مجتمعاتنا على بعض الشرائح دون غيرها لعدم وجود سياسات توعوية تهدف لترسيخ الثقافة الصحية في المجتمع عامة، و الشباب خاصة، والاستفادة من هذه المعارف في المستقبل. وهذا ما يبينه الجدول التالي في إقباله الشباب على استعمال وسائل منع الحمل.

جدول رقم 50 يوضح توزيع العينة حسب استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا وعلاقته بالمصادر التي تلقوا منها المعرفة

المجموع	لا أستعملها		نعم أستعملها		استعمال وسائل منع الحمل مصادر المعرفة
	%	ك	%	ك	
239	54,4	130	45,6	107	وسائل الاعلام
107	32,7	35	67,3	72	مؤسسات التنشئة الاجتماعية
34	44,1	15	55,9	19	لا أدري
380	48,4	184	51,6	196	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب سيستعملون وسائل منع الحمل مستقبلا بنسبة 51,6% مقابل الشباب الذين لا يريدون استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا بنسبة 48,4%، وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طبيعة المصادر التي تعرفوا منها على وسائل منع الحمل نجد أن أغلب الشباب تلقوا هذه المعارف من مؤسسات التنشئة الاجتماعية بنسبة 67,3% مقابل الشباب الذين تلقوا هذه المعارف من وسائل الاعلام السمعية البصرية بنسبة 45,6%.

من خلال نتائج الجدول يتضح أن الشباب الجامعي واعي بضرورة استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا في حياتهم الجنسية والاسرية من حيث تنظيم النسل والوقاية من الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي كما تم التطرق له سابقاً. اذ نجد أن جل الشباب اكتسبوا هذه المعارف من مؤسسات التنشئة الاجتماعية المختلفة، حيث أصبح المجتمع الجزائري وبعد عدة سياسات وطنية لتحديد النسل، يفضل إنجاب عدد قليل من الأطفال وذلك لعدة أسباب اقتصادية واجتماعية، مما نتج عنه فكرة استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا عند الشباب الجامعي، اذ نلتمس وجود ثقافة صحية عند بعض الشباب حتى ولو كانت غير مباشرة، في حين نجد غياب تام لوسائل الاعلام في نشر الوعي الصحي في أوساط الشباب باستثناء المراسيم والمناسبات الدولية، مثل اليوم العالمي للسيدا... الخ. فالشباب الجامعي يفتقر الى ثقافة صحية وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 51 يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بالأمراض والحديث مع الاسرة على هذا المرض

المجموع	أبدا		باستمرار		أحيانا		طبيعة الحوار الإصابة بالمرض
	%	ك	%	ك	%	ك	
84	33,3	28	4,8	4	61,9	52	نعم
296	40,2	119	7,8	23	52	154	لا
380	38,7	147	7,1	27	54,2	206	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب يتحدثون أحيانا مع الاسرة بنسبة 54,2% مقابل الشباب الذين يتحدثون باستمرار عن الامراض مع الاسرة بنسبة 7,1%، وعند ادخال المتغير المستقل ألا وهو الإصابة بالمرض نجد أن أغلب الشباب من الذين يصابون بالمرض بنسبة 61,9% مقابل الشباب الذين لا يصابون بأي مرض بنسبة 52%.

من خلال الجدول يضح أن الشباب لا يتحدثون مع الاسرة عن الامراض التي تصيبهم مما يدل على عدم وجود ثقافة الحوار داخل الاسرة من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب من الذين يتحدثون أحيانا مع الاسرة عن الامراض التي تصيبهم بنسبة 54,2% مقابل الشباب الذين لا يتحدثون باستمرار مع الاسرة عن الامراض التي تصيبهم بنسبة 7,1%، وعند ادخالنا بصفة عامة وعدم وجود ثقافة صحية خاصة، ويرجع ذلك الى عدة أسباب عادة ما تتعلق بحساسية الموضوع أو الخجل خاصة بين الشباب وأولياءهم، في حين تكون هذه العراقل غير موجودة عند الفتيات، فمن خلال الجدول التالي يتبين لنا ماهي المواضيع التي يتحدث الشباب فيها مع اسرهم والتي يتجنبونها في مجالات الصحة الإنجابية.

جدول رقم 52 يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بالأمراض ونوع الحوار الذي يكون مع لأسرة

المجموع	الصحة الشخصية		الامراض الجنسية		الزواج		العلاقة الجنسية		نوع الحوار الإصابة بالمرض
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
84	71,4	60	00	00	28,6	24	00	00	نعم
296	52,7	156	1,7	5	42,2	125	3,4	10	لا
380	56,8	216	1,3	5	39,2	149	2,6	10	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الشباب من الذين يتحدثون مع الاسرة على الصحة الشخصية بنسبة 56,8% مقابل الشباب الذين يتحدثون مع الاسرة على الأمراض الجنسية بنسبة 1,3%، وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الإصابة بالمرض نجد أن أغلب الشباب من الذين يتحدثون مع الاسرة عن الصحة الشخصية ولا يعانون من أي مرض بنسبة 71,4% مقابل الشباب الذين يعانون من مرض بنسبة 52,7%.

من خلال نتائج الجدول يتضح أن أغلب الشباب لا يتحدثون مع الاسرة إلا عن الصحة الشخصية فقط، في حين تعد المواضيع الاخرى غير ضرورية أو أنها لا تهم الشباب والاسرة أو أن ليس لها أهمية مما يوضح أنه لا توجد ثقافة صحية في الاسرة أما الصحة الشخصية فهي امتداد لدور الاسرة في مجال التنشئة الاجتماعية، ولا يمكنها الخروج عن العادات والتقاليد فمثل هذه المواضيع تعتبر من التابوهات أو من المحرمات في بعض الاسر غير أنا ديننا الحنيف يقول لا حياء في الدين، فيبقى الشباب يبحث عن ثقافة صحية خارج إطار الاسرة المراكز الصحية المستشفيات العياداتالخ. إلا أن هذه الأخيرة لا تقوم بالدور اللازم حيث أن معظم الشباب يفر منها وهذا ما يبينه الجدول التالي والمتعلق بانطباعات الشباب حول المراكز الصحية والاستشفائية.

جدول رقم 53 يوضح توزيع العينة حسب انطباعات الشباب حول المراكز الصحية:

المجموع	رديئة		ضعيفة		مقبولة		جيدة		انطباعات الإصابات بالمرض
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
84	33,3	28	38,1	32	16,7	14	11,9	10	نعم
296	46,3	137	25,3	75	18,2	54	10,1	30	لا
380	43,4	165	28,2	107	17,9	68	10,5	40	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب من الذين يرون أن الخدمات الصحية المقدمة رديئة بنسبة 43,4% مقابل الذين يرون أن الخدمات الصحية المقدمة جيدة بنسبة 10,5%، وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الإصابة بالمرض نجد أن أغلب الشباب من الذين لا يمرضون بنسبة 46,3% مقابل الشباب الذين يمرضون بنسبة 33,3%.

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب يرون أن الخدمات الصحية المقدمة رديئة، مع العلم أن أغلبهم لا يصابون بالمرض ولا يذهبون الى المراكز الصحية، بل لهم احكام مسبقة عن هذه المراكز التي يتداولونها فيها بينهم. ويرجع ذلك الى نقص الوعي والتوعية الصحية في الوسط الاجتماعي وانعدام ثقافة صحية؛ مما ينفر الشباب عن اللجوء الى مثل هذه المراكز الصحية، في حالة المرض وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 54 يوضح توزيع العينة حسب احتياجات الشباب في مجالات الصحة الإنجابية وعلاقته بكيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي

المجموع	نقص المراكز		عدم الاهتمام		نقص المعرفة		احتياجات الصحة عند المرض
	%	ك	%	ك	%	ك	
197	12,2	24	19,8	39	68	134	طبيب خاص
88	23,9	21	33	29	43,2	38	المستشفى
48	31,3	15	39,6	19	29,2	14	مركز صحي
47	31,9	15	19,1	9	48,9	23	التداوي بالأعشاب
380	19,7	75	25,3	96	55	209	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب من الذين يرون أن احتياجاتهم التي لم تلبى في مجال الصحة الإنجابية؛ يرجع الى نقص المعرفة بنسبة 55%، مقابل الشباب الذين يرون أن احتياجات الشباب الغير ملّبات في مجال الصحة الإنجابية، يرجع الى نقص المراكز الصحية بنسبة 19,7%. وعند ادخالنا للمتغير المستقل، ألا وهو كيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي، نجد أن أغلب الشباب يتوجهون الى طبيب خاص بنسبة 68%، مقابل الشباب الذين يفضلون الذهاب الى المراكز الصحية بنسبة 29,2%.

يصرح أغلب الشباب الجامعي بنقص معرفتهم المتعلقة بالصحة الإنجابية، رغم اكتسابهم لبعض المفاهيم الأساسية كما تم الإشارة له مسبقاً. غير أن انعدام الثقافة الصحية في المجتمع تجعل الامر يزداد تعقيدا خاصة في أوساط الشباب، حيث لا يدري الشباب كيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي أو حتى أين يمكنه الذهاب للعلاج. فلذلك نجدهم يختارون الذهاب الى الطبيب الخاص عوض المراكز الصحية والمستشفيات التي يجدون فيها نفس النوع من العلاج بل أفضل. فيعتقد معظم الشباب أن الخدمات

الصحية المقدمة في المراكز الصحية والاستشفائية ليست بالمستوي المطلوب للعلاج مثل هذا النوع من الامراض. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 55 يوضح توزيع العينة حسب انطباعات الشباب حول الخدمات المقدمة في المراكز الصحية وعلاقتها بكيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي

المجموع	رديئة		ضعيفة		مقبولة		جيدة		أسباب الإصابة مصدر المعرفة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
197	51,3	101	27,4	54	19,3	38	2	4	طبيب خاص
88	34,1	30	35,2	31	12,5	11	18,2	16	المستشفى
48	29,2	14	16,7	8	31,3	15	22,9	11	مركز صحي
47	42,6	20	29,8	14	8,5	4	19,1	9	التداوي بالأعشاب
380	43,4	165	28,2	107	17,9	68	10,5	40	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب من الذين يرون أن الخدمات الصحية المقدمة رديئة بنسبة 43,4%، مقابل الذين يرون أن الخدمات الصحية المقدمة جيدة بنسبة 10,5%. وعند ادخالنا للمتغير المستقل، ألا وهو كيفية معالجة الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي نجد أن أغلب الشباب يتوجهون الى طبيب خاص بنسبة 51,3%، مقابل الشباب الذين يفضلون الذهاب الى المراكز الصحية بنسبة 29,2%.

رغم ان معظم الشباب يذهبون الى طبيب خاص للمعالجة من الامراض المتعلقة بالجهاز التناسلي والتي يرون أنها رديئة، هذا ما يوضح أن ليس لديهم أي معلومات عن الطرق الصحيحة لتوجه الى أفضل مركز صحي للمعالجة وهذا ما يوضح أن ليس لديهم ثقافة صحية يعتمدون عليها في مواجهة الامراض الجنسية وأن افتقارهم لمثل هذا المعرفة الصحية يعرض حياتهم وحيات أقاربهم للخطر وتسير حياتهم المستقبلية باعتبارهم آباء المستقبل يعول عليهم في إنشاء أسرة، و لا يتعلق الامر بالمعالجة و الوقاية من الامراض الجنسية بل يفنقرون كذلك الى معارف الوقاية و الإصابة بهذه الامراض، فنقص الحوار لطبقة الموضوع

لأنه يعتبر من التابوهات يجعل الشباب لا يعرفون كيفية التعامل مع مثل هذه المواضيع إذا تعرضوا لها وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 56 يوضح توزيع العينة حسب الإصابة بمرض جنسي وعلاقته بطبقة الحوار مع الاسرة لمثل هذا النوع من المرض

المجموع	نقص معارف الاسرة		عدم وجود حوار		عدم تفتح الاسرة		حساسية الموضوع		الحوار مع الاسرة في حالة الإصابة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
173	11,6	20	20,8	36	22	38	45,7	79	الذهاب للطبيب
148	16,2	24	21,6	32	8,8	13	53,4	79	انتظار تفاهم المرض
59	1,7	1	32,2	19	00	00	66,1	39	لا تذهب لطبيب
380	11,8	45	22,9	87	13,4	51	51,8	197	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب الشباب من الذين لا يتحدثون مع أسرهم على المواضيع المتعلقة بالجنس نظرا لحساسية الموضوع بنسبة 51,8% مقابل الشباب الذين لا يتحدثون مع أسرهم عن المواضيع الجنسية نظرا لنقص معارف الاسرة بنسبة 11,8%. وعند ادخالنا للمتغير المستقل، ألا وهو ردة فعل الشباب عند الإصابة بمرض جنسي، اذ نجد أن أغلب الشباب لا يذهبون للطبيب بنسبة 66,1% مقابل الشباب الذين يذهبون لطبيب بنسبة 45,7%.

من خلال نتائج الجدول، يتضح أن معظم الشباب لا يتحدثون مع الاسرة عن المواضيع المتعلقة بالجنس وذلك لحساسية الموضوع، ويرجع هذا الى طبيعية المجتمعات العربية عامة والجزائرية خاصة، فمثل هذه المواضيع باقية ولا زالت من التابوهات التي لا يمكن الخوض فيها مع أفراد الاسرة خاصة الوالدين، فلا يمكن تغيير طبيعة المجتمع الجزائري. إلا أنه يجب صفر الجهود من المجتمع المدني لمحاولة إرساء الثقافة الصحية في أوساط الشباب، حيث يتجلى دور الحوار في ان معظم الشباب فضلوا عدم الذهاب الى الطبيب نظرا لعدم معرفتهم بكيفية التعامل مع الامراض الجنسية وكيفية علاجها، أو باعتقادهم أن هذا المرض

طبيعي مثل مراحل البلوغ ستزول بعد فترة، فلا داعي للذهاب للطبيب. فهل يكتسب الشباب معارف عن الامراض الجنسية والامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي؟ هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 57 يوضح توزيع العينة حسب أسباب الإصابة بمرض السيدا وعلاقته بإبعاد المصاب بمرض السيدا عن المجتمع

المجموع	لا أدري		إفرازات		نقل الدم		علاقة جنسية		أسباب الإصابة بالسيدة إبعاد المريض
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
304	00	00	7,9	24	23,4	71	68,8	209	نعم
76	1,3	1	6,6	5	47,4	36	44,7	34	لا
380	0,3	1	7,6	29	28,2	107	63,9	243	المجموع

من خلال الجدول، يتضح أن أغلب أفراد العينة من الشباب الذين يعرفون أن سبب الإصابة بمرض السيدا راجع الى العلاقات الجنسية بنسبة 63,9%، مقابل الشباب الذين لا يعرفون سبب الإصابة بمرض السيدة بنسبة 0,3%. وعند ادخالنا للمتغير المستقل، ألا وهو إبعاد المصاب بمرض السيدا عن المجتمع، نجد أن 68,8% من الشباب يعتقدون أن ابعاد المصاب ضروري، في حين هناك 44,7% من الشباب يعتقدون بعدم أبعاد المصاب عن المجتمع.

من خلال نتائج الجدول، يتضح أن أغلب الشباب يعرفون مرض السيدا كما تم التطرق له سابقا، كما يعرف أغلبهم سبب الإصابة بهذا النوع من المرض، حيث أجمع معظم الشباب على أن السبب الرئيس للإصابة بهذا المرض هو العلاقات الجنسية وخاصة منها الغير محمية خارج نطاق الزواج، في حين تأتي الأسباب الأخرى في المرتبة الثانية. وهذا ما يوضح أن الشباب الجامعي لديه معارف في مجال الصحة الإنجابية والامراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، حتى وإن كانت محدودة. إذ يعتقد معظمهم أن الشخص المصاب بمرض السيدا يشكل خطرا على المجتمع مما يجب ابعاده عن المجتمع، و هذا من

الأخطاء الشائعة، فالشخص المصاب يمثل فردا من المجتمع يتطلب عناية خاصة فقط، و هذا ما يوضح
نقص المعارف المتعلقة بالأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، و يرجع هذا لنقص ثقافة صحية
عند الشباب عامة و الشباب الجامعي خاصة.

خلاصة الفصل

في ضوء نتائج الدراسة الميدانية تبين أن الشباب الذكور الجامعي يكتسب معارف و اتجاهات نحو الصحة الإنجابية و الامراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي، حيث تختلف هذه المعرف و الاتجاهات من الجنس و البيئة المحيطة بهم، و الانتماءات الاجتماعية عامة و الثقافية خاصة، فمعظم الشباب تحصلوا على هذه المعارف من مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية في غياب ثقافة صحية هادفة لنشر الوعي الصحي و الوقائي لنهوض بحياة مستقبلية مستدامة، حيث يرفض معظم الاولياء و الأمهات عقد جلسات حوار مع أبنائهم للحديث معهم و توعيتهم و تثقيفهم حول مجالات الصحة الإنجابية و الامراض المنتقلة جنسيا، بل يقتصر الحوار على بعض المواضيع العامة و المتعلقة بالصحة الشخصية و الزواج فقط، و يرجع ذلك أساسا الى ثقافة العيب التي انجرت عنها ثقافة الصمة و أن شعور الاولياء بالخل عند الحديث عن المسائل الجنسية أمام أبنائهم يدفعهم الى اللجوء الى مصادر أخرا بما فيها الأصدقاء و الانترنت و القنوات الفضائية..... وغيرها،

الاستنتاج العام

من خلال نتائج الجداول السابقة، نستنتج أن الشباب الجامعي يتمتع بمعارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومن أشهرها السيدا، إلا أن هذه المعارف محدودة ومقتصرة على بعض الفئات ولا تتعدى كل مجالات الصحة الإنجابية، حيث ترتبط هذه المعارف والاتجاهات بعوامل اجتماعية اقتصادية وثقافية خاصة، في كنف التنشئة الاجتماعية ومؤسساتها المختلفة والدور التي تلعبه هذه الأخير في نشر الوعي الصحي والوقائي من الأمراض الجنسية. ويتجلى ذلك من أن الشباب الجامعي له معارف واتجاهات نحو الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، من خلال المكانة الاجتماعية والاقتصادية التي يحتلها الشباب في المجتمع، إذ إن الشباب لهم اتجاهات في رسم خطة الصحة الإنجابية وتحديد مستقبلهم الانجابي والاسري، وفي عزمهم على الزواج غداة التخرج والظفر بعمل. حيث أن لهم دوافع محددة في اختيار شريكة الحياة والزوجة التي تساعدهم في تكون أسرة، واتباع استراتيجية في إنجاب الأطفال وتحديد العدد المناسب لهم حسب متطلبات الحياة. وأن يكون كل ذلك في سن محدد يختاره الشباب بلا ضغط أو اكراه. فهم يولون أهمية كبيرة للجنس و الممارسات الجنسية التي تكون في غالب الأحيان مؤمنة من أجل تجنب الوقوع في الحمل الغير مرغوب، وبذلك هم يتوفرون على معارف الوقاية و الحماية من الأمراض الجنسية الخطيرة بالنسبة للممارسين أو غير الممارسين؛ وكذا يتبادلون المعارف مع أقرانهم من الشباب في هذا المجال، باستعمال الوسائل الصحيحة للوقاية و حماية أنفسهم من الامراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والتي يعرفونها و من أخطرها، نقص المناعة السيدا. فلا يقتصر هذا الدور على المكانة الاجتماعية فقط، بل يهتم كل مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي لها الدور الكبير في توعية الرأي العام من أجل تحقيق رفاه وتنمية مستدامة في مجال الصحة الإنجابية. إلا أن صعوبة أو عدم مساهمة الاسرة كأول مؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية في توجه و اكساب أفرادها معارف و ثقافة صحية نظرا لحساسية الموضوع و الذي يبق من التابوهات، وتعويضها بمؤسسات اجتماعية أخرى ، والمتمثلة في جماعة الرفاق والحي والمدرسة والمسجد والانترنت، حيث تلعب هذه المؤسسات دورا في التثقيف والتوعية الصحية والوقائية في مجال

الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي حث و إن كانت ضعيف في اكتساب الشباب معارف عن وسائل منع الحمل لاعتباره أنها ليست من اختصاصها، في حين تبقى وسائل الاعلام بأنواعها قادرة على توفير المعلومات بسرعة في كل مكان وزمان وسهولة بدون تكليف واعانة مثل المطالعة وحضور محاضرات وندوات، عن طريق مؤسساتها فهي تبسط المعلومات لتمس كل شرائح المجتمع وتلقى صدا واسع. كما يمكنها أن تؤثر على الافراد بفرض آراء ومعايير وتسويق أفكار معينة، لكنها تتوجه غالب للأزواج والنساء في سن الانجاب، وتستثني الشباب الذكور عن مسائل تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل، لأنها تندرج ضمن سياسات الدولة لتنظيم النسل لا من أجل الوقاية من الامراض الجنسية، باعتبارهم غير معنيين بسياسات تنظيم النسل، كما أن انعدام ثقافة صحية في أوساط الشباب عامة والجامعي خاصة يعيق مسار التطور والرفي بالصحة عامة والصحة الإنجابية خاصة لنشر الوعي الصحي والوقائي لنهوض بحياة مستقبلية مستدامة.

الخاتمة

حاولنا في هذه الدراسة التطرق الى موضوع ذوا أبعاد اجتماعية وثقافية وحتى صحية وهو لا يزال يشكل في نسقنا الاجتماعي أحد التابوهات التي لم تعنى بالمسائلة السوسولوجية والبحوث الامبريقية، وهو موضوع الصحة الجنسية والإنجابية لذا الشباب والذي يستدعي إعادة تأهيل الوظائف الاجتماعية التي تقوم بها مؤسسات التنشئة الاجتماعية وعلى رأسها الأسرة والمدرسة والحي والمسجد، ومن ثمّ تفعيل دورها، من أجل عقلنة وترشيد مسار الظاهرة المدروسة.

لا نزعم اننا في هذه الدراسة قد استوفينا جميع جوانب موضوع البحث الذي يبق من الدراسات الاجتماعية والديمغرافية القليلة والمهمة في نفسه الوقت، تشمل عدة فئات من الشباب باختلاف مكانتها الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع الجزائري، إلا اننا نأمل أن تكون هذه الدراسة بداية لدراسات مستقبلية أكثر شمولية وأكثر دقة.

المراجع

1-المراجع باللغة العربية:

1-1-الكتب:

- 1-أحمد السعيد الزقرد، تعويض ضحايا مرض الإيدز والتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007.
- 2-أحمد منير حجاب، الأسس العلمية لكتابة الرسائل الجامعية، ط3، سلسلة دراسات وبحوث إعلامية، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2000
- 3-الخولي سالم إبراهيم الخولي، المشكلات الاجتماعية المعاصرة في المجتمع المصري، ط1، دار الندى للطباعة والنشر، القاهرة، 2007
- 4-الخميس عبد الرزاق: مبادئ التربية الصحية، الطبعة الأولى، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1999
- 5-الخولي سالم ابراهيم الخولي، المشكلات الاجتماعية المعاصرة في المجتمع المصري، ط1، دار الندى للطباعة و النشر، القاهرة، 2007.
- 6- الخولي سناء، التغيير الاجتماعي و التحديث، دار المعارف الإسكندرية، 1985.
- 7-العناني حنان عبد المجيد، الطفل والأسرة والمجتمع، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000
- 8-العيسوي عبد الرحمان، التربية النفسية للطفل المراهق، ط1، دار الراتب الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2000.
- 9-السيد عبد العاطي، صراع الأجيال: دراسة في ثقافة الشباب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.
- 10-أعضاء هيئة التدريس، الطفل والشباب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006.
- 11-أمين الساعاتي، تبسيط كتابة البحث العلمي، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، جدة، المملكة العربية السعودية، 1991
- 12-إقبال إبراهيم محفوظ، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 13-بهاء الدين سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.
- 14-بوتفنوشة مصطفى، العائلة الجزائرية (ترجمة دمري أحمد)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
- 15- بوتفنوشة مصطفى علم الاجتماع والتغير الاجتماعي في الجزائر مند الاستقلال، مجلة يصدرها معهد علم الاجتماع، الجزائر، ال عدد3، الصادرة في 1986/30/28.
- 16-ت. والاس و س ج ويلكس ترجمة حورية توفيق مجاهد، الشباب في أوغندا بعض الأبعاد النظرية، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني عشر، السنة الثالثة 1983
- 17-جمال إسماعيل الطحاوي، مدخل إلى البحث الاجتماعي، دار التيسير للطباعة والنشر والتوزيع، المنيا، مصر، 1998،
- 18-حسين كواش، التعليم في الريف الجزائري، مجلة علم الاجتماع، العدد 3، الجزائر ، أبريل 1986.
- 19-ربحي مصطفى علينا، عثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي، النظرية والتطبيق، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.

- 20-رشاد صالح دمهوري، **التنشئة الاجتماعية والتأخر الدراسي**، دراسة في علم النفس الاجتماعي التربوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995
- 21-سلوى عثمان الصديقي: **مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
- 22-سعد المغربي، الليثي أحمد، **الفئات الخاصة وأساليب رعايتها: المجرمون**، ط1، المركز العربي للطباعة والنشر، القاهرة، 1957،
- 23-سعد المغربي اللثي أحمد، **الفئات الخاصة وأساليب رعايتها، المجرمون**، ط1، المركز العربي للطباعة والنشر، القاهرة، 1957.
- 24-سعد جلال وزميله، **بحث مشكلات طلبة مرحلة الثانوية – نتائج البحث الاستطلاعي**، المجلة الاجتماعية الوصية المجلد الثالث، العدد الأول، يناير، 1966
- 25-سمير أحمد السيد، **علم اجتماع التربية**، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
- 26-صالح محمد أبو جادو، **سيكولوجية التنشئة الاجتماعية**، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2004.
- 27-عبد الحميد العناني حنان، **الطفل والأسرة والمجتمع**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000
- 28-عبد علي الخفاف، **جغرافية الإيدز في العالم**، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الطبعة الأولى، 1999.
- 29-عبد العاطي السيد، **صراع الأجيال، دراسة في ثقافة الشباب**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990
- 30-عقيل حسين عقيل، **فلسفة مناهج البحث العلمي**، مكتبة مديولي، القاهرة، مصر، 1999
- 31-عيسى غانم، د. عماد إبراهيم الخطيب: **الصحة العامة**، الطبعة الأولى دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 1997،
- 33-علي ليلة، **الشباب والمجتمع**، أبعاد الاتصال والانفعال، المكتبة المصرية، الإسكندرية، 2004
- 34-عادل طاهر، **الشباب والسلام العالمي**، ط1، مكتب القاهرة الحديثة، القاهرة، 1922.
- 35-عادل طاهر، **الشباب والسلام العالمي**، ط1، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1922.
- 36-عزت حجازي، **الشباب العربي ومشكلاته**، عالم المعرفة، ط1، العدد السادس، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1985
- 37-عصام قمر : **الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة**، دار السحاب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، 2007،
- 38-علي عبد الزارق جلبي، **دراسات في المجتمع والثقافة والشخصية**، دار النهضة العربية، بيروت، 1984
- 39-عيسى غانم، د. عماد إبراهيم الخطيب: **الصحة العامة**، الطبعة الأولى دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 1997
- 40-فاطمة منتصر الكتاني، **اتجاهات الوالدين في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال**، دار الشروق والتوزيع، عمان، 2000.
- 41-فريد كامل زينة وآخرون، **مناهج البحث العلمي، طرق البحث النوعي**، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2007،

- 42-فرد ميلسون، ترجمة يحي مرسى عيد بدر، الشباب في مجتمع متغير، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007.
- 43-كايميرز زيچولكس، المداخل الاجتماعية لثقافة الشباب، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني عشر، السنة الثالثة، 1983
- 44-محمد شفيق، البحث العملي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1988
- 45-محمد علي حافظ، مستقبل الشباب العربي، دار المعارف، القاهرة. 1963
- 46-محمد حلمي وهدان، وبائيات متلازم العوز المناعي المكتسب (الإيدز)
- 47-محي الدين كالمو العلي، الإيدز والأمراض الجنسية، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، الطبعة الثانية، 1989
- 48-محمود بستان: مناهج التربية الصحية، الطبعة الأولى دار القلم ، الكويت، 1981
- 49-محي الدين مختار، التنشئة الاجتماعية، المفاهيم والأهداف، في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 9، 1998
- 50-ميخائيل إبراهيم اسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الأفاق الجديدة، بيروت، بدون سنة
- 51-معن خليل عمر، علم اجتماع الأسرة، ط1، دار الشروق، الأردن، 1994
- 52-معن مظهر ريشا، الإيدز، أسبابه، علاجه، الوقاية منه، دار الكتب العالمية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1991.
- 53-ميخائيل، إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الأفاق الجديدة، بيروت، بدون سنة،
- 54-نداء عبد الرزاق الخميس، مبادئ التربية الصحية، الطبعة الأولى، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1998.
- 55-ياسين عبد اللطيف، الإيدز أسبابه والوقاية منه وآثاره النفسية والاجتماعية، مطبعة الكتاب العربي، دمشق، الطبعة الأولى، 1993.

1-2-المقالات

- 56-أسيا شريف اتجاهات ومعارف الشباب في الصحة الإنجابية والجنسية، واقع والاستراتيجيات حالة الجزائر، المؤتمر السنوي السابع والثلاثون لقضايا السكان والتنمية ديسمبر 2007/13/11 القاهرة معهد التخطيط القومي المركز الديمغرافي بالقاهرة
- 57- المنظمة الدولية لرعاية الأسرة (1996) العمل من أجل القرن الحاد والعشرين الصحة والحقوق الإنجابية للجميع، نيويورك.
- 58- المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، المؤتمر الدولي للسكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي، 1998
- 59-رحيمة شرقي تأخر سن الزواج بين الاجبار والاختيار ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15، جوان 214 ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر
- 60-المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل، مشروع التقرير حول تقويم أجهزة الشغل ، الدورة العشرين، جوان. 2003
- 61-المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل، مشروع التقرير حول تقويم أجهزة الشغل ، الدورة العشرين، جوان 2003

- 62-تقرير الأمم المتحدة، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية شعبة السكان، A214،ET /ESA/SER، الولايات المتحدة الأمريكية، 2002.
- 63-شريف نسيم نور الدين، الشباب وظاهرة تعاطي المخدرات تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية، رسالة ماجستير علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2011،
- 64-مقالات ودراسات وأبحاث اجتماعية للمجتمعات الجزائرية والعربية، WWW.Socioalger1، 12/10/2017

2_ المراجع باللغة الأجنبية:

- Abdelghani MAGHERBI: Culture et personnalité de Massinissa à nos jours، éd. ENAG OPU, Alger, 1986
- A، Percheron، L'univers politique des enfants. Edition Armand Colin, Paris, 1974.
- BERNARDE PY، Statistique Descriptive، Economica, 4^{em} Edition، paris 1996.
- Edward TAYLOR: Primitive culture، cité par: Philippe BENETON dans histoire de mots culture et civilisation، éd. Borhane, Alger, 1992.
- Raymon Boudon، Dictionnaire de la sociologie، Larousse، Paris, 1990,
- Dubar Claude، La Socialisation، Construction des Identités Sociales et Professionnelles, 2^{eme} Ed. A. Colline، Paris, 1998
- Mark Mountausse et Gille Remauard, 100 fiches pour comprendre la sociologie، éd. Bred، France, 2008.
- Maurie Angers، Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines، Armand Colin، Paris, 1995,
- Michèle Barzach, Vérités et Tabous, édition du Seuil, janvier 1994
- Luc Montagnier، Robert Gallo، Le Sida، Paris، Ed. Bibliothèque pour la Science, 1998
- ONUSIDA 2008, L'épidémie de Sida dans le Monde, Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, Institut Pasteur d'Algérie, Laboratoire National de Référence de l'Infection VIH/SIDA : Rapport 2008.chapitre 2
- Mokhtari Lakhdar، Belkaid Rosa، Belateche Faouzia, Situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA, santé plus, journal de formation et d'information médicales publié par FOREM, Alger.
- Michel CROZIER et Fridberg EXHORT: L'acteur et le système, 2^{eme} édition، éd.SEUIL, Paris 1993.
- Rocher GUY: Introduction à la sociologie générale. L'action sociale, éd. HMH, LTEE, Paris, 1986.
- Raymond BOUDON، et autre: Dictionnaire de sociologie، éd Larousse، Paris, 1999.
- MSPRH: éducation Pour la santé en milieu scolaire dans le sud, en collaboration du bureau de liaisons de L'OMS en Algérie, 2006,
- Mohamed-Saib Musette، Regarder Critique sur la jeunes et Santé en Algérie، CREAD Bouzaréah – Alger, 2004

- Guy Rocher, Introduction à la sociologie générale, Edition Humm, Montréal, 1986,
- Madeleine Gravitez, lexique de sciences sociales, 6 éditions, DALLOZ, Paris, 1994
- Kamel Rarbo, L'Algérie et sa jeunesse . Harmattan.
- Noureddine Hakiki. Conformité. Déviance et jeunesse algérienne, Les cahiers de laboratoire de changement social.N1 ALGER 2007.
- MSPRH.ONS.LEA. Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2003.
- P. Bourdieu. Travail et travailleurs en Algérie. Paris. Edition minuit. 1962.
- Valérie DELAUNAY et autre, SEXUALITE DES ADOLESCENTS, Tendances récentes, CEPED N65 Paris Novembre 2001,
- Michèle Barzach, Vérités et Tabous, édition du Seuil, janvier 1994
- ONUSIDA 2008, L'épidémie de Sida dans le Monde, Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, chapitre 2
- Mokhtari Lakhdar, Belkaid Rosa, Belateche Faouzia, Situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA, santé plus, journal de formation et d'information médicales publié par FOREM, Alger.
- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière Direction de la Prévention Comité Nationale de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA: Rapport de l'Algérie sur le suivi en janvier 2008, Darft1, ONUSIDA
- Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA 2013-2015, Unicef/ONUSIDA, Algérie 2016.
- Michel CROZIER et Fridberg EXHORT: L'acteur et le système, 2^{ème} édition, éd. SEUIL, Paris 1993.
- Rocher GUY: Introduction à la sociologie générale. L'action sociale, éd. HMH, LTEE, Paris, 1986.
- MSPRH: éducation Pour la santé en milieu scolaire dans le sud, en collaboration du bureau de liaisons de L'OMS en Algérie, 2006,
- Madeleine Gravitez, lexique de sciences sociales, 6 éditions, DALLOZ, Paris, 1994
- Noureddine Hakiki. Conformité. Déviance et jeunesse algérienne, Les cahiers de laboratoire de changement social.N1 ALGER 2007.
- MSPRH.ONS.LEA. Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2003.
- P. Bourdieu. Travail et travailleurs en Algérie. Paris. Edition minuit. 1962
- O.N.S. L'emploi et le chômage en Algérie en données statistiques, N°226, Alger. 1995
- O.N.S. L'emploi et le chômage en Algérie en données statistiques, N°226, Alger. 1995.
- O.N.S, Activité, emploi et chômage au 4^{ème} trimestre du 2009, N° 514.
- ONS. L'Algérie en quelques chiffres. RESULTAT 2014. NUMERO 48. Algérie, Edition 2015.
- ONS, R.G.P.H.2008 ; LES PRINCIPAUX RESULTATS DU SONDEGE AU 1/10émé, collection Statistique N° 142/Série. S, ALGER, MARS 2009,
- ONS, R.G.P.H.2008 ; LES PRINCIPAUX RESULTATS DU SONDEGE AU 1/10émé, collection Statistique N° 142/Série. S, ALGER, MARS 2009

- ONS. L'Algérie en quelques chiffres. RESULTAT 2014. N 48. Algérie, Edition 2015.
- O.N.S' Activité, emploi et chômage au 4^{ème} trimestre du 2009,N° 514,
- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière Direction de la Prévention Comité Nationale de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA: Rapport de l'Algérie sur le suivi en janvier 2008, Darft1, ONUSIDA

الملاحق

الملاحق رقم 1

الملاحق رقم 2

الملاحق رقم 1:

جدول رقم 01 يوضح توزيع افراد العينة حسب الدخل الشهري

النسبة	التكرار	الدخل الشهري
57,4	218	بدون دخل
16,3	62	أقل من 18000 دج
26,3	100	18000 دج فأكثر
100	380	المجموع

جدول رقم 02 يوضح توزيع أفراد العينة حسب المصروف الشهري

النسبة	التكرار	المصروف الشهري
67,2	258	0-5000 دج
24,2	92	5000-10000 دج
5,3	10	15000 دج فأكثر
100	380	المجموع

الجدول رقم 03 يوضح توزيع العينة حسب نوع المسكن

النسبة %	التكرار	نوع المسكن
50,8	193	شقة
28,9	120	بيت تقليدي
17,4	66	فيلا
2,9	11	بيت قصديري
100	380	المجموع

جدول رقم 04 يوضح أسباب تأخر سن الزواج حسب أفراد العينة

أسباب تأخر سن الزواج	ك	%
مشاكل اجتماعية	92	24,2
مشاكل اقتصادية	222	58,4
مشاكل نفسية	29	7,6
اشباع الرغبة الجنسية خارج الزواج	37	9,7
المجموع	380	100

جدول رقم 05 يوضح توزيع العينة حسب موقفهم من العلاقات الجنسية خارج الزواج

موقف الشباب من العلاقات الجنسية	ك	%
العلاقة الجنسية خارج الزواج ضرورية	102	26,8
العلاقة الجنسية خارج الزواج عادية	27	7,1
العلاقة الجنسية خارج الزواج محرمة	251	66,1
المجموع	380	100

جدول رقم 06 يوضح توزيع العينة حسب أهمية الشباب الى الجنس

أهمية الجنس	التكرار	النسبة %
أهمية كبيرة	249	65,5
نوعنا ما	84	22,1
ليس مهم	47	12,4
المجموع	380	100

جدول رقم 07 يوضح توزيع أفراد العينة حسب ممارسة الجنس قبل الزواج

ممارسة الجنس قبل الزواج	ك	%
نعم	181	47,7
لا	199	52,3
المجموع	380	100

جدول رقم 08 يوضح توزيع أفراد العينة حسب تأثير فترة البلوغ

تأثير فترة البلوغ	ك	%
خوف	36	9,5
ازعاج	73	19,2
توثر وقلق	38	10
لا شيء	47	12,4
عادية	186	49,9
المجموع	380	100

جدول رقم 09 يوضح توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الاسرة

عدد الأطفال في الاسرة	التكرار	النسبة %
1-2 طفل	8	2,1
3-4 أطفال	64	16,8
5-6 أطفال	100	26,3
7 أطفال فأكثر	208	54,7
المجموع	380	100

جدول رقم 10 يوضح توزيع أفراد العينة حسب مع من يتحدث الشباب عن المسائل الجنسية

التحدث عن المسائل الجنسية	التكرار	النسبة %
الاسرة	21	5,5
الاصدقاء	250	65,8
الطبيب	23	6,1
لا أحد	86	22,6
المجموع	380	100

جدول رقم 11 يوضح توزيع الشباب حسب الاحتياجات الغير ملبات في مجال الصحة الإنجابية

النسبة	التكرار	احتياجات الصحة الانجابية
55	209	نقص معارف الشباب
25,3	96	عدم اهتمام الشباب
19,7	75	نقص المراكز
100	380	المجموع

جدول رقم 12 يوضح توزيع افراد العينة حسب أسباب عدم وجود حوار داخل الاسرة

النسبة%	التكرار	سبب عدم الحوار داخل الاسرة
51,8	179	حساسية المواضيع
13,4	51	عدم تفتح الاسرة
11,8	45	نقص معارف الاسرة
22,9	87	لا أدري
100	380	المجموع

جدول رقم 13 يوضح توزيع الشباب حسب خدمات المراكز الاستشفائية

النسبة	التكرار	خدمات المراكز الاستشفائية
10,5	40	جيدة
17,9	68	مقبولة
71,6	272	رديئة
100	380	المجموع

جدول رقم 14 يوضح توزيع أفراد العين حسب المواضيع التي يتحدث فيها الشباب مع أسرهم

النسبة%	التكرار	المواضيع التي يتحدث فيها
2,6	10	العلاقات الجنسية
39,2	149	الزواج
1,3	5	الامراض الجنسية
56,8	216	الصحة الشخصية
100	380	المجموع

