وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 20 أوت 1955سكيكدة
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم: علم النفس

رقم التسجيل:.....

الرقم التسلسلي:.....

واقع التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر

. دراسة ميدانية بقطاع الشباب والرياضة.

اطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية.

تخصص: علم الاجتماع الصحة والتنمية

إعداد الطالبة:
فاتن دخلي.

إشراف الأستاذ الدكتور:
سليمان بومدين

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
عاشور لعور	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	رئيسا
سليمان بومدين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	مشرفا ومقررا
نادية دشاش	أستاذ التعليم العالي	جامعة 08 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا
بن شوفي بشرى	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا
أوباجي ياسمينة	أستاذ محاضر أ	جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة (02)	عضوا مناقشا
بوراس أسية	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:2025/2024.

وزارة التعليم العالـي والبحث العلمـي
جامعة 20 أوت 1955سكيكدة
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم: علم النفس

رقم التسجيل:.....

الرقم التسلسلي:.....

اطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية.

واقع التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر

. دراسة ميدانية بقطاع الشباب والرياضة.

تخصص: علم الاجتماع الصحة والتنمية

إعداد الطالبة:
فاتن دخلي.

إشراف الأستاذ الدكتور:
سليمان بومدين

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
عاشور لعور	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	رئيسا
سليمان بومدين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	مشرفا ومقررا
نادية دشاش	أستاذ التعليم العالي	جامعة 08 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا
بن شوفي بشرى	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا
أوباجي ياسمينة	أستاذ محاضر أ	جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة (02)	عضوا مناقشا
بوراس أسية	أستاذ محاضر أ	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:2025/2024.

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون وستردون

إلى عالم الغيب والشهادة فينبئكم بما كنتم تعملون"

التوبة105

الإهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى:

الفخر الأبدي، إلى روح أبي رحمه الله وإلى أمي الغالية أسأل الله العلي القدير أن يشفيها ويرحم ضعفها ولا يرينا فيها بأسا يبكينا.

راجية من المولى عز وجل أن يتقبل مني هذا العمل ويجعله في ميزان حسناتهما.

شكر وعرفان

أشكر الله العظيم رب العرش العظيم وأحمده حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه فالحمد لله الذي أنار لي درب العلم والمعرفة وأعانني على أداء هذا الواجب ووفقني إلى إنجاز هذا العمل.

كما أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى أستاذي الفاضل المشرف على هذا العمل الأستاذ الدكتور سليمان بومدين الذي شجعني على مواصلة البحث في هذا الموضوع، فأشكره جزيل الشكر على كل ما قدمه لي من مساعدة وتوجيه وتشجيع متواصل، وقراءة دقيقة لكل فصول الأطروحة.

وإلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على انجاز هذا العمل.

ملخصات الدراسة

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم واقع تطبيق برامج التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم اعتماد المنهج الوصفي، حيث استهدفت الدراسة عينة عشوائية من المثقفين الصحيين العاملين بخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية بقطاع الشباب والرياضة، بلغت نسبتهم 11% من مجتمع الدراسة. وقد تم استخدام الاستبيان كأداة رئيسة لجمع البيانات.

تمت معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية " (SPSS)الإصدار 22. وأسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي:

- لا يمتلك المثقف الصحي رصيدًا معرفيًا كافيًا حول التوعية الصحية المتعلقة بمرض السيدا.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد العينة، تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية، الدرجة المهنية)، عند مستوى دلالة.($\alpha = 0.05$)
- لم تُطبَّق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا وفق منهجية علمية واضحة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق برامج التوعية الصحية حول مرض السيدا تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية المشار إليها سابقًا، عند مستوى دلالة.($\alpha = 0.05$)

وبناءً على ما سبق، يمكن الاستنتاج أن التوعية الصحية في الجزائر لم تؤدِ دورًا فعّالًا في الوقاية من مرض السيدا.

الكلمات المفتاحية :التوعية الصحية، السيدا، المثقفون الصحيون، خلايا ونقاط الإصغاء، قطاع الشباب والرياضة.

Abstract

This study aimed to evaluate the current status of health education initiatives related to HIV/AIDS in Algeria. To achieve this objective, a descriptive research design was adopted. A random sample comprising 11% of the study population was selected from health educators working in Listening and Prevention Units within the youth and sports sector. A structured questionnaire served as the primary data collection instrument.

Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22. The main findings of the study were as follows:

- Health educators demonstrated insufficient knowledge regarding HIV/AIDS-related health education.
- No statistically significant differences were found in participants' knowledge of HIV/AIDS based on demographic variables (gender, age, job type, employment status, years of experience, and professional grade) at a significance level of $\alpha = 0.05$.
- HIV/AIDS health education activities were not implemented according to a scientifically grounded methodology.
- Similarly, no statistically significant differences were observed in the implementation of health education programs based on the aforementioned demographic variables at $\alpha = 0.05$.

In light of these findings, it is concluded that health education efforts in Algeria have not played an effective role in the prevention of HIV/AIDS.

Keywords: health education, HIV/AIDS, health educators, Listening and Prevention Units, youth and sports sector.

Résumé

Cette étude visait à évaluer la réalité de la mise en œuvre des actions de sensibilisation sanitaire au SIDA en Algérie. Pour atteindre les objectifs fixés, une approche descriptive a été adoptée. L'étude a porté sur un échantillon aléatoire de superviseurs impliqués dans le processus de sensibilisation sanitaire au sein du secteur de la jeunesse et des sports, représentant 11 % de la population ciblée. Le questionnaire a été utilisé comme principal outil de collecte de données.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS (version 22). L'étude a abouti aux résultats suivants :

• Les éducateurs sanitaires ne disposent pas de connaissances suffisantes en matière de sensibilisation au SIDA.

• Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans le niveau de connaissance sur le SIDA parmi les membres de l'échantillon, en fonction des variables démographiques, au seuil de signification ($\alpha = 0,05$).

• Le processus de sensibilisation sanitaire au SIDA n'a pas été mis en œuvre selon une méthodologie scientifique rigoureuse.

• Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée dans l'application de ce processus selon les variables démographiques (sexe, âge, nature de l'emploi, poste de travail, ancienneté, diplôme professionnel), au même seuil de signification.

Conclusion : la sensibilisation sanitaire en Algérie n'a pas joué un rôle efficace dans la prévention du SIDA.

Mots-clés : sensibilisation sanitaire, SIDA, superviseurs, jeunesse

.

محتويات الأطروحـــــــة

المواضيع	الصفحة
مقدمة	أ-د
الفصل الأول: الإطار العام للبحث	
أولا. إشكالية الدراسة.	06
ثانيا-فرضيات الدراسة	12
ثالثا-مفاهيم الدراسة.	15
1 -مفهوم الصحة	15
2- الوعي الصحي	17
3-مفهوم التوعية الصحية	19
4- المثقف الصحي	22
5- الرصيد المعرفي	23
6- السيدا	24
رابعا- الدراسات السابقة	25
1. الدراسات الجزائرية	29

2. الدراسات العربية 3. الدراسات الأجنبية	32
الفصل الثاني: التوعية الصحية	
المواضيع	**الصفحة**
تمهيد	**39**
أولا–الصحة، المرض، والوعي الصحي	**40**
1. الصحة	**40**
2. المرض	**45**
3. الوعي الصحي	**49**
ثانيا– التوعية الصحية	**52**
1–ظهور التوعية الصحية	**52**
2–أهمية التوعية الصحية حول السيدا	**53**
3–أهداف التوعية الصحية	**55**
4–مستويات التوعية الصحية	**56**
5–مكونات التوعية الصحية	**57**
6–المراحل التي تمر بها عملية التوعية الصحية (السيدا كنموذج)	**58**

7-مقاربات نظرية عن التوعية الصحية	**64**
7-1-النظرية السلوكية	**64**
7-2-النظرية التعلم الاجتماعي	**65**
7-3-النظرية المعرفية	**66**
7-4-نظرية معالجة المعلومات	**67**
8-بعض أساليب التوعية الصحية	**69**
خلاصة	**76**
الفصل الثالث: (داء فقدان المناعة المكتسبة)	
المواضيع	**الصفحة**
تمهيد	**78**
أولا-نشأة وتطور الفيروس	**79**
ثانيا-جهود الجزائر في مكافحة السيدا	**85**
ثالثا-طرق انتقال فيروس السيدا	**87**
رابعا-ميكانيزم عمل فيروس السيدا داخل الجسم؛ وكيفية استجابة جهاز المناعة له.	**89**
خامسا-مراحل وأعراض الإصابة بفيروس السيدا (VIH)	**90**

سادسا-بعض الأمراض المصاحبة لمرحلة السيدا	**92**
سابعا-علاقة بعض الآفات الاجتماعية بداء السيدا	**94**
ثامنا-بعض العوامل الاجتماعية التي تعيق الوقاية من السيدا	**96**
1-الوصمة	**97**
2-التمييز	**99**
3-الطابوهات	**99**
خلاصة	**101**
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
المواضيع	**الصفحة**
تمهيد	104
أولا- التذكير بفرضيات البحث	105
ثانيا- مجالات الدراسة	107
1-المجال المكاني (الجغرافي)	107
2-المجال الزماني	112
3- المجال البشري	113
ثالثا- الدراسة الاستطلاعية	114

1-الأهداف الرئيسية للدراسة الاستطلاعية	114
2-الإطار الزماني والمكاني للدراسة الاستطلاعية	114
3-منهج الدراسة الاستطلاعية	115
4-مجتمع الدراسة	115
5-التقنيات والأدوات المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية	117
6-نتائج الدراسة الاستطلاعية	118
رابعا- الدراسة الأساسية	118
1-منهج الدراسة	118
2-مجتمع الدراسة	119
3-عينة الدراسة	119
خامسا- تقنيات وأدوات الدراسة الأساسية	133
الاستبيان	133
المقابلة	136
الملاحظة بالمشاركة	137
سادسا- الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة	138
خلاصة	141
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
المواضيع	**الصفحة**
تمهيد	143

أولا-عرض ومناقشة النتائج العامة للدراسة.	144
1-عرض ومناقشة النتائج العامة للمحور الأول (البيانات الديمغرافية)	144
2-عرض ومناقشة النتائج العامة للمحور الثاني (الرصيد المعرفي)	151
3-عرض ومناقشة النتائج العامة للمحور الثالث (تطبيق التوعية الصحية)	165
ثانيا-. عرض ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها	188
1-عرض نتائج الفرضية الأولى	188
2-عرض نتائج الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الأولى	193
3-عرض نتائج الفرضية الثانية	200
4-عرض نتائج الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الثانية	203
5-النتائج العامة للدراسة	209
خلاصة	212
خاتمة	د-هـ
قائمة المراجع	
الملاحق	

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاستطلاعية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية	115
02	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاستطلاعية وفق متغير التخصص مع النسب المئوية	116
03	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية	124
04	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية وفق متغير السن مع النسب المئوية	125
05	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية حسب طبيعة العمل مع النسب المئوية	127
06	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية في الوظيفة	129
07	توزيع العينة حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية	131
08	معامل ألفا كرومباخ	136
09	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية	144
10	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية وفق متغير السن مع النسب المئوية	145
11	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية حسب التخصص مع النسب المئوية	146
12	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية حسب الوضعية في الوظيفة مع النسب المئوية	148
13	توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاساسية حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية مع النسب المئوية	149
14	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (01)	151
15	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (02)	153
16	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (03)	154
17	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (04)	155
18	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (05)	156
19	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (6) و(07)	158
20	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (08)	159
21	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (09)	161
22	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (10)	163
23	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (11)	165
24	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (12)	167
25	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (13)	167

26	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (15)	169
27	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (17)	170
28	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (18)	172
29	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (19)	173
30	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (20)	174
31	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (21)	175
32	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (22)	177
33	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (23)	179
34	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (24)	180
35	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (25)	181
36	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (26)	183
37	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (27)	184
38	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (28)	185
39	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (30)	186
40	عرض النتائج العامة لسؤال رقم (30)	187
41	اختبار الفرضية الأولى	191
42	دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس، باستعمال اختبار (t)	194
43	دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير السن، باستعمال اختبار (f)	195
44	دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير طبيعة الوظيفة، باستعمال اختبار (f)	196
45	ترتيب الوظائف حسب نتائج افراد العينة بحساب المتوسطات الحسابية	196
46	دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الوضعية في الوظيفة، باستعمال اختبار (t)	197
47	دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، باستعمال اختبار (f)	198

48	يوضح دلالة الفروق في الرصيد المعرفي لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الدرجة المهنية، باستعمال اختبار (f)	199
49	دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس، باستعمال اختبار (t)	203
50	يوضح دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير السن، باستعمال اختبار (f)	204
51	دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير طبيعة الوظيفة، باستعمال اختبار (f)	205
52	دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الوضعية في الوظيفة، باستعمال اختبار (t)	206
53	دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، باستعمال اختبار (f)	207
54	دلالة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الدرجة المهنية، باستعمال اختبار (f)	208

المختصر	المعنى
PMT1	أول برنامج وطني متوسط المدى
PMT2	ثاني برنامج وطني متوسط المدى
VIH	فيروس نقص المناعة البشرية"
ARV	Antirétroviral أو ما يعرف شهرة بالعلاج الثلاثي
LAV	الفيروس المقترن لاعتدال العقد اللمفاوية
HTLV3	العنصر الثالث من الفيروسات السرطانية البشرية
AZT	دواء استخدم لعلاج مرض السيدا
DDI	دواء استخدم لعلاج مرض السيدا
AZT+DDI+Antiprotease	العلاج الثلاثي للحد من تكاثر الفيروس
PCT	برنامج قصير المدى لمكافحة السيدا والأمراض المنتقلة جنسيا بدعم من منظمة الصحة العالمية
DNA	الحمض النووي الريبي المنقوص الأكسجين

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	درجات الصحة	44
02	كيفية تكاثر فيروس نقص المناعة البشري	88
03	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية.	116
04	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير التخصص مع النسب المئوية.	117
05	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس مع النسب المئوية	124
06	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن مع النسب المئوية	126
07	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير طبيعة العمل مع النسب المئوية	127
08	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوضعية في الوظيفة مع النسب المئوية	130
09	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية مع النسب المئوية	131

مقدمة:

يعتبر موضوع الصحة من بين أبرز المواضيع التي لقت اهتماما كبيرا من طرف الخبراء، والعلماء والباحثين في مجال الصحة، وتزايد الاهتمام بالصحة مؤخرا نظرا لظهور أمراض متعددة، فتاكة، وخطيرة على حياة البشر. إلى أن أصبحت الثقافة الصحية والوعي الصحي اليوم ضرورة يجب على المجتمعات كأفراد أو جماعات أن تكتسبها في ظل ما يهدد البشرية من مخاطر، خاصة بعد أن عرفت انتشارا رهيبا في وقتنا الراهن وخلفت العديد من الضحايا في أوساط الشباب.

فالدول الأكثر تحضرا هي التي تهتم بالتنشئة الصحية وتعطي لها الأهمية البالغة سواء على مستوى الأسرة أو المؤسسات التربوية أو باقي مؤسسات التنشئة الاجتماعية، من خلال توفير الوسائل الضرورية الخاصة بذلك، وتعميمها كمبدأ أساسي في كل مؤسسات المجتمع قصد توفير الحماية والوقاية من كل المخاطر التي تهدد كيانها، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال انتهاج عملية التوعية الصحية بأسسها العلمية والمنهجية، وكذلك الدعم المادي والمعنوي المقدم من طرف هذه المؤسسات، وهذه العملية لا تحقق نجاعتها إلا بتظافر جهود المختصين والفاعلين في هذا الجانب وبمساهمة قطاع الشباب والرياضة الذي له الدور الأساسي والبارز من خلال دور خلايا الاصغاء والوقاية لصحة الشباب والتي توكل لهم مهمة تشكيل الوعي الصحي المجتمعي والنهوض بشبابنا من مختلف الامراض والآفات الاجتماعية المتربصة بهم بما فيها مرض السيدا.

هذا الأخير لايزال إلى يومنا هذا من الامراض المنتشرة في صمت، لأنه لا يخضع لإحصائيات دقيقة، والعدد الصحيح بين هذه الأرقام هو عدد الوفيات فقط، كما أن الرقم الحقيقي لحاملي الفيروس غير معروف، والسبب أن المرض لا يمكن كشفه الا بعملية الكشف الارادي في حين يبقى الكثير من حاملي الفيروس في المجتمع مجهولين وهم الفئة الأكثر خطرا في نقل الفيروس لغيرهم دون علمهم، وتبقى الوقاية هي الطريق الوحيد لمواجهة المرض والقضاء عليه عن طريق عملية التوعية الصحية.

بناء على هذا كان موضوع هذه الاطروحة يدور حول تقييم "**واقع التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر**".

فاختيارنا لهذا الموضوع لم يكن صدفة، بل لعدة أسباب نذكر منها:

1- ان نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال تثبت ان الشباب في الجزائر لا يمتلك وعي صحي كافي حول هذا المرض، كما أن بعض الدراسات ايضا في هذا المجال أتثبتت فعالية الاساليب المستخدمة إن طبقت بمعاييرها العلمية.

2- ارتفاع نسبة الحالات الجديدة سنويا.

3- حصائل سنوية هامة تقدم كل ثلاثي الى وزارة الشباب والرياضة والتي تعكس على الأوراق حجم الجهود الكبيرة المبذولة من أجل الوقاية من هذا المرض.

فإذا تمعنا جيدا في هذه الاسباب نجد أن زيادة عدد الحالات هي نسب ثابتة لا يمكن التشكيك فيها بل إن الارقام المقدمة لا تعكس الواقع، أما نتائج الدراسات المقدمة فهي دراسات علمية تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، لذلك كان محور اهتمامنا في هذه الدراسة هو الحصائل المقدمة التي تعكس حجم الجهود المبذولة سنويا وبالتالي فنحن نفترض أن المشرفين عن مختلف هذه العمليات لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا عن هذا الموضوع، وأن مختلف هذه العمليات غير فعالة في الوقاية من المرض، أي أن هذه البرامج غير مطبقة وفق منهجية علمية أو معايير محكمة، وبالتالي ستكون مختلف البرامج المقدمة برامج شكلية فقط ومفرغة من محتواها.

تكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية أنها تعد مرجعا هاما عن التوعية الصحية لندرة المراجع المهتمة بهذا الموضوع باللغة العربية وقلتها باللغة الفرنسية. أما من الناحية العملية فمحاولة المساهمة في تحسين عملية التوعية الصحية في قطاع الشباب والرياضة بالجزائر ومحاولة الكشف عن سر ارتفاع

الحالات المرضية يعد الحلم الذي نسعى إلى تحقيقه، والرسالة التي نريد أن نوصلها الى الجهات المعنية من خلال هذه الدراسة، التي أجريت على عينة عشوائية بسيطة من المشرفين القائمين بعملية التوعية الصحية بخلايا ونقاط الاصغاء والوقاية في قطاع الشباب والرياضة والتي تقدر ب 11%.

وقد تم اختيار بعض ولايات الوطن لإجراء الدراسة الميدانية دونا عن غيرها نظرا لأن هذه الولايات بالتحديد قامت بتنظيم ملتقيات وطنية وجهوية في فترة الدراسة الميدانية أي ما بين سنة 2013 -2016.

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، مستخدمين الاستمارة بشكل أساسي في جمع البيانات كما تمت الاستعانة بأدوات اخرى تمثلت في المقابلة، والملاحظة بالمشاركة التي كان لهما دور كبير في التحليل الكيفي لنتائج الدراسة.

وقد اشتملت هذه الدراسة على مقدمة وستة فصول وخاتمة بحيث أن:

الفصل الاول والموسوم ب "الإطار النظري والمفهمي للدراسة"، ويعتبر هذا الفصل نقطة الانطلاق حيث تضمن إشكالية البحث، فرضياته، تحديد مفاهيمه الاساسية، وعرض للدراسات السابقة.

وبالنسبة للفصل الثاني والموسوم ب " التوعية الصحية."، حيث حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز مفهوم كل من الصحة، المرض، والوعي الصحي، ثم تطرقنا الى نظرة بانورامية عن التوعية الصحية حيث تناولنا تاريخ ظهورها، اهميتها، أهدافها، مستوياتها، مكوناتها، والمراحل التي تمر بها عملية التوعية الصحية متناولين السيدا كنموذج لننتهي بعرض المقاربات النظرية عن التوعية الصحية، واخيرا تناولنا بعض أساليب التوعية الصحية.

هذا وقد تضمن **الفصل الثالث** موضوع **السيـدا (داء فقدان المناعة المكتسبة)**. "حيث يتضمن هذا الفصل تحديد لمحة تاريخية عن ظهور فيروس وداء السيدا طبيا واجتماعيا، جهود الجزائر في مكافحة هذا المرض، طرق انتقاله، ميكانزيم عمل فيروس السيدا داخل الجسم؛ وكيفية استجابة جهاز المناعة له،

مراحل وأعراض الإصابة بفيروس السيدا (VIH)، بعض الأمراض المصاحبة لمرحلة السيدا، علاقة بعض الآفات الاجتماعية بهذا الداء، وبعض العوامل الاجتماعية التي تعيق الوقاية من السيدا.

وفيما يخص **الفصل الرابع** والمتعلق بالإجراءات المنهجية فقد اشتمل على منهج الدراسة، مجالاتها، وعينة الدراسة، كذلك أدوات جمع البيانات، وأخيرا أساليب المعالجة الإحصائية.

ليأتي **الفصل الخامس** والاخير في هذه الدراسة لمعالجة و "**عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة** "حيث تم فيه معالجة المعطيات الميدانية من خلال عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها.

الفصل الأول

الاطار العام للبحث

أولا-إشكالية الدراسة:

يُشكّل مرض السيدا تحديًا صحيًا عالميًا ذا أبعاد مقلقة، نظرًا لكونه من أبرز مسببات الوفاة في العصر الحديث. وتكمن خطورته في الفيروس المسبّب له، المعروف باسم VIH، الذي يستهدف جهاز المناعة، حيث يقوم بتدمير الخلايا اللمفاوية T، وهي الخلايا الرئيسية المسؤولة عن حماية الجسم من مختلف الأمراض. ونتيجة لذلك، يفقد الجسم قدرته على الدفاع عن نفسه، ليس فقط ضد فيروس السيدا، بل حتى ضد أبسط الجراثيم، التي ما كانت لتظهر لولا غياب المناعة، وتُعرف في الطب بالأمراض الانتهازية (Maladies Opportunistes) (ظاهر، 1991، ص. 35).

كان مشكلة طبية بحتة في السنوات الأولى من ظهوره، غير أن تطوّره لاحقًا جعله من أبرز تحديات الصحة العامة، نظرًا لتداعياته المتعددة التي تجاوزت الجانب الطبي لتشمل أبعادًا نفسية، واجتماعية، واقتصادية، بل وأخلاقية أيضًا. وقد ساهم هذا التعقيد المتداخل في زيادة صعوبة التحكم في انتشاره والحدّ من تأثيراته. وعلى عكس ما يحظى به مرضى الحالات المزمنة الأخرى من تعاطف مجتمعي، غالبًا ما يُواجه المتعايشون مع هذا الفيروس الوصم والتهميش، نتيجة ارتباطه في الوعي الجمعي بدلالات سلبية مستمدة من خلفيات ثقافية وأخلاقية راسخة، ما يجعله موضوعًا مثقلًا بالأحكام المسبقة والتصورات النمطية.حيث تشير دراسات حديثة إلى أن الخوف من هذا الوصم قد يدفع عددًا من المصابين إلى إخفاء حالتهم الصحية، الأمر الذي يُعيق جهود الوقاية، ويحدّ من فعالية برامج التشخيص المبكر، والمتابعة الطبية، والتدخل العلاجي، مما يُسهم في استمرار انتقال الفيروس داخل المجتمع.بوتيرة يومية، حيث لا يزال يُصنَّف ضمن قائمة الأمراض التي تُهدد الأمن الصحي العالمي. فمنذ تسجيل أول حالة إصابة في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1981، تسبب الفيروس في وفاة أكثر من 40 مليون شخص حول العالم. ووفقًا لبيانات منظمة الصحة العالمية (2022)، بلغ عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز خلال عام 2022 ما يقارب 630

ألف حالة، في حين يُقدَّر عدد الأشخاص المتعايشين مع الفيروس عالميًا بحوالي 45 مليونًا. ويُعزى هذا الارتفاع المستمر في عدد الإصابات والوفيات إلى عدة عوامل مترابطة، من أبرزها غياب علاج نهائي شافٍ حتى الآن، إلى جانب محدودية الوعي الصحي لدى شرائح واسعة من المجتمعات، فضلًا عن تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية، وفي مقدّمتها الوصم والتمييز، التي لا تزال تعرقل فعالية السياسات الصحية وجهود التوعية والوقاية.

رغم أن فيروس نقص المناعة البشري (HIV) يُعد من القضايا الصحية العالمية، فإن المعطيات الحديثة تُشير إلى أن المجتمعات العربية لم تَعُد بمنأى عن هذا التهديد، بل باتت تواجه بدورها تزايدًا ملحوظًا في معدلات الإصابة، وهو ما يستدعي قراءة دقيقة للواقع الوبائي في المنطقة. فقد تراجع الاعتقاد السابق القائم على افتراض الحماية المجتمعية الناتجة عن التماسك الثقافي والديني المستمد من العادات والتقاليد والتعاليم الإسلامية، إذ أدّى الربط الرمزي بين هذا المرض والسلوكيات الجنسية إلى نشوء حالة من الصمت المجتمعي، لا يزال الحديث فيها عن المرض محاطًا بقدر كبير من الحرج. وقد حال هذا الحرج دون التناول الصريح والفعّال للموضوع في الخطابات الصحية والإعلامية والتربوية، مما وفّر بيئة مواتية لامتداد الفيروس في ظل غياب شبه تام للحواجز الوقائية المجتمعية.

وتشير بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري (UNAIDS) إلى أن عدد المتعايشين مع الفيروس في المنطقة العربية يُقدّر بنحو 540 ألف شخص، مع تسجيل ما يقارب 200 ألف إصابة جديدة خلال سنة 2022. وتعكس هذه الأرقام حجم التحدي القائم، وتُؤكّد الحاجة الملحّة إلى تبنّي استراتيجيات فعالة تستند إلى محاور التوعية الشاملة، والتشخيص المبكر، والحد من آثار الوصم الاجتماعي المرتبط بالمرض.

وفي السياق ذاته، لم تعد الجزائر مستثناة من هذا الواقع المتفاقم. فوفقًا لبيانات "المخبر الوطني لمرض السيدا"، صرّح السيد **بوفنيسة حسان**، رئيس جمعية "تضامن إيدز"، بأن إجمالي الإصابات المسجَّلة منذ عام 1985، تاريخ تسجيل أول حالة إصابة، قد بلغ نحو 13ألف حالة، مع تسجيل زيادة سنوية تتراوح بين 800 و1000 حالة، فيما بلغت الإصابات المبلّغ عنها في سنة 2014 وحدها 1541حالة .كما تمّ تسجيل ما يقارب 260 حالة إصابة لدى أطفال، انتقل إليهم المرض عن طريق الأم (بوفنيسة، 2020).

ومع ذلك، تظل هذه الأرقام غير معبّرة بدقة عن الحجم الحقيقي للانتشار، بالنظر إلى أن عددًا كبيرًا من المصابين يجهلون حملهم للفيروس، سواء بسبب غياب الأعراض أو بفعل عاملَي التكتم والوصم. كما أن الإحصاءات الرسمية تعتمد فقط على الحالات التي تم تشخيصها، وهو ما يُخفي جزءًا مهمًّا من الواقع الوبائي. وفي هذا السياق، قدّرت "جمعية أنيس لمكافحة السيدا وترقية الصحة" عدد الأشخاص الحاملين للفيروس دون علمهم بما بين 15ألفًا و30 ألف شخص (إسكندر سوفي، 2013)، ما يبرز حجم التحدي الذي يواجه جهود الوقاية، ويزيد من خطورة استمرار انتقال المرض في المجتمع.

رغم التقدّم المحقّق في ميدان التكفل الطبي بفيروس نقص المناعة البشري/السيدا، لا يزال هذا الداء يُمثّل أحد أبرز التحديات الصحية العالمية، نظرًا لغياب علاج نهائي أو لقاح فعّال إلى اليوم. ويُعدّ **العلاج الثلاثي**، المعتمد حاليًا، والمكوَّن من توليفة من مضادات الفيروسات القهقرية(ARV) ، الأكثر شيوعًا وفعالية في السيطرة على تطوّر الفيروس، إذ يُساهم في خفض الحمل الفيروسي، وتحسين جودة حياة المتعايشين، والحدّ من خطر انتقال العدوى.

إلا أنّ فعالية هذا العلاج تظلّ مشروطة بالتزام صارم ودائم، وهو ما قد يُمثّل تحديًا كبيرًا لدى العديد من المرضى، نظرًا لتعقيد النظام العلاجي، وما قد يُرافقه من آثار جانبية وضغوط نفسية وتكاليف اقتصادية

باهظة. لذلك، وبالنظر إلى هذه المحدودية العلاجية، تبرز **التوعية الصحية** كخيار استراتيجي ووسيلة وقائية أساسية، لا بديل عنها في الوقت الراهن.

وتقوم التوعية الصحية، في جوهرها، على إكساب الأفراد معارف وسلوكيات صحية سليمة، تُساعدهم على تجنب عوامل الخطر، والتقليل من احتمالات الإصابة، أو التعامل الواعي مع المرض عند ظهوره. وفي هذا السياق، يكتسي **قطاع الشباب والرياضة** أهمية خاصة، لكونه يستهدف الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة، ويوفّر فضاءات مناسبة لتنفيذ برامج وقائية فعّالة.

ويُعدّ وجود **خلايا الإصغاء والوقاية** داخل مؤسسات هذا القطاع إطارًا وظيفيًا مناسبًا لتجسيد برامج التوعية الميدانية، حيث يُضطلع فيها **المثقفون الصحيون** بدور مركزي، يتمثّل في نقل المعلومات العلمية الدقيقة حول المرض، تصحيح المفاهيم الخاطئة، وتوجيه الشباب نحو تبنّي سلوكيات وقائية مسؤولة. وتُنفّذ هذه المهام عبر تنظيم أنشطة تحسيسية، ولقاءات توعوية، وورشات تفاعلية تعتمد أساليب تواصل تناسب اهتمامات الشباب، وتستجيب لخصوصياتهم المعرفية والاجتماعية.

ورغم تعدد هذه المبادرات، وتنوّع أدواتها ووسائطها، تُشير المعطيات الميدانية إلى **تزايد مستمر في عدد الإصابات بداء السيدا**، وهو ما يُثير تساؤلات مشروعة حول مدى نجاعة البرامج الوقائية المعتمدة داخل هذا القطاع تحديدًا. ويُمكن عزو هذا الضعف إلى جملة من الأسباب، منها: نقص التأهيل المتخصص للمثقفين الصحيين، محدودية التنسيق بين الفاعلين المؤسساتيين، غياب آليات منهجية لقياس الأثر الفعلي للتوعية، بالإضافة إلى استمرار وصم المرض وارتباطه بتمثلات اجتماعية سلبية.

وانطلاقًا من هذه المعطيات، تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فعالية برامج التوعية الصحية المنفَّذة ضمن قطاع الشباب والرياضة، من خلال تسليط الضوء على أداء المثقفين الصحيين، وتحليل مدى تأثير هذه البرامج على وعي الشباب وسلوكهم الصحي.

ومن هنا تبرز المشكلة المركزية للدراسة، والمُتمثّلة في السؤال الآتي:

ما مدى فعالية برامج التوعية الصحية المعتمدة في الجزائر ضمن قطاع الشباب والرياضة في الوقاية من داء السيدا؟

وللإجابة عن هذا التساؤل الرئيس، ارتأينا تفكيكه إلى مجموعة من التساؤلات الفرعية التي تُعالج أبعاده من زوايا مختلفة، حيث ينقسم إلى سؤالين جزئيين رئيسيين، ينبثق عن كل منهما عدد من التساؤلات الدقيقة:

السؤال الجزئي الأول:

- هل يمتلك المثقفون الصحيون رصيدًا معرفيًا كافيًا حول التوعية الصحية المتعلقة بداء السيدا؟

التساؤلات الجزئية المنبثقة عن السؤال الجزئي الأول:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير الجنس؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير السن؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير طبيعة الوظيفة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير الوضعية في الوظيفة؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير الأقدمية في الوظيفة؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير الدرجة المهنية؟

السؤال الجزئي الثاني:

- هل تُطبق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا وفق منهجية علمية؟

التساؤلات الجزئية المنبثقة عن السؤال الثاني:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير الجنس؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير السن؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير طبيعة الوظيفة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير الوضعية في الوظيفة؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير الأقدمية في الوظيفة؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعًا لمتغير الدرجة المهنية؟

ثانيا- فرضيات البحث:

1-الفرضية العامة:

- إن برامج التوعية الصحية المعتمدة في الجزائر ضمن قطاع الشباب والرياضة لا تُحقق فعالية كافية في الوقاية من داء السيدا.

2-الفرضيات الجزئية:

2-1- الفرضية الأولى:

- المثقف الصحي لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن مرض السيدا.

الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الأولى:

الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)".

الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05).

2-2- الفرضية الثانية:

- عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لم تطبق وفق منهجية علمية.

الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الثانية:

الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05)

ثالثا-مفاهيم الدراسة:

1. مفهوم الصحة:

الصحة لغة: تعني " البريء من كل عيب أو ريب فهو صحيح، أي سليم من العيوب والأمراض، والصحة في البيئة هي حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي ". (يوسف،1997، ص. 16)

وهي مشتقة من الفعل صحّ أي سليم من العلة (أبو الرب، 2003، ص. 61)

أما **اصطلاحا** فالصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، فقد حاول الكثير من العلماء إعطاءها مفهوما محددا كل حسب وجهة نظره.

حيث عرفها **بركنز Perkins** " بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم فهي عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" (أبو الرب، 2003، ص. 64).

ان الصحة حسب مفهوم **بركنز Perkins** تقتصر على الحالة الجسمية للإنسان، وهذا مفهوم ضيق فمفهوم الصحة لدى الإنسان لا يقتصر فقط على التكامل البدني أو الجسماني، بل يشمل أيضًا الجانب النفسي والجانب العقلي أو الاجتماعي وبمعنى آخر يشمل الصحة الجسمية والصحة العقلية والصحة النفسية للإنسان .

أما **وينسلو Winslow** فقد عرف الصحة بأنها "علم وفن منع المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة وكفاءتها" (عبد الهادي،2002، ص. 104)

فلابد أن يكون الفرد نفسه مزودًا بالقدر المناسب من الثقافة الصحية التي تمكنه من إدراك ما يهدده من الأخطار الصحية، كما لابد أن يلعب دورًا فعالا في مقاومة المرض وفي علاجه وأن يكيف سلوكه ويغير من عاداته وأساليب سلوكه بما يحافظ على صحته.

أما **الموسوعة العربية العالمية**، فقد عرفت الصحة بأنها "حالة الإنسان الخالية من الأمراض، كما تعني الراحة النفسية والعقلية والاجتماعية، والإنسان الصحيح هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وذو نظرة واقعية للحياة، ويتعامل مع غيره من الناس بصورة جيدة. وتساعد الصحة الجيدة الناس على الاستمتاع بالحياة، وتهيئ لهم الفرص للوصول إلى أهدافهم في الحياة بصورة كاملة" (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص53).

وهذا المفهوم أي مفهوم **الموسوعة العربية العالمية** (ينطبق تقريبا على تعريف **منظمة الصحة العالمية(O M S)** والتي تعتبر الصحة أنها "حالة كاملة من السلامة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز أو الضعف "(يوسف، 1997، ص.17).

إذا يؤكد التعريفان الأخيران على وجه الخصوص ارتباط الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الإنسان، وأن المرض أو الألم ليس فقط الدليل الوحيد على عدم الصحة، وإنما يجب أن يكون هناك تكامل سليم بين مكونات شخصية الإنسان، وهي الحالة الجسمية العقلية والنفسية والاجتماعية، والدليل على هذا التكامل هو أداء الإنسان لأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل صورة، فالصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى. كما يقول المثل العربي.

فالصحة الجسمية أو البدنية تعني خلو أجهزة البدن من المرض أو العاهة وهي أن تؤدي جميع الأعضاء الجسمية في الإنسان دورها بصورة طبيعية بالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى ولا يكون ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة.

أما الصحة العقلية فتعني قدرة الفرد على القيام بالعمليات العقلية السليمة كالتفكير والإدراك والتخيل والتقدير للمسؤولية وتحملها أو قدرة الفرد على التحصيل والاستيعاب ثم التركيز والخلق والابتكار.

أما الصحة النفسية فتعني قدرة الفرد على التكيف السليم مع نفسه ومع أفراد المجتمع، والتكيف السليم يتضمن إرضاء حاجات الفرد ودوافعه في إطار الوقائع البيئية التي يعيش في وسطها فللفرد حاجات

ودوافع وأهداف في الحياة يسعى إلى تحقيقها، وتحقيقها يرضيه ويسعده. فيعيش الإنسان مع نفسه في أمن ويتمتع بالاستقرار الداخلي والقدرة على التوفيق بين رغباته وأهدافه.

والصحة الاجتماعية: هي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس وأن يكون له دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة.

فعقل الفرد وبدنه ومجتمعه الذي يعيش فيه يكونون وحدة واحدة متكاملة يؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به، فكثير من الأمراض البدنية تسببها بعض المشاكل والاضطرابات النفسية، كما أن الأمراض بشكل عام واعتلال الصحة بشكل خاص تقعد الفرد وتمنعه من الكسب وتؤثر في سعادته وفي استقراره النفسي، فالفرد الذي يتمتع بالصحة هو كل من كان صحيح البدن، خاليًا من المرض أو العجز، قادرًا على التعلم واكتساب الخبرات والعمل والإنتاج، وفي نفس الوقت متمتعًا بالاستقرار النفسي، ويستطيع أن يتحمل تبعات الحياة ويواجه مصاعبها ومتطلباتها، ويكون قادرًا على التعامل مع الآخرين وكسب صداقتهم ومحبتهم والتأثير فيهم، عارفًا بمسؤولياته متمتعًا بحقوقه .فاكتمال صحة الفرد البدنية والنفسية والاجتماعية أو العقلية يصبح عام لا مؤثرًا في تقدم المجتمع ورفاهيته.

فالصحة هي حالة من السلامة والتوازن النسبي سواء كان خاص بصحة الفرد أو صحة المجتمع، وهي لا تشمل الخلو من المرض وإنما الصحة تشتمل الجانب الجسمي والنفسي والاجتماعي للفرد والمجتمع على حد سواء.

2.مفهوم الوعي الصحي:

الوعي لغة يعني الحفظ والتعلم، فوعى الحديث يعيه وعيا أي حفظه، وأذن واعية أي "مدركة وصاغية" (العيسوي، د ت، ص.132).

وبذلك فان مفهوم الوعي الصحي لغة: يعني حفظ وتعلم وإدراك المعارف الصحية.

أما من الناحية الاصطلاحية:

فإن مفهوم **الوعي** مفهوم قديم قدم الفلسفة ذاتها، فالفلسفة كموضوع بدأت حيث أثار الفلاسفة مشكلة العلاقة بين الفكر والمادة (الوعي والوجود) ، فمنذ **هرقليطس وديمقراطيس**، ومنذ **ماركس وفيبر**، وحتى **ماركيوز ولوكاتش**، مازالت القضية تناقش على هذا الحال، أيهما أسبق الوعي أم الوجود؟ بغض النظر عن الإسهامات العديدة عبر هذه القرون في حسم هذا النزاع فإن موقف الفيلسوف نفسه يتحدد وفقا لما يقدمه من تفسير لهذه القضية بأسبقية أحدهما عن الآخر. (عوفي،1993 ، ص. 08)

ولهذا المصطلح في الفلسفة معاني متعددة تشير إلى حالات خاصة من الوعي ودرجاته فالوعي في رأي الرواقيين "حاسة باطنة تدرك النفس بها توافراها يعني (وجودها)"، في حين يرى القديس **ليبتز (L'yptese)** "أن الوعي هو إدراك شيء ما أو معرفته"، و كان « **ليبتز » أول** من ميز بين الوعي واللاوعي، ذلك أن الإدراكات البسيطة غير الواعية تصبح بالتراكم تجمعات إدراكية واعية. أما **علماء الفسيولوجيا** فإنهم يرون الوعي، وظيفة لخلايا المخ سواء كانت خاصة به أو بمجموعة من الخلايا المخية أو للدفعات العصبية البسيطة " (عوفي،1993، ص.09)

فالوعي حسب قاموس" (Le petit Larousse- grand Format) :

"الوعي هو إحساس (إدراك)، معرفة واضحة أو قليلة الوضوح التي يمتلكها شخص ما حول .نفسه والعالم الخارجي". (Le petit la rousse, 2001,p 250)

وبذلك فإن الوعي الصحي من الناحية الاصطلاحية:

يعني"جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة، والفعالة .للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية." (مخلوف، 1991، ص.192)

أي إدراك للمعارف والحقائق الصحية والأهداف الصحية للسلوك الصحي فهو " عملية إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الصحية المحيطة، وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع" (الجوهري وآخرون، 1992، ص. 290).

فالوعي الصحي يؤدي إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفى ما لهذا من أثر طيب في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة، كذلك فإن تمتع الفرد بالصحة الجيدة يجعله أقدر على الإنتاج، وتؤدي وفرة الإنتاج إلى الرخاء الاقتصادي والرفاهية الاجتماعية، ومن هذا المنطلق فإن ما ينفق على برامج التوعية الصحية يعتبر من قبيل الاستثمار الاقتصادي الجيد، ذلك لأنه على قدر ما ينفق المجتمع من المال العام على برامج التوعية ووسائل نشر الوعي الصحي على قدر ما يرتد ذلك عليه على شكل ثروة بشرية ثمينة وغالية يناط بها أعباء الإنتاج ومسؤولية الخدمات في المجتمع.

المفهوم الاجرائي للوعي الصحي:

الوعي الصحي هو إلمام الفرد بمعلومات أساسية عن الصحة الجسمية منها، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية، والبيئية.

3.مفهوم التوعية الصحية:

ان مصطلح التوعية اوسع واشمل من مصطلح الوعي، **فالتوعية** هي "إيجاد الوعي وإكسابه للأفراد والجماعات، لحملهم على الاقتناع بفكرة معينة أو رأي معين، واتخاذ منهج سلوكي معين بقصد تحقيق نتائج يهدف إليها القائم بالتوعية" (بوجلال،1990، ص.04)

والتوعية الصحية كلمة يقابلها في اللغة الفرنسية،« éducation sanitaire » ؛ وفي اللغة الانجليزية « health éducation » ويستخدم في اللغة العربية في بعض الأحيان كلمة **التربية الصحية أو التثقيف الصحي** لدلالة على العملية نفسها.

ويشير هذا المصطلح في **معجم المصطلحات التربوية المعرفية:** على قدر من المعارف والآراء والاتجاهات، التي تقدم للطلبة في مجال الصحة العامة، وتساعد على إدراك السلوكيات والعادات الصحية السليمة، التي يواجهها المجتمع، مع المشاركة الفعالة والنشطة في حلها. (جمل، واخرون، 2008، ص 156)

لقد حصر **معجم المصطلحات التربوية المعرفية،** مفهوم التوعية الصحية في المجال التربوي فقط. بمعنى انه كمية من المعلومات، الآراء، والاتجاهات المتعلقة بمجال الصحة العامة. تقدم للطلبة فقط، في حين أن الجميع يحتاج إلى التوعية الصحية كباراً وصغاراً، رجالاً ونساء، الأمي والمتعلم. لأنها تعمل على تحسين الوعي الصحي ورفع مستوى اهتمام الأفراد بصحتهم.

فالتوعية الصحية عملية تعليمية تزود الناس بالمعرفة اللازمة حول الصحة ومحدداتها والمرض وإيكولوجيا المرض والمظاهر المرضية، وأساليب المعالجة والوقاية، وتسعى لتعزيز المواقف الإيجابية تجاه الصحة والسلوكيات الصحية السليمة، ويمكن أن تقود لاكتساب الممارسات الصحية. فهي بالأساس عملية إعلامية هدفها حث الناس على تبني نمط حياة وممارسة صحية سليمة.

فعند قيامنا بعملية التوعية الصحية غالبا ما نهتم بتعزيز السلوك الصحي السوي. وإكساب الناس معارف صحية حول مختلف مواضيع الصحة، أي نركز اهتمامنا على عينة الأفراد الذين تنقصهم المعرفة اللازمة حول الصحة؛ وغالبا ما نتناسى تشجيع الأفراد على الاستمرار في إتباع السلوك الصحي السليم الذي له أهميته أيضا في عملية التوعية الصحية. فعملية التوعية الصحية تتعدى حدود إبلاغ الناس، وإخبارهم بضرورة إتباع حياة وممارسة صحية سليمة فقط. وليست مجرد تقديم المعلومات حول الصحة، بل تتعدى ذلك إلى استخدام تقنيات مختلفة من اجل الوصول إلى الممارسات صحية سليمة، وإلى عادات تؤدى بلا شعور، نتيجة كثرة التكرار.

وتعرف التوعية الصحية أيضا بأنها "ترجمة لما هو معروف ومألوف عن الصحة، فيما يتعلق بالصحة التامة، للفرد أو بسلوك الجماعة عن طريق العملية التنفيذية أو التعليمية". (مخلوف، 1991، ص.191).

واستنادا إلى هذا التعريف فإن التوعية الصحية تتضمن:

- معلومات صحية أساسية "رصيد معرفي صحي".
- عملية لها أهداف صحية من أجل تحقيق سلوك صحي، أي لها أسس عملية.
- عملية تعليمية من أجل تحقيق هذه الأهداف، أي لها أسس علمية.

وتعتبر التوعية الصحية الوسيلة الفعالة، والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع وتعتمد عملية التوعية الصحية على أسس **علمية وعملية** لما لها من دور في رفع مستوى صحة الفرد والمجتمع، لذلك لقيت هذه العملية اهتمامات متزايدة من الأطباء والعلماء المحدثين، والتوعية الصحية هي احدى الفروع الرئيسية، ومجال هام من مجالات الصحة العامة، وهي لا تعني مجرد انتشار المعلومات الصحية المتضمنة في محاضرة أو في حملة تحسيسية، وإنما تهدف هذه العملية إلى تغيير العادات والاتجاهات والمفاهيم والممارسات الصحية غير السوية، وتعزيز الممارسات والعادات الصحية السوية وقد تطور مفهوم التوعية الصحية عبر المراحل التاريخية المختلفة حسب آراء الناس، ومفاهيمهم عن الصحة والمرض، فأصبحت أكثر شمولا.

فالتوعية الصحية هي "الجانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية". (مخلوف، 1991، ص. 192)

- المفهوم الإجرائي:

"هو الفعل الذي نصل بموجبه إلى الوعي صحي حول السيدا". اي هي العمليات التحسيسية التي تقوم بها خلايا الاصغاء والوقاية للوقاية من مرض السيدا

4- المثقف الصحي:

التعريف اللغوي:

يُشتقّ مصطلح "المثقف" من الجذر العربي (ث–ق–ف) الذي يدلّ على الفهم والتعلّم. ويُقال: "ثَقِفَ الشيءَ" أي تعلّمه وأتقنه، و"ثَقِفَ الشخص" أي أصبح فطنًا وواعيًا. أما "الصحي" فهو ما يتعلق بالصحة، أي حالة السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية (ابن منظور، 2003).

التعريف الاصطلاحي:

يُعرّف "المثقف الصحي" على أنه الفرد المؤهل لتقديم المعلومات والمعارف الصحية ونقلها إلى فئات المجتمع بهدف تعزيز الوعي الصحي والوقاية من الأمراض، باستخدام وسائل تعليمية وتواصلية فعالة (منظمة الصحة العالمية، 2009). وتُعدّ وظيفة التثقيف الصحي أحد المحاور الأساسية في الرعاية الصحية الأولية، حيث يلعب المثقف الصحي دورًا محوريًا في تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات صحية مستنيرة.(WHO, 2009)

المفهوم الإجرائي في الدراسة: يُقصد بالمثقف الصحي في هذه الدراسة:

كل موظف أو إطار تابع لقطاع الشباب والرياضة في الجزائر، يتولّى تنفيذ مهام التوعية الصحية عبر خلايا الإصغاء والوقاية، خصوصًا في مجال الوقاية من داء السيدا.

ويُقاس دور المثقف الصحي من خلال مؤشرين رئيسيين:

- مستوى الرصيد المعرفي حول داء السيدا.

مدى الالتزام بمنهجية علمية في تطبيق التوعية الصحية

5- الرصيد المعرفي:

الرصيد لغة يعني الرقيب، ورصيد المال هو المقدار المودع في الحساب الجاري لكل شخص بالمصالح المالية؛ وفي لغة التجار هو ما يبقى بعد إسقاط الأقل من الأكثر. (البستاني، 1993، ص. 337) أما **المعرفة** لغة حسب "**ليهر K.LHRER**" من كلمة يعرف " **KNOW** " في اللغة الإنجليزية، تعني؛ امتلاك صورة معينة من القدرة على عمل شيء ما، المعرفة باللقاء والاطلاع أو الاتصال المباشر. ويبدو من تشابه المعاني لكلمة " **معرفة** " بين اللغة العربية واللغة الإنجليزية إذ أنها تدور في مجملها حول **الإدراك والفهم**. (دخلي، 2010، ص. 12).

أما من الناحية **الاصطلاحية**؛ حسب **رزقي نعيمة** هي"حصيلة الامتزاج الخفي، بين المعلومة، والخبرة، والمدركات الحسية، والقدرة على الحكم. والمعلومات وسيط لاكتساب المعرفة ضمن وسائل عديدة كالحدس، والتخمين، والممارسة الفعلية." (رزقي،2003، ص. 275). وتتحدد أيضا على أنها "مجموعة من المعاني، والمفاهيم، والمعتقدات، والأحكام، والتصورات الفكرية التي تتكون لدى الإنسان نتيجة لمحاولاته المتكررة لفهم الظواهر والأشياء المحيطة به". (الباسط، 1971، ص. 81).

كما يحددها **جورج غورفيتش، Georges gorwitech** على أنها: "حصيلة الحقائق والأفكار والمعتقدات والمعاني والرموز التي تتكون لدى الفرد من خلال واقع البيئة الطبيعية والثقافية التي تحيط به ككل." (غروفيتش، 1981، ص. 42).

فالرصيد المعرفي حسب "**رزقي نعيمة حسن جبر**" انه حصيلة امتزاج بعض المعلومات والخبرات والمدركات الحسية. ويمكن للمعرفة أن تسجل في وسائل عديدة مثل أدمغة الأفراد أو يتم تخزينها في وثائق المجتمع، وتنتشر عبر المجتمع ومنظماته من خلال الحدس والتخمين والممارسة

إن هذا المفهوم يقترب كثيرا من المفهوم الذي قدمه "**فوكو**" حيث اعتبرها شبكة مفهوميه تتضمن كل الأنماط المعرفية في حقبة زمنية معينة. وكل هذه المفاهيم تتفق على أن الرصيد المعرفي هو كمية

المعلومات والمعارف الدينية والاقتصادية والاجتماعية فهي الإحاطة بالعلم بموضوع ضمن محيط الفرد وتتحصل عليها عن طريق الحواس، الخبرات، المحاولة والخطأ، أو عن طريق الاستقراء والاستنباط.

- المفهوم الإجرائي:

امتلاك معلومات كافية حول داء السيدا وبذلك نكون مؤهلون لتوعية الشباب من هذا المرض.

6-.مفهوم السيـدا:

السيدا SIDA مصطلح فرنسي مكون من الحروف الأولى لعدة كلمات والتي تعني:

S:SYNDROME أي مجموعة أعراض التي تصاحب وجود مرض ما.

I: IMMUNE أي المقاومة أو الحماية ضد الأمراض.

D:DEFICIENCE أي عدم وجود القوة الوقائية للجسم.

A: AQUISE المكتسبة. (Lacombe et AL, P 18).

ويقابله في اللغة العربية " **متلازمة العوز المناعي المكتسب** "

ويرجع ظهوره لأول مرة في تاريخ الطب إلى جوان سنة 1981، "بأطلنطا" بالولايات المتحدة الأمريكية، بالرغم من وجود عدة مؤشرات تدل أن ظهوره يرجع إلى سنة 1979.

أما في عام 1983، تمكنت مجموعة من الباحثين بمعهد باستور بباريس من التعرف على الفيروس المسبب لهذا المرض، وأطلقوا عليه اسم "LAV"أ ي"Lympho-Adenophoty-Associatel-Virus" أي "الفيروس المسبب لاعتدال العقد اللمفاوية" هؤلاء الأطباء هم "**باري**" "**سينوزي**" ومساعدهم، وفي سنة 1984، تمكنت مجموعة أخرى من الباحثين بالمعهد الوطني لسرطان بأمريكا وعلى رأسهم العالم " **روبرت غالوا**"، من اكتشاف نوع أخر من الفيروسات المسبب لهذا المرض. وأطلق عليه اسم " HTLV3" أي "Human-

tcell-lymphotrophie-virus-type 3" أي "الفيروس المسبب لإبياض الدم الإنساني من خلايا T " ومعناه أيضا " الفيروس البشري التائي لانحياز الثالث".

أما في سنة 1986، تم توحيد الاسمين السابقين في اسم VIH. وهو اختصار ل:

Virus ; V

Immunodéficience ; I

Humaine ; H (دخلي، 2010، ص. 18).

وفي اللغة العربية " **فيروس نقص المناعة البشرية**" وهو نوع خاص من الفيروسات، يدعى فيروسا تقهقريا "retrovirus"، وهو يصنع نسخا من نفسه بطريقة مختلفة عما تفعله معظم الفيروسات، لذلك يصعب معالجته، وتواجه دفاعات الجسم صعوبات في مواجهته لأنه يجيد الاختباء في خلايا الجهاز المناعي، وهي الخلايا التي تستخدم للدفاع عن الجسم، وهكذا لا يعود جهاز المناعة الذي أصابه الضعف قادرا على محاربة مختلف الأمراض.

فهو فيروس خطير، حيث أن الشخص عندما يحمل فيروس نقص المناعة البشرية، لا تظهر عليه أية علامة مرضية، ومن الممكن أن تدوم هذه الحالة عدة سنوات دون أن يشك الشخص انه مصاب، ويكون نسبيا في صحة جيدة، والأخطر من ذلك انه يصبح بإمكانه نقل الفيروس لأشخاص آخرين دون علمه وعلمهم.

رابعا-عرض الدراسات السابقة ومناقشتها:

يسعى كل باحث إلى محاولة إجراء مقاربات نظرية لدراسته، محاولا بذلك إكساب موضوع بحثه جانبا من العلمية، وتوضيحه في ظل قواعد نظرية، فهو بذلك يحاول إبراز مدى اقتراب موضوع دراسته من أهم النظريات التي حاولت تفسير أهم الظواهر الاجتماعية. والدراسات السابقة لا تقل أهمية عن المقاربات النظرية فهي تساعد الباحث في دراسته من خلال الاستعانة بالتقنيات والمناهج والاستفادة من النتائج التي

تم التوصل إليها، فهي بذلك تسهل على الباحث عناء الجهد والوقت الذي سوف يستغرقه في البحث عن أهم النتائج التي تتماشى مع موضوع دراسته، فنمو المعرفة وتشعبها يفرض على الباحث عندما يفكر في القيام بأية دراسة أو بحث الاقتناع بأن عمله هذا عبارة عن حلقة متصلة بمحاولات كثيرة، فكل عمل علمي من هذا القبيل لابد وأن تكون قد سبقته جهود أخرى مجسدة في شكل دراسات سابقة، حيث يؤدي إطلاع الباحث على هذه الدراسات حول موضوع بحثه إلى التوصل إلى العلاقات الأساسية أو ما يبحث عنه من بيانات تساعده على تفسير الظاهرة التي حيرته.

ولكن قد يشح أو يقل التراث الإنساني بما فيه الدراسات السابقة، وهنا تواجه الباحث صعوبات كثيرة أثناء إجراء الأبحاث العلمية بسبب عدم توفر أو نقص نوع معين من الدراسات في المشكلة التي يقوم البحث فيها أو المماثلة لها، وينتج هذا عادة بسبب عدم توفرها في أماكن محدودة. وهذا من بين اهم الصعوبات التي وجدناها في رحلة بحثنا حول موضوع **واقع التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر**.

وفيما يأتي سنبرز أهم الدراسات السابقة التي تناولها بحثنا أو مست جانبا منه.

1.دراسات جزائرية:

1.1. دراسة نبيلة بوخبزة (1995):

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان "**الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر**"، حيث هدفت إلى معرفة مدى تفشي الظواهر الصحية السلبية، ومعرفة الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية للوقاية منها، كما هدفت إلى التعرف على مدى مساهمة الحملات الإعلانية في توعية الجمهور من مخاطر الأمراض وتقييم نجاح أو فشل عملية الاتصال الاجتماعي في الجزائر.

- استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي، ولجمع البيانات والمعطيات اللازمة قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية بسيطة تمثلت في 150 مفردة.

- اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات أهمها، الاستبيان والاستقصاء، كما استعملت تقنية المقابلة خاصة مع الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم 45 سنة، وذوي المستوى التعليمي المنخفض في مراكز صحية في المستشفيات، كما قامت بإجراء زيارات لبعض المنازل.
- توصلت الباحثة الى:

أن الومضات الإعلانية الخاصة بالصحة لم تكن ناجحة إلى حد ما، بحيث حكم عليها المبحوثين على أنها متوسطة نتيجة النقائص التي ميزتها من حيث شكلها ومضمونها (الناحية الفنية والجمالية) والاستمرارية، والتوقيت وحتى اللغة، لتحسين الاستيعاب والحجج.

- غياب تام لدراسات مسبقة للجمهور المستهدف، لان معرفة الجمهور أول خطوة للتخطيط إلى حملة إعلامية.
- غياب سياسة واضحة في مجال الاتصال الاجتماعي الصحي.
- كما أنها تكتفي بحملات توعوية قصيرة المدى، مما يستدعي توسع نشاطاتها بإعداد وسائل موسعة تشرح فيها للناس أخطار بعض السلوكيات الضارة بالصحة، من خلال زيادة حصص البرامج التوعوية في التلفاز والراديو والصحف والمجلات بالإضافة إلى رفع مساهمة المؤسسات التربوية في مجال التثقيف الصحي .كما توصلت الى ان الاتصال الشخصي له دور كبير في نشر المعارف الصحية، وله قدرة إقناعيه أكثر من التلفاز. (بوخبزة،1995)

2.1. دراسة مالك شعباني (2006):

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان "**دور الاذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي: دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة**"، حيث هدفت هذه الدراسة الى معرفة حجم اهتمام الإذاعة المحلية بالقضايا الصحية، وتحديد نوع المشكلات والقضايا التي تطرحها وتتناولها بالنقاش من خلال حصصها وبرامجها الصحية المختلفة.

- استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الإحصائي والمقارن، وتمثل في طلبة كل من جامعتي قسنطينة وبسكرة، وقد ضمت عينة الدراسة 293 طالب تم اختيارهم عن طريق عينة طبقية متعددة المراحل آخذا في اعتباره التخصصات الموجودة وكذا السنوات.
- تمثلت أدوات الدراسة في مقابلة غير مقننة، مقابلة مقننة، والاستمارة.
- وقد أسفرت نتائج الدراسة على:
- أن الإذاعة المحلية سيرتا والزيبان تولي أهمية معتبرة للمواضيع الصحية .
- تقدم الإذاعة المحلية سيرتا والزيبان برامج صحية شاملة لمختلف الأمراض تتضمن نصائح وإرشادات وقائية وعلاجية لمستمعيها.
- تساهم الإذاعة المحلية سيرتا والزيبان في تكوين ثقافة صحية لدى مستمعيها .
- تؤدي الإذاعة المحلية سيرتا والزيبان دورا هاما في التأثير على سلوك مستمعيها .لتشكيل الوعي الصحي.
- أن نسبة الاستجابة والاستفادة من النصائح الطبية التي تقدمها البرامج الصحية بإذاعة الزيبان أكبر منها بإذاعة سيرتا. (شعباني، 2006).

3.1. دراسة فاتن دخلي (2009):

تناولت موضوع " **فاعلية الارشاد الجماعي في التثقيف الصحي حول داء السيدا**"، وهدفت هذه الدراسة الى معرفة فعالية الإرشاد الجماعي في زيادة الرصيد المعرفي عن السيدا، وقدرته في اكتساب سلوكيات صحية تقي من السيدا، ومدى فعاليته في تغيير الإدراك الاجتماعي عن المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/السيدا.

- وقد تم استخدام المنهج شبه تجريبي، على عينة طبقية تقدر 80 طالبة من الإقامة الجامعية بنات.
- وذلك من خلال بناء برنامج إرشادي جماعي موضوعه يدور حول السيدا، وتجريبه على عينة من الطلبة ثم قياس مدى فعاليته في التوعية الصحية من خلال استمارة "قبلية" أي قبل تقديم البرنامج، وأخرى "بعدية " أي بعد تقديم البرنامج، إضافة إلى الاستعانة بالملاحظة والمقابلة الشخصية، كتقنيات لجمع البيانات.
- توصلت الدراسة إلى نتائج مهمة تتمثل في:

- أن الارشاد الجماعي له فعالية كبيرة جدا في زيادة الرصيد المعرفي حول السيدا.
- أن الارشاد الجماعي له فعالية كبيرة في تغيير الأحكام المسبقة التي تؤدي إلى وصم المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري.
- أن الارشاد الجماعي له فعالية كبيرة في إكساب سلوكيات صحية تقي من فيروس السيد.

وعليه فإن الإرشاد الجماعي فعال في التثقيف الصحي حول داء فقدان المناعة المكتسبة "السيدا" (دخلي،2009)

2- **الدراسات العربية:**

1.2. دراسة حنان حسن الكسواني (2007):

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان "**دور الصحافة الأردنية اليومية في التوعية الصحية**"، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور الصحف الأردنية اليومية "الرأي والغد والدستور" في التوعية الصحية، وفيما إذا كان من ضمن أولويات هذه الصحف وضع أجندة إعلامية واضحة وهادفة تتعلق بالموضوعات الصحية

- وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام أداة تحليل المضمون، وتم تطبيق الأداة بتحليل عينة مكونة من 69 عددا من الصحف اليومية الثلاث التي صدرت عام 2007. لغاية تحليل البيانات، وقد تم استخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة وهي "التكرارات والنسب المئوية واختبار كاي تربيع"
- توصلت الدراسة إلى أن الاهتمام بالمواضيع الصحية في الصحف اليومية الأردنية قد تزايد بشكل ملحوظ بعد بدء حملات التوعية الخاصة بمكافحة الأمراض السارية وغير السارية، إلى جانب زيادة الاهتمام بموضوعات الصحة الإنجابية وصحة المرأة والطفل والغذاء والدواء. إضافة إلى ذلك، أشارت نتائج الدراسة إلى غياب برنامج واضح لدى الصحف اليومية الأردنية في تغطية الموضوعات الصحية، علما بأن الموضوعات الصحية الوقائية حصلت على أعلى معدلات تغطية بين الموضوعات الأخرى. وأشارت نتائج الدراسة أيضا إلى تراجع دور وكالة الأنباء الأردنية "**بترا**" كمصدر لأخبار الصحف اليومية مقارنة مع ما كانت قد خلصت إليه دراسات سابقة بهذا الخصوص، في الوقت الذي احتلت فيه وكالات الأنباء العالمية العربية والأجنبية المرتبة الأولى في مصادر الأخبار خلال سنة الدراسة ومع ذلك دلت نتائج هذه الدراسة على تقدم جريدة الغد على زميلاتها الأخريات، وذلك جراء حرصها على نشر صفحة يومية للموضوعات الصحية. (الكسواني،2007).

2.2. دراسة أحمد ريان عمر باريان (2013):

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان: "**دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض**". هدفت الى التعرف على دور الوسائل الإعلامية في التثقيف الصحي للمرأة السعودية. قد اختار الباحث أحياء مدينة الرياض حسب تقسيمها الجغرافي المعتمد من أمانة مدينة الرياض كمكان لتطبيق الدراسة الميدانية من أجل التعرف على هذه الوسائل الإعلامية كمصادر للتثقيف الصحي لديها ومدى متابعتها والاستفادة منها والعلاقة بين مدى الاستخدام ومستوى الوعي الصحي لديها واتجاهاتها لهذا الدور في عملية التثقيف الصحي والعلاقة بين المتغيرات الديموغرافية بالثقافة الصحية والاستخدام لهذه الوسائل.

*تنتمي هذه الدراسة إلى مجال الدراسات الوصفية اما مجتمع الدراسة فقد شملت النساء السعوديات بمدينة الرياض، حيث اختار الباحث عينة ممثلة لأحياء مدينة الرياض "**أحياء راقية ، أحياء متوسطة ، أحياء شعبية**" وفقا لمستوى ارتفاع أو انخفاض تكلفة ونوع السكن بحيث مثل كل نوع بحي واحد وبهذا يكون عدد الأحياء التي جرت فيها الدراسة ثلاثة 03 أحياء ، وقام الباحث بإجراء الدراسة الميدانية على عينة عشوائية من كل حي قوامها " 150 امرأة "، وبهذا يكون إجمالي عدد من جرت عليهن الدراسة أربعمائة وخمسين 450 امرأًة سعودية الجنسية.

- نظرا لطبيعة المنهج المستخدم في هذه الدراسة فقد تم الاعتماد على الاستبانة كأداة لجمع البيانات المتعلقة بالبحث بما يتناسب مع الخصائص الاجتماعية والثقافية لعينة الدراسة.
- توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج من أهمها:

عند ترتيب مصادر التثقيف الصحي كما تراه المرأة السعودية جاءت:

المجلات الطبية في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية التلفزيون بأنواعه، وفي المرتبة الثالثة الصحافة، ثم الإذاعة، ثم الإنترنت والفيديو.

فيما يتعلق بمدى المتابعة لوسائل الإعلام جاءت متابعة الصحف في المرتبة الأولى ثم التلفزيون ثم المجلات الصحية، ومن حيث مستوى متابعة مواد التثقيف الصحي بين المواد الإعلامية الأخرى جاءت الموضة والمطبخ أكثر المواد الإعلامية متابعة وفي المرتبة الثانية الأخبار الفنية، وفي المرتبة الثالثة الإعلانات، وفي المرتبة الرابعة البرامج المنوعة، وفي المرتبة الخامسة الأخبار الصحية.

وجود اختلاف في الاستفادة من وسائل الإعلام في مجال التثقيف الصحي بين وسيلة إعلامية وأخرى وأن هناك عددا من القيم الصحية التي تمت الاستفادة من وسائل الإعلام في نشرها من خلال التوعية الصحية.

من حيث مجالات الإشباع المتحقق من متابعة وسائل الإعلام في مجال التثقيف الصحي جاء التنبه لخطورة أمراض الأطفال في المرتبة الأولى، ثم مجال توعية الأطفال في المرتبة الثانية ثم فهم الإسعافات الأولية في المرتبة الثالثة وقد حققت جميعها نسبة عالية جدا من الإشباع.

وجود علاقة بين استخدام مصادر التثقيف الصحي وزيادة الوعي الصحي للمرأة السعودية حيث وجد أنه كلما زادت متابعة مصادر التثقيف الصحي زاد الوعي الصحي لديها.

فيما يتعلق برأي واتجاهات المرأة السعودية لدور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي جاءت المجلات الطبية في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية التلفزيون السعودي، وفي المرتبة الثالثة الصحافة السعودية، وفي المرتبة الرابعة الفيديو، وفي المرتبة الخامسة الإذاعة السعودية (باريان، 2013).

3.2. دراسة مصعب عبد السلام المعايطة(2013):

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان " **دور التلفزيون الأردني في التثقيف الصحي: دراسة في برنامج صحتك بالدنيا**"، بجامعة البتراء، الأردن. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور التلفزيون الأردني في التثقيف الصحي، وهذا من خلال التعرف على مدى متابعة الجمهور الأردني لبرنامج "**صحتك بالدنيا**" بغاية

التثقيف الصحي، ومدى استفادته من مختلف المعلومات الصحية المقدمة، وأيضا حسب تأثير هذا البرنامج على مستوى الوعي الصحي لدى أفراد العينة.

- تنتمي هذه الدراسة إلى مجال الدراسات الوصفية التي تعتمد على استخدام منهج المسح بالعينة على الأسر الأردنية بالعاصمة عمان، حيث تم اختيار عينة ممثلة لمجتمع الدراسة تقدر ب 450 مفردة.
- لتحقيق هذا الغرض قام الباحث بتصميم استبانة التي تم توزيعها على أفراد العينة.
- أظهرت نتائج هذا البحث أن للتلفزيون الأردني دورا فعالا في التثقيف الصحي، بحيث يتابع أغلب أفراد العينة برنامج صحتك بدنيا لغايات التثقيف الصحي، كما اتضح أن البرنامج له دور في رفع الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع، وهذا يعود إلى أن البرنامج يستضيف أطباء مختصين بالقضايا التي يناقشها مما يشجع المواطنين على الاتصال والاستفادة من خبرات هؤلاء الأطباء. كما تبين أن أفراد عينة الدراسة يثقون في مستوى مصداقية المعلومات الصحية التي تطرح في البرنامج. (المعايطة،2013).

3.الدراسات الأجنبية:

1.3.دراسة ريجان وكولنز Regan et Collins (1999):

دراسة بعنوان" **مصادر معلومات العناية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية**" وقد هدفت هذه الدراسة الى الكشف ومقارنة اهمية وسائل الاتصال الجماهيري ووسائل الاتصال الشخصي من حيث تزويد أفراد المجتمع بمعلومات صحية محددة.

- اتبع البحثان في هذه الدراسة المنهج الوصفي، وتم اختيار عينة عشوائية بلغت 219 شخصا، وشملت منطقة الدراسة ثلاث مستشفيات ومحطتي تلفزيون عامة وستة محطات إذاعية وتجارية، ومحطتي إذاعة عامة، بالإضافة إلى صحفيتين يوميتين.
- وقد توصلت الدراسة إلى صحة فرضية الباحثان حيث جاء الأطباء في المركز الأول 44 % كأهم مصدر للمعلومات حول خدمات المستشفيات ثم الأصدقاء والجيران 19% ، ثم جاءت الصحف وبقية المصادر الاتصالية في المراكز الأخرى، وأن وسائل الإعلام كالإذاعة والتلفزيون لم يعتمد عليها كمصادر للمعلومات حول أساليب العناية الصحية سوى فئة قليلة من المبحوثين تقل عن 10% من مجموع العينة. وعلى ذلك تم استبعادها من التحليل، وأن مصادر الاتصال الشخصي تعد من المصادر الرئيسية للحصول على معلومات محددة تتعلق بأحوالهم الصحية وتأتي الصحف في المرتبة الثانية من حيث الأهمية. (مصعب عبد السلام المعايطة، 2013، ص 63).

2.3. دراسة دور روز كارن Door Roose Karin (2009):

دراسة حول "**تقييم دور المحاضرات في التوعية الصحية بالمراكز الصحية في "رواندا**"، تدور في مجملها حول مشكلة الامراض المرتبطة بالجهل والفقر، خاصة وأن الاحصائيات تؤكد أن هذين المتغيرين اي الجهل والفقر لهما الدور الاساسي في المرض والموت في مدينة رواندا، وتهدف إلى تشجيع السلطات المعنية على التوعية الصحية لأفراد المجتمع لتغيير العادات والسلوكيات غير الصحية وزيادة الوعي الصحي لخفض انتشار الامراض.

- اعتمدت الدراسة على وسائل مختلفة متل توزيع المطويات، المعارض، والمحاضرات هذه الأدوات هي الاكثر انتشارا واستخداما بالمراكز الصحية الموجودة في هذه المدينة. ويقوم بتقديمها المثقف

الصحي "وهو إطار بهذه المراكز" حيث يقوم بتنظيم دورات عدة مرات في الأسبوع، يكون موضوعها حول مرض أو موضوع صحي محدد.

- اعتمدت الدراسة على المنهج شبه تجريبي، طبق على عينة عشوائية من اربعة 04 مراكز صحية بمدينة رواندا.

خلصت الدراسة الى ان:

- المحاضرات المطبقة بالمراكز الصحية الاربعة بمدينة روندا لا تساهم في تغيير السلوكيات غير الصحية، بل تزيد فقط في المعلومات الصحية للفرد حول الصحة والمرض.
- كما تبين أن عدد الاطارات التي أسندت إليهم مهمة التوعية الصحية بهذه المراكز قليل وغير كاف خاصة وان باقي الاطارات اسندت لهم مهمة التنسيق بين مختلف المراكز الصحية. (Karin ، 2009)

❖ **التعقيب على الدراسات السابقة:**

من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع بحثنا أو جزءا منه سنقوم بتوضيح اهم الجزئيات التي استفدنا منها في بحثنا الحالي.

-الدراسات التي اشتركت مع بحثنا في الهدف:

لقد هدفت جل الدراسات التي عرضناها في العنصر السابق الى معرفة دور مختلف برامج التوعية الصحية لدى أفراد المجتمع، حول مرض أو مجموعة من الأمراض بما فيها السيدا وذلك على اختلاف الاستراتيجيات والمناهج والأدوات التي اتخذت من اجل تحقيق هذا الهدف، فقد سعت دراسة (مالك شعباني، 2006) الى الكشف عن الدور الذي تقوم به كل من إذاعتي سيرتا والزبان في رفع الوعي الصحي حول مختلف القضايا الصحية، أما دراسة (دخلي، 2009) فقد هدفت الى معرفة فعالية الارشاد الجماعي كأسلوب في التوعية الصحية للوقاية من مرض السيدا. في حين هدفت دراسة (الكسواني، 2007) الى معرفة دور

الصحافة الأردنية اليومية الرأي والغد والدستور في التوعية الصحية حول مختلف الامراض، بما فيها السيدا، اما دراسة (ريان باريان، 2013) كان هدفها معرفة دور وسائل الإعلان في التوعية عن مختلف الامراض لدى المرأة السعودية، في نفس السياق هدفت دراسة (عبد السلام، 2013) الى معرفة دور التلفزيون الاردني في التوعية الصحية حول مختلف الامراض بما فيها السيدا. في نفس السياق هدفت دراسة (Karin , 2009) والتي هدفت الى معرفة دور المحاضرات في التوعية الصحية، ودراسة (بوخبزة، 1995) التي اشتركت مع دراستنا في الهدف الرئيسي مما سهل علينا مهمة صياغة أهدافنا وضبطها.

- وبناء على ما سبق تمكنا من تحديد الإجراءات اللازمة لاستكمال مهمتنا، كما أننا قد اكتسبنا احاطة كافية بمتغيرات دراستنا وخصائصها. فهذه الدراسات ساهمت في ضبط عملنا ورسم مساره، فقد استقينا منها الضوابط التي بنينا بها خطة العمل وضبطنا بها الأهداف لإتمام البحث وتحصيل النتائج المرجوة منه.

الدراسات التي تشترك مع بحثنا في المنهج المستخدم:

لقد اعتمد عدد من الدراسات التي أدرجناها على المنهج الوصفي، مثل دراسة (بوخبزة، 1995)، و(الكسواني، 2007)، كذلك دراسة (باريان، 2013)، وأيضا دراسة (عبد السلام، 2013)، و(Regan، 1999 et Collins)

- إن اطلاعنا على الدراسات التي اعتمدت على المنهج الوصفي قد عمق معرفتنا بقواعد هذا المنهج من خلال منحنا لدراسات واقعية لخطواته، فعلى تنوع المواضيع التي تم طرحها من خلاله تجسدت أمامنا جميع المراحل العملية لهذا المنهج.

-الدراسات التي تشترك مع بحثنا في نوع العينة:

أغلب الدراسات التي ادرجناها انفا لم تتفق مع الدراسة الحالية من حيث طريقة سحب العينة فكلها قد اعتمدت على السحب العشوائي للعينات اما عن مجتمع الذي تم اعتماده في عملية سحب العينة كان كله لصالح المستهدف من عملية التوعية الصحية، لم نتوصل اثناء بحثنا في الدراسات السابقة ولا دراسة استهدفت القائمون على عملية التوعية الصحية.

فدراسة (بوخبزة، 1995) اختارت عينة عشوائية بسيطة تقدر ب 150 مفردة من المجتمع الجزائري تجاوزت أعمارهم 45 سنة. اما (شعباني، 2006) فاختار عينة طبقية تتكون من 293 طالب جامعي، دراسة (دخلي، 2009) اختارت 80 طالبة من الإقامة الجامعية بنات، ودراسة (الكسواني، 2007) اختارت عينة من الصحف اليومية تقدر ب 69 صحيفة، ودراسة (باريان، 2013) عينة عشوائية تقدر ب 450 امرأة من المجتمع السعودي، في حين دراسة (عبد السلام، 2013) اختارت 450 فرد من المجتمع الأردني، ودراسة (1999، Regan et Collins) 219 شخص

- إن اختيار عينة البحث هي الخطوة الأساسية لنجاحه، هذا ما جعلنا نحرص على التقصي العميق لقواعد وقوانين هذه العملية وقد ساعدنا ذلك في الاطلاع على الدراسات السابقة التي عرضناها.

الدراسات التي تشترك مع بحثنا في الأدوات:

يشترك عدد من الدراسات التي عرضناها مع الدراسة الحالية في أدوات جمع البيانات وذلك على غرار، دراسة (بوخبزة، 1995)، بالإضافة إلى دراسة (شعباني، 2006)، وأيضا دراسة (باريان، 2013)، ودراسة (عبد السلام، 2013). فكلها اعتمدت على الاستمارة كأداة أساسية لجمع المعلومات، فبعد اطلاعنا على الأدوات المستخدمة فيها أصبحت رؤيتنا واضحة نحو الخطوات الواجب اتخاذها لتحقيق أهدافنا من الدراسة.

وعلى العموم فإن الدراسات السابقة التي اضطلعنا عليها والمتعلقة بموضوع دراستنا الحالية قد ساعدتنا على تكوين تصور شامل لموضوع البحث وذلك من خلال ما اتبعه الباحثون السابقون من أساليب وطرق ومناهج بحثية، وما تم التوصل إليه من نتائج. مما ساعدنا على صياغة وتحديد مشكلة البحث وتساؤلات الدراسة الحالية، ومن خلال استعراض الدراسات السابقة وجدنا أن أغلب وسائل التوعية الصحية التي استخدمها الباحثون في الدراسات السابقة فعالة.

فدراسة "**نبيلة بوخبزة**" والتي اجريت سنة 1995، والتي تعتبر من أقدم الدراسات التي حصلنا عليها خلال رحلة بحثنا هذه، تبين أن الجزائر تعتمد على الحملات التحسيسية قصيرة المدى، فنادرا ما يلجأ المثقفون الصحيون الى بناء برامج تحسيسية طويلة المدى ومدروسة بشكل جيد. وهي إضافة مهمة بالنسبة لدراستنا هذه.

أما عن الدراسات السابقة الاخرى فقد أجمعت في مجملها على فعالية وسائل التوعية الصحية في رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع، ولكن إذا تم استخدامها بالطرق المنهجية الصحيحة، فدراسة "**شعباني مالك**" تؤكد أن للإذاعة المحلية دور مهم في نشر الوعي الصحي في المجتمع الجزائري، ودراسة "**فاتن دخلي**" تؤكد في نتائجها على فعالية الارشاد الجماعي في التوعية الصحية عن مرض السيدا. أما دراسة "**حنان الكسواني**" فقد ابرزت الدور المهم التي تقوم به الصحف اليومية في نشر الوعي الصحي في المجتمع الاردني، وأشارت الى غياب برنامج واضح في هذه الصحف يهتم بتغطية الموضوعات الصحية. كما أكد "**ريان عمر باريان**" أن المحاضرات وسيلة فعالة في زيادة الرصيد المعرفي، في حين ركز "**ريجان وكولنز**" على أهمية وسائل الاتصال الشخصي في رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع.

كل هذه الدراسات جاءت لتؤكد مشكلة دراستنا حول **واقع التوعية الصحية حول السيدا في الجزائر** وان مشكلة الدراسة تكمن في عملية التوعية ذاتها فهي لم تطبق ولم تمارس وفق منهجية علمية محددة.

وهي عبارة عن حملات تحسيسية شكلية فقط هدفها الاول والاخير هو الاعلام دون غاية تدرك أو هدف يرجى. وهي قريبة إلى ما توصلت اليه دراسة "**دور روز كارن**" هذه الاخيرة قامت بتقييم دور المحاضرات التي تقدم بالمراكز الصحية بمدينة رواندا، وقد خلصت الدراسة إلى ان هذه المحاضرات لم تكن فعالة في تغيير السلوكيات الصحية غير السوية وذلك ببساطة لأنها لم تؤد وفق منهجية علمية.

الفصل الثاني:

التوعية الصحية

تمهيد:

إن الاهتمام بالصحة من الأولويات في حياتنا اليومية، فهي تأخذ حيزا كبيرا من وقتنا وتفكيرنا، فسلامتنا الصحية لها أثر كبير في أدائنا لأدوارنا وواجباتنا اتجاه أنفسنا واتجاه الأخرين، والحاجة إلى ثقافة صحية أصبحت اليوم أكثر إلحاحا من أي وقت مضى، خاصة في ظل عالمنا المتغير والذي يعاني فيه الإنسان من ظواهر ومستجدات بيئية وصحية لم تكن معروفة بالمستوى والحجم الذي هي عليه اليوم، فغياب الوعي الصحي ينعكس سلبا على أفراد المجتمع باتباع سلوك حياتي لا تراعى فيه القواعد الصحية ويطغى عليه الاهمال الصحي ليصل الى حد تهديد حياة الانسان وصحة الافراد. وإن الوصول الى ثقافة صحية أو الى وعي صحي يتم عن طريق انتهاج عملية تسمى بالتوعية الصحية وهي كل فعل موجه لمساعدة أفراد المجتمع على تبني معتقدات، اتجاهات، أو سلوكيات تهدف الى رفع المستوى الصحي للمجتمع وتحد من انتشار الامراض في فترة قصيرة أو طويلة المدى، لذلك فبرامج التوعية الصحية تأخذ نصيبا كبيرا من اهتمام كل البلدان إلى درجة أنه بإمكاننا ان نقيس مدى تقدم وتخلف بلد معين من خلال مدى وعيه بأهمية ما يقدم من تبادل عالمي للمعلومات صحية عن طريق وسائل مختلفة مثل المحاضرات، وتبادل التجارب في المجالات الصحية، خاصة وأن الصحة لم تعد تنحصر في المعافاة البدنية فقط بل شملت أيضا الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية فهي ليست الخلو من المرض فقط. ومن هذا المنطلق ارتأينا التطرق في هذا الفصل عن عناصر مهمة في عملية التوعية الصحية عامة، والتوعية الصحية عن السيدا خاصة باعتبارها موضوع الدراسة.

أولا- الصحة والمرض والوعي الصحي:

نحن نعلم القليل عن الصحة والمرض والأصحاء وللطب والدواء صلة محدودة بالصحة والمرض. إذن فماهي العوامل ذات الصلة الأكثر فعالية؟ إن الصحة مثل المرض تعتبر نتيجة لعوامل متعددة. وقد كان يظن لعدة أجيال سابقة أن المرض يحدثه سبب منفر، ودعم هذا الاتجاه "النظرية الجرثومية" والتي أقام دعائمها على مدى طويل باستور pasteur وليستر lister.

اما الاتجاه الحديث فهو الذي يقول بأن كل شخص يحمل الامكانية الكامنة لكل مرض في كل الأوقات ولكن خلال الظروف المحيطة التي تختلف باختلاف الأفراد، فيصبح بعض الناس مرضى بينما اخرون في نفس الموقع يبقون أصحاء، بمعنى القاعدة الفيزيقية تثار وتفجر الامراض أو الاصابات تحت وطأة الضغوط والاجهاد.

فالصحة مفهوم تختلف فيه آراء الكثير من الأفراد، ويصعب تحديده ومع ذلك فقد جرت محاولات كثيرة لتعريف الصحة.

1. الصحة:

1.1. لغة:

جاء في معجم الوجيز، مجمع اللغة العربية ما يلي:

"الصحة في اللغة العربية هي : البريء من كل عيب، أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، والصحة في البيئة حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي (يوسف،1997 ، ص.16) وجاء في قاموس (Le petit Larousse grand format) أن الصحة تطلق على خمسة معاني ومنها أن الصحة" :حالة لنظام الجسم (حسنة أو سيئة) (Le petit la rousse, 2001, p.916).

ونلاحظ أن هذا التعريف يختلف عن التعريف السابق بحيث أن الصحة حسب المفهوم الأخير تتضمن الجانب الإيجابي الحسن كما تتضمن الجانب السيئ.

وجاء تعريف الصحة في قاموس " Petit Larousse de la médecine" كما يلي: "الصحة هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليما من الأمراض، والأعضاء تؤدي وظائفها بطريقة عادية. (Donnant et AL, 1983,.p.819)

2.1. اصطلاحا:

لقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريف لصحة، فالعالم بركنز (Perkins) عرفها على أنها :"حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه".

ويعرف " فوزي جاد الله " الصحة على الوجه التالي" :الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس، أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الأخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة..." (مخلوف، 1991 ص.47-48).

وحسب منظمة الصحة العالمية OMS "هي حالة الكفاية والسلامة الكاملة الجسمية والعقلية، والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض والضعف" (مزاهرة واخرون، 2003، ص.42)

وبمفهوم اخر تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة أيضا على أنها:

" تلك الحالة من الرفاهة الفيزيقية، العقلية، الاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض فقط، فهي حلة من التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه، ومنه نستخلص الشروط التالية لتحقيق المعنى المثالي للصحة:

- انعدام المرض العضوي أو العجز
- جميع الأعضاء تؤدي وظائفها.
- القدرة على التكيف مع البيئة من خلال الديناميكية المتواصلة وهذه تعكس صحة نفسية سليمة.
- القدرة على التفاعل الاجتماعي بان يكون الإنسان فردا منتجا ومنتميا للمجتمع الذي يحيا فيه أي التوافق البنيتين الداخلية والخارجية.

فالصحة حسب هذه التعاريف عبارة عن مفهوم شامل ومركب، فهي ليست السلامة من المرض الجسدي فقط، وإنما هي ارتباط الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الإنسان، ودليل ذلك التكامل هو قيام الفرد وهو في حالة الصحة بأدواره الاجتماعية، ووظائفه في الحياة على أكمل صورة، فكمالها من الصعب تحقيقه، ولكن توازنها يمكن تحقيقه.

3.1. مجالات الصحة حسب بوري " Bury ":

1.3.1 المجال الطبي:

إن الصحة حسب أصحاب هذا الاتجاه تنحصر في المجال الطبي فقط بحيث يرى أصحاب هذا الاتجاه:

إن أساس المرض عضوي، يصاب به الكائن الحي "المريض". يشخص ويعالج طبيا. من طرف الأطباء فقط. في نظام عيادي أي في المستشفيات أو المصحات...

2.3.1.المجال الشامل:

وينظر أصحاب هذا الاتجاه الى الصحة باعتبارها مفهوما شاملا يرتكز في اساسه على:

- المرض ظاهرة معقدة تتضمن الجانب النفسي، العقلي، الاجتماعي، والطبي...
- يصاب به ويؤثر على الكائن الحي "المريض"، وعلى عائلته، بل وعلى المجتمع ككل.

- يتطلب مجهودات وقائية مستمرة للتكيف مع البيئة الخارجية، وليس الجانب العلاجي الطبي فقط.
- يشخص ويعالج من طرف مجموعة من المختصين في مجالات مختلفة مثل الاطباء النفسيين، علماء الاجتماع، الاطباء العامين...
- يعالج العميل "المريض" في نظام مفتوح متعدد التخصصات وليس داخل جدران المصحات والمستشفيات فقط (CRES de Bretagne, 2003 ; p.16)

4.1. درجات الصحة :

للصحة درجات أو مستويات تتمثل فيما يلي :

1.4.1. الصحة المثالية:

وفيها التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية، ونادرا ما يتوفر هذا المستوى، ويعتبر هذا هدف من أهداف الصحة العامة والاجتماعية، بل هو هدف المجتمع بأكمله.

2.4.1. الصحة الإيجابية

وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل، والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أعراض، أو علامات مرضية.

3.4.1.السلامة متوسطة:

وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة، وعند التعرض لأي مؤثرات يسقط الفرد والمجتمع فريسة للمرض.

4.4.1.المرض غير الظاهر:

وفي هذه الحالة لا يشكو المريض من أعراض، ولكن يمكن اكتشاف الحالة المرضية بعلامات أو اختبارات خاصة.

5.4.1.المرض الظاهر:

وفي هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها أو علامات مرضية ظاهرة له.

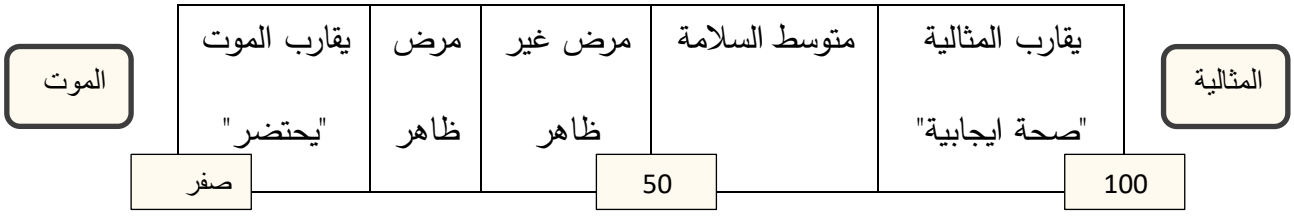
6.4.1. مستوى الاحتضار:

وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد بعيد يصعب معه على المريض أن يستعيد صحته.

(إقبال إبراهيم مخلوف، 1991، ص48، ص49)

مع الملاحظة أن هذه المستويات نسبية، من الصعب قياسها بالتحديد.

الشكل رقم 01 : مفهوم الصحة من ناحية درجتها.



درجات الصحة (مخلوف، 1991، ص.49)

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

1.5.1. الصحة الجسمية:

وتتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية، وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان، وتتوقف على عدة عوامل منها التغذية، أهمية توزيع أوقات العمل والراحة، نوعية النوم، ودور النظافة هنا يتمثل في وضع الفرد في أحسن الظروف، وتقليل إلى أقصى حد لأخطار الإصابة بالأمراض، ولا بد أن تراقب صحة الفرد منذ ولادته، وطيلة حياته (Donnant et AL1983 ,p.819)

2.5.1.الصحة النفسية:

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

3.5.1. الصحة العقلية:

هي قدرة الإنســان العقلية التي تتناســب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر، التفكير. (Donnant et AL, 1983, p. 820)

4.5.1. الصحة الغذائية:

تعنى الصحة الغذائية بنوعية الغذاء وسلامته، نظرا لأهمية نمو جسم الإنسان وتجدد خلاياه، كما أنه بواسطة الغذاء يحصل الإنسان على الطاقة حرارية كانت أو كيماوية أو ميكانيكية.

5.5.1. الصحة الاجتماعية:

يقصـــد بها قدرة الفرد على التكيف مع المحيط الاجتماعي الخارجي :وتتمثل في إمكانية تحمل أعباء الحياة الاجتماعية كالفقر الشــديد، لتفادي الوقوع في المشــكلات الاجتماعية المختلفة من انحراف وإجرام، إدمان ... ويرى **" صبري جرجس" أن** الصحة الاجتماعية في بيئة ما، مرتبطة أعمق ارتباط وأوثقه بالأوضاع الحضارية السائدة فيها، فهي ترتبط بتاريخها القديم وكيانها الحديث، ومرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها، وتراثها الأدبي والعلمي والخلقي والفني ومرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، وكل بيئة في هذا كله مختلفة اختلافا كبيرا عن الأخرى، بالرغم .مما قد يكون بين بعضها بعضا من أصول حضارية مشتركة. (الشاعر، د.ت، ص.22)

2.المرض:

1.2. تعريف المرض:

جاء في المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية مفهوم المرض كما يلي:

المرض هو كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال، والمريض في اللغة العربية " هو من فسدت صحته فضعف أو من به نقص أو انحراف" (يوسف، 1997، ص. 26).

ويحدث المرض من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير مقام، كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها. ويعرف قاموس" **وليبستر** "المرض" باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة، وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للراحة .". (مخلوف، 1991، ص.49). وفي الحقيقة أن للمرض معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد، وهو يشتمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية، ويؤثر المرض على الناس بطرق مختلفة إما مباشر، أو بطرق غير مباشرة، وله نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات.

فالمرض حدث احتمالي، يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن، أو التخفيف من حدته عند حدوثه. فهو ما يتعرض الإنسان له من مخاطر تمتد آثارها لتعوق حركة التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وعلى جميع الأفراد دون استثناء منذ الولادة وحتى الوفاة، مما يؤدي إلى خسارة للأسرة والمجتمع على حد السواء.

2.2.المقاربات النظرية حول المرض:

تنطلق مشكلة الصحة والمرض من خلال ضبط تعريف كل منه:

فلو كانت الصحة هي مجرد الخلو من المرض والضعف الواضح لأصبح من السهل اعتبار كل فرد لا يعاني أو لا يستشعر الاختلال أو اضطراب عند فحصه أفرادا أصحاء.

ومن هذا المنطلق هناك مقاربتان:

الأولى: تنعت بالإيديولوجية التي تفرق في حصر المرض ضمن البيولوجيا والاستغناء عن الأبعاد الاجتماعية، فالمرض يحدثه سبب منفرد ودعم هذا الاتجاه النظرية الجرثومية التي أقام دعائمها على المدى الطويل باستور ولتشز.

الثانية: تخص المجتمعات الاشتراكية التي تؤمن بأن المرض لا يمكن حصره في البيولوجيا فقط بل يعود إلى ارتباط الأمراض بالمستوى المعيشي الناتج عن وجود تقسيم طبقي.

المقاربة الكلية: هي وليدة صراع تاريخي أنتج الاتجاه الحديث فهو الذي يقول بأن كل شخص يحمل الإمكانية الكامنة لكل مرض في كل الأوقات، ولكن خلال الظروف المحيطة التي تختلف باختلاف الأفراد يصبح لبعض الناس مرض بينما آخرون في نفس الموقع يبقون أصحاء بمعنى القاعدة الفيزيقية تثار وتنفجر الأمراض والإصابات لأنهم يجدونها مفضلة عن وطأة الضغوط وإجهادها.

وعند انفجار هذه الحالات كان لابد من إيجاد حيز يتم فيه تفريغ القوة الضاغطة ألا وهو القطاع العمومي الذي يحافظ على الأمن الاجتماعي واستمرارية المجتمع تتكفل الدولة بهذا القطاع وتشرف عليه من أجل الصالح العام والرفاه الاجتماعي كـ: الطب المدرسي، الفئات المستهدفة، تنظيم النسل، تباعد الولادات، التخطيط الصحي، تقسيم و تصنيف الأمراض، إدراج بعض المواد في المعاهد و الكليات تعنى بأخلاقيات المهنة و البعد الاجتماعي من عادات و تقاليد، نشر ثقافة صحية بيئية ..الخ.

تظهر آثار التقدم الصحي من خلال العلاقة بين الصحة والتنمية، فالتنمية يجب أن تأخذ في حسبانها كيف تطور من الصحة والخدمة الاجتماعية لا سيما في وضع الخطط الشاملة للوقاية والعلاج ورفع مستوى المعيشة والعمل على خفض معدل الوفيات وتنظيم النسل والحد من انتشار العادات الضارة بالصحة والتثقيف الصحي ورفع مستوى الوعي من خلال تحسين المستوى التعليمي لوجود متلازمات ثلاثة هي:

وجود الفقر والجهل يساعد في انتشار المرض فان لم تتماش الجهود التنموية مع عامل الصحة فهي تشكل تهديدا للاستثمار الصحي ومن ثم التقدم الاقتصادي والاجتماعي.

3.2.المنظور الاجتماعي للصحة والمرض:

1.3.2.المنظور الثقافي:

يهتم هذا المنظور بدراسة أساليب الحياة الثقافية والمضمون الثقافي في تعريفات الصحة وكيفية الاستجابة للمرض و التعبير عنه و الأسباب التي ينسبها الفرد لحالته المرضية و تحديد من لديه السلطة المشروعة في التقييم و التشخيص، ويعتقد **رالف لينتون** أننا إذا عرفنا مضمون الثقافة أمكننا التبوؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها هذه الحالة المرضية (محمد وآخرون، 1999، ص.66).ويؤثر الإطار الثقافي في النواحي الصحية في تشكل برامج الصحة العامة خاصة لإقناع الأهالي مثلا بضرورة استعمال المراحيض لكنهم لا يستعملونها حتى بعد بنائها، كذلك قد يرى بعض الناس نتيجة ثقافتهم الموجهة نحو الحاضر لا المستقبل: كآلام التطعيم بالحقنة.

2.3.2. المنظور الاجتماعي:

الاهتمام يكون منصبا حول التلاؤم بين السمات الإنسانية، واستجابات الأفراد ومتطلبات الحياة الاجتماعية والبيئية، والاقتصادية فالسياق الاجتماعي يحدد الظروف التي يستطيع الشخص ادعاء المرض من أجل إعفائه من الواجبات والمسؤوليات اليومية، فيصبح المرض مصدر خطر على المجتمع.

فعند ارتفاع معدل المرض والعاجزين فهذا معناه نقص الطاقة البشرية والإنتاجية والأسرة وبناء المجتمع ككل وعليه تحتفظ الحكومات بحق التدخل في ضمان رفاهية المجتمع ومراقبة المرافق العامة وكل ما يهدد صحة السكان.

3.3.2.المنظور الاجتماعي النفسي:

وهو يتعلق بأساليب التفاعل والاتصال بين الأفراد والتأثير المتبادل فالمشكلات التي يدرسها علماء الاجتماع هي نتاج تفاعل بين عوامل نفسية واجتماعية رغم أن السيكولوجية قد لا تكون متصلة بصورة مباشرة بالأمراض وحدوثها لكن تؤثر في مجراها كما أن تكرار المرض له أثر على الحالة النفسية والحياة الأسرية.

4.2. تصنيف الامراض:

تصنف الأمراض بحسب المعيار المختار لتصنيفها ومن ذلك نذكر التصنيف بحسب الفصول نتيجة تغيرات الطبيعة:

- **فصل الخريف:** تكثر فيه الأمراض لتغير الهواء فيه من بارد ليلا إلى حار نهارا مما يؤدي إلى القيء والحمى ويقلل الدم فينخفض ضغط الدم.
- **فصل الشتاء:** تكثر فيه أمراض الزكام، السعال، أمراض البلعم خاصة.
- **فصل الربيع:** تكثر فيه أورام الحلق، اللوزتين.
- **فصل الصيف:** تكثر فيه الأمراض كالحمى، الإسهال، ارتفاع ضغط الدم...

كما توجد هناك عدة تصنيفات أخرى، من بين هذه التصنيفات نجد التصنيفات حسب السن كأمراض الأطفال، أمراض الشيخوخة، أو بحسب الجنس كأمراض النساء، وكذا بحسب الزمن كالأمراض المزمنة والأمراض العارضة، وهناك تصنيفات أخرى كالأمراض الجسمية، النفسية....

3. الوعي الصحي:

1.3. تعريف الوعي:

الوعي لغة يعني الحفظ والتعلم فوعي الحديث يعيه وعيا أي يحفظه، وأذن واعية أي مدركة وصاغية. ومن ثم فان الوعي الصحي يعني حفظ وتعلم وإدراك المعارف الصحية (العيسوي، د. ت، ص.132).

كما يقصد به "عملية إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الصحية المحيطة وتكوين .اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع". (الجوهري وآخرون،1992 ص.290)

كما أنه يعني :جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة .للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية. (مخلوف، 1991، ص.192)

2.3. أهمية الوعي الصحي:

إن الوعي الصحي له أهمية كبيرة في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وذلك لأن المجتمع القوي الصحيح يتكون من أفراد أقوياء وأصحاء، وتزداد أهمية الوعي الصحي في هذا العصر بالذات بحكم ازدياد الكثافة السكانية في معظم المجتمعات، وانتشار التلوث البيئي من جراء انتشار المصانع والبواخر وزيادة عدد السيارات وما إليها من آليات التي تلوث البيئة بما تخرجه من معادن ومن مواد ومخلفات سامة، وهناك نوع جديد من التلوث هو التلوث الناتج عن الضوضاء، لذلك يتعين أن يلعب الوعي الصحي دورا كبيرا في الوقاية من الإصابة بالأمراض، ولا سيما الخطير منها كالسرطان وما إليه. ويتطلب التقدم الهائل الذي يحدث في مجال العلوم الطبية وأساليب الوقاية والعلاج أن يزداد وعي الناس الصحي وإلمامهم بالإمكانيات والخدمات التي توفرها الدولة لهم في المجالات الطبية، فالوعي الصحي يؤدي إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفي ما لهذا من أثر في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة .(العيسوي، د.ت، ص.131)

وبناء على ما سبق ذكره-فإن تمتع الفرد بالصحة الجيدة يجعله أقدر على الإنتاج، وتؤدي وفرة الإنتاج إلى الرخاء الاقتصادي والرفاهية الاجتماعية. ومن هذا المنطلق فإن ما ينفق على برامج التوعية الصحية يعتبر من قبيل الاستثمار الاقتصادي الجيد، ذلك لأنه على قدر ما ينفق المجتمع من المال العام على برامج التوعية ووسائل نشر الوعي الصحي، على قدر ما يرتد ذلك عليه على شكل ثروة بشرية ثمينة وغالية يناط

بها أعباء الإنتاج ومسؤولية الخدمات في المجتمع . وللوعي الصحي جوانب متعددة تشمل كل حياة الإنسان طفلا، ومراهقا، وشابا، وكهلا، وشيخا.

3.3. جوانب الوعي الصحي:

ينبغي أن تشمل عملية التوعية الصحية جميع مجالات الحياة، فلا تقتصر على جانب واحد دون غيره، اذ يتعين أن يوفرها المنزل، وهنا تقع على الأم بالذات المسؤولية الكبرى في غرس القيم والآداب الصحية في أبنائها، وتعويدهم على السلوك الصحي وعلى الالتزام بالنظافة الشخصية والعامة، ويتعين أن تحرص المدرسة على أداء رسالتها في نشر الوعي الصحي بين طلابها بحيث يشبون على العادات الصحية الجيدة. وبالمثل فإن لكل من الجامعة والمؤسسات الإعلامية ومؤسسات العمل، والإنتاج دورا رئيسيا في بث الوعي الصحي وغرسه وترسيخه وتأصيله في نفوس أبناء المجتمع، بل أن المجتمع برمته مطالب بأن يسهم في نشر الوعي الصحي، وتدريب الناس على الالتزام بالقواعد الصحية السليمة، ومن هنا فإن رسالة الوعي الصحي لا يمكن إلقاء مسئوليتها كلية على المؤسسات الطبية في المجتمع، إذ لا بد من تضافر جميع القوى وتعاونها في هذه المهمة.

إذا كنّا نؤمن بتضافر القوى وتعاونها، فإن مؤدى ذلك أن وسائل التثقيف الصحي لابد أن تتسم بالعمق وبالشمول، ذلك لأننا إذا اقتصرنا على جانب واحد، فإن ما تقيمه المدرسة في هذا الصدد مثلا يهدمه البيت. ومن هنا فإن وسائل نشر الوعي الصحي، وتأصيله لا يمكن أن يقتصر على مجرد وسيلة بعينها كإصدار نشرة طبية أو وضع ملصقة، أو إذاعة برنامج، وإنما لابد وأن تشمل كذلك إلى .جانب القدوة الحسنة، والمثال الطيب الذي يقتدى به.

ثانيا- التوعية الصحية:

1. ظهور التوعية الصحية:

ان التوعية الصحية عملية قديمة قدم الحياة البشرية، ونستطيع ملاحظة ذلك من خلال الكثير من الحكم القديمة مثل "درهم وقاية خير من قنطار علاج"، "الغداء أفضل دواء". والتي جميعها يهدف الى تعميق الثقافة الصحية وتثقيف أفراد المجتمع للعيش بأسلوب صحي سوي.

فالحديث عن التربية الصحية في الإسلام منذ زمن طويل يطول، فتناولنا بعضًا من أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم لنثبت بها دليلنا على ذلك، والجدير بالذكر ان ما كتب عن العلوم الطبية في عهد محمد رسول الله صلى الله عليه وسلم ارتكز على تعاليم الدين القويم، والأحاديث النبوية الشريفة، التي بلغ عددها نحو ثلاثمائة حديث، جمعت بعد وفاة النبي صلى الله عليه وسلم وأطلق عليها اسم الطب النبوي الشريف، والتي تضمنت مبادئ الصحة العامة، وقواعد المحافظة عليها، ومقاومة الأمراض، كما أشارت إلى وجوب الاستحمام، وعدم الإفراط في تناول الطعام والمأكل والمشرب.

ومن أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم " المعدة بيت الداء، والحمية رأس الدواء"، " ما خلق الله الداء، إلا وخلق له الدواء"، وفي قول آخر ":ما أنزل الله داء وإلا أنزل له شفاء ."الشفاء في ثلاثة :شربة عسل، ومشرط محجم وكبة نار، وأنهى أمتي عن الكي." وقد عكف الفيلسوف ابن الخطيب على دراسة حديث الرسول صلى الله عليه وسلم الذي يقول ": إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها" ، وقد اعتبر هذا الحديث أول قوانين الحجر الصحي تجنبًا للعدوى، الذي اشتق منها العالم طرق العدوى بالملامسة أو المشاركة في الأكل والشرب أو الملابس، والذي تبعه في هذه المنهجية ابن التميمي الذي تنبه إلى استخدام التبخير ووضع تركيباته من أجل دفع البلاء، وقد قال صلى الله عليه وسلم " لا عدوى ولا طيرة ولا هام ولا صفر، وفر من المجذوم كما تفر من الأسد." وقول سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم مند زمن طويل "خد من صحتك لمرضك ومن حياتك لموتك"، كذلك قوله "اغتنم خمسا قبل

خمس، شبابك قبل هرمك، وصحتك قبل سقمك، وغناءك قبل فقرك، وفراغك قبل شغلك، وحياتك قبل موتك. " هذه الأحاديث الشريفة تهدف الى توعية المجتمع صحيا.

ولكن التوعية الصحية كمصطلح علمي وكعلم فهو حديث، حيث أطلق هذا المصطلح على عملية التوعية الصحية سنة 1918 والذي يعرف عالميا اليوم بعبارة "health éducation" وقد اقترح هذا المصطلح من طرف sally lucas jean ومنذ ذلك الحين أصبحت التوعية الصحية أساس الوقاية من مختلف الامراض، والسبيل الوحيد للحفاظ على الصحة، إلى أن أصبح علما له أساليبه وأصوله السليمة وألياته المختلفة، يستخدم نظريات وابحاث عدة من علم النفس وعلم الاجتماع.

2.أهمية التوعية الصحية حول السيدا:

التوعية الصحية هي حجر الزاوية للوقاية والحد من انتشار داء السيدا، فمن خلالها يكتسب الفرد والمجتمع المعارف والمعلومات التي توعي بهذا الداء، ومن خلال تنوع أساليب التوعية الصحية المبنية بمنهجية علمية يتم تغيير السلوكيات غير الصحية التي تعد مصدر خطر لانتقال فيروس السيدا، وتغيير التصورات الاجتماعية المضللة عن المتعايشين بفيروس VIH...وباختصار فإن الوقاية من السيدا طريقها الوحيد هو عملية التوعية الصحية، التي تأخذ ثلاث أشكال، وقبل أن نتطرق إلى ذلك، نعرف الوقاية Prévention من السيدا على أنها مجموعة من التدابير والتعليمات التي يتعود الفرد والمجتمع على ممارستها، وتحد من انتشار هذا الداء وتحمي الفرد من التعرض لفيروس السيدا أو تحافظ على صحة المتعايشين بفيروس VIH من التدهور. أما أشكال الوقاية من السيدا عن طريق التوعية الصحية فهي كالآتي:

1.2. الوقاية الأولية (Prévention primaire)

تسعى للتربية وإعلام المجتمع والدعاية إلى الحذر، وتجنب الوقوع فريسة لفيروس فقدان المناعة البشريVIH من خلال أخذ مختلف التدابير الوقائية.

2.2. الوقاية الثانوية (Prévention Secondaire)

تسعى لتشخيص المبكر أي الكشف الإرادي لفيروس فقدان المناعة المكتسبة، حتى يمكن الاستفادة من العلاجات المتوفرة (التي تساعد جهاز المناعة على المقاومة والحد من تكاثر الفيروسVIH) مبكرا قبل تطور الحالة، وعدم نقله إلى أشخاص آخرين.

3.2. الوقاية الثلاثية (Prévention Tertiaire)

هنا يكون الفرد متعايش بفيروس VIH؛ من خلال هذا النوع من الوقاية يحاول العاملون في هذا المجال تحديد وحصر أخطار ومآل هذا الداء، وإلى أي مرحلة وصل، لوضع أنواع العلاج الفعالة، وتثقيف المتعايشين به بكيفية المواظبة عليه. والعلاج المستخدم في مقاومة هذا الفيروس حاليا (مقاومته وليس القضاء عليه) هو Antirétroviral (ARV)، أو ما يعرف شهرة بالعلاج الثلاثي، هذا الأخير ضروري في تحسين الحالة الصحية للمتعايشين بفيروس VIH، فبفضل هذه الأدوية أصبح السيدا داء مزمنا وليس قاتلا. إلا أن هذه العملية العلاجية تشترط وقتا مناسبا للبدء في تناول الدواء، الاحتفاظ بالدواء في علبته الأصلية، وفي درجة حرارة خاصة، غلق علب الدواء بإحكام بعد الاستعمال حتى لا تتعرض لرطوبة، كما يجب تناوله بانتظام حتى لا تحدث انتكاسة ويصبح الفيروس مقاوما لهذا الدواء... والوقاية من الدرجة الثالثة (الثلاثية) تتطلب جهدا خاصا، أي يجب أن يكون المثقف الصحي في هذه المرحلة طبيبا مختصا، وأخصائيا نفسيا ذو خبرة في مجال مكافحة السيدا ليقوم بتهيئة العميل نفسيا كون هذا العلاج يسبب أعراضا جانبية تختلف من شخص لأخر.

نلاحظ من خلال ما سبق، أن عملية التوعية الصحية مهمة في الوقاية من السيدا على مدار المستويات الثلاثة، ولهذا فهي تتطلّب مواردا بشرية متخصصة مثل الأطباء والأخصائيين النفسانيين، والاجتماعيين في مجال مكافحة السيدا، بالإضافة إلى وسائل مادية هائلة حتى يتم التشخيص والعلاج وتحديد المآل مبكرا.

3.أهداف التوعية الصحية:

كانت التوعية الصحية في الماضي تقتصر على إرشاد المرضى بكيفية تناول الأدوية والامتناع عن بعض الأطعمة بهدف تحسين الحالة المرضية، وكان هذا الهدف يتناول من ناحية طبية فقط، بعيدا عن العوامل الاجتماعية والنفسية، ولكن مع التطور الحاصل في جميع جوانب الحياة، أين أصبح الاهتمام بالصحة العامة، حدث توسع في أهداف عملية التوعية الصحية وأصبح هدفها النهائي هو تحسين الصحة على مستوى الفرد والمجتمع؛ خفض حدوث الأمراض؛ خفض الإعاقات والوفيات؛ وتحسين نوعية الحياة للفرد والمجتمع. وهذا يحدث من خلال:

1.3. اكتساب معلومات صحية:

من بين الأهداف الرئيسية لعملة التوعية الصحية هو اكتساب معلومات صحية، وذلك للقضاء على حواجز الجهل والمفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض لاسيما متلازمة العوز المناعي المكتسب، إذ يجب التعرض لمعلومات الكافية حول السيدا، بطريقة يمكن للفرد وللمجتمع استيعابها بسهولة، كما يشترط على المعلومات التي يتم نقلها أن تزيد من وعي المجتمع عن طرق الوقاية من السيدا ومشاركتهم الفعلية في الحد من انتشار هذا الوباء.

2.3. محاولة تغيير سلوكيات والمفاهيم الخاطئة:

بالرغم من أهمية إعطاء مفاهيم صحيحة حول السيدا، إلا أن مجرد إخبار الناس عن هذه المعلومات ليس كافيا؛ لأن معظم ما يتعلمه المرء يتعرض إلى النسيان خاصة إذا كان مخزن في الذاكرة قصيرة المدى،

ولحث الناس على تغيير مفاهيمهم وتصحيحها، وإكسابهم سلوك صحي دائم فيما يخص هذا المرض يجب ادخال ما تم تعلمه حيز التطبيق كون أي معلومة نتعلمها تتعرض إلى النسيان إذ لم تمارس.

3.3. تعزيز السلوكيات والمفاهيم الصحية السوية:

لا تهتم التوعية الصحية بالمرض فقط، أو بالسلوكيات المرضية، وإنما بالصحة أيضا، وبتعزيز السلوكيات الصحية فيما يخص الوقاية من السيدا أو أي سلوك صحي آخر.

4. مستويات التوعية الصحية:

يمكن تقديم التوعية الصحية على أربعة مستويات هي :

1.4. التوعية الصحية للأفراد:

وهنا يتم تثقيف الفرد عن الأمور التي تهمه مثل التغذية، طبيعة ومسببات المرض، والوقاية منه، النظافة الشخصية...الخ.

2.4. التوعية الصحية الأسرية:

ان الكثير من السلوكيات الصحية تغرس في النفوس من خلال الأسرة لذا فإن التوعية في هذا المستوى مطلوبة لما لها من تأثير إيجابي مستقبلي على أفراد الأسرة ومن ثم المجتمع بأسره .

3.4. التوعية الصحية للمجموعات:

تشمل المجموعة أفراداً ذوي خصائص متشابهة والمعرضين أو المصابين ببعض المشاكل الصحية الشائعة المبنية على الجنس أو العمر أو الوظيفة. (دخلي، 2010، ص.57) ويمكن أن يشمل المجتمع مجموعات مختلفة مثل: أطفال المدارس–الأمهات–مجموعة المدخنين وغيرهم، ويجب اختيار الموضوع الذي يهم المجموعة كلها مثلاً:

تعليم الحوامل عن الولادة، وكيفية رعاية الطفل، وتعليم أطفال المدارس عن النظافة الشخصية، ومن الأهمية في تثقيف المجموعات هو المشاركة الإيجابية الحية بين المتلقين، كما يجب اختيار الوسائل حسب مميزات المجموعة لتكون أكثر فعالية.

4.4. التوعية الصحية المجتمعية:

يتم ذلك عن طريق وسائل الإعلام بحيث يصل إلى عدد كبير من المواطنين على اختلاف شرائحهم ومستوياتهم (دخلي، 2010، ص.58)

5. مكونات التوعية الصحية:

التوعية الصحية في حقيقتها هي عملية اتصال؛ حيث يتم فيها نقل **الرسالة**، أي المعلومات والمعارف الصحية (مثلا عن السيدا)، من **المرسل** المثقف الصحي إلى **المستقبل** (المستهدف بالتوعية الصحية)، عن طريق **قناة اتصال** (وسيلة التوعية الصحية). ومن هنا فإن عناصره هي :الرسالة الصحية، المثقف الصحي، المستهدف بالتوعية الصحية، وسيلة التوعية الصحية، وينبغي عدم إغفال أهمية التوافق والانسجام بين المثقف والمتلقي والموضوع المطروح للنقاش، مع اختيار الوقت المناسب للعملية.

1.5. الرسالة الصحية:

يشترط أن تكون المعلومة صحيحة، واضحة، مفهومة، في مستوى المتلقي، مشوقة وتحقق الهدف المنشود، سهلة التقديم، متناسبة مع عمر وجنس الفرد، واقعية ومرتكزة على أسس علمية دقيقة، موضوعية، وتتجنب وسائل التضخيم والتخويف...

2.5. المثقف الصحي:

أي إنسان لديه معلومات صحية صحيحة، ونال حظاً من التدريب وقادر على إيصال المعلومة بما لديه من مهارات. أي يشترط أن تكون لديه المعرفة (المعلومة) مع القدرة على توصيلها ويكون مقتنعاً ومؤمناً

بالرسالة التي ينوي إيصالها ولديه مهارات اتصال، ويجب أن تتوفر بالمثقف الصحي ثلاثة صفات أساسية وهي:

- الجانب المعرفي ويتمثل في امتلاك رصيد معرفي كافي يسمح له بالتدخل في موضوع معين.
- الجانب العملي بحيث يشترط أن يكون متمكن منهجيا، يجيد تقنيات وأساليب التوعية الصحية
- الاستعداد أي القدرة على الاصغاء والقدرة على التأقلم...

3.5. المستهدف بالتوعية الصحية:

يجب تحديد درجة فهمه وثقافته وأن تتوفر فيه الرغبة في التغير مع التركيز على حاجته الصحية وهناك معلومات يجب معرفتها عن المستهدف بعملية التوعية الصحية، مثل:

عادات وتقاليد المجتمع (الثقافة الصحية للعينة المستهدفة، مع تحديد درجة الوعي الصحي).

- الظروف الاقتصادية والاجتماعية.
- المستوى التعليمي.
- العمر والجنس.
- المهنة....

6.المراحل التي تمر بها عملية التوعية الصحية (السيدا كنموذج):

قبل أن نتطرق إلى المراحل التي تمر بها عملية التوعية الصحية حول أي موضوع، يجب أن يتوفر في المثقف الصحي شيء مهم، غالبا ما يغفل عنه الكثيرون عند التحدث عن هذه العملية. إنه **الدافع**؛ أي الرغبة الداخلية المشتعلة التي تحت وتدفع بالمثقف إلى تناول موضوع معين في ميدان صحي، وتوعية أفراد المجتمع على تبني سلوك صحي، وعادة صحية سليمة تقيهم من مختلف الأمراض المنتشرة، وتحفظ سلامتهم. فإن تناول موضوع محدد من طرف المثقف يرجع إلى عوامل مختلف، قد تكون بسبب انتشار المرض، التحدث عن الصحة المثالية، الاهتمام الشخصي، أو بطلب من جهة رسمية... المهم أن تكون

لديه رغبة في التوعية حتى يمكنه المرور بكل المراحل، وتجاوز كل العقبات التي من الممكن أن تواجهه في كل مرحلة. ولكي يصل المثقف الصحي إلى الهدف المرغوب فيه من عملية التوعية فإنه يمر بعدة مراحل:

1.6. المرحلة الأولى "صياغة المشروع الصحي":

من البديهي أن يكون المثقف الصحي قد حدد موضوع عملية التوعية في كل المراحل من أول مرحلة إلى أخرها وتدون على ورق، كراس، أو الحاسوب... ليتم الاحتفاظ بها ومراجعتها من حين لأخر كالآتي:

-**اسم المشروع:** اختيار اسم مختصر ومعبر ويتلاءم مع المشكلة الصحية. مثال: "**التوعية الصحية حول السيدا باستخدام أسلوب الإرشاد الجماعي**".

- **شعار المشروع:** تصميم شعار مبسط يعبر عن مضمون المشروع. مثال " يا لبنات بالسيدا كلنا معنيات"

-**الفئة المستهدفة:** ويقصد بها تلك الفئة التي يوجه لها هذا المشروع لتحقيق الأثر المتوقع. مثال: **الطالبات الجامعيات.**

- **نوع الأسلوب المستخدم:** أي الوسيلة المستخدمة في عملية التوعية الصحية. مثال " **الإرشاد الجماعي**".

2.6. المرحلة الثانية " تحديد هدف المشروع":

في هذه المرحلة يحدد المثقف الصحي مجموعة من المتغيرات التي يريد أن يستهدفها، فكل مثقف صحي يجب أن يحدد هدفه جيدا، كما يجب أن يتحلى بالصبر والإصرار والمثابرة من اجل الوصول إلى غايته.

. وضع الهدف العام للمشروع: ويقصد به المحصلة النهائية العامة للمشروع ويصاغ بجمل محددة تعبر عن التغييرات التي سيحدثها المشروع (زيادة، نقص، خفض، تحسين) وهذا الهدف يرتبط بالحالة الصحية

للفئة المستهدفة. مثال:" زيادة الوعي الصحي حول السيدا لدى الطالبات المقيمات بالإقامة الجامعية – بلقاسم بوحديد قالمة–".

– **وضع الأهداف التفصيلية للمشروع:** وتعني أهداف محددة يتم العمل على تحقيقها وتؤدي جميعها إلى تحقيق الهدف العام. وتتصف بالخصائص التالية :محددة، ***واضحة، سهلة، قابلة للقياس.***

قاعدة لكتابة الأهداف التفصيلية :

فعل يمكن قياسه + الخبرة التعليمية (معارف، معلومات، مهارة، سلوك، تحفيز، مشاعر...) + الفئة المستهدفة. مـثـال :

الهدف العام: زيادة الوعي الصحي حول السيدا.

الأهداف التفصيلية :

ـ تحسين معارف الطالبات المقيمات بالإقامة الجامعية بلقاسم بوحديد "قالمة" فيما يتعلق بالرصيد المعرفي حول السيدا (معلومات ومعارف).

ـ الارتقاء بسلوكيات الطالبات الصحية في مجال الوقاية من السيدا (سلوك).

ـ تغيير بعض الأحكام المسبقة لدى بعض الطالبات التي تؤدي إلى وصم المتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة (مشاعر).

3.6.المرحلة الثالثة " تحديد الأنشطة لكل هدف تفصيلي أي خطة المشروع":

لا يخفى على أحد أن عملية التوعية الصحية عملية مخططة، منظمة، ومدروسة. فبناء خطة مضبوطة لعملية التوعية الصحية عملية صعبة، تحتاج إلى بذل جهد عقلي (التفكير العميق)، وجسدي (النشاط) ، عاطفي (وجود رغبة و دافع مستمرين للقيام بالعمل مهما كانت التحديات والصعوبات) ونعني بذلك وضع التفاصيل الدقيقة لتنفيذ المشروع بحيث يحدد نوعية الأنشطة المختلفة وتواريخ البدء والانتهاء منها، مع وضعها في تسلسل منطقي وترابط ، و تحديد من يقوم بها بحيث تكون كل مجموعة مسئولة عن

تنفيذ نشاط معين (إذا كان النشاط جماعي، أما إذا كان مثقف واحد فهو من يقوم بجميع الأنشطة)، وتحديد الزمن المحدد والموارد المطلوبة . ففي هذه المرحلة يتم الاعتماد على نوعية الأهداف. ويتم البدء بالأهداف التفصيلية وتحويل كل هدف إلى نشاط، أو أنشطة بحيث تتوافق مع الإمكانات والموارد المتاحة. **مثال:**

خطة المشروع قبل تنفيذه:

اسم المشروع:" التوعية الصحية حول السيدا باستخدام أسلوب الإرشاد الجماعي".

تاريخ البدء: 2009/06/13.

تاريخ الإنهاء: 2009/06/18.

عدد الأعضاء: من 10 إلى 13 مقيمة في الجلسة.

مدة الجلسة التوعية ككل 3 ساعات

حيت تم تقسيم الجلسة التوعية إلى 03 مراحل وكل فترة تهدف إلى تحويل كل **هدف إلى نشاط**، والوصول إلى غاية محدد (أي تحقيق الهدف النهائي) كالتالي:

الفترة الأولى: ساعة واحدة، تهدف إلى تحسين معارف الطالبات المقيمات بإقامة الجامعية بلقاسم بوحديد فيما يتعلق بالرصيد المعرفي حول السيدا.

أولا: أبدأ بتقديمي كمثقفة، تم أوضح أهمية معرفة أسماء الآخرين وكيف أن معرفة أسماء الأشخاص الآخرين يساعد الشخص على الشعور بالراحة في التعامل والحديث معهم، وأن الحديث باستخدام اسم الشخص يشعره بالاحترام.

أقدم نفسي مرة أخرى مع ذكر تخصصي الجامعي، واطلب من الطالبة التي على يميني أن تقدم نفسها مع ذكر تخصصها الجامعي.

تتكرر نفس العملية مع كل طالبة بحيث أن الثالثة تذكر اسم الثانية وتخصصها الجامعي وهكذا.

ثانيا: أوزع ورقة على الطلبات تحتوي على مجموعة من الأرقام من 1 إلى 15 بطريقة عشوائية، واطلب من كل طالبة الاحتفاظ برقم إلى أخر الحصة بطريقة سرية، (أي آن كل طالبة تعرف رقمها فقط). ثم أوزع على الطالبات استمارة وأطلب منهن تدوين الرقم الذي تم الاحتفاظ به على الاستمارة والإجابة على الأسئلة المطروحة في مدة لا تتجاوز 10 دقائق. بعد الانتهاء أقوم بجمع الاستمارات.

ثالثا: أشرع في تقديم الموضوع، وعرض محاضرة تحتوي على معلومات موجزة، مفهومة، واضحة، بسيطة لكونها من شروط الرسالة الصحية في عملية التوعية الصحية.

وتختتم هذه المرحلة بأسئلة ومناقشة مع مراعاة مهارات الإرشاد الجماعي من إصغاء، تشجيع، إعادة الصياغة، والتلخيص...

الفترة الثانية: مدتها ساعة واحدة، وتهدف إلى تغيير بعض الأحكام المسبقة التي تتبناها بعض الطالبات والتي تؤدي إلى وصم المتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة.

وهي استكمال للمرحلة الأولى، ويتم في هذه المرحل عرض بعض الأفلام القصيرة التي تعرض بعض الحالات الواقعية للمتعايشين بفيروس السيدا .... كما يتم لعب الأدوار حيت يتخيل الفرد نفسه حامل لفيروس السيدا تم يصف إحساسه. وتختتم هذه المرحلة بحوار ونقاش جماعي والتعقيب على الأفلام المشاهدة، والإجابة على بعض تساؤلات الطالبات المقيمات.

الفترة الثالثة: مدتها ساعة واحدة، من خلال الارتقاء بسلوكيات الطالبات الصحية في مجال الوقاية من السيدا وتهدف إلى تعزيز السلوكيات الصحية السوية، وتغيير السلوكيات غير الصحية فيما يتعلق بالوقاية من السيدا.

بعد فترة راحة قصير تقدر بحوالي 5 دقائق يتم استكمال الجلسة الإرشادية، وتخصص هذه المرحلة إلى السوسيودراما بتمثيل مواقف وسلوكيات التي من الممكن أن تعرض الفرد إلى خطر انتقال الفيروس، بمواقف من الواقع، حيث يتعلم الطالب كيف يتفادى أو يواجه هذه المواقف؛ ويكون هدفها الأساسي تبني

سلوك صحي يقي من السيدا وتطبيق ما تم تعلمه في الجلسة الإرشادية. وتختتم الجلسة بنقاش مع الطالبات وانطباعاتهم عن عملية التوعية ككل، وما مدى الفائدة من مشاركتهم في برنامج التوعية الصحية حول السيدا.

4.6. المرحلة الرابعة " تطبيق المشروع أي التنفيذ":

بعد وضع الخطة، تأتي مرحلة التنفيذ، وفي هذه المرحلة يقوم المثقف بتطبيق ما خطط له، بكل المراحل فعلى المثقف أن يكون ذكي في عملية التنفيذ، فمن الممكن أن يرسم خطة لكن في الواقع العملي لا يمكن تنفيذها كما هي، أو تضطره الظروف إلى حذف بعض الأمور، وزيادة أشياء أخرى أثناء مرحلة التطبيق، فعليه التحلي بالمرونة خاصة إذا حدثت ظروف مفاجئة.

5.6. تقييم المشروع الصحي:

في النهاية أي بعد إتمام العملية يجب تقييم البرنامج وللتقييم فوائد منها:

- التعرف على الطرق والوسائل التي تم اتباعها في تنفيذ مشروع التوعية الصحية ومعرفة السلبيات والإيجابيات التي صاحبت التنفيذ وأسباب النجاح والتنفيذ.
- تعديل الخطة إذا احتاج الأمر حتى نصل إلى الأهداف التي نسعى إليها في المرة القادمة.
- معرفة ما تم إنجازه وما تم تحقيقه من أهداف.
- معرفة الصعوبات والمعوقات وكيفية التغلب عليها.

6.6. الحصول على معلومات لتعديل وتطوير المشروع:

كيفية التقييم:

- تحديد نسبة التغطية (عدد المستفيدات ÷ عدد المستهدفات) ×100 .
- قياس مدى التغير المعرفي لدى الطالبات (استبانة قبلية وبعدية).

- استقصاء آراء المشاركات في البرنامج.
- استقصاء آراء الطالبات.
- الإجراءات المتبعة في تنفيذ البرنامج .
- الملاحظات الشخصية. (دخلي، 2010، ص.58-68)

7. مقاربات نظرية عن التوعية الصحية:

إن عملية التوعية الصحية كما سبق وأن ذكرنا تركز أساسا على موقف تعليمي، لذلك فهي تعتمد على نظريات التعلم في تفسير معظم المواقف التعليمية بأسلوب علمي وعملي، فنظريات التعلم هي محور اهتمام المثقفين الصحيين، حيث ساعدتهم هذه النظريات بمختلف قوانينها في العملية التوعية وتفسيرها، وعلى نجاح مهمة المثقف الصحي؛ وفيما يأتي نتعرض للمقاربات النظرية التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة:

1.7. النظريات السلوكية:

تعد النظريات السلوكية في التعلم، من النظريات الشائعة الشهيرة، التي اهتمت بتفسير معظم المواقف التعليمية بأسلوب علمي منظم؛ أسس هذا المذهب عام 1913م عالم النفس الأمريكي" واطسون" وأدرك هو وغيره من السلوكيين أمثال "**بافلوف، سكنر، ثورندايك، جثري....**" أنه من الممكن تغيير سلوك الإنسان **بالإشراط**. حيث تدور هذه النظريات حول محور عملية التعلم في اكتساب تعلم جديد، أو في إطفائه، أو إعادته، ولذا فان أكثر السلوك الإنساني مكتسب عن طريق عملية التعلم، وان سلوك الفرد قابل للتعديل، أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة. وتعرف هذه النظريات التعلم بأنه "تغيير في السلوك، ويوصف هذا التغير بالدوام النسبي في السلوك نتيجة الخبرة". (العناني، 2001، ص. 162) ويعتمد هذا التعلم على مبدأ أن الإنسان يتعلم السلوك السوي، وغير سوي من خلال تفاعله مع البيئة، ويعمل التعزيز على

تدعيم السلوكيات المرغوبة، وغير مرغوبة. وبذلك نرى أن اضطرابات السلوك ما هي إلا عادات خاطئة متعلمة.

وجوهر عملية التوعية الصحية حسب هذه النظرية هو إحلال سلوك ملائم ومرغوب محل سلوك غير ملائم ومكروه، وذلك عن طريق محو وإطفاء السلوك السيئ وإعادة تعليم سلوكيات جديدة ومقبولة، وتعتمد العملية التثقيفية على بعض المبادئ وإجراءات النظرية السلوكية التي يحتاج اليها المثقف الصحي فيتم تطبيقها كلها أو اختيار بعضها في التعامل مع المستهدف من عملية التوعية الصحية من خلال التعزيز، العقاب، التكرار (قانون المران)، قانون الأثر، قانون الاستعداد... (جبل، 2001، ص. 304)

إلا أنه ما يؤخذ على هذه النظريات هو أنها لا تساعد المثقف الصحي على الابتكار، كما تعتمد على تغيير السلوك بتعزيز السلوكيات أو عقابها دون النظر إلى الجانب العقلي كالوعظ مثلا. فهي تعتمد على مراحل متأخرة مثل التعزيز أو العقاب وهذه الخطوات لابد لها لتحقيق التعلم الصحي من ورائها أن تكون مسبوقة بمخاطبات عقلية، وأهملت المشاعر والتعاطف بين المثقف الصحي والمستهدف بعملية التوعية الصحية مما يؤثر على قيام العلاقة تثقيفية صحية ناجحة بينهم لان أساس التوعية الصحية الناجحة هي العلاقة المهنية الإنسانية التي يعتمد عليها.

2.7.النظرية التعلم الاجتماعي:

ظهرت هذه النظرية على يد جماعة من السلوكيين وعلى رأسهم "**باندورا**"، وهي نظرية ترى بأن الناس يتعلمون سلوكيات جديدة عن طريق التعزيز أو العقاب الصريحين، أو عن طريق التعلم بملاحظة المجتمع من حولهم. فحين يرى الناس نتائج إيجابية ومرغوبة للسلوك الذي يلاحظونه (من قبل غيرهم)، تزداد احتمالية تقليدهم، ومحاكاتهم، وتبنيهم لهذا السلوك.

يتكون التعلم الاجتماعي من ثلاثة أجزاء: الملاحظة كمصدر ثاني للتعلم، والتقليد، والتعزيز. فإن توقع المرء أن يعود سلوك معين بنتائج إيجابية، أو رأى احتمالية كبيرة في ذلك، تزداد قابلية مشاركته

للآخرين في هذا السلوك. إذ أن تعزيز السلوك بالنتائج الإيجابية يقود المرء إلى تكرار انتهاجه. ولذلك ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن التأثير على السلوك لا ينحصر فقط بالعوامل النفسية، وإنما تلعب المحفزات والعوامل البيئية دورا في ذلك. وتوسع **ألبرت بندورا** (1977) في أفكار من سبقوه، فنظريته تشمل التعلم السلوكي والإدراكي.

ويفترض التعلم السلوكي أن بيئة الشخص المحيطة تدفعه للتصرف بطريقة معينة. أما نظرية التعلم الإدراكي فتقول بأن العوامل النفسية مهمة في التأثير على سلوك المرء. أما نظرية التعلم الاجتماعي فتجمع بين العوامل البيئة والعوامل النفسية. ويشترط تعلم وتقليد سلوك معين ثلاثة أمور وهي: التذكر (تذكر ما لاحظه الشخص)، الإنتاج (القدرة على القيام بسلوك معين)، والدافع (السبب الكافي الذي يرغبك في تبني سلوك معين). (العناني،2001. ص. 178– 179)

من مزايا هذه النظرية أنها دعت إلى تنمية دافعية الطلاب لأثرها في التعلم بالملاحظة، لكن ما يعاب على هذه النظرية هو إفراطها في استخدام التعلم بالملاحظة بشكل يطغي على باقي الوسائل المستخدمة في عملية التعلم.

3.7. النظرية المعرفية:

تعتمد الفكرة الأساسية في هذه النظرية أن الإنسان فرد منطقي أساسا، وإذا توفرت له الظروف المناسبة فإن إمكاناته العقلانية تمكنه من حل مشاكله بطريقة فعالة، كما تمكنه من اتخاذ القرارات المناسبة، بالإضافة إلى تطوير إمكانياته الكامنة. (أوزبأو وأخرون، ، 1986، ص. 5)

كما تعتمد على مبدأ مفاده أن سلوك الشخص يعتمد على الطريقة التي يدرك بها الموقف الاجتماعي، فالأشخاص ينظمون إدراكهم، وأفكارهم عن الموقف بصورة تلقائية من خلال طرق بسيطة ذات معنى. وبصرف النظر عن كون الموقف مشوشا أو اعتباطيا، فإن الأشخاص يميلون إلى إضفاء بعض النظام، والترتيب، والمعنى عليه. وأن هذا النظام، والترتيب، والتفسير للعالم يؤثر بصورة جوهرية في كيفية استجابتنا

في الموقف الاجتماعي. (السيد، عبد اللطيف، 2001. ص. 50) وبحدوث تطورات في مجال علم النفس المعرفي، والتي تتمثل في كيفية معالجة الأفراد للمعلومات، برز البحث في المعرفة الاجتماعية والذي تمثل في ثلاثة توجهات رئيسية:

- **البحث في مجال الإدراك الاجتماعي:**

يهتم بالطرق التي يدرك بها الأفراد المعلومات الاجتماعية ويحولها إلى رموز. ويركز الباحثون في هذا المجال على السبب الذي يجعل الأفراد يركزون انتباههم على بعض الأفعال التي يقوم بها الأشخاص الآخرين دون الأخرى.

- **البحث في مجال الاستدلال الاجتماعي:**

يهتم بالطرق التي يستخدمها الأشخاص لعمل تكامل بين المعلومات المتاحة لديهم أو تجميعها معا والتأليف فيما بينها للوصول إلى انطباعات واستنتاجات وأحكام عن العالم الخارجي.

- **البحث في مجال التذكر الاجتماعي:**

يهدف إلى اختبار الكيفية التي يخزن بها الأفراد المعلومات عن الأشخاص الآخرون، والأحداث الاجتماعية، وكيفية استرجاعها. (السيد، وآخرون، 2001 ص. 51- 52)

على الرغم من أهمية ما ذهبت إليه هذه النظرية من تأكيدها على أهمية إدراك الفرد وتفسيره للموقف، إلا أنها أهملت واقعية الموقف الذي يمكن أن ينظر إليه من خلال المحايدة.

7-4. نظرية معالجة المعلومات:

يرى أصحاب هذه النظرية أن مخزوننا من المعرفة في الذاكرة طويلة المدى ينظم على صورة مخططات إدراكية، أو خرائط مفاهيمية ومفهوم المخطط مفهوم استخدمه "**بياجيه**" في تفسيره للنمو العقلي، ويقصد به تراكيب المعلومات أو الأبنية العقلية التي تتكامل في تنظيمات هرمية؛ إذا فالمخطط الإدراكي هو بناء معرفي هرمي عام، تنتظم فيه المعلومات في إطار متكامل ذو معنى، يوضح الأفكار الرئيسية التي

ينبغي التركيز عليها عند التعلم، كما أنه يوظف في عملية الاستيعاب، والفهم، والتذكر، ومقاومه النسيان. (العناني، 2001. ص. 190)

اهتمت نظرية معالجة المعلومات بدراسة الذاكرة البشرية، وقد أثر الكمبيوتر على أصحاب هذه النظرية لدرجة أن البعض منهم ينظر إلى الإنسان كنظام متطور لمعالجة البيانات، وبالتالي فان الذاكرة البشرية كنظام لمعالجة البيانات تؤدي ثلاث مراحل:

- **مرحلة الترميز:** هناك بعض الموضوعات في البيئة التي يمكننا إدراكها، وتركيز انتباهنا عليها وترميزها، وهناك عدة عوامل تسهل عملية انتقاء المثيرات وترميزها، وهي الخصائص الفيزيائية للأشياء مثل اللون والحجم. والخصائص الانفعالية، فمناداة التلميذ باسمه يسهل عملية توجيه انتباه التلاميذ للمثيرات والأفكار التي يراد إيصالها لهم. (العناني، 2001، ص191)

- **مرحلة التخزين والاحتفاظ:** إن تذكر الحوادث والمثيرات بعد فترة زمنية قصيرة يختلف نوعيا وكميا عن تذكر هذه الحوادث والمثيرات بعد فترات زمنية أطول. فمن المعلومات ما يخزن في الذاكرة قصيرة المدى التي تعد سعتها على التخزين محدودة بعدد معين من الوحدات يبلغ سبع وحدات، يضاف لذلك أن بعض المعلومات المخزونة بها يتلاشى خلال دقائق، والبعض الآخر ينتقل للذاكرة طويلة المدى ويصبح أكثر تباثا مع مرور الزمن واقل عرضة للتأثر بالمداخلات الجديدة من المعلومات.

- **مرحلة الاسترجاع:** يشير الاسترجاع إلى عملية البحث عن المعلومات المرغوب فيها في مخزن الذاكرة، وتعيين موقعها في هذا المخزن، وعملية تجميع هذه المعلومات وتنظيمها، وعملية أدائها على شكل استجابة ذاكريه. (العناني، 2001، ص، 192)

على الرغم من أنه لا يمكننا القول بأن هذه النظرية قدمت كل ما يمكن تقديمه في مجال التعلم، كونها اهتمت بجانب واحد من التعلم، وهو كيفية معالجة المعلومات وبالغت في تشبيه الذاكرة بالكمبيوتر، إلا انه لا يمكننا إنكار مزايا هذه النظرية مثل التنبيه بأن التدريب الموزع أكثر فاعلية من التدريب المكثف،

الاعتماد على التكرار اللفظي للمادة المتعلمة يساهم في حفظه في الذاكرة طويلة المدى، تنظيم المعلومات وترميزها يساعد أكثر على التذكر، تشجيع الطلبة على التفكير الناقد، واستخدام الخطوات العلمية لحل المشاكل.

وعلى العموم كانت هذه إطلالة على مختلف المقاربات النظرية التي اتصلت بعملية التوعية الصحية حول السيدا عامة، و التي أكدت في مجملها و من خلال مبادئها و قوانينها أن التوعية الصحية مبنية على أسس علمية يجب مراعاتها ، فقد أفادتنا النظرية السلوكية بمختلف قوانينها في بناء قاعدة حول إكساب سلوكيات صحية تقي من السيدا، أما نظرية التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية فقد أفادتنا في فهم أكثر لمبادئ عملية الإدراك الاجتماعي للمتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري، أما نظرية معالجة المعلومات رغم سلبياتها إلا أن لها دور كبير من خلال قوانين التذكر على زيادة المعلومات حول السيدا، والاحتفاظ بها لمدة طويلة.

8. بعض أساليب التوعية الصحية:

لقد تمت ممارسة التوعية الصحية عبر التاريخ بوسائل مختلفة وطرق متنوعة فليس هناك وسيلة واحدة أو طرق متماثلة يسلكها المثقف الصحي، بل تتنوع وتختلف باختلاف الزمان، وتغير المكان، وتنوع الفئة المستفيدة. خاصة أن التوعية الصحية شهدت تطوراً في أساليبها وأهدافها وآلياتها، حتى أصبحت وسيلة فعالة ومؤثرة، وخرجت عن تقليدية الماضي المتمثلة في إلقاء محاضرات في المدارس أو بين الطلاب، ينتهي دورها بعد ذلك من دون فائدة، أو لنقل بفائدة محدودة تكاد لا تلمس. واختيار الأسلوب الملائم لهذه العملية يخضع لعوامل كثيرة ولمتغيرات عديدة ومما يجب أخذه في عين الاعتبار قبل اختيار أسلوب التوعية المناسب ما يلي :

- **خصائص الفئة المستهدفة :**

المثقف الصحي يتصل بجماعات مختلفة – كبار–صغار–نساء–رجال–أميين – متعلمين وعليه فإن اختيار الطرق الملائمة لكل من هؤلاء قبل البدء في أي برنامج تثقيفي ولابد من التدرب عليه مسبقاً وكلما كانت وسيلة الاتصال تفاعلية وتخاطب أكثر من حاسة كلما كان تأثيرها أكبر.

- **الثقافة المحلية للفئة المستهدفة :**

إن أسلوب حياة الناس في المجتمعات يحدد طرق التوعية الصحية التي يتقبلها الناس ويفهمونها ويستجيبون لها. فإذا كان اغلب الناس أميين فلابد من الاعتماد على المخاطبة وليس على الكلمة المكتوبة. وحتى عند المتعلمين فإن اكتساب المعارف المفضلة هي الكلمة المسموعة وإذا كان المجتمع يتسم بالتقدم التقني فقد يلجأ إلى البث الفضائي وشبكة المعلومات العنكبوتية.

- **الموارد المتاحة:**

بعض الطرق لا تحتاج لأكثر من المورد البشري مثل القصص والمناقشات واللقاءات، والبعض الآخر يحتاج إلى موارد مالية وبشرية مثل الملصقات والصحف والمسرح.

ويمكن تقسيم أساليب التوعية الصحية إلى عدة أنواع تبعا لمعايير معينة، مثلا تبعاً لتأثيرها على الحواس فتكون سمعية (كالراديو، وأشرطة...) أو بصرية (كالملصقات، صور توضيحية)، وقد تكون سمعية بصرية مثل (تلفاز...). ويمكن تقسيمها وفقاً للاتصال المباشر مع المستهدفين إلى طرق مباشرة وغير مباشرة وقد تكون وسائل تقليدية نمطية أو تقنيات عصرية حديثة.

وفيما يأتي نتعرض لبعض الوسائل التي تستخدم في مجال التوعية الصحية:

1.8.الملصقات:

عبارة عن لوحات ورقية كبيرة أبعادها 60 إلى 90 سم مدون عليها عبارات وصور تحمل رسالة تثقيفية بلغة مبسطة وموجزة في كلماتها، مع استخدام ألوان جذابة، وجاذبة للفئة المستهدفة، ويراعي في

التصميم الخط وإبراز الرسالة وحجم الكلمات، والتأثير النفسي على المتلقي وتتطرق لفكرة واحدة وتكون الصورة الرئيسية التي تهدف لها واضحة ومفهومة ويتم استخدامها في تقديم المعلومات وتقريب مفهوم الرسالة الصحية واستخدامها كمحفز ومحور للنقاش جماعي توضع في مكان مناسب حتى تتمكن الفئة المستهدفة من الاطلاع عليها واستيعابها بسهولة. (صالح، رمضان، 1999، ص. 20)

2.8. المطوية أو النشرية:

هي وسيلة تحتوي على معلومات صحية إما بشكل مصور مع تعليق أو إرشادات لفئة مستهدفة في المجتمع وتلعب الألوان الدور الأساسي فيها كعنصر للجذب، ويراعى أن يطبع العدد الكافي لإيصاله إلى الفئة المطلوب توعيتها.

3.8. الكتيبات التوعوية:

وهي كتيبات صغيرة تحتوي على إرشادات موجهة لفئة محددة في المجتمع لهدف توعيتهم.

4.8. أشرطة الفيديو:

يتم استخدام أشرطة الفيديو التي تتضمن مواد تثقيفية لتعلم المجموعات الصغيرة، ولكن لابد أن يتبعها مناقشة جماعية لمضمون التوعية الصحية وإلقاء الضوء على أهمية محتواها والجوانب التي تم التطرق إليها حتى لا يكون هناك تلقي سلبي (صالح، 2001، ص. 385).

5.8. أجهزة عرض الشرائح والشفافيات:

وهي وسيلة من الوسائل البصرية لعرض الرسائل الصحية كجهاز عرض الشرائح وجهاز عرض الصور الورقية (الشفافيات) وأجهزة وبرامج الكمبيوتر (العروض التقدمية).

6.8.التوعية الصحية عبر الإنترنت:

نظرا للتنامي المطرد للشريحة المستفيدة من الشبكة المعلوماتية ومن كافة فئات المجتمع مع ما تتسم به هذه التقنية من قدرة على إعادة صياغة مفاهيم التوعية الصحية وبثها بوسائل وطرق أكثر جاذبية وبصورة

مثيرة ومشوقة تجعلها أكثر قبولاً لدى المتلقي مع ما فيها من مواكبة للتطورات والتغيرات السريعة في هذا المجال ،فأمام هذه المبررات كان من الأهمية بمكان الاستفادة من شبكات المعلومات في تعزيز المعرفة الصحية وبالفعل فقد أصبحت الشبكة العنكبوتية "الإنترنت" منفذا للكثير من المرضى الذين يعانون من مختلف أنواع الأمراض، فقد أصبح بإمكان المرء أن يتعرف على طبيعية مرضه وكيفية الإصابة به وطرق العلاج والوقاية منه بواسطة زيارة مواقع متخصصة بتلك الأمراض.

وبهذا يمكن للإنترنت أن يقدم جميع المعلومات للمريض ويكون مصدراً للتثقيف الصحي فقد غير شكل العلاقة بين المريض والطبيب، ففي السابق لم يكن هناك توازن في حجم المعلومات المتاحة للمرضى والأطباء .ومع الإنترنت أصبح أمام مستخدمي الشبكة فرصة للحصول على هذه المعلومات ليتمكنوا من القيام بدور أكثر فاعلية في رعايته الصحية.

7.8. التوعية بالقرين (بواسطة المربي النظير le pair):

القرين هو الشبيه، الند، المتكافئ مع مجموعة معينة لهم نفس الجنس، نفس الانتماء السوسيوثقافي، نفس الفئة العمرية. وتقوم جماعة الاقران بدور مهم في عملية التوعية وفي النمو الصحي للفرد، فهي تؤثر في معاييرهم الاجتماعية. ويتوقف مدى تأثر الفرد بجماعة الرفاق على درجة ولائه لها ومدى تقبله لمعاييرها وقيمها واتجاهاتها وعلى تماسك هذه الجماعة ونوع التفاعل القائم بين أعضائها. ويأتي الأقران كما يرى "**ميرسون**" في المرتبة التالية للوالدين من حيث الأهمية. (السيد، عبد اللطيف، 2001، ص. 221). فالمثقف النظير يقوم بعدة مهام، من بينها أنه يقوم بتشخيص المعلومات، المواقف الخاطئة، والسلوكيات، والممارسات غير المحمية لدى أقرانه؛ ثم يقوم ببناء رسالة تثقيفية صحية وبانتقاء الأدوات التواصلية المناسبة؛ عندها يقوم بتصحيح وضعية النظير من خلال تصحيح أفكاره وتزويده بالمعلومات أي الرسائل الصحية كما يقوم بتصحيح المواقف المساعدة على تعديل السلوك عن طريق تزويده بالمعلومات عن الصحة الايجابية. ويتيح وجود الفرد وسط أقرانه فرصة إعادة النظر في سلوكه، وقد استخدمت جماعة الأقران حديثا في مجال التوعية

والوقاية من السيدا وفي إعادة التربية الصحية للفرد فيما يخص السلوكيات الخطيرة التي تعرض لفيروس VIH.

8.8. الإرشاد الجماعي:

وسيلة مهمة تتميز بالمرونة وتنوع الأساليب التي تهدف إلى إيصال المعلومات يضم جماعة من الأقران، المطويات، الأفلام.

...وتتنوع الطرق المستخدمة في الإرشاد الجماعي ونذكر من بينها ما يلي:

- أسلوب السيكودراما:

السيكو دراما، تعرف أحيانا بالدراما النفسية، أو التمثيل النفسي المسرحي، وتسمى التمثيلية المسرحية للمشكلات النفسية، وهي إرشاد عملي واقعي. ويستخدم هذا الأسلوب عادة مع أغلب المشكلات ومع جميع المراحل العمرية. وفي السيكودراما إما أن يقوم المثقف الصحي باقتراح موضوع يعبر عن المشكلة التي يعاني منها المستهدف من عملية التوعية الصحية في المجموعة الإرشادية، ويطلب منهم القيام بتمثيل هذا الموضوع ويترك لهم الحرية في اختيار الدور الذي يناسبهم، والحرية في التعبير، فالحوار لا يعد مسبقا، وإما أن يقوم المسترشد بأداء موقف تمثيلي حدث في حياته أو خبرة مر بها في الماضي أو يمر بها في الحاضر أو يخشى المرور بها في المستقبل أو تدور حول مجموعة من الأفكار والمعتقدات الخرافية والاتجاهات السالبة المشحونة انفعاليا. وغيرها ويتم أداء هذه الأدوار بشكل تلقائي ارتجالي، ومن خلال هذا العرض يكشف كل مسترشد عن مشاعره، ورغباته، وصراعاته وانفعالاته، فهو نوع من التنفيس الانفعالي يخرج فيه كل منهم ما بداخله لإحداث التوافق الشخصي، والاجتماعي حيث تعرض مشكلات انفعالية كالتي يعانيها المشاهدون المسترشدون وتعرض تسلسلاتها وأحداثها ومواقفها حتى تصل إلى نهاية هي حل عملي لتلك المشكلة بصورة واقعية عملية في حياة الناس السوية الصحيحة ومن رواد هذا الأسلوب" مورينو" وهو المحلل النفسي الأمريكي الذي أنشأ أول مسرح علاجي في الولايات المتحدة في مدينة نيويورك عام

1967 ويتضمن عمل مسرحية يقوم بالأدوار فيها المرضى أنفسهم ويمثلوا مشهدا تلقائيا مثل المواقف التي عاشها المريض مع ذويه وأهله والمشاكل التي يعاني منها في الحاضر والمشاكل التي يخاف من مواجهتها . (العناني، 2001، ص328).

- **السيكودراما:**

يعرف أيضا بالتمثيل الاجتماعي المسرحي، وتسمى التمثيلية المسرحية للمشكلات الاجتماعية، وهو إرشاد عملي واقعي وهو يركز على القواعد الاجتماعية المألوفة للفرد في علاقته مع الآخرين، فهي تتناول المشكلات ذات الطابع الجماعي المتصل بوظيفة الجماعة، أو تركيبها كالمشاكل الاجتماعية، أو الاقتصادية أو الدينية العامة والتي تسبب التوتر والاضطراب للمجتمع، وهذا على العكس من السيكودراما التي تهتم بمشكلة عضو معين من أعضاء الجماعة، حيث يكون التركيز على الحياة الشخصية للفرد. (العناني، 2001.، ص.416)

- **لعب الأدوار:**

يختلف لعب الدور عن كل من السيكودراما، والسوسيودراما، في أن لعب الدور يعطي الأشخاص أمثلة ونماذج لكي يقلدونها ويكررونها أما في السيكودراما، والسوسيودراما فالتركيز لا يكون على التعليم والتقليد بقدر ما يكون التركيز على التلقائية والارتجالية وتنمية القدرة على اتخاذ القرارات. وفي لعب الدور يتم تناول أي موقف يسبب الاضطراب بشكل تمثيلي، فالطالب الذي يعاني من الخجل والانطواء مثلا يمكن أن يستخدم هذا الأسلوب في التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة.

- **أسلوب المناقشات الجماعية:**

ويتم ذلك ابتداء بالمشكلات النفسية الاجتماعية العامة ثم تتدرج المناقشات إلى المشكلات النفسية المشتركة الخاصة بأعضاء الجماعة المسترشدين لذا لابد أن يكون أعضاء المناقشة متجانسين يتشابهون فيما يعانون من مشكلات متقاربة في المجال المهني المعين بالذات وفي المجال التربوي أو التعليمي أو

الاجتماعي أو الانفعالي السلوكي أو بعض العيوب السلوكية في العادات والخرافات ومواضيع المناقشات ينبغي أن تكون متصلة بجوهر الاضطراب أو المشكلة كما تم تأكيد ذلك في مواضيع المحاضرات أيضا ويكون محور المناقشات حالات افتراضية بأسماء عامة وهمية ولكنها تلمس الواقع الذي يعاني منه أعضاء الجماعة ويكون المرشد محور المناقشات إذ هو الذي يثير الأسئلة ويوزعها ويستمع لأسئلة الأعضاء الحاضرين ويتعاون معهم على الإجابات السليمة.

- أسلوب إلقاء المحاضرات:

فالمحاضرات أسلوب تعليمي تربوي في طريقة الإرشاد الجماعي. حيث يتعلم المسترشدون مزيدا من المعارف والأفكار فيما يتصل بحياتهم العملية وما يتصل بها من علاقات ومواقف وكل ذلك في إطار المشكلة التي يعانونها لمواجهة المواقف وإدراك الذات. والتعليم الجديد. لكل ما يساعد على حل المشكلات ومواجهة الاضطرابات. فالمرشد هو الذي يلقي المحاضرة . وقد يدعو آخرين من ذوي التخصص يتشابهون في ذات المشكلة ولابد أن يتخلل المحاضرة أو أن يكون ختامها أسئلة متبادلة ومناقشات متداولة مما يكسب المحاضرة حيوية ونشاطا.

خلاصة:

كانت هذه لمحة عن بعض الاساليب المستخدمة للتوعية الصحية، فمن كل ما سبق يتضح لنا أن كل إنسان في حاجة للتوعية الصحية يعتبر مستهدفا بهذه العملية، فالجميع يحتاج إليها، كباراً وصغارا، رجالاً ونساء، الأمي والمتعلم، لأنها تعمل على تحسين الوعي ورفع مستوى الاهتمام والإدراك لدى كافة شرائح المجتمع. أما من ناحية المواضيع التي يتم تناولها فليس لها حدود، إذ يستطيع أن يتناول المثقف الصحي أي موضوع له علاقة بالصحة بشرط أن يتناسب هذا الموضوع مع حاجة الفرد أو المجموعة المستهدفة بالتوعية الصحية، ومن هنا تبدأ عملية التغيير إلى الأفضل دائماً، ويتبقى أن تكون هناك المتابعة المستمرة، وألا يقتصر ذلك على فترة زمنية محددة، لكي تتحول الممارسات الصحية السليمة إلى عادات تؤدى بلا شعور نتيجة كثرة التكرار. فالتكرار يزيد من قدرة الناس على التذكر ومن الضروري ألا يعتمد المثقف أسلوبا واحدا كالكلام، والمحاضرات، وإنما يستحسن إضافة عرض الصور، وإفساح المجال للحوار والنقاش، والسؤال والجواب، واستعمال بعض الأشياء والمعروضات التي تجسم الرسالة المراد تبليغها. فالاهتمام بالتوعية الصحية لم يبق مسألة تغيير السلوك والعادات الصحية فقط، بل أصبح الاهتمام اليوم أكثر بترقية الصحة ويقصد بها الجهود التي تهدف الى الحفاظ على الصحة العامة للأفراد والاسر والمجتمع وتحسينها وهي لا تشمل الاجراءات الخاصة للوقاية من مرض معين.

الفصل الثالث:

داء فقدان المناعة المكتسبة

(السيدا):

تمهيد:

تعد سنة **1981**، سنة الإعلان عن مرض جديد؛ أضيف إلى القاموس الطبي سمي بالسيدا **(SIDA)**. اكتشفت أولى حالاته في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أنه يرجح أن بداياته الحقيقية كانت قبل سنة **1981** بكثير، وليس من الولايات المتحدة الأمريكية، بل من إفريقيا، فمند ظهوره إلى حد اليوم والأبحاث متواصلة بشأنه، هدفها الأساسي إزالة الغموض عنه، وإيجاد دواء له. وبذلك توالت الاكتشافات السنة تلوى الأخرى، حتى أصبح للسيدا تاريخ تختلف أحداثه ونظرة المجتمع إليه من سنة لأخرى؛ ومن هذا المنطلق فضلنا تقسيم تاريخ السيدا إلى ثلاثة مراحل أساسية ليس الهدف من خلالها كتابة تاريخ معمق للسيدا بكل تفاصيله، وإنما لإعطاء لمحة مبسطة عن أهم الأحداث التي ميزت كل مرحلة، باعتبار السيدا ظاهرة ديناميكية.

أولا–نشأة وتطور الفيروس:

1. المرحلة الأولى قبل سنة 1981 "الأصل والنشأة":

هناك مقترحات عديدة حول نشأة فيروس السيدا، وأقربها للواقع وأشهرها أن فيروس السيدا ذو منشأ قديم تعود جذوره إلى مئات السنين، وبالتحديد إلى القارة الإفريقية. فحوالي 60% من سكان "أوغندا" كانوا حاملين لهذا الفيروس، الذي انتقل إليهم عن طريق نوع من القردة والتي تسمى بالقردة الخضراء **«Green monkeys»**. يدعم هذا الاتجاه مجموعة من العلماء والباحثين من بينهم البروفيسور روبرت غالو **«Robert gallo»** "، إذ قام بتفسير طريقة انتقال الفيروس من القردة إلى الإنسان بحادثة حدثت في القدم، عندما ذهب مجموعة من سكان جزر "**هايتي**" للعمل "**بزائير**"، حيث تعرض أحد العمال إلى عضة قرد مصاب بالسيدا، وبعد انقضاء مدة العمل عاد العمال إلى مساكنهم بجزر هايتي ومن المعروف عن هذه الجزر أنها مكان يستقطب السياح خاصة من الولايات المتحدة وأوروبا، ممن يفضلون قضاء عطلة الشتوية فيها، وممارسة الشذوذ الجنسي. وبهذه الحادثة انتقل فيروس السيدا من القردة إلى الإنسان. (إبراهيم، 1987، ص. 31–32). وللتأكد من صحة هذه المعلومات، قام فريق طبي فرنسي يترأسه الأستاذ "**لوك منتانيه Luc Montagnier** " بمعهد "باستور" بفرنسا، بأبحاث أكد فيها أن هذا الداء موجود منذ فترة زمنية ليست بالقصيرة، وتم إرسال بعثه من " **جامعة هارفارد – بالولايات المتحدة الأمريكية**" للقيام بدراسة دقيقة حول هذه القردة، وتم اكتشاف فيروس ***شديد الشبه*** بفيروس السيدا يتعايش سلميا مع هذه القردة و دون إحداث أعراض المرض، وهو يصيب إحدى أنواع القردة فقط ، كما انه لا يحدث عدوى عند الإنسان، وافترضت هذه البعثة من جهتها أن سبب انتقال الفيروس من القردة إلى الإنسان كان نتيجة تعامل هذا الأخير معها، وأن الخدوش والجروح التي تحدثها القردة في جسم الإنسان قد تنقل الفيروس منها إليه، فتتغير ظروفه داخل الجسم وتحدث الإصابة، وتظهر أعراض المرض، ويصبح الإنسان ناقلا لأخيه الإنسان. وخلصت لتأكيد أن الفيروس موجود منذ عشرون سنة. (ظاهر، 1991، ص. 45–48) لا يزال النقاش محتدا حول نشأة السيدا،

فنشأته تبقى غامضة، تفرض علينا السؤال التالي: إذا كان فيروس السيدا من إفريقيا وبالتحديد من الحيوان (القردة) وانتقل إلى الإنسان نتيجة ظروف وشروط غير محددة وتغيرت ظروفه داخل جسم الإنسان وبذلك أصبح الإنسان ناقلا لأخيه الإنسان. فكيف ظهر في القردة؟ وما مصدره؟

أما من الناحية الاجتماعية فلم يسجل أي رد فعل من قبل المجتمع، وذلك ببساطة كون هذا الداء لم يظهر علميا، ولم يكن معروف عند الناس إلا في سنة 1981، هذا ما سنتطرق له في المرحلة الآتية.

2. المرحلة الثانية 1981-1987 "مرحلة الاكتشافات الطبية (بين اللغز العلمي والهلع الاجتماعي)":

في عام 1978 ظهرت عدة مؤشرات تدل على وجود متلازمة العوز المناعي المكتسب، ولكن لم يتم الإعلان عنها رسميا، كون هذا المرض لم يكن معروفا في المراكز الطبية. وبذلك كان عام 1981 هو البداية التاريخية الرسمية لاكتشاف أولى الحالات. ففي الخامس من شهر جوان من هذه السنة قام المركز الأمريكي للتحكم بالأوبئة بنشر بيان صحفي يتحدث فيه عن خمس حالات مرضية وصفها بالمجهولة، وكانت كلها من الشواذ جنسيا. وفي الشهر الذي يليه أعلن نفس المركز أن ضمنها إصابة غريبة من سرطان الجلد، ولم ينته عام 1981 من القرن الماضي وبعد وفاة المرضى الخمسة بفترة قصيرة حتى أعلن رسميا عن تشخيص داء فقدان المناعة المكتسبة، في الولايات المتحدة الأمريكية **بأطلنطا**، وبعدها تواصلت وتكاثفت الجهود والأبحاث، بزيادة ظهور إصابات جديدة لم تكن من الشواذ جنسيا فقط، بل من مدمني المخدرات يشتركون في استخدام نفس الحقن، وحالات أخرى من غير المدمنين. (Achour,2005,p.15)وفي سنة 1982 هذا الداء الجديد عينت تسميته الانجليزية بـ: **GRID** أي **Gay Related Immodeficiency Syndrome** ومعناه "**علامات مرض فقدان المناعة**"، وفي السنة نفسها ظهرت حالات عديدة موزعة عبر مناطق مختلفة من العالم. (دردار، 2000، ص. 05).أما في سنة **1983** فقد تم التعرف على الفيروس المسبب لسيدا بمعهد باستور بباريس من طرف البروفيسور "**لوك منتانيه Luc Montagnier** ", و سمي أنذاك **LAV** أي " **الفيروس المقترن لاعتدال العقد اللمفاوية**"؛ وأهم ما ميز هذه السنة أيضا هو تصنيف المتعايشين بفيروس

فقدان المناعة البشري/ السيدا إلى فئتين: الحاملين الأصحاء « **les porteurs sains** »، وهم الأشخاص حاملين لفيروس السيدا ولا تظهر عليهم أية علامة مرضية إلا بالتحاليل الطبية، أما الصنف الثاني هم الأشخاص الذين تبدو عليهم علامات المرض لان فيروس السيدا في حالة نشاط في اجسادهم، وتسمى هذه المرحلة بالفيروس النشط « **le virus actif** »، وهؤلاء محكوم عليهم بالموت. أما طرق انتقال الفيروس فكان يسودها عدم الوضوح، وعدم الدقة، والاعتقادات الخاطئة، حيث كان يعتقد أنذاك أن الناموس والاشتراك في المراحيض، اللعاب...كلها ناقلة للفيروس، وفي **ماي** سنة **1984** أكد الفريق الطبي الأمريكي برئاسة الطبيب " **روبارت جالوا**" بالمعهد القومي لسرطان **بميرلاندا** هذا الاكتشاف، الذي سمي أنذاك ب **HTLV3** أي العنصر الثالث من الفيروسات السرطانية البشرية، وعرف على المستوى العالمي بالمصطلح الانجليزي **HIV**، كما تميزت هذه السنة باكتشاف اختبار مصلي **sérologie**. أما في **1985** فقد انتشر استخدام الاختبار المصلي بطريقة سريعة، وأصبح كل المتبرعين يخضعون إلى فحص كاشف ضد فيروس السيدا. فيما كان أهم ما ميز السنة التي تلتها، أي **1986** اكتشاف فيروس ثاني يسبب السيدا، وأصبح الأول يعرف باسم **VIH1**، والثاني باسم **VIH2**. وفي عام **1987** تم استعمال **AZT** كدواء؛ لا يشفي من السيدا وإنما يساعد جهاز المناعة في مقاومة الفيروس، ولا يجعل حالة الجسم تتقهقر بسرعة.

أما من الناحية الاجتماعية فقد تميزت سنة **1983** بظهور أول جمعية لمكافحة السيدا، في فرنسا وسمية بـ « **vaincre le sida** ».(Langlois,2006,p.44) كما أثار داء فقدان المناعة المكتسبة رعب المجتمعات الإنسانية عامة، ورعب المصابين به خاصة. ففي " **نيويورك**" مثلا بعد معرفة الناس بإصابة الممثل الشهير "**روك هيدسون**" بالمرض تركوا المحلات والشوارع التي ثبت تجمع المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري بها، وفروا بأنفسهم وأهلهم خوفا من العدوى. (دردار، 2000، ص. 121). كما رفض أولياء الطلاب إرسال أطفالهم إلى المدارس، عندما سمحت الحكومة لأحد الأطفال المصابين نتيجة نقل الدم

بمتابعة دراسته بشكل طبيعي، حيت تظاهر الأولياء مع أطفالهم قائلين " **نريد في مدارسنا علامات جيدة وليس السيدا**". (العلبي، 1989، ص. 53) وبما أن معايير الصحة والمرض تختلف من مجتمع لآخر، ومن زمن لأخر فقد كان يعتقد أن ملابس، وأثاث المتعايشين بفيروس فقدان المناعة المكتسبة/السيدا تنقل الفيروس الأمر الذي أدى إلى زيادة الخوف لدى المجتمع في هذه الفترة. ففي إحدى القرى الإفريقية مثلا، عندما ذهبت "**دومنيك**" وهي مراسلة صحفية لإجراء مقابلة مع أحد صيادي السمك، كونه اصطاد سمكة "**ماران**" أكبر من قاربه، وأثناء ذهابها لإجراء المقابلة فوجئت بوجود حريق في الغابة، فتوقفت واقتربت من النار، فشاهدت مجموعة من الأشخاص واقفين حول الحريق. كان اللهب يتصاعد من كومة كبيرة من الثياب والأثاث، وسرير. سألت عن سبب إحراق القرويين كل هذه الأشياء المفيدة، وكان الجواب أن مالك تلك الثياب والأثاث مات بسبب السيدا. فوجئت "**دومنيك**" لأنها تعلم أن الثياب لا تنقل السيدا، في البداية اعتقدت أن هؤلاء الناس لا يعرفون كيف ينتشر فيروس السيدا لأنهم ينحدرون من قرية صغيرة. لكنها سألت في وقت لاحق خمسين شخصاً في قريتها، إن كان فيروس السيدا يمكن أن ينتقل عبر الثياب أو الأثاث، وقد تفاجأت عندما عرفت أن معظم أفراد العينة يعتقدون بأن الثياب يمكن أن تنقل فيروس فقدان المناعة البشري. وبعد ذلك كتبت "**دومنيك**" مقالة للصحيفة تشرح فيها أن هذا الاعتقاد غير صحيح وعنونتها "**الثياب لا تصيب الناس بالعدوى**".(دخلي، 2010، ص.37)

وبما أن هناك معايير عديدة لتفسير الصحة والمرض، فقد كان البعض يعتقد أن السيدا عقوبة على الآثام المرتكبة توقعها الأرواح الشريرة، أو أنه ينتج عن الغيرة؛ لكن بفضل جهود الباحثين، والمختصين في مختلف الميادين سواء الطبية أو الاجتماعية، وعمل الجمعيات، بدأ يلاحظ تخلي أفراد المجتمع عن هذه المعتقدات تدرجيا. وبهذا انتقل السيدا إلى مرحلة الثالثة.

3. المرحلة الثالثة من 1988 إلى يومنا "المرحلة التحدي العلمي (تصاعد الجهود الوقائية لتوعية المجتمع والبحث عن دواء شافي أو لقاح واقي)":

بعدما كان السيدا لغزا علميا محيرا، أصبح في هذه المرحلة تحديا علميا. فتكاتفت الجهود الوقائية لتوعية المجتمع، واستمر البحث عن دواء شافي من السيدا، أو لقاح واقي من فيروس فقدان المناعة البشري. تميزت هذه المرحلة بعدة أحداث. ففي سنة 1988، كان أول ديسمبر أول يوم عالمي لمكافحة السيدا. كما شهدت السنة نفسها بداية عمل أولى مراكز الكشف عن فيروس فقدان المناعة البشري وكانت هذه المراكز سرية ومجانية في فرنسا.(Langlois, 2006 , p. 46) وفي ماي من نفس السنة تبنى المؤتمر الحادي والأربعون للصحة العالمية الذي انعقد بـ GENEVE (سويسرا) قرارا رسميا يقضي بسرية فحوص السيدا، وتجنب التحيز ضد المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا في مجالات مختلفة (الخدمات، التوظيف، السفر...). وفي شهر جويلية من سنة 1992 تم تسويق دواء DDI تحت اسم Videx. وفي 1995 تم استخدام علاج ثنائي للسيدا بمزج عقارين: DDI+AZT، وأهم ما ميز سنة 1996 هو استخدام العلاج الثلاثي للحد من تكاثر الفيروس (AZT+DDI+Antiprotease). (دردار، 2000، ص. 07) كما تم الاستغناء عن بعض المصطلحات وتعويضها بمصطلحات أكثر دقة وتعبيرا عن المعنى، مثل إيجابي المصل séropositive بدلا من حامل سليم "porteur sain» (Langlois, 2006 , p. 47) وتم التخلي عن استخدام بعض العبارات مثل المصاب "بالسيدا" أو "ضحية السيدا" للإشارة إلى الشخص المتعايش بفيروس فقدان المناعة البشري/السيدا، على اعتبار أن هذه المصطلحات تحيل إلى معاني خضوع المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري / السيدا للمرض، وعدم قدرتهم على التعايش الايجابي معه؛ و لذلك شاع حاليا استخدام مصطلح "المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا" ؛كما تم حاليا مشاركة المتعايشين في وضع الاستراتيجيات والبرامج مكافحة الفيروس ونشر ثقافة احترام المتعايشين به؛ وبدلا من تركيز الاهتمام على المجموعات الأكثر عرضة groupes à risque، اتجه الاهتمام إلى الممارسات التي تعرض للإصابة

pratiques à risque (Langlois, 2006 , p. 47)وبعدما كان السيدا يعد مرض قاتل لا محال، أصبح اليوم بفضل العلاجات المكتشفة لتبطئ سرعة تضاعف وتكاثر الفيروس ومساعد جهاز المناعة على مقاومته، إلى داء مزمن. كما أن انتقال هذا الفيروس لا يكون بطرق معدية كالسعال، والتنفس... وغيرها هذا ما يجعلنا نؤكد على تسمية السيدا بالمرض المتنقل Maladie transmissible، وليس بالمرض المعدي Maladie contagieuse.

ومن الناحية الاجتماعية فإن أهم ما يثبت أن هناك تغير في تصور المجتمع ايجابيا نحو السيدا وامتلاكه ثقافة صحية تعتبر إيجابية بالمقارنة مع المرحلة الثانية، هي دراسة قام بها **philippe Mechet (فيليب ميشي)**، كان موضوعها: **الشباب في مواجهة السيدا**، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إدراك الشباب للمرض، وسلوكياتهم حياله، ووسائل الإعلام المفضلة لديهم. تضمنت عينة الدراسة 500 شاب تتراوح أعمارهم بين 15 و24 سنة، سئلوا عن طريق الهاتف من 5 إلى 12 نوفمبر 1999. ومن أهم ما توصلت له هذه الدراسة من نتائج، أن 83% من أفراد العينة يعتبرون أن أي شخص معرض للمرض، و92% قالوا بأن السيدا لا يمكن شفاءه. هذا ما يبين درجة وعي المجتمع بخطر الإصابة. وأن الإصابة لا تنحصر في الشواذ جنسيا فقط. كما أن 91% من أفراد العينة لديهم معلومات كافية عن السيدا، وتبين أن 71% من الشباب سمعوا عن الرقم الأخضر sida info service، واعتبره 56% أنه وسيلة تحافظ على السرية، و46% أنه وسيلة سمع ودفع نفسي. هذه الدراسة سمحت بالتعرف على ثقافة الشباب تجاه السيدا، كما سمحت لنا هذه الدراسة بادراك الفرق بين كم المعلومات الصحية حول السيدا مقارنة بالمرحلة الثانية. (بن صغير، 2008، ص.14) أما في الجزائر فبرغم من وجود بعض المعتقدات الخاطئة التي تحيط بالمرض، إلا أنه لا يمكننا إنكار وجود تغير واضح في تصورات المجتمع حول هذا الداء ويعود الفضل في ذلك، إلى دور مختلف الجمعيات خاصة في مجال التوعية لعدم انتشار هذا الفيروس، وتقديم الدعم النفسي

والصحي للمتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري / سيدا، عبر تعديل الرؤية والخلفية الاجتماعية السائدة، وإخراج داء السيدا من أيدي الأطباء والمختصين لعرضه جماهيريا في الشارع الجزائري بجرأة ومسؤولية.

وقد ساهمت الجمعيات فـي نشر الوعي والتحسيس بخطورة انتشار هذا الداء بطريقة وأسلوب ومنهجية علمية ومدروسة، فأصبحت أسئلة المواطنين خاصة، مثل كيفية انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين، وكيفية التعامل مع المريض الجريح... وغيرها من الاستفسارات. والأشخاص أصبحوا يتحدثون عن المرض بدون خوف وخجل على غرار ما كان في السنوات الماضية؛ كما تقوم هذه الجمعيات بتنظيم العديد من الحملات التحسيسية عبر مختلف ولايات الوطن للتعريف بكيفية انتقال الفيروس، وطرق الوقاية والتكفل به. وحتى وصل المجتمع في الجزائر إلى هذه المرحلة فقد مر بعدة أحداث منذ سنة 1985، سنة اكتشاف أول حالة بالجزائر والجهود متواصلة في مكافحة السيدا، لذلك ارتأينا عرض جهود الجزائر في مكافحة السيدا منذ تاريخ ظهوره.

ثانيا–جهود الجزائر في مكافحة السيدا منذ تاريخ ظهوره:

إن الإحصائيات المقدمة في اشكالية الدراسة تبين أن داء فقدان المناعة المكتسبة مستمر في الانتشار والتزايد في الجزائر منذ إعلان وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عن أول مصاب بداء السيدا في شهر ديسمبر سنة 1985م في الجزائر، وكانت أغلب الإصابات سببها انتقال الفيروس عبر العلاقات الجنسية غير المحمية مع شريك متعايش بفيروسVIH، كما يعتبر استعمال المخدرات عبر الحقن سبب لا يستهان به، وذلك لتزايد استخدامه بمرور الزمن. في حين تبقى نسبة انتقال الفيروس عبر الدم ومشتقاته في تضاؤل مستمر بل أصبحت هذه الطريقة جد محدودة خاصة بعد إنشاء وحدات مراقبة الدم، وأصبح كل المتبرعين يخضعون إلى مراقبة وبذلك يبقي انتقال الفيروس منحصر في العلاقات الجنسية غير المحمية والاشتراك في استخدام الحقن المخدرة اللذان يعتبران السببان المباشران لانتقال الفيروس. وتعتبر الجزائر عُرضة لهذا الداء حسب موقعها الجغرافي بين القارات. ومن أجل التخفيف من حدّة هذا الداء أو

القضاء عليه، وعدم ارتفاع نسبته في الجزائر قامت الدولة بعدّة إجراءات خاصة على مستوى مراكز الصحة كفحص الدم قبل نقله من شخص لآخر، كما قامت [وتقوم] بحملات توعية حول المرض وخطورته على الإنسان.

بهذا نلاحظ أن جهود الجزائر في مكافحة السيدا بدأت مند بداية ظهوره. ففي سنة **1986** تم تشكيل مجموعة من الخبراء لتكفل بالوباء؛ أما في سنة **1988** كان أول برنامج قصير المدى(**PCT**) لمكافحة السيدا والأمراض المنتقلة جنسيا بدعم من منظمة الصحة العالمية تضمن إجراءات عاجلة (مراقبة الدم، التكوين، الوقاية، التكفل النفسجتماعي ...). وفي **11مارس** من نفس السنة (**1988**)، تم تعيين مخبر علم الفيروسات "Virologie" بمعهد باستور "بالجزائر العاصمة" كمخبر وطني للمراجعة، حيث أوكلت له مهمة التأكيد على الإصابة بالداء أو عدم الإصابة به؛ بالإضافة إلى إحصاء المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا. وتميز **يوم 22 جوان 1989** بإنشاء لجنة وطنية لمكافحة الأمراض الجنسية المتنقلة والسيدا. وكانت سنة **1990** سنة وضع أول برنامج وطني متوسط المدى (**PMT1**) لمكافحة السيدا وذلك للفترة الممتدة من سنة (**1990 إلى 1994**)، وبالتالي كانت سنة **1994** هي سنة تخطيط للبرنامج وطني ثاني متوسط المدى (**PMT2**) للفترة الممتدة بين (**1995–1999**) وكانت سنة **2000** هي سنة تقييم هذا البرنامج. **أي (PMT2). وشهدت** الجزائر خلال هذه المدة تضاعف الجهود الوقائية وتعميمها في العديد من القطاعات هدفها مكافحة السيدا والحد من انتشارها، من أهم ما تخللها هو: تنصيب فوج عملي لبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا، وتحضير برنامج مشترك بين الجزائر وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا، يغطي الفترة (**1996–1997**). ونظمت سوناطراك سنة **1997** سلسلة تكوين وتحسيس عمالها في جميع مقراتها على مستوى التراب الوطني، كما وضع خط هاتفي برقم 115 في خدمة الأطباء المعنيين بالسيدا والأمراض المتنقلة جنسيا. وشاركت مجموعة من الوزارات (تسعة وزارات)، وبعض الجمعيات في تبني المخطط الاستراتيجي سنة **2001** للفترة الممتدة ما بين (**2003–2009**) فقد قامت وزارة العدل مثلا في هذه الفترة

بتكوين 250 طبيب، و230 مختص نفسي حول السيدا للعمل في مجال السجون، وكان ذلك سنة **2004**، أما في سنة **2005** فقد قامت بتكوين 90 مكون في مجال السيدا من 480 طبيب ومختص نفسي .وتم تحسيس 15000 سجين سنة **2005** في مدة شهر. كما قامت وزارة الشؤون الدينية بتكوين كل الأئمة (100 %) في تقنيات تحسيسية حول داء السيدا وأخطاره، ووجهة نظر الإسلام في طرق انتقاله حيت خصصت خطبة يوم الجمعة الذي يوالى اليوم العالمي لسيدا من كل سنة كيوم موعظة وتحسيس حول هذا الداء. كما خصصت وزارة الصحة ميزانية لعلاج المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا بمستشفى **الهادي فليسي** (القطار سابقا)، وفتح أجنحة للعلاج في كل من قسنطينة، عنابة، ووهران. وغير ذلك من الجهود التي لا تزال متواصلة إلى يومنا هذا. (Onusida, 2005) وبعدما كانت هناك معتقدات خاطئة عن طرق انتقال فيروس فقدان المناعة البشري في السنوات الماضية، فقد تم حصرها حاليا في ثلاثة طرق رئيسية وهذا ما سنتعرض له:

ثالثا–طرق انتقال فيروس فقدان المناعة البشري:

كما سبق الذكر أن هناك ثلاث طرق رئيسية في انتقال فيروس فقدان المناعة البشري وهي كالتالي:

1. الدم ومشتقاته (شرط أن يكون ملوث بفيروس VIH):

إن الدم بكل مكوناته يمكن أن ينقل فيروس فقدان المناعة البشري (VIH)، خاصة وأن نقل دم مصاب دون علم يتسبب في نقل الفيروس معه، حيث أن اللتر الواحد يحتوي على 100 فيروس. وبذلك تكون كل الأدوات الحادة الملطخة بدم مصاب وغير معقمة تعرض للإصابة. (مصباح، 1993، ص.147). مثل نقل الدم الملوث أو منتجاته، واستعمال الإبر والحقن الملوثة، وسائر الأدوات التي تخترق الجلد، أو الأغشية المخاطية مثل :أدوات ثقب الأذن، وأدوات الحلاقة، الوشم، وفرشاة الآسنان التي يستخدمها المتعايشون بفيروس فقدان المناعة البشري، خاصة إذا كانت هناك جروح أو تقرحات على الأغشية المخاطية، أو الجلد؛ كما سجلت بعض الحالات نتيجة عدم تعقيم أدوات معالجة الأسنان...

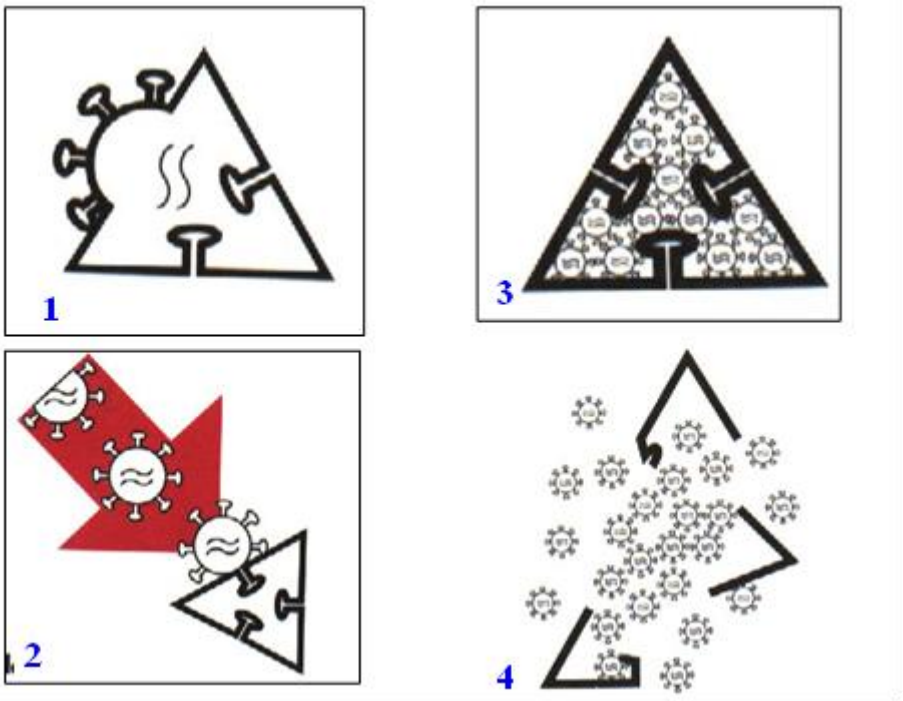
2. من الأم الإيجابية المصل إلى طفلها في مرحلة (الحمل، الرضاعة، الولادة):

ينتقل الفيروس إلى الجنين عن طريق المشيمة، خاصة في مرحلة مبكرة من الحمل؛ وأثناء الولادة وذلك أثناء مروره من المهبل في الولادة الطبيعية؛ وبعد الولادة ينتقل عن طريق الرضاعة أي عبر حليب الأم.

3.العلاقات الجنسية غير المحمية مع إيجابي المصل:

من المعروف حاليا أن 80 % من انتقال فيروس فقدان المناعة البشري سببه العلاقات الجنسية غير المحمية مع شخص إيجابي المصل، كما يعتبر الاتصال الجنسي الشاذ من بين أهم الطرق التي تتسبب في داء السيدا، سواء بين أفراد الجنس الواحد أو الجنسين أي عن طريق المهبل أو الشرج. وهناك عادات جنسية تزيد من خطر انتقال فيروس السيدا مثل الدعارة. (مصباح، 1993، ص.135). بعد انتقال فيروس فقدان المناعة البشري إلى جسم الإنسان بإحدى هذه الطرق، يبدأ في النشاط داخل الخلية، محاولا تحطيم جهاز المناعة تدرجيا وذلك كالآتي:

الشكل رقم (02) يوضح كيفية تكاثر فيروس فقدان المناعة البشري (VIH) في الخلية.



رابعا- ميكانيزم عمل فيروس فقدان المناعة البشري داخل الجسم:

إن المناعة تعني الأمن والحماية، وجهاز المناعة في الجسم يعمل على إبعاد الكائنات العضوية الغازية مثل (فيروسات، فطريات، جراثيم...). وهو يتكون من خلايا تعمل مع بعضها البعض بقصد قتل الفيروسات التي تغزو الجسم ومن بينها:

1- الخلايا الرئيسية **اللمفاوية (T)** ومهمتها إعطاء الأمر للخلايا **(B)** بالتعامل مع الفيروس حيث تفرز أجساما مضادة خاصة قادرة على القضاء على الفيروسات.

2- خلايا ثانية وهي **الخلايا اللمفاوية B** وتعمل على حشد نفسها عند غزو جسم غريب، وتقوم بإفراز أجسام مضادة له.

3- الخلايا الثالثة وهي **البلاعم:** وتقتصر مهمتها على ابتلاع الأجسام الغريبة التي تدخل الجسم البشري (ظاهر، 1991، ص.59). وفي هذه الخلايا مركز يدعى النواة، هذه الأخيرة تحتوي على DNA(الحمض النووي الريبي المنقوص الأكسجين)، وهذه النواة تعمل بمثابة قائد للخلية إذ تتحكم بنشاطها. فعندما يغزو جسم غريب جسم الإنسان، يسرع جهاز المناعة بكل مكوناته في صنع جسيمات صغيرة (مجهرية) تتكون من بروتين، وتدعى الأجسام المضادة، هذه الأخيرة تلتصق بالجسم الغريب بعد العثور عليه وتقوم بتدميره. وهذا ما يتيح الفرصة للفرد بالتعافي إذا كان مريضا أو تجنبه المرض. هذا ما يحدث مع كل الأجسام الغريبة التي تدخل الجسم، إلا **فيروس فقدان المناعة البشري** كونه يستهدف خلايا الجهاز المناعي خاصة الخلايا اللمفاوية التائية 4 (T4)، هذه الأخيرة تحمل على سطحها بروتين خاص يدعى CD4؛ يلتصق VIH ببروتين (CD4) ويعبر من خلاله إلى داخل الخلية أي إلى النواة (DNA) وهنا تكمن المشكلة (لأن الجسم يحتاج إليها من اجل الدفاع عن نفسه ضد الأمراض)؛ فيستحوذ على نظامها لصالحه، كما يتغذى على حساب غذائها، بمعنى لا يهاجم الخلية فقط بل يجعلها مساعدة له و بالتالي يتجدد ويتكاثر إلى ألاف الفيروسات؛ وتصبح الخلية المصابة "مصنع" لفيروسات VIH جديدة

وعندما يحين وقت خروج الفيروس يتمزق الغشاء الهيولي للخلية وتخرج منه فيروسات جديدة إلى الخارج، وكل فيروس يهاجم خلية (T4) أخرى. (Solidarité AIDS, 2008) وهكذا تدور الدورة الخمجية الفيروسية بانتقال الفيروس إلى خلايا TCD4 أخرى، وبالتالي تتلف و تضمحل الآلاف من الخلايا الأخرى، أما خلايا T4 غير المصابة فتبقى تقوم بوظيفتها، و تصدر الأوامر بصنع أجسام مضادة ضد VIH و صنع الأجسام المضادة يتطلب عدة أسابيع. لذلك فعمل الفيروس داخل جهاز المناعة هو الذي يفرض وجود مراحل يمر بها داء فقدان المناعة المكتسبة والتي سنتطرق إليها في الفقرة التالية.

خامسا-مراحل المرض وأعراض كل مرحلة:

عندما يحمل أي إنسان فيروس فقدان المناعة البشري (VIH) لا تظهر عليه أية علامة مرضية تنبئ بوجود VIH في جسمه، قبل شهر من حمله للفيروس، ومن الممكن أن تمر عليه سنين دون أن يشك في أنه مصاب، إن لم يقم بالكشف الإرادي عن الفيروس. ولطبيعة عمل هذا الفيروس داخل الخلية، فإنه يمر عموما بثلاثة مراحل تتصل كل مرحلة ببعدها وتعد مرحلة متطورة عن سابقاتها.

1. المرحلة الأولى "مرحلة الأعراض المستترة séropositive":

في هذه المرحلة يكون الشخص حامل لفيروس فقدان المناعة البشري، وليس مريضا بالسيدا ويسمى ايجابي المصل séropositive، أي متعايش بفيروس (VIH). وهذه المرحلة جد خطيرة كون حامل الفيروس بإمكانه نقل الفيروس إلى غيره دون علمه وعلمهم، خاصة أقرب الناس إليه كالزوجة مثلا. وسميت هذه الفترة بالمستترة كون أعراضها لا تنبئ بوجود مرض خطير، بل تبقى مخفية، وما يظهر عليها سوى أعراض تشبه مرض الزكام مثل:

- تعرق شديد في الليل، مهما كان الجو باردا.
- إحساس مستمر بتعب والإرهاق.
- انزعاج وتوعك عام.

- ألم بسيط في العضلات وأوجاع خفيفة في الرأس.... (دردار، 2000، ص.32).

كما هو ملاحظ أن هذه الأعراض عادية قد يحس بها أي شخص في وقت ما، وما يزيد من خطورة هذه المرحلة أن هذه الأعراض تظهر لفترة تم تختفي، ويبدو الشخص بعدها سليما مدة تمتد إلى سنين لكي تطهر الثانية.

2. المرحلة الثانية "مرحلة التغيرات في جهاز المناعة para sida":

بعد مرور ستة أشهر إلى عدة سنوات من انتقال فيروس (VIH) إلى داخل الجسم تظهر على المتعايش بهذا الفيروس أعراض تشبه أعراض أمراض أخرى مثل السرطان، سوء التغذية...وهذه الأعراض منها ما هو رئيسي مثل:

- نقص الوزن يتجاوز 10%، مع فقدان الشهية للطعام.
- الإسهال الدائم لا يستجيب لأي علاج مدة أكثر من شهر.
- ارتفاع في درجة حرارة الجسم، وتعرق ليلي لمدة أكثر من شهر.
- سعال مستديم لأكثر من شهر.

وأعراض أخرى ثانوية تظهر عند بعض المتعايشين في هذه المرحلة (أي لا يشترط أن تكون كل الأعراض في شخص واحد) مثل:

- شعور مستمر بالإرهاق والتعب.
- طفح جلدي وتقرحات وحكاك.
- التهاب فطري في الفم وسقف الحلق واللسان.
- ظهور حبيبات جلدية موجعة جدا، حول مدخل الفم والشرج وتسمى بالقوباء الفيروسية "الهربس herpes". (محمد رفعت، 1987، ص.127)

3. المرحلة الثالثة "مرحلة الأعراض الإكلينيكية الواضحة، أي مرحلة السيدا (cas de sida)":

وهي مرحلة الاحتضار وتتميز بانهيار كامل لجهاز المناعة وانهيار المريض حيث يتعرض لمجموعة من الأمراض الانتهازية، الجرثومية وبعض الالتهابات. هذه المرحلة تتميز بعدة أعراض نذكر منها تضخم العقد اللمفاوية، بعض الالتهابات المرتبطة بالمرض وتصل إلى حد الإصابة ببعض الأمراض الخبيثة. (فتحي دردار، ص.33).

سادسا-بعض الأمراض المصاحبة لمرحلة السيدا:

لقد سبق وأن عرفنا بأن هذا الفيروس يصيب الجهاز المناعي عند الإنسان. مما يجعله غير قادر على مقاومة مهاجميه من ميكروبات وفيروسات حتى البسيطة منها، التي كان يتحداها بسهولة في السابق، وبهذا تظهر بعض الأمراض المعروفة بالانتهازية على كافة أجهزة الجسم فمنها ما يصيب الجهاز التنفسي، الهضمي، الدماغ... وغيرها. ومن أهم الأمراض المصاحبة لمرحلة السيدا نذكر من بينها:

1.الالتهابات الرئوية "Pneumonie":

60 % تقريبا من حالات السيدا تظهر عندها أعراض الالتهابات الرئوية، وأكثرها شيوعا هو الالتهاب الرئوي الحاد "Pneumocystis Carinii"، حيث يظهر على المتعايشين بداء السيدا سعال جاف، ضيق في التنفس، حمى عالية، اللهاة الجاف المتواصل عند التنفس أو بدل جهد، تلاحق أنفاس المريض بمعدل أسرع من الطبيعي حتى دون بدل جهد..(Farting et AL, 1985, p.15)

2. الهربس "Herpes":

هو مرض جلدي، حيث تظهر بثور في المناطق التي تلتقي فيها البشرة بالغشاء المخاطي للفم، وفتحة الشرج، كما يرافقه بعض الأمراض الجلدية الأخرى، كالأكزيما، الالتهابات الفطرية، ودمامل صغيرة هذه الأخيرة لا تستجيب إلى أي علاج وتلازم المريض إلى حد وفاته. (رفعت، 1987، ص.128-129).

3. سرطان الكابوزي:

هو نوع من السرطانات الجلدية لا ينتبه إليه الطبيب إن لم يجري المريض الفحوصات اللازمة، لأنه يظهر في البداية على شكل بقع أرجوانية أو حمراء، مرتفعة قليلا أو منبسطة بالنسبة لبقية سطح الجلد.

4. إصابة الجهاز العصبي المركزي:

في الغالب ما يصيب السيدا الجهاز العصبي المركزي، وترافق هذه الإصابة مجموعة من الأعراض نذكر منها:

- فقدان الوعي والإدراك، دوار مستمر، عدم القدرة على التركيز.
- مزاج متقلب، صعوبة في النطق والكلام غير المترابط.
- صداع مستمر، ونوبات تشنجية.

5. حمى مجهولة الأسباب:

يمكن للمصاب أن يشتكي من حمى عادة ما تكون بسبب ميكروبات وبكتيريا، وقد يكون السبب وجودها السل، وإذا أثبتت الفحوص عدم وجود أي سبب فإن فيروس فقدان المناعة البشري هو السبب.

6.تضخم العقد اللمفاوية:

حيث تتضخم العقد اللمفاوية في حالة الإصابة، خاصة على مستوى الرقبة ويتطور هذا إلى سرطان نتيجة وظيفة الخلايا اللمفاوية التائية T4.(tonje , 1986, p.80)

كانت الآفات الاجتماعية ولا تزال من بين الموضوعات التي تلقي اهتماما كبيرا من طرف المختصين في ميادين أخرى غير علم الاجتماع، وذلك للارتباط الوثيق بين مختلف هذه الآفات وبعض الأمراض النفسية والجسدية نذكر منها السيدا، وفيما يأتي نوضح علاقة بعض الآفات الاجتماعية بداء السيدا.

سابعا-علاقة بعض الآفات الاجتماعية بداء فقدان المناعة المكتسبة:

1.علاقة المخدرات بالسيدا:

تعد مشكلة تعاطي المخدرات واحدة من أكبر الآفات الاجتماعية التي تواجه مجتمعات عديدة في العالم، لأنها تقترن بوقوع العديد من المشكلات والأمراض النفسية، الاجتماعية، والجسدية مثل السيدا. فأصل كلمة مخدرات في اللغة العربية من فعل **خدر**، وتعني **الستر**. ويقال جارية (مخدرة)، إذا التزمت الخدر أي "استترت"، ومن هنا استعملت كلمت مخدرات على أساس أنها مواد "تستر العقل". أما في اللغة الانجليزية فكلمة Drug تعني **جوهر أي (مادة)** تستخدم في الأغراض الطبية، بمفردها أو بخلطها. وهي تعمل على تغيير حالة، أو وظيفة الخلايا، أو الأعضاء، أو كل كائن حي.

أما من الناحية الاصطلاحية فيعني **إدمان المخدرات** «التعاطي المتكرر لمادة نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي ورفض للانقطاع، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي، إلى درجة تصل إلى إبعاد أي نشاط أخر. كما يعرف على انه حالة نفسية أو عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية وتتسم هذه الحالة برغبة قاهرة في تعاطي المادة النفسية بصفة الاستمرار أو على فترات، وذلك لكي ينال المتعاطي أثارها النفسية، وأحيانا كي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها وقد يصاحبها رغبة في زيادة الجرعة» . وتصنف المخدرات على أساس تأثيرها إلى:

مسكرات مثل الكحول، **مسببات النشوة** مثل الأفيون ومشتقاته، **المهلوسات** مثل المسكالين والقنب الهندي، والمنومات مثل الباربيتورات...ينتج عن تعاطي هذه المخدرات، تأثيرات تضعف الصحة الجسدية، النفسية، والعقلية، وغياب الوعي خاصة. وعند غياب الوعي وحدوث النشوة يمكن للمدمن القيام بأي شيء

دون وعيه، يعرض نفسه لخطورة انتقال فيروس السيدا ولا يتبع التدابير الوقائية التي تحميه من انتقال الفيروس إليه حتى ولو كان يعرف طرق الوقاية فتحت تأثير المخدر يمكن أن يعرض نفسه إلى الممارسات الخطيرة pratique à risque. هذا ما أكدته دراسة علمية قامت بها وزارة الصحة المغربية سنة (2008) حول المعارف والمواقف والسلوكيات الجنسية عند الشباب المغربي، وقد بينت نتائج الدراسة أن الشباب لهم الدور الأكبر في انتشار هذا الوباء بسبب المغامرات والمواقف الجنسية غير المحسوبة وأن الخمر والمخدرات يشكلان سببا رئيسيا لانتشار فيروس السيدا .وأكدت هذه الدراسة التي تندرج ضمن البرنامج الوطني لمحاربة السيدا الذي تشرف عليه وزارة الصحة، أن 40% من الشباب المغربي يبحثون عن علاقات جنسية بعد استعمالهم للمخدرات والخمور، وأن 9% منهم يصرحون باستعمالهم المخدرات قبل علاقاتهم الجنسية، وأن إلى 57% من الشباب يرتادون دور الدعارة بعد استعمالهم للمخدرات أو الكحول، و21% يستعملون العازل الطبي أثناء العلاقات الجنسية وهم تحت تأثير الخمر أو المخدرات. كما تبرز العلاقة المباشرة بين السيدا واستخدام المخدرات عن طريق الحقن، حيث يعتبر من أهم العوامل الخطيرة التي تؤدي إلى انتقال فيروس VIH بسهولة من إنسان إلى أخر، فاستعمال حقنة واحدة بين مجموعة من المدمنين كفيل بنقل الفيروس إلى المجموعة كلها إذا كان أول من يستخدمها متعايش بفيروس السيدا وهكذا ينتقل الفيروس بسهولة إلى كل من يليه عند استخدام نفس الحقنة. (وزارة الصحة المغربية،2008)

2.علاقة الانحراف الجنسي بالسيدا:

يُقصد بالانحرافات الجنسية الحصول على الإشباع الجنسي بطريقة غير مشروعة من خلال تجارة الجنس، والدعارة في أسواق البغاء، والكباريهات، والنوادي الليلية، وسائر الأماكن التي تقدم الخدمات الجنسية في عالم الانحراف، والمغامرات الجنسية المتواصلة غير المسئولة، والاستهتار والاستسلام للجنس، والجنسية المثلية "اللواط، والسحاق".

من خلال التعريف تبرز لنا أهم مظاهر الانحراف الجنسي، التي لها الأثر البالغ في المجتمع، ومن أهم هذه المظاهر: البغاء، الزنا، اللواط، السحاق، الممارسات الشاذة. فإصابة منحرف جنسي واحد بفيروس VIH يكفي بان ينقله إلى كل من يمارس معه الجنس، فإذا كانت هناك رقابة صارمة حاليا تفرض على الدعارة العلنية مثلا، فالمشكلة الكبرى هي أن هناك الكثير ممن يمارس الانحراف الجنسي في بلدنا سريا هذا ما يزيد من خطورة انتقال الداء في صمت خاصة وأن هناك الكثير ممن يحملون فيروس VIH دون علمهم فكيف يعلم من يمارس معهم الجنس؟ وقد كشفت الإحصائيات الرسمية المقدمة من طرف "منظمة الصحة العالمية" بطرق الرئيسية لانتقال فيروس VIH في العالم، فعلى مستوى العالم حسب هذه الإحصائيات تبين أن 72 % من المتعايشين بفيروس VIH في العالم أصيبوا عن طريق الزنا بين ذكر وأنثى. و8 % عن طريق الشذوذ الجنسي، و8 % عن طريق المخدرات. وما الزنا والدعارة، الشذوذ الجنسي، المخدرات تأخذ نسبة جد عالية وهي الأسباب الرئيسية عالميا. أما ما تبقي أي 12% تتوزع بين 4 % عن طريق الدم الملوث و8 % غير معروفي السبب.

فعلا إن النسبة الكبرى من المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري / السيدا في العالم هم من الشواذ جنسيا و اجتماعيا ، و لكن هذا لا يدعونا أن نعمم هذه القاعدة على كل المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري / السيدا ، بل هناك نسبة منهم أين يكون الزوج مثلا حمل الفيروس عن طريق المخدرات ، أو الانحراف الجنسي...ونقله إلى زوجته، وفي أغلب الأحيان يكون الزوج في حد ذاته لا يعلم بأنه ايجابي المصل، و الزوجة بدورها تنقله إلى رضيعها، أو إلى مولودها أثناء الولادة...هذه الحالات منتشرة في العالم العربي ولكنها تعد نسبة قليلة بالنسبة للمجموع العام.

ثامنا-بعض العوامل الاجتماعية التي تعيق الوقاية من السيدا:

إن أولى عمليات الوقاية من السيدا كانت تركز على تغيير سلوك الفرد، للاعتقاد انه مجرد إعلام الفرد عن وجود مرض قاتل، وطرق انتقاله، وطرق الوقاية منه... وحده كفيل بتغيير السلوك. لذلك فإن أولى

جهود الوقاية باءت بالفشل. (Onusida, 2005) كون هذه الطريقة (الإعلام) وحدها غير كفيلة بالوقاية من السيدا بصفة دائمة ومستمرة. وبعد عدة سنوات من الدراسة في أساليب التوعية والوقاية، تبين بان هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على فاعلية الجهود المبذولة في عمليتي التوعية الصحية والوقاية من السيدا. لان الإنسان ليس في حالة دائمة لمراقبة سلوكه، وحتى لو كان بصفة دائمة في مراقبة سلوكه ووعيه، فهناك عوامل اجتماعية خارجية تعيق أخذ التدابير الوقائية اللازمة مثل القناعات الشخصية في استخدام الواقي، الخجل من قيام بالكشف الإرادي خوفا من نظرة المجتمع، والوصم الاجتماعي، كما أن الحديث عن السيدا يعتبر في تلك الفترة طابو لارتباط طرق انتقاله بالعلاقات الجنسية المنحرفة في معظم الأحيان، خاصة وأن أولى الحالات كانت من الجنسيين المثليين، لهذه الأسباب سوف نتطرق لأهم العوائق الاجتماعية التي يجب مكافحتها، والتي تشكل عائقا في الوقاية من السيدا:

1.الوصمة Stigmatisation:

إن الوصمة هي إلصاق مسميات غير مرغوب فيها من طرف الآخرين، على نحو يحرمهم من التقبل الاجتماعي أو تأييد المجتمع لهم، كما تعني " وجود علامة تتضمن إساءة إلى من يحملها، أو هي دلالة على ارتباط بشيء يدعو للخجل المعيب وفي هذه الحالة فانه يوصم." (بن صغير، ص. 12). أما وصم المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/السيدا فهو عملية تنسب بها الخطايا والآثام التي تدل عن خروج المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/السيدا عن المعايير الاجتماعية للمجتمع الذي يعيشون فيه، والانحراف عن تعاليم الدين الحنيف. وبالتالي يصفهم البعض بصفات تجلب لهم العار والخوف من المجتمع الذي يعيشون فيه، كما تدعو الآخرين إلى تجنبهم لاعتقاد الكثيرين أن مصاحبتهم تجلب خطر انتقال الفيروس إليهم. وبما انه يشيع الاعتقاد أن فيروس السيدا ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية المحرمة والشاذة مثل اللواط، والعلاقات الجنسية خارج إطار الزواج، فإن هذه السلوكيات التي تتنافى مع عادات وتقاليد مجتمعنا وتعاليم ديننا، فإن داء السيدا يرتبط بالوصمة ارتباطا قويا ما يؤدي أولا إلى التمييز (أي معاملة

المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا معاملة غير عادلة)، وثانيا يشكل عائقا في الوقاية من هذا الداء (كقلة القيام بعملية الكشف الإرادي خوفا من الوصمة، ويعيق معرفة الطرق المختلفة للوقاية...).

فعدم معرفة الكثير من الناس في كثير من المجتمعات بماهية هذا الداء، وكيفية انتقاله ، يدفعهم إلى اعتبار المتعايشين به مارسوا الفاحشة، وان إصابتهم هي عقاب نتيجة لما ارتكبوه من إثم، و يبقى هذا الاعتقاد إلى حد الآن محور للنقاش بالرغم من أن المتعايشين بفيروس السيدا قد يكونوا أصيبوا بطرق مختلفة كعلاقة جنسية سوية في إطار الزواج، أو من الأم إيجابية المصل إلى رضيعها... وما ساهم في ظهور الوصمة والتمييز المرتبط بداء السيدا، انه عند اكتشاف داء السيدا بالولايات المتحدة الأمريكية لأول مرة كان كل المصابين أنذاك من الجنسيين المثليين، و متعاطي المخدرات عن طرق الحقن، وكما سبق الذكر أن 88% من المتعايشين بفيروس VIH /السيدا في العالم هم ممن انتقل إليهم الفيروس عن طريق الزنا، الشذوذ الجنسي، والمخدرات ، وهي المجموعات الأكثر عرضة group à risque ، وبالتالي فانه عند التحدث عن السيدا يرتبط التفكير بجماعة موصومة مثل الشادين جنسيا، أو متعاطي المخدرات. واهم عامل يتسبب في الوصم هو افتقاد المجتمع للمعلومات الكافية عن المرض، وعن طرق انتقال فيروس فقدان المناعة البشري، لأن كل فرد منا معرض للإصابة به. فليس بضرورة أن كل المتعايشين بفيروس السيدا ارتكبوا الرذيلة. وإلا فكيف يفسر انتقال الفيروس إلى الزوجة العفيفة عن طريق زوجها؟ والطفل البريء عن طريق أمه؟ بل وكيف يفسر وجود العديد من الأشخاص الذين يمارسون الرذائل ولكنهم غير مصابين؟ لذلك يجب علينا احترام المتعايشين مع هذا الفيروس ومعاملتهم معاملة عادية. كما أصبح حاليا هناك قانون يحمي المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري من الوصم والتمييز ، ففي ديسمبر 1987، "خرج المجتمعون في مؤتمر باريس بتصريح عالمي لحقوق المتعايشين بفيروس فقدان المناعة المكتسبة. إضافة إلى ضرورة ارتكاز الوقاية على الإعلام، كما حذر المجتمعون من التفريق والعنصرية، وأوجبوا احترام الحريات والسر

المهني" (mahdjoubi ,1992,p.75). لذلك يجب محاربة الوصمة والتمييز بالتوعية والتوعية الصحية داخل المجتمع.

2.التمييز discrimination :

إن ظاهرة التمييز تتجلى بالمعاملات السلبية والرفض، والإقصاء الاجتماعي، وهي بذلك نتيجة حتمية لظاهرة الوصم. واعتبار الأشخاص المتعايشين مع الفيروس مشكلة، يشكل أهم عائق للوقاية. وقد يظهر التمييز ضد الاشخاص المتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة في الاسرة، أو في المجتمع، وحتى في مصالح العلاج، وأماكن العمل، والمؤسسات المدرسية.

إن التمييز الذي يظهر على أشكال مختلفة كالنبذ، والإقصاء الاجتماعي تجاه الاشخاص المتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة بسبب حالتهم المصلية غير مبرر بالنظر إلى أن السيدا مرض ينتقل وليس مرض معدي، كما أن الفيروس لا ينتقل عن طريق علاقات عادية في الحياة اليومية، أو التعايش مع شخص حامل للفيروس، فهذه المواقف التمييزية هي نتيجة الوصم الذي هو عملية الإطاحة بالفرد وتجريده من أهلية القبول الاجتماعي الكامل، ونلتمس ذلك في ظاهرة التصرفات التعسفية الظالمة والمشينة تجاه المتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة مما يجعلهم يشعرون بالرفض والإقصاء من المجتمع. (عباسي، واخرون، ص.64). إن حالة العزل هذه والانزواء على النفس التي يلجأ إليها ضحايا الوصم والتمييز وينجم عنها حالة الحزن والانهيار العصبي وغياب الاتصال مع المحيط، تساهم في الإحباط النفسي الذي وصل إليه هؤلاء الأشخاص كما أنها تجعل الوصول إلى الفئات السكانية المهمشة مهمة صعبة، وهذا يشكل حجر عثرة أمام الجهود المبذولة في التربية الخاصة بالوقاية ومكافحة الفيروس السيدا.

3.الطابوهات Le sida, est un tabou:

يقول judith lazer "إذا كان هناك غموض يحيط بمرض ما، فيعني هذا أنه يمس أحد الطابوهات.....وهذا الأذى يتعرض للحرية الجنسية، ومن جهة أخرى يرتبط هذا الغموض بمعلومات

متعارضة سطحية، وأحيانا حتى مشبوهة....(Revue communication,1993, p.142.) فعند التحدث عن السيدا وكأننا نتحدث عن الممارسة الجنسية، المخدرات، أو استعمال الواقي. أي رفع الغطاء عن ممارسات كثير من المجتمعات ترفض وتنكر وجودها لأنها من المحرمات. فالخوف من المجهول، مرض العار، الإحساس بأن السيدا يصيب غيرنا فقط، التفكير بأنه عقوبة... هي معتقدات كثيرا ما تصاحب هذا الداء، وتتسبب في حاجز من الصمت، الذي يعيق بدوره العملية الوقائية. (boubaker, 1994, p.21).

إن الظهور الحديث للمرض جعله غير واضح الوضوح الكافي في الأذهان، بل يشكل طابوا مخيف ومفزع، فبداية ظهور السيدا في العالم العربي جاء وكأنه تظاهرة عن السلوك الشاذ، تستهدف خاصة العلاقات الجنسية الغيرية l'hétérosexualité خارج إطار الزواج، الجنسية المثلية l'homosexualité، والمخدرات... وهي أمور محرمة في الشريعة الإسلامية. ومن الصعب التحدث عنها داخل الجماعة. كل هذه هي عوائق لعملية الوقاية من السيدا في المجتمعات الإسلامية خاصة، والاعتقاد أن السيدا يأتي من الغرب أصحاب السلوك الشاذ ، أما نحن باعتبارنا مسلمين فبعيدين كل البعد عن المحرمات التي تؤدي إلى السيدا، هذا الاعتقاد يزيد من انتشار المرض في بلادنا و يشكل عائقا من عوائق الوقاية ومكافحة السيدا ، لان الواقع أن السيدا موجود في بلادنا و أخذ في الانتشار كما فالعالم بأسره في خطر، فالسيدا اليوم هو عاصفة تهب في كل مكان، صحيح بدرجات متفاوتة ، لكن المهم هو أنها عاصفة تهب ، وإذا كنا نعلم أن الريح لا تهتم بلغة الحدود فلا يجب علينا أن نطبق سياسة النعامة أين نفكر بأن الأذى لن يمس إلا غيرنا.

خلاصة:

إن داء فقدان المناعة البشري من بين أكثر الأمراض التي شدت اهتمام العديد من المختصين والباحثين من مختلف التخصصات في وقتنا الحالي لارتباطه بعدة عوامل طبية، نفسية، واجتماعية، وتعتبر فئة الشباب الفئة الاكثر عرضة للإصابة بهذا الداء أو نقله لأشخاص أخرين، لما تتميز به هذه الفترة بالتحديد من خصائص وحاجيات، فهي اهم فئة يجب التركيز عليها في العمل التحسيسي الوقائي من هذا المرض لذلك سنتناول في الفصل الموالي موضوع الشباب والمؤسسات الشبانية.

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

لا تتحدد قيمة البحث العلمي إلاّ من خلال خطوات متسلسلة ومترابطة يتبعها الباحث وفق إجراءات منهجية معينة، وهذا لأجل اختبار فروض ذلك البحث والتأكد من تحققها أو عدم تحققها، وبالتالي الإجابة عن تساؤلات البحث والوصول إلى النتائج، وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى جميع الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الحالية، فكانت البداية بالتذكير بفرضيات الدراسة، ثم الانتقال إلى تحديد مجالاتها(المجال المكاني والزماني) والتي تلعب دور كبير في تحديد النتائج فالظواهر الإنسانية والاجتماعية متغيرة مكانيا وزمانيا، ليأتي بعدها التطرق إلى إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية والتي تعد خطوة مهمة جدا من خطوات البحث العلمي إذ من خلالها يتمكن الباحث من ضبط فرضيات بحثه، وكذا تعتبر المرجعية في إعداد أدوات البحث من خلال نتائجها، أما فيما يخص الدراسة الأساسية، فتم تحديد العينة وخصائصها، المنهج والأدوات التقنيات وأخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة.

أولا-التذكير بفرضيات البحث:

الفرضية الأولى: المثقف الصحي لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن مرض السيدا.

الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الأولى:

الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)".

الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الثانية: عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لم تطبق وفق منهجية علمية.

الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الثانية:

الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05) .

الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05).

الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05)

ثانيا–مجالات الدراسة:

لا يتم البحث العلمي إلا من خلال مجال زماني ومكاني، وتحديد تلك المجالات من العناصر المهمة في الدراسات والبحوث العلمية بصفة عامة والاجتماعية بصفة خاصة، لأن هذه الأخيرة تهتم بدراسة الظاهرة الاجتماعية والتي تتميز بتغيرها المستمر عبر الأماكن والأزمنة، مما يؤدي إلى اختلاف نتائج البحوث والدراسات، فتحديد مجال البحث ضرورة منهجية تستوجبها مرحلة التعميم، ومسألة ارتباط النتائج بالإطار الزماني والمكاني للظاهرة المدروسة والتعميم مع أنه يرتبط أوثق الارتباط بطريقة اختيار العينة ومدى تمثيلها للمجتمع، إلا أنه يتحدد مكانيا وزمانيا بمجال الدراسة الذي يضفي على تلك الدراسة طابع الدقة والعمق، ويحمي الباحث من الوقوع في خطأ شمول هذا التعميم، فمن الأمور الخطرة في نطاق البحوث الاجتماعية أن يخرج الباحث من دراسة محددة لمنطقة معينة، وفي فترة زمنية محددة. (مختار، 1999، ص. 235)، وفيما يلي سنحدد كل من المجال المكاني والزماني للدراسة الحالية:

1.المجال المكاني (الجغرافي):

شملت هذه الدراسة خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية (صحة – شباب) التابعة لوزارة الشباب والرياضة، والمتمركزة على مستوى دواوين مؤسسات الشباب. وقد تم اختيار بعض ولايات الوطن لإجراء الدراسة الميدانية، نظرًا لتنظيمها ملتقيات وطنية وجهوية خلال فترة تنفيذ البحث الميداني، حيث تم استدعاء عينة من المشرفين على برامج التوعية الصحية، ممثلين عن مختلف ولايات الوطن. وقد ساهم هذا التنظيم في تسهيل عملية جمع البيانات، وتوفير الجهد والوقت، وتجنّب مشقة التنقل إلى كل ولاية على حدة. وعليه، تم تحديد **المجال المكاني للدراسة** على النحو التالي:

- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية بسكرة:** الكائن مقرها بوسط المدينة بـ 71 شارع الأمير عبد القادر
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية بجاية:** الكائن مقرها بوسط المدينة بشارع الحرية

- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية تبسة:** الكائن مقرها بوسط المدينة بحي 273 طريق عنابة
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية خنشلة:** الكائن مقرها بوسط المدينة حي 120 مسكن شارع بربر.
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية الكائن مقرها لولاية سكيكدة:** والكائن مقرها بوسط المدينة بـ 11 شارع ديدوش مراد.
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية عنابة:** الكائن مقرها بوسط المدينة بشارع 11 صاولي عبد القادر.
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية قالمة:** الكائن مقرها بوسط المدينة بشارع عبان رمضان والمعروف محليا بـ "طريق الزيتون".
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية الطارف:** الكائن مقرها يقع وسط مدينة ص.ب 324 الطارف.
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية الوادي:** الكائن مقرها وسط مدينة ص.ب 144.
- **خلية ونقاط الاصغاء والوقاية لولاية ميلة:** الكائن مقرها بوسط المدينة شارع مغلاوة رمضان.

وبالتالي نجد أنه من الضروري التعريف بديوان مؤسسات الشباب وكذلك بخلايا ونقاط الاصغاء والوقاية صحة . شباب.

1.1.ديوان مؤسسات الشباب:

إن ديوان مؤسسات الشباب هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تحت وصاية وزارة الشباب والرياضة، يحدد مقر الديوان بقرار من وزير الشباب والرياضة بناء على اقتراح من والي الولاية المعنية.

أ- نشأته:

أنشئ ديوان مؤسسات الشباب بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07/01 المؤرخ في 17 ذي الحجة عام 1427 الموافق لـ 6 جانفي سنة 2007 والمتضمن تحويل مراكز إعلام الشبيبة وتنشيطها إلى دواوين مؤسسات الشباب.

ب-المؤسسات الشبابية التي يسهر على تسييرها ديوان مؤسسات الشباب:

تتمثل تلك المؤسسات في:

- دور الشباب.
- بيوت الشباب.
- القاعات متعددة الخدمات للشباب.
- المركبات الرياضية الجوارية.
- مخيمات الشباب.

ج-مهام ديوان مؤسسات الشباب:

يتولى الديوان مهام الإعلام والاستقبال، الإصغاء، الاتصال، التوجيه، التنشيط، التكوين، والإدماج. كما يقوم بتنفيذ برامج الإعلام والاتصال والإصغاء والتنشيط الاجتماعي والتربوي والإدماج في أوساط الشباب، بالإضافة إلى:

- تنظيم وتشجيع نشاطات الهواء الطلق.
- تنظيم التظاهرات الثقافية والعلمية.
- تنظيم برامج وعمليات الوقاية والتثقيف الصحي والإصغاء النفسي.
- تطوير النشاط الجواري.
- وضع بنك للمعلومات يحتوي على رصيد إعلامي يستجيب لحاجيات الشباب.

- إدماج الشباب في الميادين الاجتماعية.
- المساهمة في ترقية البرامج الموجهة للطفولة.
- التنسيق مع القطاعات الأخرى والمؤسسات والهيئات والحركة الجمعوية.
- توفير فضاءات للجمهور العريض وترقية الممارسة الرياضية الجوارية في الأحياء والبلديات.
- القيام بكل التحقيقات والدراسات وسبر الآراء المرتبطة بمجال تدخلها.
- تطوير المبادلات مع دواوين مؤسسات الشباب الموجودة على مستوى الوطن.

2.1.خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية:

إن خلايا ونقاط الإصغاء عبارة عن فرع من فروع ديوان مؤسسات الشباب، أنشئت عام 1994 بناء على القرار الوزاري رقم 02 الصادر بتاريخ 1994/01/23، قصد ترقية صحة الشباب عن طريق الاستقبال والإصغاء والمساعدة وتوجيه الشباب الذي يعاني من مشاكل مختلفة وهذه الخلايا والنقاط تتواجد على مستوى مختلف مؤسسات قطاع الشباب، يشرف عليها أطباء ونفسانيون وإطارات بيداغوجية، تقوم هذه الخلايا بنشاطات إعلامية ،تحسيسية، وقائية، توعوية وتوجيهية من مختلف الآفات الاجتماعية، وتتواجد **ثماني وأربعون خلية للإصغاء والوقاية** على مستوى دواوين مؤسسات الشباب مدعمة **بنقاط للإصغاء والوقاية** بمثابة الآذان الصاغية لكل أنواع مشاكل واهتمامات الشباب ضمانا لإدماجهم الاجتماعي والمهني وحمايتهم من كل الآفات المتربصة بهم.

كما تقوم بالعمل والتنسيق مع جميع المؤسسات والهيئات الحكومية والجمعيات المعنية لتحقيق أهدافها، المتمثلة في رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع، والإصغاء للشباب وتوجيههم قصد العناية والوصول بهم إلى هدف أسمى، فضلا عن تقديم الخدمات الضرورية في عين المكان وأيضا عبر كامل تراب الولاية متنقلة بذلك من بلدية لأخرى وفق البرنامج السنوي الذي يتم تطبيقه.

تتكفل خلية الإصغاء والوقاية بالشباب والأطفال والمراهقين، وتوجههم توجها صحيا سليما، ويتم هذا عن طريق:

أ- نشاط داخلي (بمقر الخلية) يتمثل في:

- استقبال الشباب والإصغاء لانشغالاتهم ومساعدتهم.
- إنجاز مطويات وملصقات لمختلف المواضيع (سيكولوجية –طبية).
- إنجاز معارض حول مختلف الآفات الاجتماعية كالسيدا مثلا.
- تحليل ودراسة عمليات سبر الآراء....

ب- نشاط خارجي:

ويضم ما يلي:

❖ **حملات التوعية الصحية:**

وتتم العملية باستخدام مجموعة من التقنيات والأساليب أهمها:

- المعارض.
- عروض حائطية.
- توزيع مطويات.
- ديناميكية الأفواج.
- موائد مستديرة.
- استمارات لسبر الآراء.
- محاضرات افتراضية...

❖ **فضاءات الإصغاء والحوار:**

وهي عبارة عن حصص للإصغاء والحوار يتم فيها مناقشة مختلف المواضيع والقضايا التي تهم فئة الشباب بصورة خاصة وتنشط هذه الحصص بالتعاون مع مختصين ذوي علاقة مباشرة بالمواضيع المطروحة للنقاش.

❖ **الأيام الدراسية:**

ساهمت خلايا الإصغاء والوقاية في برمجة العديد من الأيام الدراسية التي تتم على مستوى كل ولاية بالتنسيق مع مختلف القطاعات لمعالجة العديد من المشكلات المهمة مثل: السيدا – المخدرات – عمالة الأطفال...

الأيام التكوينية:

لقد بادرت خلايا الإصغاء والوقاية في تسطير برامج لتكوين الشباب من مختلف الأعمار والمستويات ضمت مواضيع مختلفة مثل التحضير النفسي لطلبة البكالوريا...

2.المجال الزمني:

يمثّل المجال الزماني الإطار الزمني الذي استغرقه الباحث في دراسة موضوعه، لا سيّما في جانبه الميداني. ويُعدّ تحديد الأطر الزمانية والمكانية للبحث من الأمور الجوهرية، لما له من أثر مباشر في مدى إمكانية تعميم نتائج الدراسة من جهة، وفي توجيه مسارها وخطواتها المنهجية من جهة أخرى.

وقد استغرق جمع البيانات المتعلقة بالدراسة الميدانية ما يقارب ثلاث سنوات كاملة، وذلك نتيجةً لجملة من الصعوبات التي واجهها الباحث أثناء تنفيذ العمل الميداني. فقد بدأت مراحل الدراسة بزيارات استطلاعية لبعض المؤسسات الشبانية، غير أن التنقل إلى مقار خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية لم يكن بالأمر اليسير، نظرًا للتوزيع الجغرافي الواسع والمعقّد لوحدات العينة.

كما تبيّن أن الحصول على التصاريح اللازمة لجمع البيانات بأسلوب علمي وموضوعي كان من أكثر التحديات التي واجهت الباحث، وذلك بسبب ضعف تجاوب بعض إطارات قطاع الشباب مع موضوع الدراسة، نظرًا لحساسيته، واعتقاد البعض بأن الباحث يضطلع بمهام تفتيشية لصالح وزارة الشباب والرياضة. وعليه، فإن الفترة الزمنية التي خُصّصت للدراسة الميدانية امتدّت من **سنة 2013 إلى سنة 2016**، في حين تعود الزيارات الاستطلاعية التمهيدية إلى **سنة 2012**.

3.2. المجال البشري:

يُقصد بالمجال البشري، أو ما يُعرف في أدبيات العلوم الإنسانية بـ"مجتمع الدراسة"، تلك المجموعة المنتهية أو غير المنتهية من العناصر المحددة مسبقًا، والتي تُشكّل مجالًا للملاحظة والتحليل.

ولكي يكون البحث مقبولًا من الناحية العلمية وقابلًا للتنفيذ عمليًا، لا بد من تحديد مجتمع الدراسة الذي يُراد فحصه، مع توضيح المعايير المعتمدة لحصر هذا المجتمع. ويُعد هذا التحديد الدقيق أمرًا ضروريًا لكونه يُسهم في إضفاء الطابع العلمي والعملي على الدراسة، كما أنه يُمكّن الباحث من الوصول إلى نتائج واقعية وموضوعية. فكلما كان المجتمع الأصلي محددًا بدقة ووضوح، كان بالإمكان اختيار عينة ممثّلة بشكل أفضل، واستعمال أدوات البحث المناسبة لجمع البيانات منها.

في هذه الدراسة، يتمثّل المجال البشري في فئة فعّالة ومؤثّرة داخل المجتمع، وهي فئة **المثقفين الصحيين** العاملين بمؤسسات الشباب المختلفة في الجزائر. ويتعلّق الأمر تحديدًا بإطارات قطاع الشباب المكلّفين بمهام الإصغاء والوقاية، والذين يزاولون عملهم ضمن خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية (صحة – شباب) المنتشرة عبر مختلف ولايات الوطن.

وقد تم حصر المجتمع الأصلي للدراسة استنادًا إلى إحصائيات دقيقة وفرتها وزارة الشباب والرياضة، وتشمل عدد **المثقفين الصحيين** الناشطين ضمن خلايا ونقاط الإصغاء على مستوى 48 ولاية. ويبيّن الجدول الآتي توزيع هؤلاء المثقفين عبر كامل التراب الوطني:

جدول رقم (01): توزيع المجتمع الأصلي لدراسة.

التخصصات	عدد المشرفين عن عملية التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة في الجزائر			المجموع
	مديرية الشباب والرياضة	ديوان مؤسسات الشباب	ديوان مركب متعدد الرياضات	
طبيب عام للصحة العمومية	13	05	05	23
طبيب عام رئيسي للصحة العمومية	106	00	00	106
طبيب أسنان عام للصحة العمومية	17	00	00	17
طبيب أسنان رئيسي	91	01	00	92
نفساني عيادي درجة أولى	56	124	00	180
نفساني عيادي درجة ثانية	111	35	00	146
نفساني عيادي بيداغوجي تربوي درجة اولى	23	36	00	59
نفساني عيادي بيداغوجي تربوي درجة ثانية	27	16	00	43
نفساني عيادي للصحة العمومية	11	27	00	38
نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	00	09	00	09
نفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي درجة 01	00	02	00	02
نفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي درجة 02	00	02	00	02
المجموع	**455**	**257**	**05**	***717***

ثالثا-الدراسة الاستطلاعية:

تمثل مرحلة جد هامة تسبق الدراسة الأساسية أو الميدانية للبحث، وهذه الخطوة لابد من إجرائها، اذ تعتبر بوابة إلى الدراسة الأساسية ومفتاح نجاح هذه الدراسة، وتتضمن الدراسة الاستطلاعية عينة أولية تنتمي إلى نفس المجتمع الذي تنتمي إليه العينة الرئيسية، وتعرف الدراسة الاستطلاعية أو الكشفية على أنها: « دراسات يقوم بها الباحث بهدف التعرف على المشكلة، وهذا النوع من الدراسة يقوم به الباحث عادة عندما يكون ميدان البحث جديدا، لم يسبق أن استكشف طريقه باحثون آخرون وأن مستوى المعلومات عن البحث قليل» (بن صغير، 2019، ص19)

ونظرا لكون موضوع الدراسة الحالية يدور حول تقييم واقع التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر كانت الدراسة الاستطلاعية مهمة لضبط عنوان البحث وصياغته، وضبط عينة البحث وأيضا اختيار منهج وأدوات الدراسة وبالتالي كانت خطوات إجراء هذه الدراسة كالاتي:

1.- الأهداف الرئيسية للدراسة الاستطلاعية:

يهدف إجراء الدراسة الاستطلاعية قبل الدراسة الأساسية إلى:

- التعرف على خصائص مجتمع الدراسة.
- تحديد حجم المجتمع وكذا حجم العينة والطريقة المثلى لاختيارها.
- الكشف عن أبعاد أخرى للموضوع لم يتم التطرق اليها نظريا.
- محاولة التحكم في إجراءات ومراحل تطبيق هذه التقنية.
- التعديل في فرضيات الدراسة إن استدعى الأمر ذلك، مع الضبط النهائي لها.

2.- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية خلال سنتي 2013/2012، وطبقت على المشرفين عن عملية التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة بـ قالمة، وبالتحديد على خلية الإصغاء والوقاية (صحة – شباب)، بالضبط

نقطة الإصغاء والوقاية بدار الشباب صالح بوبنيدر ودار الشباب محمدي يوسف المتواجدتان ببلدية قالمة، ودار الشباب خالدي السبتي المتواجدة ببلدية هليوبوليس، لقد تم اختيار ولاية قالمة لإجراء الدراسة الاستطلاعية كونها تسهل علينا عملية التنقل والوصول لمفردات الدراسة وتمكننا من الحصول على المعلومات والبيانات والآراء المتنوعة والكافية بصفتنا نعمل في هذه الولاية مع إمكانية تحليل أبعاد ومؤشرات الموضوع وضبطه بدقة.

3-.منهج الدراسة الاستطلاعية:

بعد تسطير أهداف هذه الدراسة تم اختيار المنهج الوصفي لينظم خطواتها، ويرجع سبب هذا الاختيار إلى تناسب هذا المنهج مع موضوع دراستنا والهدف منها والمتمثل في الكشف عن واقع التوعية الصحية عن مرض السيدا ومدى فعالية مختلف البرامج المقدمة في رفع الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع.

4-.مجتمع الدراسة:

تم اعتماد المسح الشامل لاختيار مفردات الدراسة وذلك لإمكانية حصره وتطبيق الدراسة عليه ومجتمع الدراسة متباين من حيث الخصائص وهذا ما سيتم تحديده من خلال الجداول التالية:

1.4. مجتمع الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاستطلاعية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية.

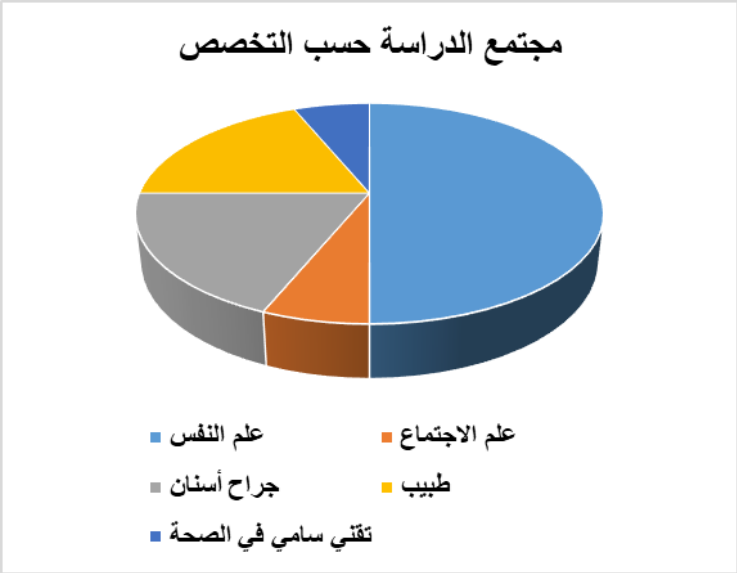
الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	03	% 18.75
الإناث	13	% 81.25
المجموع	16	% 100

شكل رقم(03): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة الاستطلاعية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية.

جدول رقم (02): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير التخصص مع النسب المئوية.

التخصص	التكرار	النسبة المئوية
علم النفس	08	%50
علم الاجتماع	01	%6.25
جراح اسنان	03	%18.75
طبيب	03	%18.75
تقني سامي في الصحة	01	%6.25
المجموع	16	%100

شكل رقم (04): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير التخصص مع النسب المئوية.



5.التقنيات والأدوات المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية:

تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية على تقنيتين هما:

1.5.المقابلة: وتم اعتمادها بهدف التعرف على عينة الدراسة وخصائصها وأيضا لجمع أكبر قدر ممكن من البيانات.

2.5.الاستمارة:

وتمثلت في مجموعة من الأسئلة المتباينة من حيث الشكل والمحتوى والتي كانت كالتالي:

أ-أسئلة مغلقة :

هي أسئلة بسيطة مكنتنا من تحديد مسبق للأجوبة، وتحديدها يعتمد على أفكار الباحث وأغراض البحث والنتائج المرجوة منه، مع تحديد نمط الإجابة مسبقا فيطلب من المستجوب الإجابة بـ: "نعم" أو "لا" أو اختيار أحد البدائل المدرجة.

ب-الأسئلة الاختيارية:

وهي عبارة عن أسئلة تكميلية تضمنت مجموعة من الاقتراحات مدرجة بعد السؤال ليختار منها المجيب اقتراح أو أكثر فيكون جواب للسؤال المطروح .

ج-الأسئلة المفتوحة:

تكون بإعطاء الحرية الكاملة للمجيبين في إبداء أراءهم للتعبير عن المشكلة المطروحة، من ميزاتها أنها لا تقيد المبحوث فلا تقوم بحصر إجابته ضمن إجابات محددة من طرف الباحث، كما تمكن المجيب من الحرية في طرح أفكاره ويعد هذا النمط من الأسئلة الأنسب لرصد الآراء السائدة في المجتمع حول موضوع معين.

3.5.الملاحظة بالمشاركة:

كون الباحثة موظفة بقطاع الشباب والرياضة لمدة معتبرة من الزمن وكونها أيضا تعمل بخلية الإصغاء فهذا ما مكنها من معايشة الموضوع بجميع جوانبه مما سهل عليها عملية الملاحظة ووفقها في جمع البيانات حول موضوع بحثها بشكل موضوعي ودقيق.

6-.نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- من خلال الدراسة الاستطلاعية وما تم جمعه من بيانات تم ضبط موضوع الدراسة وصياغة العنوان بدقة.
- ضبط متغيرات الدراسة وبالتالي ضبط المفاهيم.
- القيام بعملية التحليل المفاهيمي وتحديد أبعاد ومؤشرات الموضوع.
- تحويل المؤشرات إلى أسئلة وبناء الأداة الرئيسية للدراسة والمتمثلة في الاستبيان.

رابعا-الدراسة الأساسية:

1.منهج الدراسة:

ويقصد بالمنهج « مجموعة منظمة من العمليات تسعى لبلوغ هدف» (موريس أنجرس،2006، ص 98) ومنهج الدراسة لا يختار عبثا وإنما بناء على طبيعة الموضوع المدروس وكذا الهدف من الدراسة.

فالدراسة الحالية تنتمي إلى الدراسات الوصفية والتي« تتضمن دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف...» (إبراهيم، 2000، ص125)

والمنهج هو الإطار الذي يساعد الباحث على تنظيم وترتيب بحثه، أو دراسته، وذلك لما يحتاجه الموضوع من معلومات ودرجات تخصص وإمكانيات (كشرود، 2007، ص. 216).

واختيار منهج البحث في دراسة أية ظاهرة سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو غيرها، كما سبق وأن أشرنا لا يأتي من قبيل الصدفة والعشوائية، أو ميل الباحث ورغبته في اختيار أي منهج معين، بل أن موضوع الدراسة من جهة وأهدافها من جهة أخرى هما اللذان يفرضان نوع المنهج المناسب للدراسة أو البحث، وهذا الاختيار الدقيق هو الذي يعطي مصداقية وموضوعية أكثر للنتائج المتوصل إليها، وبما أن الدراسة الحالية تهدف الى دراسة واقع تطبيق التوعية الصحية عن مرض السيدا في مؤسسات الشباب في الجزائر إذن فالمنهج الوصفي هو الأنسب لتبني الدراسة وبلوغ أهداف البحث على حد اعتقادنا، والذي يعرف على أنه:«أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة» (محمد عبيدات وآخرون،1999، ص46)

2. مجتمع الدراسة:

المجتمع الأصلي للدراسة الحالية قدر بـ: 717 مفردة.

3.عينة الدراسة:

تعتبر العينة مهمة في إنجاز البحث العلمي، والعينة هي اختيار جزء من مجموعة، بحيث تكون ممثلة لها، أي يجب على الباحث أن يراعي مدى تمثيل العينة للمجتمع الأصلي، وهي مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، التي يجري عليها البحث أو التقصي.

تعتمد قيمة المنهج الوصفي اعتمادا أكيدا على كيفية تمثيل "عينة" البحث المختارة لموضوع البحث (كيران،2008، ص47) فلابد من الدقة في اختيار عينة الدراسة.

وتعرف العينة على أنها: « مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين» (موريس انجرس،2006، ص301)

1.3. .حجم العينة:

تُعد العينة ممثلة للمجتمع الأصلي كلما كانت مفرداته متجانسة إلى حد معقول. ويُراعى عند تحديد حجم العينة طبيعة البحث ونوعه وحجم المجتمع الأصلي. ففي الدراسات الوصفية، يُعتبر اعتماد نسبة 10% من المجتمع الأصلي كحد أدنى أمرًا مقبولًا من حيث المعايير المنهجية. وبعد فرز الاستمارات المسترجعة واستبعاد غير المكتملة منها، تم الاعتماد على استجابات تمثل ما نسبته 11% من المجتمع الأصلي، وهي نسبة تُعد كافية ومقبولة في الدراسات الوصفية المشابهة، وقد تم اعتمادها كأساس لتحليل النتائج واستنتاجاتها.

2.3 .طريقة اختيار العينة:

يتكوّن مجتمع الدراسة من المثقفين الصحيين العاملين ضمن خلية الإصغاء والوقاية "صحة – شباب " التابعة لوزارة الشباب والرياضة، ويبلغ عددهم الإجمالي 717 فردًا. تم تحديد حجم العينة بنسبة 11% من هذا المجتمع، أي ما يعادل 78 مشاركًا. وقد تم الحصول على قائمة كاملة بأسماء المثقفين الصحيين من وزارة الشباب والرياضة، ثم تم اختيار المشاركين باستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة، وذلك عبر توليد أرقام عشوائية باستخدام برنامجExcel ، لضمان أن تكون فرص الاختيار متساوية بين جميع أفراد المجتمع. حيث تم التواصل مع المشاركين خلال الملتقيات الوطنية المنظمة في بعض الولايات، وتم توزيع استمارات الدراسة عليهم وجمع البيانات بشكل مباشر. ويجدر التأكيد على أن استخدام الملتقيات كوسيلة

لجمع البيانات لا يؤثر على الطابع العشوائي للعينة، ما دام اختيار الأفراد قد تم مسبقًا بطريقة احتمالية من القائمة الرسمية للمجتمع الأصلي.

3.3.- مبررات اختيار العينة:

إن اختيارنا للمشرفين عن عملية التوعية الصحية لمرض السيدا لم يكن صدفة، وإنما بعد تأمل وتفكير طويل، وتجمع عدة أسباب نذكر منها:

أ- ان أغلب الدراسات التي صادفناها في رحلة بحثنا كانت تركز على تصور **الشباب** "الفئة المستفيدة" لمرض السيدا وتقيس المعلومات وسلوكيات الشباب تجاه هذا المرض من جهة، ومن جهة أخرى ركزت دراسات أخرى على فعالية مختلف **وسائل التوعية الصحية** سواء كانت تقليدية أو حديثة في الوقاية من مرض السيدا.

ب- وبالتالي نلاحظ غياب شبه تام للدراسات المتعلقة بالمشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا.

ت- أن هذا المرض له خطورة على الفرد، وعلى المجتمع، يسري في صمت، وفي تزايد مستمر والأرقام المقدمة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لا تعكس الواقع، حيث تبقى الكثير من الحالات حاملة للفيروس دون علمها، وبإمكانها نقل هذا المرض إلى غيرها من الأفراد الأصحاء. لذلك تبقى الوسيلة الوحيدة للوقاية من هذا المرض هي عملية التوعية الصحية التي تعتبر وظيفة المشرفين عن عملية التوعية الصحية في قطاع الشباب والرياضة، وبالتالي فإدراكنا لحجم المشكلة التي تواجه شبابنا تستلزم منا المشاركة الفعالة لمكافحة هذا الداء.

ج- تقييم واقع تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا في أوساط الشباب في ظل وجود دراسات علمية كشفت نتائجها عن قلة الوعي الصحي حول هذا المرض لدى هذه الفئة بالخصوص، خاصة وأن مرحلة الشباب هي أكثر المراحل الحاضنة للعلاقات الجنسية الفعلية حتى ولو خارج

إطار العلاقة الزوجية، هذا ما تطابق مع نتائج إحدى الدراسات بدار السلام بتنزانيا، حول السلوك الجنسي وسن الطلبة، حيث شملت عينة الدراسة على 657 طالبا وطالبة، (252 طالب، و306 طالبة)، وكان نسبة 62% من الطلبة في المرحلة الإعدادية، و38% كانوا في المرحلة الثانوية والجامعية، و47% من مجموع الإناث في المرحلة الإعدادية، 53% في المرحلة الثانوية والجامعية، وقد بينت نتائج الدراسة من خلال تحليل البيانات أن نسبة 66% من الذكور قالوا بأنهم أقاموا علاقة جنسية كاملة، و40% من البنات أقاموا علاقات جنسية، حيث تبين أنه كلما تقدم الطالب في السن ازدادت نسبة قيامه بعلاقات جنسية، ومن هذا المنطلق فإن نسبة حدوث علاقات جنسية في المرحلة الجامعية اكبر من المرحلة الثانوية، وهذه الأخيرة أكبر من المرحلة الإعدادية.(مصباح، 1993، ص. 102)

بالرغم من أهمية هذه الدراسة، إلا أنها تبقى مصدر لإثارة العديد من التساؤلات، خاصة وأن الكاتب لم يوضح صاحبها، مدتها، طبيعتها، منهجها، وأهدافها، وهي إجراءات متعارف عليها لدى الباحثين أثناء استعراض الدراسات السابقة.

وعلى العموم توضح هذه الدراسة خطورة هذه المراحل في القيام بعلاقات جنسية كاملة، وغير محمية التي تعد السبب الأول لحمل فيروس فقدان المناعة البشري، صحيح في الدول الغربية بدرجات متفاوتة عن الدول العربية، إلا أن هذه العلاقات موجودة ولا أحد يستطيع أن ينكر وجودها في الواقع بذريعة أننا مسلمين بعيدين عن هذه العلاقات والدراسة التالية أكبر دليل على ذلك:

– **دراسة بوفنيسة حسن وبلقائد روزا؛ سنة (2006–2007):** بعنوان" سلوك الشباب تجاه الأمراض المنتقلة جنسيا/ فيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا".Le comportement des jeunes face aux « IST/VIH/SIDA »؛ الدراسة الميدانية كانت بولايتي الجزائر العاصمة، وبومرداس، وهدفت أساسا إلى تحسين معارف الشباب المتمدرس حول الأمراض المنتقلة جنسيا/ فيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا؛

من خلال تقييم مستوى معارفهم حول الموضوع، معرفة اتجاههم، وانشغالاتهم، وخاصة تشخيص السلوك الجنسي الذي يؤدي إلى خطورة الإصابة عند الشباب.

استخدم الباحث من أجل التحقق من هذه الأهداف الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات، حيث تضمن مجموعة من البنود التي هدفت أساسا لقياس معارف، وسلوك، واتجاهات الطلبة حول الأمراض المنتقلة جنسيا/ فيروس فقدان المناعة البشري/ السيدا.

شملت هذه الدراسة عينة من الطلبة تتمثل في 458 من الشباب المتمدرسين، 182 ذكور، و252 إناث، و12 مفردة لم تقم بتحديد جنسها عند استرجاع الاستمارات.

أسفرت هذه الدراسة على عدة نتائج نذكر من بينها:

- 2/1 (واحد من اثنين)، من الذكور قالوا بأن العمر المثالي للقيام بعلاقة جنسية يكون قبل 18 سنة.
- 4/1 (واحد من أربعة)، من الطلبة أقروا بقيامهم بعلاقات جنسية مع شريك غير منتظم في هذه الأشهر الأخيرة، (12 شهرا الأخيرة).
- أكثر من طالب من عشرة (10/1)، أقروا بقيامهم بأول علاقة جنسية قبل السن 18.
- واحد من ثلاثة (3/1) من الطلبة فقط يستخدم الواقي أثناء القيام بعلاقة جنسية.

.(Boufenissa, et Belkaid,2008)

تكمن أهمية هذه الدراسة في تبيان خطورة هذه المراحل العمرية واحتمالية القيام بعلاقات جنسية غير محمية التي تجعل من فيروس فقدان المناعة البشري عرضة للانتقال والانتشار من جهة، ومن جهة أخرى بينت أهمية التكوين والمعلومات الصحية، باعتبارهما ضروريان لمكافحة كافة الأمراض المنتقلة جنسيا والسيدا خصوصا.

هذه هي الأسباب التي كانت كفيلة بجعلنا نختار في دراستنا المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا بقطاع الشباب والرياضة بصفتها الفئة الاساسية التي تتعامل مباشرة مع الشباب.

4.3. خصائص العينة:

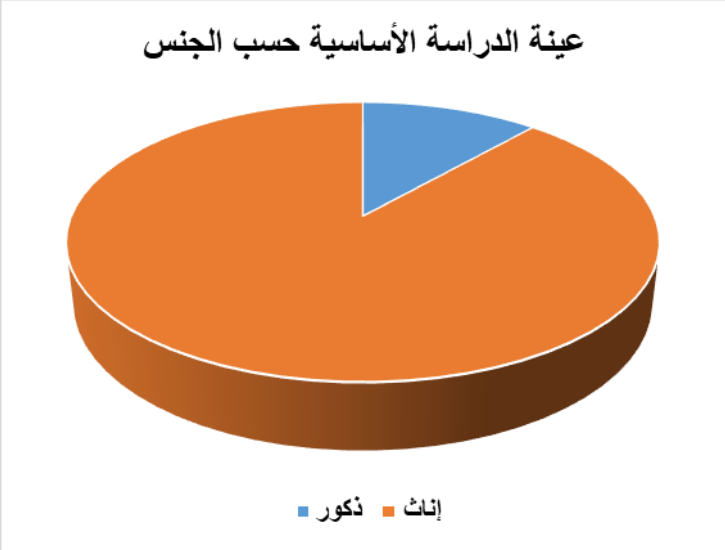
تباين أفراد العينة من حيث المتغيرات الديمغرافية وفيما يلي سيتم تحديد توزيعهم حسب تلك المتغيرات:

أ. حسب الجنس:

جدول رقم (03): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	9	%11,5
إناث	69	%88,5
المجموع	78	%100

شكل رقم (05): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الجنس مع النسب المئوية.



من خلال الجدول رقم (03) والشكل رقم (05) يتضح أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور بكثير حيث قدرت نسبتهم بـ 88,5 % مقارنة بالذكور والذين قدرت نسبتهم بـ 11,5% وهذا يعكس الواقع بحيث أن تركيبة المجتمع الأصلي أي خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية صحة . شباب بالأساس يغلب عليها العنصر

النسوي، وقد يرجع إلى طبيعة التخصصات التي ينتمي إليها أفراد المجتمع المدروس كتخصص الطب وعلم النفس مثلا نجد أن هذين التخصصين في الجامعة غالبا ما تختاره وتوجه إليه الإناث، كما أن أغلب من صادفناهم عند توزيع الاستمارات كانوا نساء، فضلا عن إلغاء الكثير من الاستمارات التي خصصت لجنس الذكور نظرا لعدم استكمال الأجوبة، وبالرغم من محاولتنا أن نوازن بين الجنسين من حيث العدد إلا أننا لم نوفق في ذلك لظروف خارجة عن إرادة الباحثة.

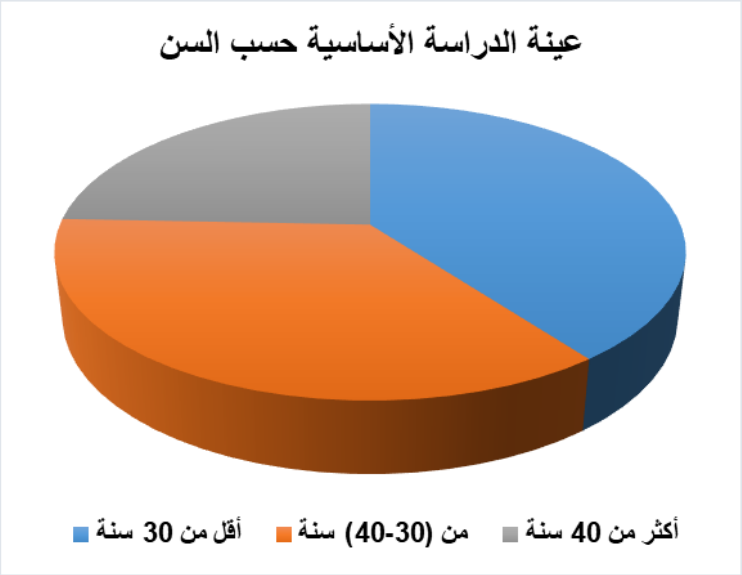
وطغيان الجنس الأنثوي قد ينعكس سلبا على فعالية مختلف الحملات التحسيسية للوقاية من مرض السيدا نظرا لكون الذكور أكثر مرونة وجاهزية للعمل الإعلامي والتحسيسي من الإناث هذا من جهة، ومن جهة أخرى طبيعة المجتمع الجزائري وعاداته وتقاليده التي ترفض بشكل صريح خروج المرأة للعمل والتنقل خارج الولاية والعمل الجواري في المقاهي أو الطرقات وغيرها من المهام التي تناسب الرجل حسب مرجعية بيئتنا وبالتالي فالمهام والوظيفة تتطلب جنس الذكور.

ب. حسب السن:

جدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفق متغير السن مع النسب المئوية:

السن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	31	%39,7
من (30-40)	28	%35,9
أكثر من40 سنة	19	%24,4
المجموع	78	%100

شكل رقم (06): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية تبعا لمتغير السن.



من الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب أفراد العينة من الفئة الأولى والتي يقل سنها عن 30 سنة والذين قدرت نسبتهم بـ 39,7 %، لتليها الفئة الثانية والتي قدرت نسبتها بـ 35,9% وهي الفئة التي يتراوح سنها ما بين (30.40) سنة، أما الفئة الثالثة فكانت نسبتها 24,4 % والتي يفوق سنها 40 سنة.

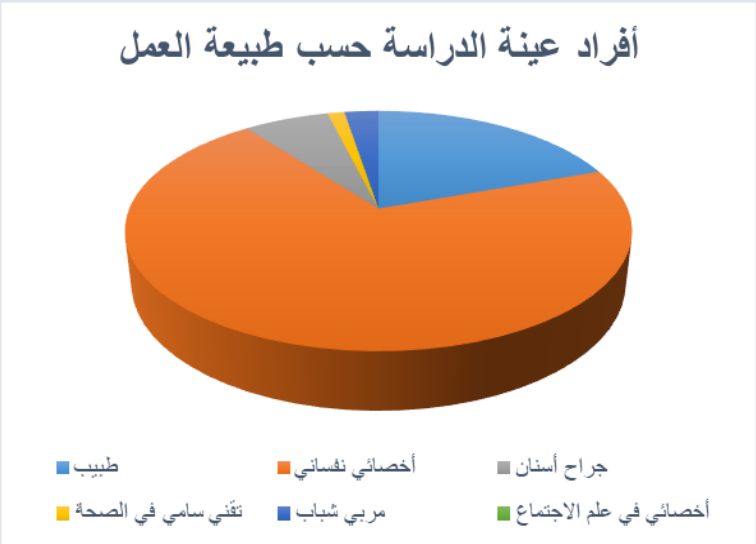
حيث نجد أن الإطارات التي يقل سنها عن 30 سنة وهي الفئة التي لا تملك خبرة ميدانية كافية في العمل كانت متجاوبة ومتفهمة لموضوع الدراسة أكثر من الفئة الثانية والثالثة حيث لاحظنا فيهم عدم تجاوب مع الموضوع يخفي وراءه تردد وتحفظ في الإجابة على مختلف هذه الأسئلة، خاصة الأسئلة المتعلقة بالمحور الثاني والتي تقيس مدى امتلاك إطارات الشباب لرصيد معرفي كافي يؤهلهم للقيام بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا، وبالتالي تم إلغاء هذه الاستمارات لأنها لا تستوفي الشروط اللازمة للبحث.

ج. حسب طبيعة العمل:

الجدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب طبيعة العمل مع النسب المئوية:

طبيعة العمل	التكرار	النسبة المئوية
طبيب	15	%19,2
أخصائي نفساني	54	%69,2
أخصائي في علم الاجتماع	1	%1,3
جراح أسنان	5	%6,4
تقني سامي في الصحة	1	%1,3
مربي شباب	2	%2,6
المجموع	78	100,0

شكل رقم (07): يمثل توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب طبيعة العمل.



تشير البيانات الواردة في الجدول أعلاه والتي تتعلق بطبيعة عمل أفراد العينة في خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية صحة . شباب أن نسبة النفسانيين الذين يعملون بخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية تطغى بعدد كبير على باقي التخصصات في الخلية إذ قدرت نسبتهم بـ 69% وبهذا فهي تحتل المرتبة الأولى من

حيث العدد في حين باقي النسبة يتقاسمها كل من الأطباء بـ 19,2% فنجدهم في المرتبة الثانية من حيث العدد، أما المرتبة الثالثة فكانت لجراحي الأسنان بنسبة 6,4%، يليها مربو الشباب بنسبة تقدر بـ 2,6 % ، وفي الأخير يأتي كل من تقني السامي في الصحة والأخصائيون في علم الاجتماع في آخر مرتبة وبنفس النسبة 1,3% .

إن النتائج التي بينتها الملاحظة بالمشاركة والمقابلة التي قمنا بها في بعض ولايات الوطن توضح أن هذه الخلايا يغلب عليها النفسانيين بدرجة ملفتة للانتباه، بل وفي ولايات منها وجدنا أن الخلية أو نقطة الإصغاء والوقاية تتكون من النفسانيين فقط وهذا لأن الأطباء وجراحي الأسنان توجهوا إلى العمل في المجال الرياضي.

كما أن هذه النسبة المرتفعة للنفسانيين مقارنة بباقي التخصصات ترجع بالدرجة الأولى إلى طلب توظيف النفسانيين كأولوية أولى على باقي التخصصات الأخرى.

وفي قراءة لهذا الجدول نجد أن هناك فئة فعّالة في خلية ونقاط الإصغاء والوقاية، هذه الفئة تعمل في صمت وهم الأخصائيين في علم الاجتماع فبالرغم من أن طبيعة العمل في خلايا ونقاط الإصغاء تتطلب هذا التخصص إلاّ أنه لم يتم إدراجهم ضمن قائمة التوظيف وهم يعملون بصفة مؤقتة في إطار عقود ما قبل التشغيل وإن تم طلب هذا التخصص في العمل فهم يوجهون بطريقة مباشرة للعمل في الجانب الإداري.

من كل ما سبق ومن خلال الجدول أعلاه نستنتج أن خلية ونقاط الإصغاء والوقاية أخذت قالبا آخر وخرجت عما أنشئت من أجله وهو العمل كفريق وبروح الفريق، في إطار متعدد التخصصات وهذا ما ينعكس سلبا على فعّالية البرامج التحسيسية المبرمجة.

فخلايا الإصغاء والوقاية في قطاع الشباب والرياضة أصبحت اليوم مكاتب للإصغاء فقط إن صح التعبير وفي بعض الولايات للأسف حتى خدمة الإصغاء فيها غير متوفرة.

فمن خلال نزولنا للميدان ومعاينتنا للواقع باعتمادنا تقنية المقابلة والملاحظة بالمشاركة وجدنا أن خلايا ونقاط الإصغاء والوقاية عملها كفريق موجود على الأوراق والسجلات فحسب، إلّا أن العمل الوقائي يتطلب فريق حقيقي موجود واقعيا وليس شكليا، فريق متعدد التخصصات يعمل جنبا إلى جنب كأعضاء الجسد الواحد لكل عضو فيه وظيفة يؤديها متكاملة مع وظيفة العضو الآخر، وهي في النهاية لها هدف واحد، فعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا تتطلب العمل بروح الفريق، فالطبيب له دوره الذي يؤديه والذي يختلف عن الدور الذي يقوم به الأخصائي النفساني أو جراح الأسنان ويكمله في نفس الوقت، فخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية صحة . شباب والتي أنشئت عام 1994 بناء للقرار الوزاري رقم 02 الصادر بتاريخ 1994.01.23 قصد ترقية صحة الشباب والذي ينص على أن هذه الخلايا يشرف عليها أطباء ونفسانيون وإطارات بيداغوجية تقوم بنشاطات إعلامية وتحسيسية ووقائية وتوعوية وتوجيهية عن مختلف الآفات الاجتماعية.(وزارة الشباب والرياضة، د ت، ص. 98)

ولكن للأسف وكما جاء على لسان بعض الأطباء وجراحي الأسنان في بعض المقابلات التي قمنا بها معهم أقروا أن "مناصبهم في قطاع الشباب والرياضة آيلة للزوال".

د. حسب الوضعية في الوظيفة:

جدول رقم (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية في الوظيفة:

الوضعية في الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية
دائم	62	%79,5
مؤقت	16	%20,5
المجموع	78	%100

شكل رقم (08) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية في الوظيفة:

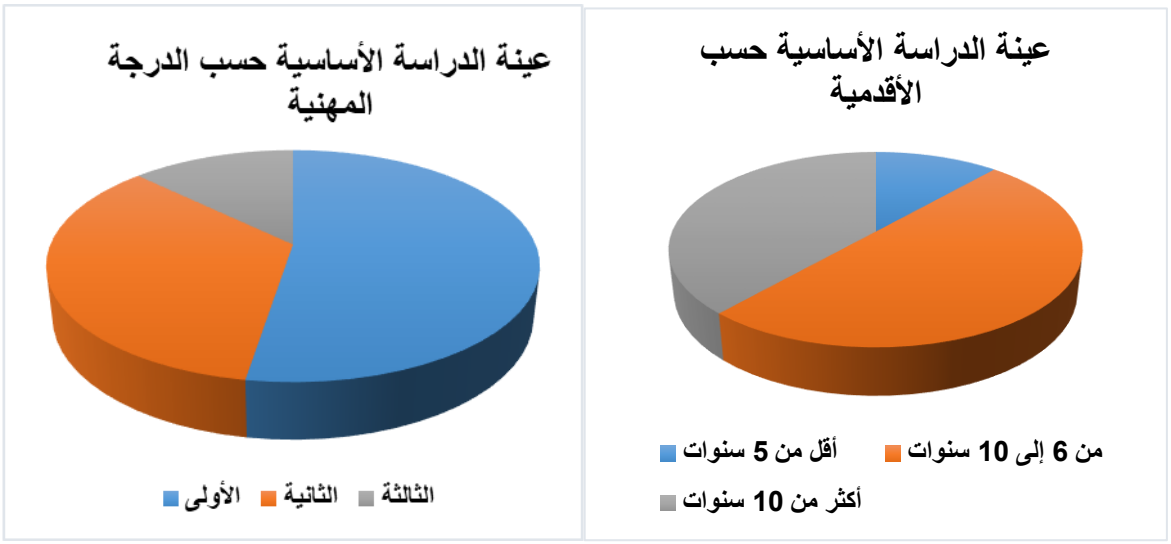
من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح لنا توزيع العينة حسب الوضعية في الوظيفة، نلاحظ أن نسبة المشرفين عن التوعية الصحية والتي تشغل مناصب دائمة ومستقرة في عملها تقدر بـ 79,5 % في حين يقدر المشرفين عن التوعية الصحية والتي تشغل مناصب مؤقتة بـ 16 مفردة أي بنسبة 20,5 % وهي تقوم بدور مهم في تنشيط هذه الخلايا، وهذا التفاوت في النسب منطقي ويعكس الواقع والاستقرار في العمل الذي تشهده خلايا ونقاط الإصغاء يعتبر نقطة إيجابيه فهي تزيد من فعالية مختلف برامج التوعية الصحية المنظمة سواء حول مرض السيدا او باقي الآفات الاجتماعية.

هـ. حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية:

جدول رقم (07) توزيع العينة حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية:

الأقدمية	التكرار	النسبة المئوية	الدرجة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	9	%11,5	الأولى	41	%52,6
من 5 إلى 10 سنوات	39	% 50	الثانية	27	%34,6
أقل من 10 سنوات	30	%38,5	الثالثة	10	%12,8
المجموع	78	%100	المجموع	78	%100

شكل رقم (09) توزيع العينة حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية:



إن البيانات الموضحة في الجدول أعلاه والتي تتعلق بتوزيع العينة حسب الأقدمية في الوظيفة توضح أن 11,5% من أفراد العينة لديهم أقل من 05 سنوات خبرة وهي أقل نسبة موضحة حسب الجدول ويدخل ضمن هذه الفئة العمال المؤقتين (في إطار عقود ما قبل التشغيل)، بينما 39 فردا خبرتهم ما بين 05 إلى 10 سنوات أي بنسبة تقدر بـ 50% وهي تشكل أعلى نسبة كما هو موضح في الجدول، في حين نجد أن 30 فردا لهم خبرة تفوق العشرة سنوات والتي كانت بنسبة 38,5%.

في المقابل وفي نفس الجدول، وحسب البيانات التي توضح لنا الترقية في الوظيفة نجد أن أعلى نسبة أي: 52,6% من مفردات العينة لم تتلقى أي ترقية في الوظيفة بالرغم من أن منها من تتوفر فيهم شروط الترقية فلكل موظف خبرته تفوق الخمسة سنوات حق في الترقية إلى الدرجة الثانية. (القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني، الجزائر، مرسوم تنفيذي رقم 09 . 353 المؤرخ في 08 نوفمبر 2009، ص. 18).

في حين نجد أن 34,6% من أفراد العينة تلقوا ترقية في الدرجة الثانية وهذه النسبة أيضا تضم أشخاص من حقهم الترقية إلى الدرجة الثالثة، ولكنهم في حيز الانتظار.

كما أنه من خلال الملاحظة بالمشاركة والمقابلة لمسنا تذمر واستياء بعض المشرفين عن عملية التوعية الصحية جراء إحساسهم بالظلم خاصة منهم النفسانيين الذين يشكلون التركيبة البشرية السائدة في خلايا الإصغاء والوقاية هذا ما قد يؤثر سلبا على فعالية العمليات التحسيسية المبرمجة، ليس هذا فقط، بل يتعداه إلى ظهور مؤشرات عن عدم الرضا الوظيفي ومن بينها دوران العمل والتي أشار إليها فئة من أفراد المجتمع الأصلي وما ينجر عنها من سلوكيات أخرى كالحضور لتسجيل الحضور وليس للعمل.

وجمعنا للسؤالين معا في جدول واحد لم يتم عبثا وإنما لوجود علاقة تأثير وتأثر فنحن نبحث عن الواقع وتأثير هذا الواقع على مختلف العمليات التحسيسية المنظمة مما قد يشجع على البطالة المقنعة.

فلو كانت الترقية تخضع لسنوات الخبرة وللمردودية في العمل لقلنا إن النتائج الموضحة أمامنا جد منطقية، ولكن ما هو معمول به حاليا أن الترقية تخضع لسنوات الخبرة فقط مما يجعلنا في حيرة ويخلق في أذهاننا العديد من التساؤلات التي تتطلب إجابة.

خامسا–تقنيات وأدوات الدراسة الأساسية:

إن الباحث يركز باهتمام على اختيار تقنيات وأدوات جمع البيانات والمعطيات الخاصة بالظاهرة المراد دراستها، واختيار التقنية والأداة يتعلق أساسا بطبيعة موضوع الدراسة، والهدف المراد الوصول إليه.

فالباحثون في مجال العلوم الاجتماعية والإنسانية يتفقون على أن جمع البيانات من مجتمع البحث الإحصائي موضوع الدراسة يتم عن طريق أدوات البحث، ولهذا تنامت تقنيات البحث أو كما تسمي أدوات جمع البيانات في البحوث مثل الاستبيانات والاختبارات وتحليل المحتوى والمقابلات وتحسنت وزادت كفاءتها، لذلك فان اختيار أداة أو أدوات جمع البيانات أمر في غاية الأهمية، فالأداة التي تصلح في دراسة موضوع ما قد لا تصلح في دراسة موضوع آخر، وقد استخدم مختلف الباحثون على اختلاف تخصصاتهم كلمة "أداة" للدلالة على الوسيلة المستخدمة في جمع البيانات، والمعلومات، وفيما يلي سنتطرق لمختلف الأدوات المعتمدة في الدراسة الحالية:

1.الاستبيان:

إن الاستبيان هو "نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الافراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستبيان إما عن طريق المقابلة الشخصية أو عبر إرساله إلى المبحوثين عن طريق البريد". (زرواتي،2008، ص. 182). فهو ترجمة للمفهوم الأساسي للبحث، أو لعدة مفاهيم أو متغيرات، أهم عنصر فيه هو السؤال لأنه يترجم أهداف الدراسة إلى مجموعة من الأسئلة المحددة. ونظرا لأهمية ترجمة أهداف البحث، والحصول على المعلومات التي يرغب فيها الباحث، فإن نوعية السؤال تبقى العنصر الأساسي الذي يتمحور الاستبيان حوله، ولهذا تم الاعتماد على الاستبيان كأداة أساسية والمهمة لجمع البيانات وقد تم وضع أسئلة الاستبيان بناء على فرضيات الدراسة، وما أفضت إليه نتائج الدراسة الاستطلاعية والمقابلات العرضية التي تمت الاستعانة بها قبل التصميم النهائي لهذا المقياس.

وقد اشتمل الاستبيان على 35 سؤالا في شكله النهائي تركز في مجملها على واقع تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا، وقد قسمت هذه الأسئلة إلى ثلاث محاور أساسية توزعت على النحو التالي:

أ. وصف الأداة (الاستبيان):

- **المحور الأول:**

يضم البيانات الديموغرافية عن مجتمع الدراسة، التي اعتمد ت عليها الباحثة بشكل كبير وأساسي في دراسة الفروق بين أفراد العينة حول موضوع الدراسة وبالتالي اختبار الفرضيات الفارقية للدراسة.

- **المحور الثانـي:**

ضم مجموعة من الأسئلة، تدور في مجملها حول وجود فروق ذات دلالة احصائية فيما يخص امتلاك المشرفين **للرصيد المعرفي** الكافي عن عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب المتغيرات الديموغرافية وتهدف هذه الأسئلة للكشف عن مدى امتلاك المشرفين عن عملية التوعية الصحية لرصيد معرفي كافي حول هذا المرض.

- **المحور الثالث:**

ضم مجموعة من الأسئلة، تدور في مجملها حول مدى وجود فروق ذات دلالة احصائية فيما يخص **تطبيق** عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا وفق منهجية علمية وهذا حسب المتغيرات الديموغرافية وتهدف هذه الأسئلة في مجملها إلى قياس مدى تطبيق هذه العملية وفق معايير علمية.

ب. الخصائص السيكومترية للأداة (الاستبيان):

- **الصدق:**

تم التحقق من صدق الاستبيان وذلك من خلال صياغة البنود الخاصة بمحاوره الثلاث ثم عرضه على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم سبعة (07)، أربعة (04)أساتذة في التعليم العالي والبحث العلمي،(02)

محكمين يمثلان أطباء مختصون في الامراض المزمنة، وخبير في مجال التوعية الصحية عن مرض السيدا. مع العلم أننا أرفقنا أداة الدراسة بإشكالية الدراسة وأيضا أسئلة البحث وفرضياته، وهذا قصد الإجابة على الاسئلة التالية:

- هل الاستبيان واضح؟
- هل الاسئلة لها علاقة بمحاوره؟
- وهل الاستبيان يخدم الموضوع؟

وكل ذلك للتأكد من مدى ملائمة محاور وأسئلة الاستبيان مع موضوع البحث المراد دراسته والهدف المسطر من الدراسة، مع تقديم ملاحظات حول الأسئلة من ناحية الصياغة والمضمون مع تحديد الأسئلة الواجب حذفها وأيضا التي يجب تعديلها.

وبهذا أجرينا التعديلات المطلوبة وعدلت الفقرات وفق اقتراحاتهم، وتم استبدال الكلمات الفنية التي لم تنل موافقة المحكمين بنسبة 90%،وبعد الانتهاء أعيد عرضها على المحكمين بعد طباعتها مرة أخرى لتكون أداة صادقة، وعموما كانت آراء المحكمين في مجملها تؤكد دقة المقياس، وأنه يتناسب مع إشكالية الدراسة وفرضياتها.

ولحساب صدق المحكمين استعننا بمعادلة **كوبر COOPER** والتي تستخدم لحساب نسبة الاتفاق بين التحليل الذي قام به الباحث والتحليل الذي قام به مختص آخر حيث إن:

معادلة كوبر COOPER = عدد مرات الاتفاق /عدد أسئلة الاختبار x100

وبلغت نسبة الاتفاق بـ 85% وهي نسبة مرتفعة يمكن الاعتماد عليها.

ثبات الاستبيان:

تم التأكد من ثبات الاستبيان وذلك بعد تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقة معامل" ألفا كرونباخ". وذلك لإيجاد معامل ثبات الاستبيان، حيث حصلنا على قيمة معامل "ألفا كرونباخ" لكل مجال من مجالات الاستبيان وكذلك للاستبيان ككل والجدول رقم 07 يوضح ذلك:

جدول رقم(08) يوضح معامل ألفاكرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,783	35

المصدر: نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spssإصدار رقم 22 .

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي يقدر بـ (0,783) وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة وصلاحية تطبيقه في ظروف أخرى.

2.المقابلة:

إن المقابلة العلمية هي أداة من أدوات البحث، يتم بموجبها جمع البيانات والمعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة على تساؤلات البحث أو اختبار فروضه، وتعتمد على مقابلة الباحث للمبحوث وجها لوجه بغرض طرح عدد من الأسئلة من قبل الباحث والإجابة عليها من قبل المبحوث. (البستاني، 1971، ص. 116). وتعتبر المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقا، حيث يستطيع الباحث التعرف على مشاعر وانفعالات المبحوث، وكذلك اتجاهاته وميوله، وهذا ما لا يستطاع الوصول إليه من خلال الاستمارة.

وقد اعتمدنا المقابلة كأداة تكميلية لاستكمال المعلومات ولمساعدتنا في تحليل وتفسير النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام الاستمارة.

وتم بناء دليل المقابلة بعد ما قمنا بوضع أهداف محددة لها والتي تم من خلالها جمع المعلومات، وذلك في ضوء تساؤلات الدراسة. وقد تم صياغة بنود المقابلة وفقا لبنود الاستبانة.

3-.ملاحظة بالمشاركة:

يؤكد علماء المنهجية أن الملاحظة العلمية ليست من العمليات البسيطة، والمباشرة؛ بل هي من العمليات المعقدة التي تتطلب تخطيطا واعيا ودقيقا، وتقوم على أساس اختيار بعض المظاهر أو الجوانب الهامة التي يرغب الباحث في ملاحظتها في موقف معين وفي فترة زمنية معينة، ويبدل الباحث جهدا في تفسير تلك الجوانب بشكل دقيق. (كشرود، 2007، ص. 178)

فالملاحظة تعني "توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة، وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر، رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها بهدف الوصول إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة". (زيدان، 1980، ص، 46)

أما الملاحظة بالمشاركة فتتمثل في مشاركة الباحث حياة المبحوثين الذين يقوم بملاحظتهم ومساهمته في في النشاط الذي يقومون به لفترة مؤقتة وهي فترة الملاحظة، ويستلزم هذا النوع من الملاحظة أن يصبح الباحث عضوا في الجماعة التي يقوم بدراستها وأن يساير الجماعة ويتجاوب معها، وأن يمر في نفس الظروف التي تمر بها، ويخضع لجميع المؤثرات التي تخضع له ولا يكشف الباحث عن نفسه أو يفصح عن شخصيته ليظل سلوك الجماعة تلقائيا بعيدا عن التصنع وبياناتها أكثر مصداقية من بيانات الملاحظة العادية.

وقد اعتمدنا على الملاحظة بالمشاركة في هذه الدراسة كونها الأداة التي ساعدتنا على رصد التغيرات السلوكية لأفراد العينة؛ وتم اعتمادها بناء على مجموعة من الخطوات الأساسية والمتمثلة في:

أ-تحديد الهدف من الملاحظة:

إن الهدف من استخدام هذه الأداة هو رصد مختلف التغيرات التي تحدث على سلوك أفراد عينة الدراسة، ومشاهدة واقع تطبيق التوعية الصحية عن مرض السيدا أثناء القيام بحملة تحسيسية والتأكد من كون هذه الأخيرة خاضعة لمعايير وضوابط علمية أم تتم بشكل عشوائي.

ب- الوقت المخصص للملاحظة:

بما أن الملاحظة تم استعمالها أساسا لملاحظة سلوكيات الاطارات الشباب أثناء مختلف الأنشطة خلال القيام بعملية توعية صحية حول مرض السيدا فان الفترة التي خصصت للملاحظة كانت في كل نشاط ينظم حول هذا المرض من خلال مشاركتنا في مختلف الانشطة والحصص الاذاعية والايام الدراسية المنظمة حول مرض السيدا.

ج- **كيفية الحصول على معلومات:**

تم الحصول على معلومات بطريقة منظمة، باستخدام بطاقة المشاهدة.

وقد أفادتنا هذه الأداة في ملاحظة الجو العام أثناء القيام بعملية التوعية الصحية حول السيدا، كذلك إيماءات المشرفين عن العملية خلال هذه البرامج مثل حركاتهم، نبرة الصوت، تعبيرات الوجه، وبالتالي فالأداة مكنتنا من الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها باستخدام الاستبيان أو المقابلة.

سادسا-الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

لا نستطيع التأكد من صحة فرضيات الدراسة إلّا من خلال استخدام طرق وتقنيات إحصائية مناسبة والتي من شأنها المساعدة على معالجة البيانات الخاصة بصورة كمية مما يزيد في دقة البيانات، ويجعل من الدراسة أكثر دقة، موضوعية وعلمية، ولهذا اعتمدنا في دراستنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من خلال تطبيق أداة الاستبيان وتمثلت هذه الأساليب الإحصائية في:

- النسبة المئوية.
- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري.
- الاختبار التائي (T) لحساب الفروق.
- معامل تحليل التباين الأحادي (anova).

1. النسب المئوية:

التي تم استعمالها في عرض نتائج الدراسة، واستخراج عينة البحث من المجتمع الأصلي، ولتحديد مدى تمثيل العينة للمجموع الكلي حسب المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في (الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية في الوظيفة، الدرجة المهنية).

2. المتوسط الحسابي:

يعتبر من أهم الأساليب الإحصائية، فهو يوضح مدى تقارب أو تباعد الدرجات عن بعضها البعض، ومدى قربها أو بعدها عن المتوسط، فهو حاصل قسمة قيم التوزيع على عددها.

3. الانحراف المعياري:

هو أكثر مقاييس التشتت شيوعا وأهمية، وهو الجدر التربيعي لمتوسط مربعات انحرافات القيم عن متوسطها الحسابي، والانحراف المعياري هو الجذر التربيعي للتباين.

4.الاختبار التائي (T.test):

يهدف هذا الاختبار إلى معرفة دلالة الفروق بين متوسطي مجموعتين من الدرجات على المتغير التابع، وقد استخدمنا هذا الاختبار في هذه الدراسة لمعرفة دلالة الفروق في امتلاك المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا لرصيد معرفي كافي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)، ومتغير الوضعية في الوظيفة (دائم، مؤقت).

5. اختبار تحليل التباين الاحادي F (ANOVA):

يستخدم تحليل التباين الأحادي والذي يرمز له ب **F** كأسلوب احصائي عند القيام بمقارنة تتضمن أكثر من مجموعتين (أكثر من متوسطين)، وهو امتداد لاختبار **T** لدراسة الفروق.

وقد استخدمنا هذا الاختبار في الدراسة الحالية لمعرفة الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية وفقا للمتغيرات الديموغرافية التي تتضمن أكثر من مجموعتين وهي كالاتي:

- السن.
- طبيعة الوظيفة.
- الدرجة المهنية.
- الخبرة في الوظيفة.

ويتم الحصول عليه بتطبيق عدة خطوات تتمثل في:

- حساب مجموع درجات كل مجموعة، ومجموع مربعات هذه الدرجات.
- حساب مجموع المربعات داخل المجموعات.
- حساب مجموع المربعات بين المجموعات.
- حساب المجموع الكلي للمربعات.
- حساب درجات الحرية.
- حساب متوسط المربعات (التباين).
- حساب النسبة الفائية F.

ويجب الإشارة إلى أن كل هذه الأدوات الإحصائية تم حسابها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS اصدار 22** الذي يتميز عن باقي الاصدارات بسهولة تطبيقه.

خلاصة:

تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية المتبعة لتحقيق أغراض الدراسة الميدانية، والتي تعد الأهم في الدراسة إذ من خلالها يتمكن الباحث من العبور إلى الجانب الميداني وفق خط سير صحيح، وتختلف تلك الإجراءات باختلاف طبيعة الموضوع والهدف من الدراسة، وبعد عرضها بشكل تسلسلي منظم، سنحاول التطرق لاحقا لآخر جزء من أجزاء البحث ليكتمل هذا الأخير، والذي يتمثل في عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها.

كما اعتمدنا في الدراسة الحالية المنهج الوصفي، والاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، كما تمت بالاستعانة بأدوات اخرى تمثلت في المقابلة، والملاحظة بالمشاركة التي كان لها دور كبير في التحليل الكيفي لنتائج الدراسة، وقد استهدفت هذه الدراسة قطاع الشباب والرياضة و بالتحديد المشرفين عن عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا الذين يشكلون فريق عمل متعدد التخصصات بخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية صحة –شباب عبر التراب الوطني؛ الذي يقدر عددهم بـ 717 إطار يمثلون المجتمع الأصلي للدراسة، وتم أخذ عينة عرضية منه والمقدرة بنسبة 11% أي 78 مفردة؛ وبعد جمع البيانات تمت معالجتها باستخدام برنامج إحصائي "**الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية**" النسخة 22.

كانت هذه هي الأسس المنهجية التي لا يمكننا الاستغناء عنها في أي بحث علمي، حيث ساعدتنا خصوصا في الجانب التطبيقي العملي لهذه الدراسة.

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد استعراض أدبيات البحث وجمع المادة العلمية والوقوف على أهم العناصر والأفكار التي تعنى بمتغيرات الدراسة (التوعية الصحية، مرض السيدا) بغية الالمام بها، ووضعها في قالب نظري، تم الانتقال بعدها إلى الجانب التطبيقي، والذي يعد الجزء الأهم من البحث، إذ من خلاله تظهر بصمة الباحث وتتضح في النتائج المتوصل إليها، والتي تعد رصيد معرفي جديد وإضافة قَيمة للعلم، ويعتبر تحليل البيانات الميدانية المرحلة الأهم في البحث كونها الجانب الذي يؤكد لنا مدى تطابق فرضيات دراستنا بالواقع، أي هل ما افترضناه من حلول مؤقتة لتساؤلات الدراسة يوافق ما تحصلنا عليه من معلومات من أفراد العينة، أم أن افتراضاتنا تخالف ما هو سائد في المجتمع، وبذلك فقد تم تحليل البيانات بعد إتمام جمع استمارات البحث، بحيث قمنا بترميز الاستمارات وإدخالها في البرنامج الإحصائي "**الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية**" **Spssاصدار 22** وبعدها تم عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة باستخدام:

الجداول التكرارية، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار التائي T، اختبار تحليل التباين الاحادي **F (Anova)**.

أولا-عرض ومناقشة النتائج العامة للدراسة:

1.عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالمحور الأول (محور البيانات الشخصية):

للبيانات الديمغرافية دور هام في عملية تحليل الشق الميداني في البحوث الاجتماعية وهذا طبعا بحسب احتياجات الدراسة، ودراستنا الحالية تتطلب منا الإحاطة بهذه البيانات من خلال معرفة جنس المبحوثين، وسنهم، وكذا طبيعة عملهم في خلية الاصغاء والوقاية فضلا عن معرفة وضعيتهم في الوظيفة ومدة الاقدمية فيها وكذلك الدرجة المهنية المتحصل عليها. وقد أدرجنا مثل هذه البيانات لارتباط عملية التحليل بها، وكذلك مدى ارتباط وتأثير هذه البيانات على فرضيات الدراسة.

أ.عينة الدراسة حسب الجنس:

تتصف الدراسة الحالية بعدم تجانس مفرداتها من حيث الجنس والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	9	%11,5
أنثى	69	%88,5
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

يتضح من خلال الجدول أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور بكثير حيث قدرت نسبتهم بـ 88,5% مقارنة بالذكور والذين قدرت نسبتهم بـ 11,5% وهذا يعكس الواقع بحيث أن تركيبة المجتمع الأصلي بالأساس يسيطر عليها العنصر النسوي أي أن خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية صحة .شباب يسودها الاناث على الذكور، يرجع الى أن تخصص الطب وعلم النفس في الجامعة يختاره في الغالب ويوجه إليه العنصر

النسوي، كما أن أغلب من صادفناهم عند توزيع الاستمارات كانوا نساء، فضلا عن إلغاء الكثير من الاستمارات التي خصصت لجنس الذكور نظرا لعدم الإجابة على كل الأسئلة وهذا بالرغم من محاولتنا أن تكون النسبة بين الجنسين الى حد ما متقاربة.

وهذا ما ينعكس سلبا على فعالية مختلف عمليات التوعية الصحية للوقاية من مرض السيدا نظرا لكون بعض مواضيع الحملات التحسيسية الجوارية تكون أكثر فعالية إذا قام بها الذكور خاصة حسب المنطقة وطبيعة المجتمع الجزائري وعاداته وتقاليده خلال العمل ليلا والتنقل خارج الولاية والعمل الجواري في المقاهي او الطرقات...كلها. تتطلب جنس الذكور.

عينة الدراسة حسب السن:

تتباين مفردات عينة الدراسة من حيث السن وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (10): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن:

السن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	31	%39,7
من (30-40)	28	%35,9
أكثر من40 سنة	19	%24,4
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

من الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب أفراد العينة من الفئة الأولى والتي يقل سنها عن 30 سنة والذين قدرت نسبتهم بـ39,7%، لتليها الفئة الثانية والتي قدرت نسبتها بـ 35,9% وهي الفئة التي يتراوح سنها بين (30.40) سنة، أما الفئة الثالثة فكانت نسبتها 24,4 % والتي يفوق سنها 40 سنة. وقد يرجع السبب في هذه النسب الى ارتباطها بالإجابة على أسئلة الاستمارة حيث نجد أن المشرفين عن عملية التوعية الصحية

التي تقل أعمارهم عن 30 سنة والتي تمثل فئة لا تملك خبرة ميدانية كافية في العمل كانت متجاوبة ومتفهمة لموضوع الدراسة أكثر من الفئة الثانية والثالثة التي لاحظنا عدم تجاوبهما مع أسئلة البحث فتخفي كل منهما خوف كبير من وراء الاجابة على مختلف هذه الأسئلة خاصة الأسئلة المتعلقة بالمحور الثاني والتي تقيس مدى امتلاك اطارات الشباب لرصيد معرفي كافي يؤهلهم للقيام بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا، حيث اعتبروها أسئلة بديهية لا تستدعي الاجابة عليها وهو أسلوب واضح للتهرب من الإجابة، ولما للمحور الثاني من أهمية كبيرة في الدراسة فان أغلب استمارات هؤلاء لم تستوف الشروط اللازمة وبناء عليه فقد تم عزلها وإلغائها.

ج. عينة الدراسة حسب التخصص:

تتباين تخصصات عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص:

طبيعة العمل	التكرار	النسبة المئوية
طبيب	15	%19,2
أخصائي نفساني	54	%69,2
أخصائي في علم الاجتماع	1	%1,3
جراح أسنان	5	%6,4
تقني سامي في الصحة	1	%1,3
مربي شباب	2	%2,6
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

يتضح من خلال الجدول والذي يتعلق بطبيعة عمل أفراد العينة في خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية صحة، شباب أن نسبة النفسانيين الذين يعملون بخلايا ونقاط الاصغاء والوقاية تطغى بعدد كبير على باقي التخصصات في الخلية إذ قدرت نسبتهم بـ 69% وبهذا فهي تحتل المرتبة الأولى من حيث العدد في حين باقي النسبة يتقاسمها الأطباء بـ 19,2% وبهذا فهم يحتلوا المرتبة الثانية من حيث العدد، أما المرتبة الثالثة فكانت لجراحي الأسنان بنسبة 6,4%، ويليها مربي الشباب بنسبة تقدر بـ 2,6%، وفي الأخير وبنفس الرتبة يأتي كل من تقني السامي في الصحة والأخصائيون في علم الاجتماع بـ 1,3%.

من خلال البيانات المجمعة من تقنية الملاحظة بالمشاركة والتي تم اعتمادها في بعض ولايات الوطن تم التوصل إلى أن هذه الخلايا يطغى عليها الأخصائيين النفسانيين بدرجة ملفتة للانتباه ليس هذا فقط، بل وأنه في ولايات أخرى وجدنا أن الخلية أو نقطة الإصغاء والوقاية تتكون من النفسانيين فقط وهذا لأن الاطباء وجراحي الأسنان وجهوا إلى العمل في المجال الرياضي.

كما أن هذه النسبة المرتفعة للنفسانيين على باقي التخصصات ترجع بالدرجة الأولى إلى طلب توظيف النفسانيين على باقي التخصصات الأخرى.

وفي قراءة لهذا الجدول نجد أن هناك فئة فعالة في خلية ونقاط الإصغاء والوقاية، هذه الفئة تعمل في صمت وهم الأخصائيين في علم الاجتماع فبالرغم من أن طبيعة العمل في خلايا ونقاط الإصغاء تتطلب هذا التخصص إلا أنه لم يتم إدراجهم إلى حد الآن ضمن قائمة التوظيف وهم يعملون بصفة مؤقتة في إطار عقود ما قبل التشغيل وإن تم طلب هذا التخصص في العمل فهم يوجهون بطريقة مباشرة للعمل في الجانب الإداري.

من كل ما سبق ومن خلال الجدول أيضا نستنتج أن خلية ونقاط الإصغاء والوقاية خرجت عما أُنشأت من أجله وهو العمل كفريق وبروح الفريق، في إطار متعدد التخصصات وهذا ما ينعكس سلبا على فعالية عمليات التوعية الصحية المبرمجة.

فخلايا الإصغاء والوقاية في قطاع الشباب والرياضة أصبحت اليوم مكاتب للإصغاء فقط إن صح التعبير وليس للعمل الوقائي والذي يتطلب فريق عمل متعدد التخصصات يعمل جنبا إلى جنب كأعضاء الجسد الواحد لكل عضو فيه وظيفة خاصة به تختلف عن غيره، وهي في النهاية تصب في نهر واحد أي لها هدف واحد، فعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا تتطلب فريق عمل متعدد التخصصات، فللطبيب دوره الذي يؤديه والذي يختلف عن الدور الذي يقوم به النفساني أو جراح الأسنان و يكمله في نفس الوقت، فخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية صحة . شباب والتي أنشئت عام 1994 بناء على القرار الوزاري رقم 02 الصادر بتاريخ 1994.01.23 قصد ترقية صحة الشباب فقد نص هذا القرار على أن هذه الخلايا يشرف عليها أطباء ونفسانيون وإطارات بيداغوجية تقوم بنشاطات إعلامية وتحسيسية ووقائية وتوعوية وتوجيهية من مختلف الآفات الاجتماعية.

د. عينة الدراسة حسب الوضعية في الوظيفة:

تتباين الوضعية الوظيفية لدى أفراد عينة الدراسة وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (12): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية في الوظيفة:

الوضعية في الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية
دائم	62	%79,5
مؤقت	16	%20,5
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

يلاحظ من خلال الجدول والذي يوضح لنا توزيع العينة حسب الوضعية في الوظيفة، أن نسبة المشرفين عن عملية التوعية الصحية الدائمين والمستقرين في عملهم تقدر بـ 79,5% في حين قدر عدد المشرفين عن عملية التوعية الصحية المؤقتين بـ 16 مفردة أي بنسبة 20,5% والتي تقوم بدور مهم في تنشيط هذه الخلايا. وهذا فرق منطقي ويعكس الواقع وهذا الاستقرار في العمل الذي تشهده خلايا ونقاط الإصغاء يعتبر نقطة إيجابيه فهي تزيد من فعالية مختلف برامج التوعية الصحية المنظمة سواء حول مرض السيدا أو باقي الآفات الاجتماعية.

هـ. عينة الدراسة حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية:

تختلف الأقدمية والدرجة المهنية لدى أفراد عينة الدراسة ويتوزع أفراد عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (13): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الأقدمية في الوظيفة والدرجة المهنية:

الأقدمية	التكرار	النسبة المئوية	الدرجة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 05 سنوات	9	%11,5	**الاولى**	41	%52,6
من 05 الى 10 سنوات	39	%50	**الثانية**	27	%34,6
أكثر من 10 سنوات	30	%38,5	**الثالثة**	10	%12,8
المجموع	78	%100	**المجموع**	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

إن البيانات الموضحة في الجدول والتي تتعلق بتوزيع العينة حسب الأقدمية في الوظيفة تبين أن 11,5% من أفراد العينة لهم أقل من 05 سنوات خبرة وهي اقل نسبة موضحة حسب الجدول ويدخل ضمن هذه الفئة العمال المؤقتين (في إطار عقود ما قبل التشغيل) في حين 39 مفردة لديها ما بين 05 الى 10

سنوات خبرة أي بنسبة تقدر بـ 50% والتي تشكل أعلى نسبة كما هو موضح في الجدول أمامنا، بينما نجد أن 30 مفردة لها خبرة تفوق العشرة سنوات أي بنسبة 38,5%.

أما فيما يخص الدرجة المهنية فنجد ان أعلى نسبة والمقدرة بـ 52,6% من مفردات العينة لم تتلقى أي ترقية في الوظيفة بالرغم من أن البعض منها تتوفر فيه شروط الترقية فمن خلال عملية الملاحظة بالمشاركة وجدنا أن هناك نفسانيين لم يتلقوا أي ترقية بالرغم من توفرهم على شروط الترقية فهناك من لديه خبرة تفوق خمسة عشرة سنة وهناك من خبرته تفوق العشرون سنة ولم يتم ترقيته بعد ولازال في الدرجة الأولى مع العلم أن لكل موظف خبرة تفوق الخمسة سنوات حق في الترقية إلى الدرجة الثانية (القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني، (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية)، المؤرخ في 08 نوفمبر 2009.) . في حين نجد أيضا أن نسبة 34,6% من أفراد العينة في الدرجة الثانية ومن حقهم الترقية الى الدرجة الثالثة ولكنهم في حيز الانتظار.

وكون الترقية تعتبر من الحوافز المهمة للموظف كما أنها حق مشروع فذلك قد ينعكس سلبا على أدائهم، وهذا ما أثبتته البيانات المجمعة من الملاحظة بالمشاركة والمقابلة إذ عبر بعض المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن تذمرهم وانزعاجهم جراء إحساسهم بالظلم خاصة في حق النفسانيين الذين يشكلون التركيبة البشرية السائدة في خلايا الإصغاء والوقاية مما قد يؤثر سلبا على فعالية العمليات التحسيسية المبرمجة بحيث نجد أن هناك فئة من أفراد المجتمع الأصلي تعاني من دوران العمل أي الحضور لتسجيل الحضور وليس للعمل، هذا ما يشجع البطالة المقنعة.

لقد فضلنا جمع السؤالين في جدول واحد لما لهما من علاقة تأثير وتأثر فنحن نبحث عن الواقع وتأثير هذا الواقع على مختلف العمليات التحسيسية المنظمة، فلو كانت الترقية تخضع لسنوات الخبرة

وللمردودية في العمل لقلنا أن النتائج الموضحة أمامنا جد منطقية ولكن ما هو معمول به حاليا أن الترقية تخضع لسنوات الخبرة فقط مما يضعنا أمام علامة استفهام كبيرة.

2.عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالمحور الثاني (. مدى امتلاك رصيد معرفي كافي عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا):

جدول رقم (14): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بطبيعة مرض السيدا:

الاجابة	التكرار	النسبة
مزمن	28	%35,9
معدي	32	%41,0
قاتل	61	%78,2
متنقل	60	%76,9

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول يتضح أن أغلبية أفراد العينة تملك معلومات صحيحة، أي أن السيدا داء متنقل وليس معدي، كون انتقال هذا الفيروس لا يكون بطرق معدية كالسعال، والتنفس مثلا، بل ينتقل من فرد لآخر عن طريق السوائل الجنسية (السائل المنوي في الذكر، وإفرازات المهبل في الأنثى)، الدم ومشتقاته، وحليب الأم؛ فنسبة 76,9 % من مجموع أفراد العينة يعلم بأن السيدا داء متنقل، و أجاب 41% بأنه معدي وهي نسبة ليست بالقليلة لأن هذه الإجابات صدرت عن إطارات دورهم الأساسي هو توعية الشباب من مخاطر مختلف الآفات الاجتماعية بما فيها هذا المرض وهي إجابة خاطئة .

كما تشير البيانات الموضحة في نفس الجدول إلى أن نسبة قليلة من أفراد العينة تعلم أن السيدا داء مزمنا وليس قاتلا بنسبة 35,9% وأجاب نسبة 78,2% بأنه داء قاتل وهي إجابة خاطئة فالسيدا لم يعد مرضاً قاتلاً، هذه أول قاعدة يجب أن يعلمها كل مشرف عن عملية التوعية الصحية من هذا المرض فقبل

توعية الشباب عن مرض السيدا. يجب أن يعلم كل إطار يعمل في خلايا أو نقاط الاصغاء والوقاية صحة . شباب أن هناك فرق بين الفيروس المسبب للمرض الذي يطلق عليه (HIV) وبين مرحلة مرض السيدا.

إن (HIV) هو إسم الفيروس الذي يدخل جسم الإنسان إذا تعرض لواحدة من طرق الإصابة. وحامل هذا الفيروس في هذه المرحلة يكون متعايشا مع الفيروس وليس مريضا بالسيدا؛ ويمر المتعايش مع الفيروس بمراحل عدة قد تأخذ سنوات قبل أن يصل لمرحلة يطلق عليه فيها مريض بـ (متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسبة) أو السيدا. وأن ما يتردد عن أن السيدا مرض قاتل بالضرورة كلام غير سليم علميا، فلقد كان كذلك في العموم، لكن بسبب تقدم العلم أصبح يطلق عليه حالياً تسمية "مرض مزمن" مثله مثل السكري وارتفاع ضغط الدم.

فمن المؤسف جدا أن نجد بعض المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا اليوم يتداولون معلومات خاطئة يتم نقلها في بعض الحملات التحسيسية الموجهة إلى فئة الشباب، وهذا ما تم رصده من خلال عملية الملاحظة بالمشاركة في بعض الحصص الإذاعية، وفضاءات الإصغاء والحوار وحتى الأيام الدراسية التي شاركنا فيها، فنجد مثلا:

أن بعض المشرفين عن عملية التوعية الصحية لم يدركوا أن السيدا لم يعد مرضا قاتلا، هذه أول قاعدة يجب أن يعرفها كل مثقف صحي قبل أن يقوم بتوعية الشباب من هذا المرض أو يكتب حرفا واحدا في مطوية او ملصقة أو معرض ... ينشر بين أفراد المجتمع، ويجب على كل مشرف أن يدرك أنه هناك فرق بين الفيروس المسبب للمرض (VIH) وبين مرحلة مرض السيدا، وبالتالي يقوم بعملية التثقيف الصحي بمعلومات صحيحة، ليس هذا فقط بل وجدنا أن الكثير من المشرفين عن العمل التحسيسي لا يستخدمون المصطلحات بطريقة صحيحة فعند دخول هذا الفيروس إلى جسم الإنسان يصبح الشخص متعايشا معه (متعايش مع فيروس VIH) وليس مريضا بالسيدا. ناهيك عن الكتابة في مختلف المطبوعات الإرشادية بأن

السيدا مرض معدي وهم على علم تام بأن السيدا مرض متنقل فهل يوجد قاموس عربي يساوي مصطلح معدي بمصطلح متنقل، والفرق شاسع بينهما، وهذا الخطأ يجعل أفراد المجتمع يقعون فريسة الوصمة والتمييز ضد المتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري، إن النزول إلى الميدان واستعمال طريقة الملاحظة بالمشاركة كفيلة بجعلنا نكتشف الكثير عن واقع التوعية الصحية عن مرض السيدا في قطاع حساس جدا وهو قطاع الشباب والرياضة.(*انظر الملاحق : مطبوعات متداولة تعكس الرصيد المعرفي الذي يمتلكه بعض المثقفين الصحيين عن مرض السيدا ومنهجية تطبيقها في بعض ولايات الوطن دون ذكر اسمها.)

جدول رقم (15): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بتبيان الوقت المناسب للقيام بعملية الكشف الارادي.

الإجابة	التكرار	النسبة
مباشرة بعد الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا	19	24,4%
بعد مضي اسبوع على الأقل من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا	1	%1,3
بعد مضي شهر على الأقل من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا	10	%12,8
بعد مضي عام من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا	2	%2,6
بدون رأي	46	%59,0
المجـــــــــــموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة.

أما عن الوقت الملائم للقيام بالتحاليل الطبية التي تكشف من خلالها عن الأجسام المضادة (Anticorps) ضد فيروس فقدان المناعة البشري، فقد بينت النتائج الكمية الموضحة في الجدول أن نسبة 59 % من المبحوثين تقر بأنها لا تملك الإجابة المناسبة على هذا السؤال أي عن الوقت الملائم للقيام بالتحاليل الطبية خاصة بعد التعرض لموقف يحتمل فيه انتقال فيروس فقدان المناعة البشري إلى جسم الإنسان وهي أكبر نسبة مبينة حسب الجدول، أما نسبة 28,3% من أفراد عينة الدراسة فلديها معلومات

خاطئة عن الوقت الملائم للقيام بالتحاليل الدم وهذا ما يتضح من خلال إجاباتهم، في حين نجد أن 24,4% منهم ترى أن الوقت الملائم للقيام بهذه التحاليل يكون مباشرة بعد الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا كما هو معتاد عند الإصابة ببعض الأمراض، و1,3 % ترى أن الوقت الملائم يكون بعد مضي أسبوع على الأقل من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل الفيروس، و2,6 % ترى أن الوقت الملائم يكون بعد مضي عام، في حين نجد أن الإجابة الصحيحة للأسف يمتلكها سوى 12,8% من أفراد العينة أي أن القيام بالتحاليل طبية للكشف عن حمل فيروس VIH يكون بعد مضي شهر على الأقل من الممارسة التي قد تعرض الشباب لحمل فيروس السيدا، فمن الممكن أن يذهب شخص إلى المختبر ويطلب تحليل VIH قبل شهر وتظهر التحاليل بأنه سلبي المصل (التحاليل تظهر بأنه سليم) وهو حامل للفيروس؛ فالتحاليل المتوفرة في الجزائر والمعمول بها تحتاج إلى شهر على الأقل حتى تظهر الأجسام المضادة للفيروس. والآن بسبب التقدم التكنولوجي أصبح هناك وسيلة أخرى تسمى بـ BCR نستطيع من خلالها أن نكشف دخول الفيروس بعد عشرة أيام. لكن هذه الطريقة مكلفة وليست منتشرة في العالم، وغير مستعملة في الجزائر. وتكمن خطورة هذه الفترة في أن الفرد قد يحمل فيروس VIH مند اليوم الأول من تعرضه للممارسة التي قد يحمل من خلالها الفيروس، ومن الممكن أن ينقل هذا الفيروس إلى غيره من دون علمه وعلمهم.

جدول رقم (16): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بنجاعة الواقي (le préservatife) في الوقاية من مرض السيدا.

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	23	%29,5
لا	55	%70,5
المـجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول والذي يوضح لنا ما إذا كان أفراد العينة يرون أن استعمال الواقي le préservatif. يعد الوسيلة المضمونة فعلا للوقاية من هذا الداء أم لا. يتضح أن أغلب افراد العينة أي بنسبة تقدر بـ 70,5% يرون أن الواقي لا يعد الوسيلة المضمونة في الوقاية من المرض، في حين ترى نسبة قليلة منهم والتي تقدر بـ 29,5 % أن الواقي يعد الوسيلة المضمونة في الوقاية من المرض ولكل منهم أسبابه التي سنوضحها في الجدولين اللاحقين.

إن هذا الموضوع غالبا ما يتم تناوله في كل عمليات التوعية الصحية المنظمة حول مرض السيدا مع الشباب، فحسب البيانات الواردة في الجدول نجد أن أغلب أفراد العينة تتجه للتفكير المنطقي لأن الواقي الذكري يعد وسيلة للحماية من انتقال فيروس VIH إلى جسم الإنسان اثناء أي علاقة جنسية، ولكنه لا يضمن لنا عدم انتقاله 100% ولكن يبقى استخدامه مطلوب ومفيد جدا.

جدول رقم (17): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال المبين سبب نجاعة الواقي (le préservatife) في الوقاية من مرض السيدا.

الإجابة	التكرار	النسبة
الوسيلة الوحيدة المضمونة حاليا	15	%65,22
بدون إجابة	08	%34,78
المجـــــــموع	23	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الجدول يتضح أن نسبة 34,78% من أفراد العينة التي ترى بأن الواقي هو الوسيلة المضمونة للوقاية من حمل فيروس فقدان المناعة البشري لم تبرر موقفها، في حين أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ 65,22% كما هو موضح في الجدول ترى بأن الواقي هو الوسيلة الوحيدة المضمونة حاليا للوقاية من المرض في ظل عدم وجود لقاح يقي من فيروس فقدان المناعة البشري أو دواء يشفي من المرض.

إن المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر يرون ضرورة التحدث عن استعمال الواقي مع الشباب في كل الحملات التحسيسية المنظمة حول هذا المرض بالرغم من صعوبة طرحه في بعض الولايات نظرا لطبيعة المجتمع، ولكن وبالرغم من هذا يجب الحديث عنه وهذا قصد حماية الشباب ومن ثم حماية المجتمع ككل، فالمتعايش بفيروس فقدان المناعة البشري غالبا ما يجهل بأنه حامل للفيروس وبالتالي يمكن أن ينقله يوما ما إلى زوجة بريئة لا ذنب لها في اكتساب المرض، ومن ثم فهذه الزوجة يمكن أن تنجب أطفالا حاملين للفيروس لا ذنب لهم سوى كونهم أبناء لأب لم يستعمل الواقي لحماية نفسه من هذا المرض، وفي النهاية فحتى ولو كان هذا الشخص نشط جنسيا فهو بشر من حقه أن يتمتع بوضع صحي سليم بغض النظر عن سلوكه.

جدول رقم (18): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال المبين لسبب عدم نجاعة الواقي (le préservatife) في الوقاية من مرض السيدا:

الإجابة	التكرار	النسبة
قد تكون مدة الصلاحية منتهية	13	23,6%
قد يكون مثقوب	28	50,9%
العفة أضمن من الواقي	29	52,7%

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول يتضح أن أفراد عينة الدراسة يرون أن الواقي وسيلة غير مضمونة للوقاية من المرض وتبين أن النسبة الكبيرة منهم ترى أن العفة أضمن من الواقي بـ 52,7%، كما أن نسبة 50,9% من هؤلاء الأفراد ترى بأن الواقي قد يكون مثقوب أو يتعرض للتمزق أثناء العلاقة الجنسية، والنسبة القليلة والتي قدرت بـ 23,6% ترى بأنه قد تكون مدة الصلاحية منتهية دون أن ينتبه لها المستعمل.

هذا ما بينته نتائج الاستمارة، أما المقابلة فقد بينت أسباب أخرى إضافة إلى هذه الأسباب تدعم اقتناعهم بأن الواقي يبقى الوسيلة الوحيدة للوقاية من المرض، ولكنها غير مضمونة وتدور في مجملها حول:

- أن الكثير من الشباب يرفض استعمال الواقي بالرغم من علمهم بأنه وسيلة فعالة تقلل من خطر انتقال فيروس VIH إلى جسم الإنسان بحجة أن الواقي يقلل من الإحساس بالعلاقة الودية ولا يعطيهم القدر الكافي من المتعة والإثارة.
- أن نسبة الحماية من المرض تصل إلى 80% في حالة استعمال الواقي، فبالرغم من أن النسبة مرتفعة إلا أن الخطر يبقى موجود.
- الوقاية التي يقدمها الواقي الذكري تعتمد بشكل كبير على الاستخدام المثالي والمستمر له حيث أن ممارسة واحدة فقط بدونه مع شخص حامل للفيروس كفيلة بنقل هذا الفيروس إلى جسم الإنسان.

إن أغلب المشرفين عن عملية التوعية الصحية يتجنب الحديث عن استعمال الواقي الذكري هذا ما تبين لنا من خلال نتائج المقابلة التي قمنا بها، إذ تبين أنه في السنوات الماضية عندما كانوا يوزعون الواقي مجانا ويتحدثون عنه في مختلف الحملات التحسيسية المنظمة سبب لهم الكثير من النقد اللاذع كون هذه الخطوة تتنافى وطبيعة بعض المناطق في الجزائر واعتبرت هذه الخطوة من طرف الكثيرين كتشجيع الشباب على الانحلال الأخلاقي ونشره، فيبقى هذا الموضوع من الطابوهات التي يتجنبون الحديث عنها أثناء القيام بفضاءات الإصغاء والحوار مع الشباب وهو ما يؤثر سلبا على فعالية العمل التحسيسي حول هذا الموضوع. وعلى العموم فإن المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن هذا المرض في الجزائر يفضلون التحدث عن استعمال الواقي مع الشباب وفي نفس الوقت يقومون بالشرح التام بضرورة التحلي بالعفة إذ هي أضمن وسيلة للوقاية من المرض ولما لا إخضاعهم لعدة جلسات نفسية تهدف إلى تغيير السلوك.

جدول رقم (19): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بالطرق الأساسية لانتقال فيروس السيدا لجسم الانسان:

الإجابة	التكرار	النسبة
ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية غير المحمية	76	%98,7
ينتقل عن طريق دم ملوث بفيروس VIH	60	%77,9
ينتقل من الام الى الجنين اثناء فترة الحمل، عند الولادة، والرضاعة	29	%37,7

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول والتي تهدف أساسا إلى معرفة مدى إحاطة المشرفين المكلفين بالتوعية الصحية عن مرض السيدا في مجملها بالطرق الأساسية لانتقال فيروس فقدان المناعة البشري وهو من المواضيع البديهية التي لا يمكن الاستغناء عنها خلال مختلف العمليات التحسيسية المبرمجة. يتضح من خلال إجابات أفراد عينة الدراسة أن الطرق الأساسية لانتقال فيروس السيدا لجسم الانسان تدور في مجملها في ثلاثة أفكار بالرغم من الاختلاف الذي لمسناه في صياغة الاجابة والتي تتمثل في:

- العلاقات الجنسية غير المحمية بنسبة تقدر بـ 98,7% وهي نسبة مرتفعة تدل على أن المشرف عن العمل التحسيسي والاعلامي يمتلك رصيد معرفي كافي في هذا الجانب.
- ينتقل عن طريق دم ملوث بالفيروس بنسبة تقدر ب VIH 77,9% وهي نسبة نوعا ما كافية.
- ينتقل من الأم الى الجنين اثناء فترة الحمل وعند الولادة والرضاعة بنسبة تقدر بـ 37,7% وتعد نسبة منخفضة.

وحسب نتائج المقابلة التي أجريناها مع بعض المشرفين عن التوعية الصحية عن مرض السيدا يتضح ان السبب في انخفاض هذه النسبة لا يعود إلى جهل هذه المعلومة، بل الى تجاهلها، فكل الاطارات الذي صادفناهم خلال إجراء المقابلة يدركن جيدا أن فيروس VIH يمكن أن ينتقل من الأم إلى الجنين.

جدول رقم (20): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يبين مدى استفادة المشرفين عن عملية التوعية الصحية من تكوين:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	00	00
لا	78	%100
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول والتي تبين من خلالها أن كل أفراد العينة أي بنسبة 100% لم يتلقوا أي تكوين في مجال التوعية الصحية عند التحاقكم للعمل بخلية ونقاط الإصغاء والوقاية (صحة . شباب) وهذا بالرغم من الأهمية التي توليها الدولة من أجل تكوين الموظفين ورسكلتهم بحيث أصبح اليوم التكوين ضروري من أجل عصرنة الإدارة من جهة، ومن جهة أخرى رفع مستوى أداء الموظفين، ففي هذا الصدد يندرج المرسوم التنفيذي رقم 92/96 المؤرخ في 03 مارس 1996 المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم، كما تمت الإشارة إليه في الأمر الرئاسي رقم 03/06 المؤرخ في 15 جويلية 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

وتكمن أهمية التكوين بالنسبة للمشرفين عن عملية التوعية الصحية فيما يلي:

- يساعد في تجديد وإثراء المعلومات.

- زيادة العمليات التحسيسية المنظمة وإجرائها بمنهجية علمية تتجلى بتعريف الموظفين على ما هو مطلوب منهم وتطوير مهاراتهم.
- يساعد في فعالية العمليات التحسيسية المنظمة.
- يفتح لهم المجال للترقية والتقدم الوظيفي.
- يعمق الإحساس بالرضا الوظيفي والإنجاز.
- يقلل من دوران العمل نتيجة لزيادة التحفيز من أجل الاستمرار والثبات في حياة المشرفين عن عملية التوعية الصحية وزيادة رغبتهم في العمل التحسيسي والاخلاص فيه.
- تهيئة الموظفين الجدد وتكوينهم على كيفية العمل.

كما أن البرامج التكوينية تعد من المستلزمات الأساسية لتقليص حجم الفجوة بين المشرفين عن عملية التوعية الصحية الجدد ومتطلبات العمل، إذ أنها تؤدي إلى إحداث موازنة بين ما يستطيع الفرد عمله وبين ما يتطلبه العمل التحسيسي نفسه.

وبالرغم من المجهودات التي تبدلها الدولة والميزانية التي تخصصها وزارة الشباب والرياضة في مجال التكوين والرسكلة كل سنة إلا أن النتائج الموضحة في الجدول أمامنا تبين في الواقع عكس ذلك أي أنه لم يستفد أي فرد من أفراد العينة من تكوين عند بداية عمله وهذا بالتأكيد ينعكس سلبا على فعالية ونجاح مختلف العمليات التحسيسية المنظمة من جهة ومن جهة أخرى على الرصيد المعرفي الذي يمتلكه المشرفين على عملية التوعية الصحية.

إن إدماج المختص النفسي في عالم الشغل مباشرة بعد التخرج يشكل خطرا على الصحة العامة، نظرا إلى أن التكوين الذي يتلقاه المختصون في الجامعة غير كاف ونظري أكثر منه تطبيقي، لأن الأساتذة أنفسهم لم يمارسوا هذه المهنة.

ولكن من خلال نتائج المقابلة والملاحظة بالمشاركة تبين أن النفسانيين الذي تم توظيفهم خلال السنوات الأخيرة أي تقريبا منذ سنة 2013 تلقوا تربصا تدريبيا عند بداية عملهم، ولكن وللأسف كان موضوع التربص خارج عن احتياجات الوظيفة التي يشغلها المشرف عن عملية التوعية الصحية في قطاع الشباب والرياضة. وعلى حد قولهم إنهم لم يستفيدوا أي شيء من هذا التربص الذي لا يتماشى واحتياجات مؤسساتهم.

جدول رقم (21): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح مدى استفادة المشرفين عن عملية التوعية الصحية من رسكلة تجدد معارفهم:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	00	00
لا	78	%100
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال بيانات الجدول والمتعلقة بمدى الاستفادة خلال فترة العمل من رسكلة تجدد مختلف المعلومات المكتسبة يتضح أن إجابات المشرفين عن عملية التوعية الصحية بالإجماع أي بنسبة 100% ب: ***"لا"*** تؤكد انه لم يستفد كل أفراد العينة من رسكلة تجدد معارفه.

يعتبر مصطلح الرسكلة أو إعادة التكوين كنوع من أنواع التكوين، وهو مقابل لمصطلح Recyclage في اللغة الفرنسية. وتحدث عملية الرسكلة عند انتقال الفرد إلى وظيفة جديدة نظرا لضرورة إلمامه وإحاطته ببعض المعلومات المتخصصة التي سوف يحتاجها في الوظيفة الجديدة، كما أن هذه العملية تستهدف أحيانا ترقية الأفراد أو ضرورة إتقانهم لفنيات وتقنيات جديدة أدخلت على طرق وأساليب العمل.

كما أن انخفاض أداء الموظف والكفاءة الإنتاجية يعتبران علامة واضحة للتدخل المباشر من قبل إدارة الأفراد لاتخاذ كافة الإجراءات لمواجهة هذا الانخفاض، بحيث ينتج عن هذا التدخل رفع مستوى أداء الموظف إلى المستوى المطلوب ورفع الإنتاجية إلى مستوى المقاييس المطلوبة.

ولغرض الوصول إلى هذه النتيجة ومن أجل قيام الموظف بتأدية واجبه على أحسن ما يرام لا بد من تهيئة كافة المستلزمات الأساسية لزيادة كفاءة وفعالية الأفراد العاملين لإنجاز مهامهم ومتطلبات عملهم بنجاح. من خلال إعادة تكوينهم لمواكبة كل جديد يخص مهنتهم كالسيدا مثلا الذي يعتبر من بين أكثر المواضيع تداولا في عملهم فله تاريخ وهوية تختلف أحداثها ونظرة المجتمع إليها من سنة لأخرى في رحلة بحث طويلة استمرت إلى يومنا هذا، والعلماء في بحث مستمر عن لقاح يقي أو علاج يشفي من المرض؛ فللسيدا مسار تاريخي علمي واجتماعي، ولتتبع هذا المسار يجب رسكلة دورية من حين لأخر وللأسف فالبيانات المتحصل عليها والموضحة في الجدول تبين أن أفراد العينة لم يتلقون أي رسكلة في هذا المجال وهذا ما يؤثر سلبا على مختلف العمليات التحسيسية المنجزة للوقاية من هذا المرض من جهة ومن جهة أخرى الاخطاء التي تشيع بين مختلف المشرفين عن عملية التوعية الصحية تجعل مختلف عمليات التوعية الصحية عن السيدا حملات إعلامية فقط وليست تحسيسية، وأن الإطارات الذين يختصون بالإشراف على هذه العملية تلزمهم رسكلة دورية. هذا ما دفع بنا لتساؤل أخر وهو:

إذا كان أفراد العينة لم يستفدن من أي تكوين او رسكلة يجددون بها معارفهم فمن أين يستقي هؤلاء المشرفين معلوماتهم؟ وهذا ما سنتطرق للإجابة عنه في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤل الخاص بتبيان مصدر معلومات المشرفين عن عملية التوعية الصحية الذين لم يستفيدوا من رسكلة تجدد معارفهم:

الإجابة	التكرار	النسبة
دورات على الحساب الخاص	1	%1,3
كتب	26	%33,8
تصفح الانترنيت	69	%89,6
الأصدقاء	1	%1,3
معلوماتي من المهنة التي أمارسها	43	%55,8

المصدر: من إعداد الباحثة

حسب البيانات الواردة في الجدول والتي توضح المصدر الذي يستقي منه المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن داء السيدا معلوماتهم، بينت النتائج أن:

- أعلى نسبة والتي تقدر بـ 89,6% تعتمد على تصفح الأنترنيت كمصدر أساسي لجمع مختلف المعلومات، ثم بعدها في المرتبة الثانية وبنسبة تقدر بـ 55,8% تعتمد على المعلومات التي تحصلوا عليها بحكم المهنة التي يمارسونها، وفي المرتبة الثالثة وبنسبة 33,8% تعتمد على الكتب وهي نسبة قليلة، وفي الأخير نجد أن بعض المشرفين عن العمل التحسيسي الذين يقومون بدورات تكوينية على حسابهم الخاص وهي نسبة تكاد تكون منعدمة إذ تقدر بـ 1,3%، والأصدقاء بنفس النسبة اي بـ 1,3%.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن الاعتماد مفرط في استخدام الأنترنيت في جمع مختلف المعلومات من أجل القيام بتوعية صحية عن هذا المرض ليس هذا فقط بل واعتمادها في بناء مختلف المطويات أو المعارض والمحاضرات... والاعتقاد بأنها تغني عن الوسائل التقليدية هذا ما قد يؤثر سلبا على فعالية هذه البرامج لأن الأنترنيت لا يمكن ان تعوض الكتاب وذلك للأسباب التالية:

- بالرغم من كثرة المعلومات على صفحات الويب إلا أن القليل منها فقط ذو محتوى جوهري.
- كما تعتبر المعلومات الموجودة في الكتب أكثر جودة ورقابة، ففي الأنترنيت يستطيع أي شخص أن يضع ما يريده وبالتالي فهذه المراجع لا تتصف بالمصداقية العلمية، بل وأن بعض المعلومات التي تؤخذ من شبكة الانترنيت خاطئة.

مما لا شك أن للأنترنيت إيجابيات كثيرة منها تجاوز الحدود الجغرافية، والسرعة الفائقة في الوصول للمعلومات وغير ذلك، ولكن هناك حاجة ملحة لمتابعة جودة ما ينشر فأغلب المعلومات على شبكة الأنترنيت تفتقد للهوامش والمراجع وهذا ما قد يفقدها مصداقيتها ويؤثر سلبا على جودة العمليات التحسيسية المنظمة، فكثيرا من الناس ما يعتقد أن ظهور الأنترنيت واستخداماتها الواسعة وسرعتها في إيصال المعلومة قد يغني عن استعمال الكتاب ويجعل الناس تعزف عن المطالعة، وكثيرا من الناس من يعتقد أنه ما دام يملك جهاز كمبيوتر ومشترك بشبكة الاتصالات العالمية، لم يعد بحاجة إلى الكتاب والقراءة.

إن هذا الاعتقاد هو بلا شك معتقد خاطئ، ينتج عن تفكير محدود. صحيح أن العصر الذي نعيش فيه هو عصر التقنيات، وسرعة الاتصالات وزمن السرعة؛ وصحيح أن العالم الذي نعيش فيه أصبح بظهور الإنترنت قرية صغيرة يستطيع الإنسان فيها أن يتصل بمن يريد ويحصل على المعلومات التي يريد، ومن أي شخص يريد، وفي أي بلد يريد، ولكن لا يمكن أن تحل الأنترنيت محل الكتاب.

3.عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالمحور الثالث (مدى القيام بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا وفق منهجية علمية):

جدول رقم (23): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بالأساليب التي يعرفها المشرف ويتقن استخدامها:

الإجابة	التكرار	النسبة
مطويات	74	%94,9
عروض_حائطية	13	%16,7
محاضرات	40	%51,3
شبكات_تواصل_اجتماعي	15	%19,2
ملتقيات	38	%48,7
تلفزة	21	%26,9
معارض	72	%92,3
مربي قرين	14	%17,9
محاضرات افتراضية	17	%21,8
فضاء اصغاء حوار	24	%30,8
ندوات	39	%50,0
ارشاد جماعي	22	%28,2
مجلات	29	%37,2
شاب وسيط	24	%30,8
انترنيت	25	%32,1
أيام دراسية	23	%29,5
إذاعة	11	%14,1
دورات تكوينية	13	%16,7
أخرى	2	%2,6

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول والتي توضح لنا الأساليب التي يعرفها إطارات الشباب ويتقن استخدامها لاحظنا أن الإجابات تتمحور حول:

- بدرجة عالية نجد المطويات أي بنسبة تقدر بـ 94,9%، ثم المعارض بـ 92,3% وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أهمية هذين الأسلوبين في العمل التحسيسي.
- بنسبة متوسطة 51,3% نجد المحاضرات، ثم الندوات بـ 50%، لتليها الملتقيات بـ 48,7%.
- وبنسبة منخفضة 37,2 % نجد المجلات، ثم الأنترنيت بـ 32,1%، لتليها فضاءات الإصغاء والحوار 30,8% وبنفس النسبة نجد الشاب الوسيط 30,8%، ثم الايام الدراسية بـ 29,5%، يليها الارشاد الجماعي بـ 28,2%، التلفزة بـ 26,9%، وأخيرا المحاضرات الافتراضية بـ 21,8%.
- وفي الأخير وبنسبة جد منخفضة نجد شبكات التواصل الاجتماعي بـ 19,2%، ليليها المربي القرين بـ 17,9%، ثم العروض الحائطية بـ 16,7%، وبنفس النسبة الدورات التكوينية 16,7%، ثم الإذاعة بنسبة 14,1%، ووسائل أخرى بـ 2,6%.

لقد تمت ممارسة التوعية الصحية عبر التاريخ بوسائل مختلفة وطرق متنوعة فليس هناك وسيلة واحدة أو طرق متماثلة يسلكها المثقف الصحي، بل تتنوع وتختلف باختلاف الزمان، وتغير المكان، وتنوع الفئة المستفيدة. خاصة أن التوعية الصحية شهدت تطوراً في أساليبها وأهدافها وآلياتها، حتى أصبحت وسيلة فعالة ومؤثرة، وخرجت عن تقليدية الماضي المتمثلة في إلقاء محاضرات في المدارس أو بين الطلاب، لينتهي دورها بعد ذلك من دون فائدة، أو لنقل بفائدة محدودة تكاد لا تلمس. فهناك العديد من الوسائل التي يجب على المثقف الصحي الإحاطة بها ويجب عليه أن يتقن استخدامها، ولا يحتكر وسيلة دون أخرى لأن لكل منها هدف يختلف باختلاف العينة المستفيدة من عملية التوعية الصحية نفسها وباختلاف المكان والزمان.

جدول رقم (24): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بمدى الاعتماد على البطاقة التقنية عند تنظيم مختلف الحملات التحسيسية:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	52	%66,7
لا	26	%33,3
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

تشير البيانات الموضحة في الجدول والتي توضح لنا نسبة اعتماد المشرفين على التوعية الصحية البطاقة التقنية عند تنظيم مختلف الحملات التحسيسية، تشير إلى أن نسبة كبيرة من أفراد العينة تعتمد على البطاقة التقنية وهذا يقدر بـ 66,7%، في حين 33,3% من أفراد العينة أجابوا بأنهم لم يعتمدوا عليها.

إن "**للبطاقة التقنية**" أهمية كبيرة، فهي تعد أول وأهم خطوة يجب أن تؤخذ عند تنظيم أي عمل تحسيسي حول مرض السيدا أو أي افة اجتماعية أخرى فهي الخطة التي تجعلك تتأكد من السبب الحقيقي الذي يدفعك للعمل، ومدى اقتناعك الحقيقي به، وهذا من خلال الأهداف التي ترجو تحقيقها من ذلك العمل.

جدول رقم (25): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الموضح لأهم المحاور التي يجب أن تدون على البطاقة التقنية حسب إجابة عينة الدراسة:

الإجابة	التكرار	النسبة
شرح لموضوع العملية	37	%100
الاهداف المسطرة	23	%62,2
الشركاء المعنيون	34	%91,9
الاحتياجات	15	%40,5

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول والتي توضح لنا مدى تمكن أفراد العينة من كتابة بطاقة تقنية، نجد أن نسبة 100% من أفراد العينة ترى أنه لابد من شرح العملية، كما ترى أيضا أنه لابد من ذكر الشركاء المعنيين بنسبة تقدر بـ 91,9%، و62,2% أكدوا على كتابة الأهداف المسطرة، أما فيما يخص ضرورة كتابة الاحتياجات التي تتطلبها العملية لكي يتم تنظيم مختلف برامج التوعوية على أرض الواقع فقد أشار إليها 40,5% من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

وهي إجابات في مجملها صحيحة، لأن البطاقة التقنية عموما لا بد أن تتوفر على بعض المعلومات المهمة التي تختلف من هيئة لأخرى وعلى العموم فإن البطاقة التقنية المعمول بها في قطاع الشباب والرياضة أو المستخدمة من طرف مختلف الجمعيات والخاصة بتنظيم مختلف الحملات التحسيسية لتوعية الشباب لابد من توفرها على:

إسم النشاط/ هدف النشاط /مدة النشاط/ وقت التنفيذ / تاريخ البدء وتاريخ الإنتهاء / الجهة المشرفة/ إسم المشرف / الجهة المشاركة/ المصدر الممول /الفئة المستهدفة / عدد المستفيدين من العملية / مكان التنفيذ / أسلوب التنفيذ (أي اسلوب الذي سيتم اعتماده خلال العملية مثل فضاء الإصغاء والحوار، ملتقى، محاضرة افتراضية، معارض....) / الوسائل اللازمة/ أسلوب التقييم/ التكلفة التقديرية (الإحتياجات المادية) / ملاحظات.

ولكن قبل كل هذه المراحل هناك شيء مهم يجب أن يتصف به المشرفين على عملية التوعية الصحية على مرض السيدا في الجزائر والذي لاحظنا غيابه خلال كل المقابلات التي قمنا بها، أو حتى من خلال الملاحظة بالمشاركة، وهو الـدافـع؛ أي الرغبة الداخلية المشتعلة التي تحث وتدفع المشرف عن هذه العملية إلى تناول موضوع معين في ميدان صحي، وتوعية أفراد المجتمع وحثهم على تبني سلوك صحي وعادة صحية سليمة تقيهم من مختلف الأمراض المنتشرة، وتحفظ سلامتهم، فمن المهم أن تكون

لديهم رغبة في التثقيف للتمكن من المرور بكل المراحل، و تجاوز كل العقبات التي من الممكن أن تواجههم في كل مرحلة.

جدول رقم (26): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح سبب الاستغناء عن البطاقة التقنية في العمل:

الإجابة	التكرار	النسبة
أن الاعتماد على البطاقة التقنية خطوة غير ضرورية	04	%15,4
أن المسؤول المباشر لا يطلب منكم ذلك	21	%80,8
أن العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية	02	%7,7

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول الذي يوضح لنا السبب الذي يجعل عدد قليل من أفراد العينة لا يعتمد على البطاقة التقنية هو:

- نسبة 80,8% نسبة من أفراد العينة قالوا أن المسؤول المباشر لا يطلب منهم ذلك.
- نسبة 15,4% أجابوا بأن الاعتماد على البطاقة التقنية خطوة غير ضرورية.
- نسبة 7,7% ترى أن العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية.

ولكن علميا ومنهجيا يشترط كتابة البطاقة التقنية ووضع الخطة، فهي خطوة مهمة جدا لأنها تساعد على تنفيذ العمل المطلوب بمهاره عالية ووقت وتكلفه أقل وبمعني أخر بكفاءة وفعالية كبيرة. فهي تحفزك على إتمام ما بدأت فلا يمكن الاستغناء عنها كما يرى بعض أفراد العينة، فهي جزء أساسي من العمل إذ بفضلها يتم:

- ترتيب الأفكار.
- التخطيط ووضوح الطريق.

- التحقق من جاهزية العمل.
- استطلاع الصعوبات المتوقعة والاستعداد لها والاحتياط للطوارئ.
- تحديد المتطلبات بشكل أكثر دقة وواقعية.
- إظهار الجدية في العمل.
- تسهيل تقييم المشروع للحصول على دعم أو تمويل أو مشاركة.
- التقليل من احتمالية الإخفاق أو الفشل أو الخسائر.
- التحكم في التكاليف وضبطها.

ولهذا فنحن نؤكد أنه لا يمكن العمل بدون بطاقة تقنية وإلا فسيصبح العمل عشوائي والنتيجة هي عدم فعالية العمليات التحسيسية المنظمة.

جدول رقم (27): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بمدى تقييم مختلف حملات التوعية الصحية التي تم القيام بها:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	15	%19,2
لا	63	%80,8
المجموع	78	%100,0

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول والتي توضح لنا الإجابة على السؤال التالي:

هل يتم تقييم مختلف حملات التوعية الصحية التي تم القيام بها؟

فقد تبين أن نسبة قليلة فقط من أفراد العينة والمقدرة بـ 19,2% قد صرحت بأنها تقوم بتقييم العمليات التحسيسية المنظمة، في حين أن النسبة الكبيرة من افراد العينة أي 80,8% تتجه نحو عدم تقييم مختلف

البرامج التحسيسية، وهذا ما يؤثر سلبا على مختلف الحملات التحسيسية المنظمة. فقد أصبح اليوم الحكم على نجاح مختلف الحملات التحسيسية يقاس بعدد المستفيدين والصور التي تؤخذ مع عدد كبير من هؤلاء الشباب وتنشر على مختلف مواقع التواصل الاجتماعي، ولا يهمهم في ذلك مدى تحقيق الأهداف المرجوة من كل عملية، وقد أصبح الاهتمام السائد بالجانب الكمي من أعداد الشباب، وهو ما رصدناه من مختلف المقابلات التي قمنا بها وحتى خلال عملية الملاحظة بالمشاركة فالكثير من إطارات الشباب يلجأ الى تزوير العدد المستهدف من كل عملية، فعدد الشباب حسب رأيهم هو مقياس لنجاح مختلف الحملات التحسيسية المنظمة، فكلما زاد العدد زادت نسبة النجاح، وهناك إغفال شبه تام على **الجانب الكيفي أو الرسالة السامية التي يجب ايصالها للشباب عبر هذه العمليات التحسيسية.** وللأسف فأغلب المشرفين عن العمليات التحسيسية يحملون المسؤولية إلى الجهات المسؤولة التي تهم بالجانب الكمي لا الكيفي، وتطلب في كل مرة موافاتهم بعدد المستهدفين ولا يهمهم في ذلك المضمون أو الوصول إلى هدف مختلف هذه العمليات.

إن تصميم بطاقة تقنية وتطبيقها على أرض الواقع لا يعتبر كافيا للحكم على العمل إن كان ناجحا أم لا، وأنه قد حقق فعلا الأهداف التي كان قد سطرها لتجاوز تلك النقائص والمشاكل التي تحد من قدرات أداء الأفراد للمهام الموكلة إليهم. ولهذا السبب يجب أن يتبع اي برنامج تحسيسي بعد تطبيقه بعملية تقييم شاملة حول ما تم تلقينه وتعليمه للأفراد من خبرات ومهارات، والنتائج التي تم التوصل إليها حتى يتسنى لخلية ونقاط الاصغاء والوقاية الحكم على مدى فعالية ونجاح مختلف البرنامج أو فشلها في تحقيق الغاية التي أنجزت من أجلها.

جدول رقم (28): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الخاص بالطريقة المعتمدة في التقييم:

الإجابة	التكرار	النسبة
الاجتماع من اجل تقييم العملية	13	%86,7
سبر الآراء	01	%6,7
الاستمارة	01	%6,7
المجموع	15	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

ان السؤال رقم (21) والذي جاء في الجدول رقم (26) والذي يبين لنا أن العدد القليل الذي يقوم بعملية تقييم مختلف برامج التوعية الصحية من مرض السيدا يعتمد أساسا على:

الاجتماع بنسبة 86,7% ونسبة قليلة جدا تقوم بالتقييم عن طريق عملية سبر الآراء والمقدرة بـ 6,7% وبنفس النسبة تعتمد على الاستمارة لتقييم مختلف العمليات التحسيسية.

فحتى تتمكن نقاط وخلايا الاصغاء من أداء وظائفها بكفاءة وتحقيق أهدافها بفعالية، فإنه يتعين عليها القيام بتقييم للأداء والأهداف.

إذ يعتبر التقييم الجانب الأخير في عملية التوعية الصحية، حيث يكتمل بوضع نظام متابعة ورقابة وتقويم فعال يضمن تحقيق مستوى مستمر مرضي من الأداء ويعني تحقيق الأهداف وتجسيدها، كما تتمثل هذه الوظيفة في مقارنة ما تم تنفيذه مع الخطط الموضوعة من أجل اتخاذ الإجراءات التصحيحية الضرورية في حالة وجود انحراف بين الأهداف المسطرة والأهداف المحققة فيما يخص البرنامج التحسيسية.

فعملية التقييم عملية هادفة لقياس فاعلية وكفاءة الخطة التحسيسية، ومقدار تحقيقها للأهداف المطلوبة، وإبراز نواحي الضعف والقوة فيها، وهذا من أجل تطوير هذه البرامج حتى تلبي احتياجات الشباب.

وعلى هذا الأساس فإن إشكالية تقييم العمليات التحسيسية تبرز في أمرين:

الأول: تحديد ما إذا كانت **الأساليب** والإجراءات المتبعة أدت إلى تحقيق التغيير المطلوب في سلوك وتصرفات الشباب.

الثاني: تحديد ما إذا كانت **نتائج** العمليات التحسيسية لها أثر ملحوظ على قدرة نقاط وخلايا الاصغاء والوقاية من تحقيق أهدافها.

جدول رقم (29): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح سبب استغناء بعض أفراد العينة عن تقييم مختلف الحملات التحسيسية:

الاجابة	التكرار	النسبة
ان التقييم خطوة غير ضرورية	06	%7,7
أن المسؤول المباشر لا يطلب منكم ذلك	57	%73,1
ان العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية	15	%19,2
المجمـــــــــــــــوع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول يتضح لنا السبب الذي يدفع بأغلب أفراد العينة إلى عدم تقييم مختلف برامج التوعية الصحية المنظمة، فبينت النتائج أن أكبر نسبة والتي قدرت بـ 73,1% من أفراد العينة ترجع عدم تقييم مختلف الحملات التحسيسية إلى أن المسؤول المباشر لا يطلب منهم ذلك، و19,2% ترى أن العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية، في حين أيضا نجد أن نسبة قليلة والمقدرة بـ 7,7% ترى أن التقييم يعد خطوة غير ضرورية.

جدول رقم (30): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح الأساليب التي تم الاعتماد عليها في ثلاث سنوات الاخيرة من اجل توعية الشباب من مرض السيدا:

الإجابة	التكرار	النسبة
المطويات	73	%93,6
العروض الحائطية	05	%6,4
المحاضرات	29	%37,2
شبكات التواصل الاجتماعي	18	%23,1
الملتقيات	01	%1,3
التلفزة	01	%1,3
المعارض	69	%88,5
المربي القرين	02	%2,6
فضاء الاصغاء والحوار	14	%17,9
الارشاد الجماعي	02	%2,6
الشاب الوسيط	01	%1,3
الانترنيت	03	%3,8
الايام الدراسية	01	%1,3
الإذاعة	45	%57,7

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال البيانات الموضحة في الجدول يتضح أن أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة بـ 93,6% استخدمت في السنوات الاخيرة **المطويات** لتوعية الشباب من مرض السيدا، كما يتضح أيضا أن أفراد العينة

يستخدمون بكثرة **المعارض** بنسبة تقدر بـ 88,5%، ونسبة 57,7% منهم يشاركون بكثرة في الحصص **الإذاعية** التي تنظم من طرف الإذاعة للتوعية بمخاطر هذا المرض.

في حين نلاحظ من خلال الجدول أن القليل من أفراد العينة من استخدم في الثلاث سنوات الأخيرة أسلوب **المحاضرات** والمقدرة نسبتهم 37,2% أما نسبة مستخدمي **شبكات التواصل الاجتماعي** فتقدر بـ 23,1 %.

كما يتبين من خلال النتائج أيضا أن عدد قليل جدا والذي يعد على الأصابع يستخدم باقي الوسائل لتوعية الشباب من مخاطر مرض السيدا وطرق حمايتهم منه بحيث أن 5 أفراد فقط أي بنسبة 6,4% من استخدمت **العروض الحائطية**، و03 أفراد من العينة استخدموا **الأنترنيت** في عملية التوعية الصحية أي بنسبة 3,8%، في حين استخدم 2,6% منهم **الارشاد الجماعي** وبنفس النسبة استخدموا **المربي القرين**، بينما شخص واحد فقط صرح بأنه استخدم **الملتقيات** وشخص استخدم **التلفزة** كما صرح شخص باستخدامه **الشاب الوسيط** ، وشخص باستخدامه **الأيام الدراسية** ويقدر نسبة كل فرد على حدى بـ 1,3%.

جدول رقم (31): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح الأسباب التي تجعلهم يعتمدون على هذه الوسائل دون غيرها:

الإجابة	التكرار	النسبة
الوسائل المتوفرة في العمل	60	76,9%
الاحتياجات المادية	42	53,8%
سرعة الإنجاز	45	57,7%
لا تتطلب مجهودات كبيرة	36	46,2%
استهداف أكبر شريحة من الشباب	74	94,9%

المصدر: من إعداد الباحثة

أما عن الأسباب التي تجعل المشرفين عن التوعية الصحية يركزون على استخدام وسائل دون غيرها، فهو راجع حسب أغلب أفراد العينة والذين قدرت نسبتهم بـ 76,9% إلى كونها الوسائل المتوفرة في العمل، ضف إلى ذلك أن 53,8% من أفراد العينة يرون أن الوسائل الأخرى تتطلب احتياجات مادية وهي غالبا ما تكون غير متوفرة، كما أن هذه الوسائل كما يرى 57,7% من أفراد العينة تنجز بسرعة، وهي لا تتطلب مجهودات كبيرة وهذا ما يراه 46,2 % من أفراد العينة، وتستهدف شريحة كبيرة من الشباب الأمر الذي أشار إليه 94,9% من أفراد العينة.

فمن خلال الإجابات الأخيرة نجد أن أفراد العينة عند استخدام أساليب التوعية الصحية فهو يبحث عن السرعة، عدم بدل جهد كبير، واستهداف أكبر شريحة من الشباب. في حين أن اختيار الأسلوب الملائم لأي عملية تحسيسية يجب أن يخضع لشروط علمية نلخصها في:

أ. خصائص الفئة المستهدفة :

المثقف الصحي يتصل بجماعات مختلفة – كبار–صغار–نساء–رجال–أميين – متعلمين فلابد من اختيار الطرق الملائمة لكل من هؤلاء قبل البدء في أي برنامج تثقيفي ولابد من التدرب عليه مسبقاً وكلما كانت وسيلة الاتصال تفاعلية وتخاطب أكثر من حاسة كلما كان تأثيرها أكبر.

ب. الثقافة المحلية للفئة المستهدفة :

إن أسلوب حياة الناس في المجتمعات يحدد الطرق التثقيفية التي يتقبلها الناس ويفهمونها ويستجيبون لها. فإذا كان أغلب الناس أميين فلابد من الاعتماد على المخاطبة وليس على الكلمة المكتوبة. وحتى عند المتعلمين فإن اكتساب المعارف المفضل هو الكلمة المسموعة وإذا كان المجتمع يتسم بالتقدم التقني فقد يلجأ إلى البث الفضائي وشبكة المعلومات العنكبوتية.

ت. الموارد المتاحة:

بعض الحملات التحسيسية لا تحتاج لأكثر من مورد مثل القصص والمناقشات واللقاءات، والبعض الآخر يحتاج إلى موارد مالية وبشرية مثل الملصقات والصحف والمسرح.

ويمكن تقسيم أساليب التثقيف الصحي إلى عدة أنواع تبعا لمعايير معينة، مثلا:

تبعاً لتأثيرها على الحواس فتكون سمعية (كالراديو، والأشرطة...) أو بصرية (كالملصقات، الصور التوضيحية)، وقد تكون سمعية بصرية مثل (التلفاز...). ويمكن تقسيمها وفقاً للاتصال المباشر مع المستهدفين إلى طرق مباشرة وغير مباشرة وقد تكون وسائل تقليدية نمطية أو تقنيات عصرية حديثة.

جدول رقم (32): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح مدى تنظيم جل العمليات التحسيسية بالمؤسسات الشبانية التي يعملون بها:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	59	%75,6
لا	19	%24,4
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

ان البيانات الموضحة في الجدول رقم ثلاثون والمتعلقة بالسؤال الذي ينص على ما يلي:

هل يتم تنظيم جل العمليات التحسيسية بالمؤسسات الشبانية التي تعملون بها؟

أجاب عليه الأغلبية بـ "**نعم**" اي أن جلّ برامج التوعية الصحية تنظم داخل المؤسسات الشبانية بنسبة 75,6% وهي نسبة مرتفعة، في حين اتضح أن 24,4% فقط من أفراد العينة لا يركزون في عملهم على تنظيم مختلف الحملات التحسيسية بالمؤسسات الشبانية التي يعملون بها، بل يقومون بحملات تحسيسية جواريه ويتنقلون إلى أماكن تواجد الشباب (مثل المقاهي، الجامعات، التكوين المهني، مختلف البلديات والدوائر، بدون أن ننسى المركبات الرياضية الجوارية ....).

من قراءة الجدول يتضح أن هناك اشكالية كبيرة لطالما شغلت اهتمام المسؤولين وإطارات الشباب أنفسهم، وهي **مشكل عزوف الشباب عن دور الشباب**، التي تعاني منه الكثير من المؤسسات الشبانية في الجزائر، فلطالما أرَّقت هذه المشكلة بال الكثيرين سعيا في إيجاد حل جدري لها.

فمن المفروض ومن المنطقي أن تكون الإجابات عكس ما هو وارد في الجدول أمامنا حيث إنه:

- إذا كانت دور الشباب لا تعاني من عزوف للشباب هنا لا داعي لكثرة التنقل لأماكن تواجدهم.
- في حين إذا كان عكس ذلك أي إذا كانت المؤسسة الشبانية شبه خالية من الشباب كان لابد من تكثيف تنظيم الحملات التحسيسية الجوارية.

وإلا فالسؤال الذي يطرح نفسه هنا **ما فائدة الحملات التحسيسية الموجهة للشباب بدونهم؟** وبالتالي فإن بضاعتنا حتما سترد إلينا.

إن أنشطة دور الشباب تعتبر درعا حصينا لحماية الشباب من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر كداء فقدان المناعة المكتسبة والإرهاب...إلخ، وبالعمل على نشر ثقافة التسامح والحوار الذي يكون بالاعتماد على الحملات التحسيسية الجوارية نستطيع توعية وحماية شبابنا من الوقوع في فخ هذه الآفات، فلا بد من أن تتضمن عملية التوعية الصحية على التنشيط الجواري والذهاب حيث يوجد الشاب والعمل على تشريكهم

في تصور وبرمجة عدة مشاريع ونشاطات وهو ما سيساهم في إقبال الشباب بكثافة على الأنشطة النابعة من أفكارهم وتجاربهم.

جدول رقم (33): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح سبب القيام بأغلب الحملات التحسيسية داخل المؤسسات الشبانية:

الإجابة	التكرار	النسبة
عدم توفر النقل للأماكن البعيدة	58	%98,3
عدم توفر الامن والحماية الكافية	58	%98,3

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول يتضح لنا سبب تركيز إطارات الشباب على العمل التحسيسي بالمؤسسات الشبانية وكانت الإجابات بالتساوي تدور حول بعض الصعوبات التي يعاني منها المشرفين عن برامج التوعية الصحية أنفسهم وتتمحور في:

- عدم توفر النقل للأماكن البعيدة بنسبة تقدر بـ 98,3%.
- عدم توفر الامن والحماية الكافية بنسبة تقدر بـ 98,3%.

مع العلم أن النتائج التي بينتها المقابلة والملاحظة بالمشاركة توضح رغبة إطارات الشباب في العمل الجواري، وهذا ما يثير أكثر من علامة استفهام.

إن افتقار بعض الخلايا ونقاط الاصغاء والوقاية للنقل الجماعي على غرار الحافلة أو حتى السيارة حيث يتم في أغلب الأحيان تنقل الإطارات على حسابهم الخاص هذا من جهة، ومن جهة أخرى الصعوبات الإدارية في كراء وسيلة نقل في كل مرة. تعتبر كسبب مباشر لنفور المشرف عن عملية التوعية الصحية من تكثيف العمل الجواري، وشهدنا من خلال الملاحظة بالمشاركة لبعض الحملات التحسيسية مشكل مهم وهو العمل الصوري الشكلي فقط مثال (المشرف عن عملية التوعية الصحية يحضر برنامج تحسيسي حول

داء فقدان المناعة المكتسبة موجه للشباب والوسيلة التثقيفية المستخدمة هي أسلوب المحاضرة فيتفاجأ في الكثير من الأحيان بالقاعات ممتلئة بالأطفال حتى دون سن التمدرس لا علاقة لهم بالموضوع الذي تم تحضيره لفئة الشباب)، كما أن بعض أماكن تواجد دور الشباب معزولة وبعيدة عن الأحياء السكنية أين يجد اطارات الشباب عزوف أكثر مما يتسبب في إلغاء العملية التحسيسية في بعض الأحيان، وفي أغلب الأحيان تمر العملية التحسيسية لأشخاص يعدون على الأصابع وهم من عمال المؤسسة في حذ ذاتها.

وفي نفس السياق يؤكد بعض المشرفين عن العمليات التحسيسية وبعض المسؤولين عن دور الشباب خلال الدراسة الاستطلاعية أنه لا يوجد عزوف مائة بالمائة من قبل الشباب وإنما هناك ارتياد مناسباتي لدور الشباب من ذلك مثل اللجوء إليها في الأشهر الأخيرة من السنة الدراسية بحثا عن الهدوء للقيام بالمراجعة، والإقبال على هذه الفضاءات في آخر أيام الأسبوع وفي أيام العطل المدرسية وبعد انتهاء ساعات العمل الخاصة بإطارات الشباب وهو أنسب وقت للشباب المهيكل للتردد على دور الشباب وهو ما يجعل العديد من دور الشباب تبدو مهجورة في وسط الأسبوع .

هذا ما دفعنا لطرح السؤال التالي:

هل يتم تنظيم مختلف حملات التوعية الصحية للشباب تبعا لأوقات فراغهم؟

والإجابات موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (34): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح مدى تنظيم مختلف حملات التوعية الصحية للشباب تبعا لأوقات فراغهم:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	17	%21,8
لا	61	%78,2
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

إذا كانت نسبة كبيرة من إطارات الشباب تنظم مختلف الحملات التحسيسية بدور الشباب **فهل يراعي على الأقل إطارات الشباب تنظيم هذه العمليات تبعا لأوقات فراغهم؟**

والمفاجئة التي بينتها البيانات الواردة في الجدول رقم إثنان وثلاثون تشير الى أن نسبة كبيرة من إطارات الشباب **لا** تنظم مختلف العمليات التحسيسية تبعا لأوقات فراغ الشباب وهي تقدر بـ 78,2%، في حين أن نسبة قليلة وتبقى جد محتشمة تقدر بـ 21,8% هي التي تراعي تنظيم برامج التوعية الصحية عن مرض السيدا تبعا لأوقات فراغ الشباب.

لا يختلف اثنان في أن قوة المجتمع تكمن في شبابه ومستقبله يعتمد عليه فضلا عن المكتسبات المعرفية والعلمية التي يتسلح بها الشباب وكما قال سيدنا محمد عليه الصلاة والسلام "**نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصحة . والفراغ**" وحكمة الخليفة الراشد عمر بن الخطاب رضي الله عنه التي تقول "**بأن الأيدي خلقت لتعمل فإن لم تجد في الطاعة عملا التمست في المعصية أعمالا فاشغلها في الطاعة قبل أن تشغلك في المعصية**"، فإن الفائدة تعم الجميع والخير والأمن والاطمئنان يعود بالفائدة على الوطن. ولهذا تبرز انعكاسات هذه الثغرة على الأنشطة وانعكاسها سلبا على فعالية البرامج التحسيسية المنظمة.

جدول رقم (35): إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح سبب عدم تنظيم مختلف حملات التوعية الصحية للشباب تبعا لأوقات فراغهم:

الإجابة	التكرار	النسبة
عدم تناسب اوقات العمل مع أوقات فراغ الشباب	59	%75,6
عدم الإجابة	19	%24,4
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم ثلاثة وثلاثون والمتعلقة بالسبب الذي جعل المشرفين عن عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر ينظمون جل العمليات التحسيسية خارج أوقات فراغ

الشباب، فكانت حجتهم في ذلك أن أوقات عملهم لا تتناسب مع أوقات فراغ الشباب بنسبة تقدر بـ 75,6% وهي إجابات الأغلبية التي تعد من الإجابات الموحدة لأن باقي المشرفين عن العمليات التحسيسية والإعلامية لم يجدوا مبررا لسبب عدم اختيار وقت يتناسب مع فراغ الشباب وكانت نسبتهم تقدر بـ 24,4% وتمثل النسبة التي امتنعت عن الإجابة.

إن دور الشباب هي: "مؤسسات تربوية تهدف إلى تأطير الشباب وحمايتهم من مخاطر الانحراف، كذلك تهدف إلى **ترشيد استغلال وقت الفراغ** في النوادي العلمية والثقافية والإعلامية وفي الفنون التشكيلية والمسرح والموسيقى... ولكن. للأسف أن واقع دور الشباب في بلادنا ومدى قدرتها على استقطاب الشباب في هذا الوقت الذي ينبغي أن تتضافر فيه الجهود من اجل سد المنافذ أمام كل من تخول له نفسه التغرير بشبابنا والرمي به في أتون مخاطر لا تحصى خصوصا في ظل عدم توفر الفرصة للكثير منهم **لملء فراغهم** فيما ينفع ويفيد.

مما سبق ذكره في الجداول الاربعة السابق كان لابد من:

أ. استقطاب الشباب إلى دور الشباب:

وهذا بوضع خطة متكاملة تهدف إلى استقطاب الشباب ومنحه امتيازات مختلفة، وإعادة النظر في بطاقة الشاب وتفعيلها، كذلك تهيئة دور الشباب بما يتماشى مع طموحاتهم وميولاتهم، كما يجب تطوير المحتوى الترفيهي والتنشيطي والتثقيفي لكي يجعل العديد يفضل المؤسسات الشبانية بدلا من أماكن أخرى على غرار المقاهي. وتكييف أوقات عمل إطارات الشباب مع أوقات فراغ الشباب أو مرونة في العمل التحسيسي أيام تواجد الشباب في المؤسسات الشبانية.

أ. تسهيل العمل الجواري:

من خلال تسهيل عملية التنقل لكي يجد المشرف عن عملية التوعية الصحية نفسه مرن في التنقل، ولا يجد صعوبات أو عراقيل تعقد عملهم، ولما لا تسخير سيارة خاصة تحت تصرف خلية ونقاط الاصغاء والوقاية من أجل استهداف كل البلديات والدوائر والمناطق النائية بالعمل التحسيسي دون استثناء، وسهولة القيام بزيارات دورية متكررة.

جدول رقم (36): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح مدى تجهيز مكاتب العمل بالأدوات اللازمة:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	24	%30,8
لا	54	%69,2
المجمـــوع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

أظهرت النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن خلايا الاصغاء والوقاية غير مجهزة بالأدوات اللازمة للعمل بنسبة تقدر بـ 69,2%، في حين أن النسبة القليلة من أفراد العينة تعمل في خلايا مجهزة والتي تقدر بـ 30,8%.

إن هذه البيانات تظهر لنا حقيقة أخرى تؤثر سلبا وبشكل واضح على أداء بعض المشرفين عن عملية التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة، حيث أن بعض خلايا ونقاط الاصغاء غير مجهزة بما يلزم أي بما هو ضروري فقط لتنظيم وتسيير مختلف برامج التوعية الصحية وهذا يعكس لنا الواقع الذي أكدته الملاحظة بالمشاركة. فعندما قمنا بإجراء مقابلة مع بعض المشرفين عن التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة استقبلنا في قاعات تخص غيرهم من الإطارات ففي البداية استغربنا وعندما بحثنا عن

السبب اتضح لنا أنهم لا يمتلكون مكاتب خاصة، وهم يقومون بعملية الإصغاء في قاعات غيرهم من الإطارات بالقطاع.

إن توفير وسائل العمل الضرورية مهم جدا لممارسة عملية التوعية الصحية سواء كان ذلك عن مرض السيدا أو غيرها من الآفات الاجتماعية التي تتربص بشبابنا اليوم، فكيف يعمل هؤلاء المشرفين بجد، وبمعنويات مرتفعة، وبإرادة قوية، وبحب لهذه المهنة، وكيف يستطيع هؤلاء المشرفين أن يبدعوا في عملهم ان لم تكن قاعات الفحص الطبي والنفسي مجهزة بالأدوات اللازمة للعمل. فنسبة 77.26 % من النفسانيين لا يملكون قاعات يمارسون فيها مهامهم المنوطة من حيث الوسائل واختبارات الفحص النفسي (كداد، 2015) هذا ما ينطبق أيضا على الأطباء، أما عن جراحي الأسنان، وتقني سامي في الصحة فأغلبهم يتساءل عن سبب وجوده في خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية. بالرغم من وجود قاعات فارغة وغير المستغلة.

جدول رقم (37): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح الإمكانيات غير المتوفرة في مكان العمل:

الإجابة	التكرار	النسبة
مكان للعمل	45	%83,3
الادوات الاساسية للعمل	54	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

من الجدول السابق يتضح لنا أن 69,2% من أفراد العينة لا يمتلكون الوسائل اللازمة للعمل، ومن أجل توضيح أكثر يبين الجدول الأدوات التي تنقصهم من أجل أداء عملهم، فأجابت نسبة كبيرة من أفراد العينة بأنها لا تمتلك قاعة خاصة للعمل بنسبة 83,3%، وأن كل أفراد العينة أي نسبة 100% لا تمتلك الأدوات الأساسية للعمل. وهذا ما يتوافق إلى حد كبير مع ما توصلت إليه النقابة الوطنية الجزائرية للنفسانيين إذ أكدت على ضرورة توفير وسائل العمل الضرورية لممارسة الخدمة النفسية العمومية وترسيمها في إطار

قرار وزاري يحدد مقاييس ومعايير الممارسة وتجهيزات قاعات الفحص النفسي، حيث سجلت وأكدت أن نسبة 26,77% من النفسانيين لا يملكون مكاتب يمارسون فيها مهامهم القانونية، ولا يملكون أيضا الوسائل والاختبارات الخاصة بالفحص النفسي سواء على مستوى المصالح الاستشفائية أو المؤسسات الشبانية أو الصحة الجوارية أو وحدات الصحة المدرسية.

مما يستدعي ضرورة النزول إلى الميدان وتفقده ومناقشة الوضع المزرى الذي تعانيه هذه الشريحة، من خلال تقييم وتقويم وإيجاد حل لهذه المشاكل التي تنعكس سلبا على فعالية العمل التحسيسي، وبالتالي على الشباب، وهكذا فهي تنعكس على المجتمع ككل.

جدول رقم (38): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يدور حول تقديم الإمكانيات اللازمة من أجل إنجاح مختلف الحملات التحسيسية:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	40	%51,3
لا	38	%48,7
المجموع	78	%100

المصدر: من إعداد الباحثة

فيما يخص الامكانيات اللازمة من أجل انجاح مختلف الحملات التحسيسية، والتي لا تتعلق بالعمل اليومي كما هو موضح في الجدولين السابقين وإنما العمل مناسباتي يغلب عليه طابع الدورية أي عندما يزمع إجراء حملة تحسيسية عن مرض السيدا مثلا، فهل في ذلك الوقت تقدم لأفراد العينة الوسائل اللازمة لإنجاح هذه العمليات أم لا.

وقد بينت البيانات الواردة في الجدول من خلال نسب متقاربة أن 51,3% من أفراد عينة الدراسة أجابوا بـ "**نعم**" أي أنهم تقدم لهم الامكانيات اللازمة لإنجاح مختلف الحملات التحسيسية، بينما 48,7 %

منهم أجابوا بـ "**لا** " مما يدل على أنه لا تقدم لهم الامكانيات اللازمة لإنجاح برامج التوعوية المنظمة. اتضح لنا في البداية أن نسبة الاجابة مرتفعة نوعا ما كون البرامج المنظمة من طرف إطارات خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية تمثل أولا المؤسسة التي يعملون بها، فافترضنا أن هذه الاجابات مبالغة فيها، فبعض الأشخاص عندما تسألهم عن وضعه يتدمر ويشتكي، لأننا في مجتمع يجيد فن الشكوى، فالبعض ينظر إلى الكأس الجزء الفارغ من الكأس لا الممتلئ، فقلنا من باب الافتراض أن هؤلاء الإطارات يبحثون عن الكماليات، فأردنا أن نختبر ونتأكد من صحة هذه الاجابة فطرحنا عليهم السؤال التالي:

إذا كانت الاجابة بـ "لا" فماذا ينقصكم كإمكانيات لإنجاح الحملات التحسيسية؟

وكانت نتائج إجاباتهم موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (39): يمثل نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (34)

الإجابة	التكرار	النسبة
الدعم المادي	33	%53,2
الدعم المعنوي	27	%43,5
توفر مكان للعمل	45	%72,6
الادوات الاساسية للعمل	54	%87,1

المصدر: من إعداد الباحثة

يتضح من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه، أن إجابات أفراد العينة متفاوتة النسب بين توفير الأدوات الأساسية للعمل بنسبة تقدر بـ 87,1% وهي أعلى نسبة كما يوضحها الجدول، بينما جاء في المرتبة الثانية المشكل الذي يواجه المشرفين عن العمليات التحسيسية والمتمثل في عدم توفر مكان خاص للعمل بنسبة تقدر بـ 72,6%، في حين نقص الدعم المادي جاء في المرتبة الثالثة بنسبة 53,2%، فأثناء إجراء المقابلة مع بعض المشرفين عن التوعية الصحية، والمدعمة كذلك بالملاحظة بالمشاركة تبين فعلا

أن بعض إطارات خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية لا تتوفر لديهم الامكانيات التي تتطلبها بعض أساليب التوعية الصحية مثل: الدورات التكوينية، المربي القرين.... مما يجعلهم يركزون أساسا في عملهم على توزيع المطويات والمعارض وهذه الأخيرة على حد قولهم يصعب تجديدها كل سنة ليس لعدم رغبتهم في تجديدها وإنما لأنهم يجدون صعوبات مادية في طباعتها في كل مرة وتغليفها، بالرغم من أن مؤسسات الشباب تتوفر على مستواها آلات طباعة وآلات تغليف مختلف المعارض. ناهيك عن نقص التشجيع والدعم المعنوي الذي أشارت إليه إجابات 43,5% من أفراد عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول.

كما تبين أيضا من خلال المقابلات التي قمنا بها أنه ينطبق عليهم المثل الصيني الذي يقول " **تعمل كثيرا تخطئ كثيرا، تعمل قليلا تخطئ قليلا، لا تعمل لا تخطئ**"، إذ على حد قولهم أنهم يرون أن المثقف الصحي الذي يعمل بجد هو أكثر شخص يتعرض للمشاكل المادية والمعنوية على حد قولهم " **الناس الكل تهرب والخدمة تحصل في صاحب الفكرة**"، أما الشخص الذي لا يعمل فهو الشخص الخلوق، النشط، لا يخطئ في عمله لأنه لا يعمل أساسا، وهو أكثر شخص يستحق الترقية لأنه شخص لا يُزعج الإدارة بطلب الدعم المادي من أجل إنجاح مختلف الحملات التحسيسية التي يبرمجها، لذلك فهو مجتهد يستحق الترقية وذو خلق حسن لأن صوته لا يُسمع.

جدول رقم (40): يمثل إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال الذي يوضح كيفية تحسين أداء طاقم خلية الاصغاء والوقاية (صحة/ شباب)

الإجابة	التكرار	النسبة
رسكلة دورية لتجديد المعارف	39	17,41%
الدعم المادي والمعنوي	39	17,41%
توحيد منهجية العمل	50	22,32%
توفير مكان مناسب للعمل	43	19,20%
توفير المستلزمات الاساسية للعمل	53	23,66%
المجموع	224	100%

المصدر: من إعداد الباحثة

تعتبر الاجابة عن السؤال رقم 32 كمصدر حل لبعض مشاكل الخلية وتحسين مستوى أدائهم فهم يطالبون الجهات المعنية بـ:

- توفير المستلزمات الاساسية للعمل والذي أشار إليه نسبة 23,66% من أفراد عينة الدراسة.
- توحيد منهجية العمل والذي أشار إليه نسبة 22,32% من أفراد عينة الدراسة.
- توفير مكان مناسب للعمل والذي أشار إليه نسبة 19,20% من أفراد عينة الدراسة.
- حسب رأيهم رسكلة دورية لتجديد المعارف والذي أشار إليه نسبة 17,41% من أفراد عينة الدراسة.
- الدعم المادي والمعنوي والذي أشار إليه نسبة 17,41% من أفراد عينة الدراسة.

ثانيا-عرض ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها:

إن الفرضية في أساسها عبارة عن قضية تحتمل الصدق أو الكذب، وعليه حتى يتم التأكد من صدقها أو لا صدقها نبحث عن مؤشرات التي مجموعها يثبت الصدق أو اللاصدق، وبهدف أن تصبح المؤشرات أدوات مقبولة للاختبار يجب أن تحقق شرطان أساسيان هما؛ أن تكون هذه المؤشرات ذات علاقة جوهرية بمضمون القضية، وأن تكون كافية للبرهان على الصدق أو الكذب.

1.عرض نتائج الفرضية الأولى "المثقف الصحي لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن مرض السيدا"

للتحقق من الفرضية الأولى قمنا بحساب التكرار والنسب المئوية الخاصة بإجابات أفراد العينة هذا من جهة كما اعتمدنا أيضا على نتائج المقابلة التي توضح نسبة المعارف التي يمتلكها المشرفين عن التوعية الصحية حول مرض السيدا، وكيفية الوقاية منه والمتمثلة فيما يلي:

- **أقل من النسبة 60 %:** لديهم رصيد معرفي غير كاف.
- **(60% - 69%):** لديهم رصيد معرفي مقبول.

- **أكثر من النسبة 69%:** لديهم رصيد معرفي كاف.

الجانب المعرفي مهم جدا للمثقف الصحي والذي يتضمن ضرورة العلم بالمعلومات الأساسية عن المرض وعن أساليب الوقاية منه، فيجب على المشرفين عن عملية التوعية الصحية أن يمتلكوا أبجديات عملهم، والأسئلة التي تم طرحها في المحور الثاني من الاستمارة هي أسئلة بديهية بالنسبة لهم، ومن الضروري أن يمتلك أي إطار يعمل داخل الخلية هذه المعلومات والتي يتم تداولها بصفة دورية في جل العمليات التحسيسية المنظمة لتوعية الشباب عن مرض السيدا، سواء تم نقل هذه المعلومات بطرق غير مباشرة مثل المعلومات مكتوبة على المطويات، أو المعارض... ، أو تم هذا بطرق مباشرة في فضاءات الاصغاء والحوار والندوات...أي من المثقف الصحي إلى الشاب مباشرة، فهي من إعداد المشرفين أنفسهم لذلك يجب على هؤلاء:

العلم بعملية التوعية الصحية حول مرض السيدا و**العمل** بالطرق المنهجية الخاصة بها.

إذا فالمثقف الصحي الذي يمتلك أقل من 60% من المعلومات تعد نسبة غير مقبولة ونعتبر أنه لا يمتلك رصيد معرفي كافي لتنظيم وتسيير مختلف برامج التوعية الصحية حول مرض السيدا.

أما اذ كان مجموع هذه الإجابات أكثر من 60% إلى 69% فيمكن القول بأن المثقف الصحي أو المشرف عن العمل التحسيسي عن هذا المرض يمتلك رصيدا معرفيا مقبولا.

في حين يمكننا القول أن الرصيد المعرفي وكمية المعلومات كافية إذا كانت الإجابات في مجملها أكثر من 69% مما يدل على أن المثقف الصحي لديه رصيدا معرفيا كافيا يستطيع أن يؤهله للقيام بالعمل التحسيسي ويسمح له بتوعية الشباب عن مرض السيدا، فالنسبة الأقل من 69% تنعكس سلبا على فعالية مختلف البرامج التحسيسية المنظمة.

فمن الواضح أن مضمون الفرضية الاولى هو اختبار مدى امتلاك المثقف الصحي المكلف بتوعية الشباب حول مرض السيدا لرصيد معرفي كافي وأساسي يؤهله للقيام بتوعية الشباب صحيا. فعندما نقول رصيدا معرفيا كافيا أي المعلومات الأساسية عن السيدا، والتقنيات المستخدمة لتوعية الشباب من هذا المرض، فنحن لا نبحث عن معلومات عميقة ومتخصصة، بل المعلومات التي يجب أن يعرفها أي مثقف صحي تسند له مهمة التوعية الصحية عن هذا المرض مثل معرفة فيما إذا كان المرض معديا، وطرق انتقاله، وطرق الوقاية منه، والوقت الملائم الذي ننصح فيه الشباب بعملية الكشف المبكر، وأساليب التوعية الصحية التي يعرفونها مثل هذه المعلومات تعتبر أساسية في العمل التحسيسي مع الشباب.

في هذا الصدد تمكنا من اختبار صدق الفرضية الأولى من عدمه من خلال مجموعة من الأسئلة التي جاءت في المحور الثاني من الاستمارة. ومادامت الفرضية الأولى في مجملها تختبر مدى امتلاك رصيد معرفي اساسي وكاف فقد عالجنا الأجوبة الصحيحة دون غيرها وهذا لنتمكن من الحصول على الوزن النسبي للرصيد المعرفي الذي يمتلكه المثقف الصحي المكلف بتوعية الشباب حول مرض السيدا والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (41): يمثل نتائج اختبار الفرضية الأولى.

الإجـابــة	التكرار	النسبة	الدرجة
السيدا مرض مزمن	28	35,9%	غير كاف
السيدا مرض متنقل	60	%76,9	كاف
الوقت الملائم للكشف الإرادي يكون بعد مضي شهر على الأقل	10	%12,8	غير كاف
الواقي غير مضمون للوقاية من المرض	55	%70,5	كاف
ينتقل فيروس VIHعن طريق العلاقات الجنسية غير المحمية	76	%98,7	كاف
ينتقل فيروس VIHمن الأم إلى الجنين مرحلة الحمل، الرضاعة والولادة	60	%77,9	كاف
ينتقل فيروس VIHعن طريق دم ملوث بفيروس فقدان المناعة المكتسبة	29	%37,7	غير كاف
التكوين	00	%00	غير كاف
الرسكلة	00	%00	غير كاف
مطويات	74	%94,9	كاف
عروض حائطية	13	%16,7	غير كاف
محاضرات	40	%51,3	غير كاف
شبكات التواصل اجتماعي	15	%19,2	غير كاف
ملتقيات	38	%48,7	غير كاف
تلفزة	21	%26,9	غير كاف
معارض	72	%92,3	كاف
مربي قرين	14	%17,9	غير كاف
محاضرات افتراضية	17	%21,8	غير كاف
فضاء اصغاء حوار	24	%30,8	غير كاف
ندوات	39	%50,0	غير كاف

ارشاد_جماعي	22	%28,2	غير كاف
مجلات	29	%37,2	غير كاف
شاب وسيط	24	%30,8	غير كاف
أنترنيت	25	%32,1	غير كاف
أيام_دراسية	23	%29,5	غير كاف
إذاعة	11	%14,1	غير كاف
دورات تكوينية	13	%16,7	غير كاف
المجموع	832	%39.61	غير كاف

المصدر: من إعداد الباحثة

يتضح من خلال الجدول أن **أعلى المؤشرات** التي تدل على أن المشرفين عن العمل التوعوي الذين يمتلكون رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن المرض السيدا كانت كالتالي:

- ينتقل فيروس VIHعن طريق العلاقات الجنسية غير المحمية، والذي أشارت إليه نسبة 98,7% من أفراد العينة وبرصيد معرفي كاف.
- المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر متمكنون من إعداد المعارض، والذي أشارت إليه نسبة 94,9% من أفراد العينة وبرصيد معرفي كاف.
- المشرفين عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر متمكنون من إعداد المطويات، والذي أشارت إليه نسبة 92,3% من أفراد العينة وبرصيد معرفي كاف.

أما **أدنى مؤشرين** يقيسان درجة عدم امتلاك الرصيد المعرفي الكافي حول السيدا فهما:

- إطارات الشباب لم يتلقوا أي **تكوين أو رسكلة** في مجال التوعية الصحية عن مرض السيدا وهذا بنسبة 00% وبدرجة غير كافية.

- اغلب إطارات الشباب لا يعلم أن الوقت الملائم للكشف الإرادي عن فيروس فقدان المناعة المكتسبة يكون بعد مضي شهر على الأقل من التعرض للموقف أو الممارسة التي يحتمل فيها انتقال الفيروس، وهذا ما أشارت إليه نسبة الإجابة والمتمثلة في 12,8% من أفراد العينة وبدرجة غير كافية.

إذا كان الرصيد المعرفي حول عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا يقدر بنسبة 39.61% وبدرجة غير كافية فهذا يدل على **أن المثقف الصحي لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن مرض السيدا.**

- **ومنه الفرضية الأولى محققة.**

2.عرض نتائج الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الأولى:

1.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الأولى" (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05)"

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة، اعتمدنا في ذلك حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الجنسين، وبعدها تم حساب الاختبار التائي(T) لعينتين مستقلتين غير متساويتين، لتحديد الفروق حسب الدلالة الإحصائية، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم (42): يمثل نتائج اختبار (T) لحساب الفروق في الرصيد المعرفي بين الجنسين (ذكور/ إناث):

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
ذكور	09	22,07	5,96	0,168	398	0,86	غير دالة
إناث	69	21,96	5,76				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة t=0,168 عند درجة حرية 398، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوبة sig=0,86 والذي هو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة **(α=0.05)**"

وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق دالة احصائيا في الرصيد المعرفي **في الرصيد** المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

ومنه الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الأولى محققة.

2.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الأولى (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب متغير السن، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (43): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب السن:

الرصيد المعرفي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة	النتيجة
بين المجموعات	96,86	8	12,10	1,115	0,352	غير دالة
داخل المجموعات	4245,52	391	10,85			
المجموع الكلي	4342,39	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,115 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0.352 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الأولى محققة.**

3.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الأولى (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب طبيعة الوظيفة، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (44): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب طبيعة الوظيفة:

الرصيد المعرفي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	4578,435	8	572,304	2,360	0,017	دالة
داخل المجموعات	94834,142	391	242,543			
المجموع الكلي	99412,578	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=2,360 وهي دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,017 والذي قيمته أقل من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة، ونقبل الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الأولى غير محققة.**

جدول رقم (45) يوضح ترتيب الوظائف حسب نتائج افراد العينة بحساب المتوسطات الحسابية:

طبيعة الوظيفة	حجم العينة	المتوسط الحسابي
طبيب	15	72.46
أخصائي نفساني	54	68.20
جراح أسنان	5	67.83
أخصائي في علم الاجتماع	1	63.07
تقني سامي في الصحة	1	62.38
مربي شباب	2	62.09

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الجدول أعلاه تم ترتيب المتوسطات الحسابية لنتائج امتلاك معلومات كافية عن عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا وفقا لمتغير طبيعة الوظيفة لدى عينة الدراسة، وهذا لتحديد لصالح من تعود الفروق فيها، اعلى نسبة كانت لصالح الاطباء بمتوسط قدره 72.46 وبعدها الاخصائيون النفسانيين بـ 68.20 لتليها مباشرة جراحي الأسنان بـ 67.83، وعليه فإن اعلى نسبة كانت لصالح الاطباء، اما عن اقل متوسطين فكانا لصالح تقني سامي في الصحة 62.38 ثم مربي شباب 62.09. ولكن تبقى هذه الفروق نظرية أكثر لكون الفروق في حجم عينات التخصصات كبير فمثلا حجم عينة النفسانيين يقدر بـ 54 وحجم عينة جراحي الأسنان يقدر بـ 05، ونفس الامر لبقية التخصصات وهذا يعود للحجم الكلي لمجتمع التخصصات المتفاوت.

4.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الأولى" (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)"

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للوضعية في الوظيفة، اعتمدنا في ذلك حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكلا الفئتين، وبعدها تم حساب الاختبار التائي(T) لعينتين مستقلتين غير متساويتين، لتحديد الفروق حسب الدلالة الإحصائية، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم (46): يمثل نتائج اختبار (T) لحساب الفروق في الرصيد المعرفي بين الفئتين (دائم/ مؤقت):

الوضعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
دائم	62	19,80	04,09	2,213 -	398	0,027	دالة
مؤقت	16	18,79	04,20				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة t=2,213 – عند درجة حرية 398، وهي دالة عند مستوى الدلالة المحسوبة sig=0,027 والذي هو أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة **(α=0.05)**" وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق دالة احصائيا في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة، ونقبل الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الأولى غير محققة.**

5.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الأولى (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (47): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب الأقدمية في الوظيفة:

الرصيد المعرفي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	118,21	8	14,77	1,087	0,371	غير دالة
داخل المجموعات	5313,06	391	13,58			
المجموع الكلي	5431,27	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,087 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,371 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الأولى غير محققة.**

6.2.عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الأولى (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) تبعا لمتغير الدرجة المهنية، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (48): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب الدرجة المهنية:

الرصيد المعرفي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	117,71	8	14,27	0,587	0,321	غير دالة
داخل المجموعات	5313,56	391	13,08			
المجموع الكلي	5430,27	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=0,587 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,321 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الأولى محققة.**

3.عرض نتائج الفرضية الثانية "عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لم تطبق وفق منهجية علمية":

للتحقق من الفرضية الثالثة قمنا بحساب التكرار والنسب المئوية الخاصة بإجابات أفراد العينة هذا من جهة كما اعتمدنا أيضا على نتائج المقابلة التي توضح نسب الاستجابات المعبرة عن مدى علمية عملية التوعية الصحية حول السيدا والمتمثلة فيما يلي:

- **أقل من نسبة 60%:** عملية التوعية الصحية شكلية ومفرغة من محتواها.
- **نسبة (60% -69%):** عملية التوعية الصحية في بعض الاحيان تطبق وفق منهجية علمية.
- **أكثر من نسبة 69%:** عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا مطبقة وفق منهجية علمية.

وهذه النسب ترجع إلى عدة عوامل تتمثل فيما يلي:

أ-عومل متعلقة بالجانب التطبيقي:

إن عملية التوعية الصحية ما هي إلا جانب عملي لآخر نظري ويتطلب تطبيقها على أرض الواقع طرق علمية وإجراءات والأهم من ذلك معلومات دقيقة، ففي مختلف حملات التوعية الصحية التي يتم برمجتها يشترط في إطارات الشباب الذين يعملون بخلية الاصغاء والوقاية صحة. شباب أن يمارسوا عملهم

وفق منهجية علمية قائمة على أسس صحيحة ومعايير مضبوطة وإلا فمختلف البرامج المنظمة عشوائية ومفرغة من محتواها.

لذلك فالأسئلة التي تم طرحها في المحور الثالث تخص معلومات يجب القيام بها، بصفة دورية متكررة في كل العمليات التحسيسية المنظمة لتوعية الشباب من مرض السيدا، وتلك الأسئلة تعتبر من بين الخطوات الأساسية التي يجب القيام بها وعليه تم اعتماد النسب الآتية كمحكات في اختبار الفرضية الثالثة: . الإجابة التي تكون نسبتها أقل من 60% تشير أن المثقف الصحي لا يقوم بعملية التوعية الصحية حول المرض بطرق علمية فهو غير متمكن من عمله.

– أما إذا كانت نسبة الإجابات محصورة ما بين 60% الى 69% فهي تشير إلى المثقف الصحي يقوم ببعض الخطوات المنهجية.

– بينما إذا كانت النسبة تفوق 69% فهي تشير إلى أن المثقف الصحي يقوم بعملية التوعية الصحية وفق منهجية علمية.

إن مضمون الفرضية الثالثة هو اختبار مدى **تطبيق** مختلف برامج التوعية الصحية وفق معايير ومنهجية علمية، وإلا ستكون مختلف البرامج المقدمة شكلية فقط ومفرغة من محتواها وبالتالي لا تحقق الأهداف التي صممت من أجلها والمتمثلة أساسا في رفع الوعي الصحي لدى الشباب.

وقد تم اختبار صدق هذه الفرضية بناء على مؤشرات قدمتها البيانات الميدانية الآتية:

يتضح من خلال الجدول رقم سبعة وأربعون أن **المؤشرات** التي كانت بنسب **كبيرة** والدالة على أن إطارات الشباب تقوم بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر وفق منهجية علمية كانت كالتالي:

- يعتمد إطارات الشباب على المطويات بنسبة 92% مما يدل على ان استخدام المطويات عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا مطبق وفق منهجية علمية.

- يعتمد اطارات الشباب على المعارض بنسبة 88,5 % مما يدل على ان استخدام المعارض في عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا مطبق وفق منهجية علمية.
- يعتمد اطارات الشباب على البطاقة التقنية عند برمجة جل العمليات التحسيسية حول المرض بنسبة قدرت بـ 66,7%، وهذا يدل على ان اطارات الشباب يقمون بعملية التوعية الصحية في بعض الاحيان وفق منهجية علمية.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن **المؤشرات** التي كانت بنسب **قليلة** والدالة على أن إطارات الشباب لا تقوم بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر وفق منهجية علمية كانت كالتالي:

- لا يعتمد إطارات الشباب على الملتقيات، والحضور في التلفزة، وتنظيم الأيام الدراسية، والشاب الوسيط وهذا ما أشار إليه أفراد العينة من خلال إجاباتهم والتي كانت بنسبة 1,3% مما يدل على جمود وعدم تنويع في استخدام مختلف الوسائل خلال عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا وذلك ما يعكس غياب المنهجية العلمية في التطبيق.
- كما أشار أفراد عينة الدراسة من خلال إجابتهم والتي كانت بنسبة 2,6 % إلى أن إطارات الشباب لا تعتمد على المربي القرين، وفضاء الإصغاء والحوار، مما يدل على أيضا على الجمود وعدم التنويع في استخدام مختلف الوسائل خلال عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا وذلك ما يعكس غياب المنهجية العلمية في التطبيق.

ومما سبق يتضح أن النسبة الكلية هي 36,45% والتي تشير إلى أن عملية التوعية الصحية شكلية ومفرغة من محتواها مما يدل على أن عملية التوعية الصحية عن السيدا في الجزائر لم تطبق وفق منهجية علمية.

➢ **ومنه الفرضية الثانية محققة.**

4. عرض نتائج الفرضيات الجزئية المنبثقة عن الفرضية الثانية:

1.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الثانية " (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعا لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (α=0.05)"

للتحقق من فرضية الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا تبعا لمتغير الجنس، اعتمدنا في ذلك حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الجنسين، وبعدها تم حساب الاختبار التائي(T) لعينتين مستقلتين غير متساويتين، لتحديد الفروق حسب الدلالة الإحصائية، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم (49): يمثل نتائج اختبار (T) لحساب الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا بين الجنسين (ذكور/ إناث):

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
ذكور	09	52,15	6,16	2,766	177	0,06	غير دالة
إناث	69	47,77	8,73				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة t=2,766 عند درجة حرية 177، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوبة sig=0,06 والذي هو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (α=0.05)"

وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق دالة احصائيا في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الأولى المنبثقة عن الفرضية الثانية محققة.**

2.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الثانية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في تطبيق عملية التوعية حسب متغير السن، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (50): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب السن:

تطبيق عملية التوعية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة	النتيجة
بين المجموعات	190.74	8	23.84	1.398	0.196	غير دالة
داخل المجموعات	6669.23	391	17.05			
المجموع الكلي	6859.97	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,398 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0.196 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي

نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الثانية المنبثقة عن الفرضية الثانية محققة.**

3.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الثانية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في تطبيق عملية التوعية حسب طبيعة الوظيفة، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (51): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد العينة حسب طبيعة الوظيفة:

تطبيق عملية التوعية الصحية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	359.75	8	44.97	1.340	0.222	غير دالة
داخل المجموعات	13122.21	391	33.56			
المجموع الكلي	13484.97	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,340 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,222 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي

نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير طبيعة الوظيفة، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الثالثة محققة.**

4.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الثالثة " (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)"

للتحقق من فرضية الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للوضعية في الوظيفة، اعتمدنا في ذلك حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكلا الفئتين، وبعدها تم حساب الاختبار التائي(T) لعينتين مستقلتين غير متساويتين، لتحديد الفروق حسب الدلالة الإحصائية، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم (52): يمثل نتائج اختبار (T) لحساب الفروق في الرصيد المعرفي بين الفئتين (دائم/ مؤقت):

الوضعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
دائم	62	145,01	19,21	1,204-	398	0,229	غير دالة
مؤقت	16	142,38	21,29				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة – t=1,204 عند درجة حرية 398، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوبة sig=0,229 والذي هو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة **(α=0.05)"**

وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق دالة احصائيا في تطبيق عملية التوعية الصحية لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الوضعية في الوظيفة، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الثالثة محققة.**

5.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الثانية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من فرضية الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (53): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب الأقدمية في الوظيفة:

تطبيق عملية التوعية الصحية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	223.17	8	27.89	1.044	0.402	غير دالة
داخل المجموعات	10446.57	391	26.71			
المجموع الكلي	10669.75	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,044 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,402 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الأقدمية في الوظيفة، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الثانية محققة.**

6.4.عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الثانية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية عند مستوى دلالة (α=0.05)")

للتحقق من الفرضية حول الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) تبعا لمتغير الدرجة المهنية، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي، وهو الأنسب لحساب الفروق في مثل هذه الحالة والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (54): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لحساب الفروق في الرصيد المعرفي (حول مرض السيدا) حسب الدرجة المهنية:

الرصيد المعرفي	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةf	مستوى الدلالة المحسوب	النتيجة
بين المجموعات	18.63	8	10.20	1.119	0.349	غير دالة
داخل المجموعات	3566.24	391	9.12			
المجموع الكلي	3647.87	399				

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال النتائج الموضحة بالجدول فإننا نلاحظ أن قيمة f=1,119 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة المحسوب sig=0,349 والذي قيمته أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا **(α=0.05)** وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية المقرة بعدم وجود فروق في تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الدرجة المهنية، ونرفض الفرضية البديلة المقرة بوجود الفروق.

- **ومنه الفرضية الجزئية السادسة المنبثقة عن الفرضية الثانية محققة.**

5.النتائج العامة للدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن واقع تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر، من خلال دراسة ميدانية استهدفت قطاع الشباب والرياضة وبالتحديد عينة من المشرفيين عن عملية التوعية الصحية بخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية (صحة الشباب) على مستوى التراب الوطني، وهذا من خلال جانبين، الأول **علمي**، والثاني **عملي**، اذ أن العمل كمشرف عن عملية التوعية الصحية في خلايا ونقاط الاصغاء والوقاية يتطلب الإحاطة بالعلم والتسلح بالمعلومات الأساسية اللازمة حول عملية التوعية الصحية حول الآفات الاجتماعية المتعلقة بفئة الشباب لاسيما مرض السيدا، وامتلاك المعلومات الأساسية غير كافي للوقاية من المرض بل لابد من توظيفها في العملية التوعوية وفق معايير علمية ممنهجة ومدروسة بشكل جيد وباتباع الطرق الفعّالة المضبوطة والابتعاد عن العشوائية التي تتسبب في عواقب وخيمة وتأثيرات سلبية تحد من رفع المستوى الصحي للشباب، ومن خلال اختبار الفرضيات أفضت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

. المثقف الصحي لا يمتلك رصيدا معرفيا كافيا حول التوعية الصحية عن مرض السيدا:

فالمشرف عن عملية التوعية الصحية الذي يعمل بخلايا ونقاط الإصغاء والوقاية لصحة الشباب للأسف لا يمتلك الرصيد المعرفي الكافي من أجل توعية الشباب حول هذا المرض، ويتضح ذلك في عدم إحاطته بالمعلومات الكافية والأساسية التي يجب إيصالها ونقلها للشباب، ليس هذا فقط بل نجد أنه ليس لديه علم بكيفية سير عملية التوعية الصحية وأساليبها الفعّالة، هذا عموما فيما يخص المعلومات التي يشترط امتلاكها للقيام بالعملية التوعوية والتي أصبحت ضرورة تقتضيها معطيات الوقت الراهن مع انتشار هذا المرض الفتاك.

. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية حول امتلاك رصيد معرفي كافي للقيام بعملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب المتغيرات الديمغرافية " الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية في الوظيفة، الدرجة المهنية".

– وجود فروق ذات دلالة احصائية في امتلاك رصيد معرفي عن التوعية الصحية لمرض السيدا وفقا لمتغير طبيعة الوظيفة:

اي ان المشرفين عن عملية التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة يختلف بعضهم عن بعض في امتلاك معلومات كافية لتوعية الشباب حول هذا المرض وهذا حسب طبيعة الوظيفة، وهذه الفروق تعود لصالح الأطباء ويتجلى ذلك في أجابتهم الصحيحة للأسئلة المتعلقة بالمفاهيم العامة حول مرض السيدا، وهذا ليس بالأمر الغريب ويرجع بالأساس الى طبيعة تخصصهم الذي يفرض عليهم الإلمام بجميع المعطيات حول هذا المرض.

ونفس الأمر يتعلق بمتغير الوضعية في الوظيفة اذ بينت النتائج أن العمال الدائمين أكثر امتلاكا لمعلومات صحيحة أكثر من نظرائهم المؤقتين.

- عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا في الجزائر لم تطبق وفق منهجية علمية:

ويتجلى ذلك من خلال العشوائية التي تطغى على الأساليب التوعوية المعتمدة أي عدم تطبيق برامج التوعية الصحية بطرق منهجية وعلمية، بحيث أنه لا يتم تقييم مختلف الوسائل المعتمدة، ولا يتم التخطيط والبرمجة الصحيحة للعملية التوعوية كالاستعانة بالبطاقة التقنية والتي لها دور كبير في توجيه العملية التوعوية كما لا يتم تقييم مختلف البرامج التي يتم تطبيقها على الشباب.

وللأسف نجد أنه حتى من يمتلك معلومات كافية عن عملية التوعية الصحية لا يطبقها على أرض الواقع ويفضل العمل بالطرق العشوائية.

. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية حول تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب المتغيرات الديمغرافية " الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية في الوظيفة، الدرجة المهنية."

ومما سبق عرضه من نتائج محاور الدراسة، ومن خلال اختبار فرضياتها، نستخلص صدق الفرضية العامة المقرة بأن:

" التوعية الصحية في الجزائر لم يكن لها دور فعّال في الوقاية من المرض".

خلاصة:

توصلنا من خلال هذا الفصل الذي تم فيه عرض ومناقشة النتائج، واختبار فروض الدراسة، إلى عدم فعالية التوعية الصحية حول مرض السيدا بالجزائر، من خلال عدم إحاطة المشرفين عن هذه العملية بالمعلومات اللازمة لأداء عملهم (الجانب النظري للتوعية الصحية) لاسيما عن مرض السيدا، وعدم امتلاك هذه معلومات لا يعزى إلى المتغيرات الديمغرافية، إذ تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول امتلاك رصيد معرفي كافي عن عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب المتغيرات الديمغرافية " الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية في الوظيفة، الدرجة المهنية.". ناهيك عن عدم ممارستهم لمهنتهم حسب الشروط والمعايير العلمية، بل يغلب على عملهم الطابع الشكلي الكمي المفرغ من المحتوى (اي الاهتمام بعدد الشباب المستهدف) ، وبذلك نحس انه عمل عشوائي بدون هدف يرجى ولا غاية تدرك، اذ لا توجد فروق ذات دلالة احصائية حول تطبيق عملية التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب المتغيرات الديمغرافية " الجنس، السن، طبيعة الوظيفة، الوضعية في الوظيفة، الأقدمية في الوظيفة، الدرجة المهنية."، وهذا راجع الى الصعوبات والعراقيل التي يوجهونها في عملهم إضافة الى اهتمام المسؤولين بلغة الارقام اي حسب رأيهم ان استهداف اكبر شريحة ممكنة من الشباب هو المعيار الاساسي لنجاح مختلف البرامج التوعوية المنظمة، هذا ما لاحظناه واستنتجناه من خلال عمليتي المقابلة والملاحظة بالمشاركة.

خاتمة

في ختام هذه الدراسة نستنتج أن عملية التوعية الصحية في الجزائر مازالت تركز على إعلام الفرد عن مرض السيدا. لكن هذا وحده غير كفيل بتغيير سلوك الشباب. كون هذه الطريقة أي (الإعلام) وحدها غير كفيلة بالوقاية من السيدا بصفة دائمة ومستمرة. فمن كل المعطيات العلمية والاجتماعية وخاصة من خلال النتائج التي خلصت لها الدراسة فإننا نعتقد ان داء فقدان المناعة المكتسبة، السيدا، سوف يتفاقم في الجزائر ان لم نتوصل الى خطة شاملة تهتم بالتوعية الصحية من السيدا بطريقة وأسلوب ومنهجية علمية ومدروسة، تراعى فيها الاهتمام بكل جوانب سلوك الافراد تجاه المرض، معتقداتهم، ومعارفهم، وليس فقط على زيادة الرصيد المعرفي حول المرض، وبصفة مستمرة وليست مناسباتية تساهم بها جميع القوى السياسية، الدينية، والاجتماعية. ويقوم بها اخصائيون مكونون في تخصص التوعية الصحية.

لذلك نود أن نشير إلى مجموعة من التوصيات التي تتعلق بموضوع الدراسة:

- **اولا** وقبل كل شيء هو تسوية وضعية المشرفين عن عملية التوعية الصحية بخلايا ونقاط الاصغاء والوقاية عن طريق **وضع قانون أساسي خاص بهم تابع لقطاع الشباب والرياضة.** فمن غير المعقول ان نجد إطار يعمل بخلية الاصغاء والوقاية في ولاية عنابة مثلا له حقوق وواجبات تختلف عن زميله في ولاية قالمة. ان توضيح حقوق وواجبات الموظف سوف ينعكس حتما واجابا على فعالية عمله.
- رسكلة دورية لمختلف الأخصائيين في مجال التوعية الصحية ولو من خلال ملتقيات او ندوات منظمة من طرف مختلف مديريات الشباب والرياضة عبر التراب الوطني مضمونها حول التقنيات والاستراتيجيات الجديدة في التوعية الصحية المستخدمة مع الشباب.
- التركيز على الجودة في العمل وليس على كم الافراد المستهدفين من العملية.
- توحيد منهجية العمل وتوحيد نماذج البطاقة التقنية، ومختلف البرامج والحصائل.

- توفير المكان الملائم للإصغاء في إطار ما هو متوفر في المؤسسات الشبانية وتجهيز المكاتب بالأدوات الاساسية اللازمة للعمل.
- خلق لجنة مراقبة وتحكيم على مستوى الوزارة تقوم بتحكيم مختلف وسائل التوعية الصحية وفق معايير علمية ومراقبة صحة محتوى هذه الوثائق قبل طباعتها او نشرها وتداولها بين افراد المجتمع.
- القيام بزيارات عمل فجائية من طرف الوزارة ولو مرة واحدة سنويا.
- الانتباه للتعزيز السلبي السائد في وسط العمل والذي تسبب في دوران العمل بين الموظفين.

التنويع في الوسائل المستخدمة من اجل التوعية الصحية حول مرض السيدا حسب طبيعة العينة المستهدفة بضرورة الاهتمام أكثر بالعمل التحسيسي لا العمل الاعلامي من خلال:

- محاولة تعميم الإرشاد الجماعي، المربي القرين... وغيرها من الوسائل التي أثبتت فعاليتها في التوعية الصحية في مجال مكافحة السيدا.
- العمل المكثف على إزالة نظرة الوصم والتمييز الموجهة للمتعايشين بفيروس فقدان المناعة البشري بسبب النظرة الاجتماعية السلبية اللصيقة بالمرض.
- الحد من ثقافة الرفض والإنكار للمرض وقبول المتعايشين مع المرض في المجتمع كغيرهم لهم نفس الحقوق وعليهم ذات الواجبات وهذا من شأنه تشجيع المتعايشين للإعلان عن أنفسهم وطلب التداوي والحد من زيادة العدد في الخفاء، بتعزيز عملية الكشف الإرادي المبكر.

قائمة المراجع

❖ **المصادر:**

قرآن الكريم

قائمة المراجع باللغة العربية:

- القواميس والمعاجم:

- أحمد جمل، حسين اللقاني. (2008). **معجم المصطلحات التربوية المعرفية**. عالم الكتب، ط03.

- بطرس البستاني، (1993)، **محيط المحيط (قاموس مطول للغة العربية)**، مكتبة لبنان لنشر، بيروت.

- عاطف غيث، (2006)، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

- عزة عجان، (2000)، **الفضل (قاموس عربي لتلاميذ والطلاب)**، دار الهمة، الجزائر.

- محمد رفعت، (1987)، **قاموس الايدز الطبي**، دار مكتبة الهلال، ط1، بيروت، لبنان.

- الموسوعة العربية العالمية، (1999)، **مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع**، المملكة العربية السعودية.

-الكتب:

- ابراهيم عباسي واخرون، (د ت)، **التمييز ضد الاشخاص المتعايشين مع فيروس السيدا في الجزائر (مساهمة في استجابة النظام التربوي)**، الجزائر.

-إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، (2002)، **الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، ط1، الإسكندرية، مصر.

-أحمد عياد، (2006)، **مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- إقبال إبراهيم مخلوف، (1991)، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية :**اتجاهات نظرية، دار . المعرفة الجامعية، إسكندرية، مصر.

-أميرة منصور يوسف، (1997)، **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية**، دار المعرفة . الجامعية، الأزاريطة، إسكندرية، مصر .

- ايمن مزاهرة واخرون،(2003)، **علم اجتماع الصحة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان.

- حامد عبد السلام زهران، (1998)، **التوجيه والإرشاد النفسي**، ط03، عالم الكتب، القاهرة.

- حسين عبد الواحد الشاعر، (د.ت)، **الطب الاجتماعي والأمراض المهنية**، الدار القومية للطباعة والنشر، مصر .

- حنان عبد الحميد العناني، (2001)، **علم النفس التربوي**، ط1، دار الصفاء لنشر والتوزيع، عمان.

- رشيد زرواتي، (2008)، **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، ط 3، ديوان المطبوعات الجامعية، المطبعة الجهوية، . قسنطينة . الجزائر .

- سامية السعاتي، (2003) **الشباب العربي والتغيير الاجتماعي**، ط1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

- سهام أبو عطية، (2002)، **مبادئ الارشاد النفسي**، ط3، دار الفكر، الجامعة الهاشمية، الاردن.

- سهيلة الفتلاوي، (2005)، **تعديل السلوك في التدريس**، دار الشروق لنشر والتوزيع، ط1.

- صالح الداهري، (2004)، **علم النفس الإرشادي (نظرياته وأساليبه الحديثة)**، دار وائل، عمان.

- صالح عساف، (1995)، **المدخل في العلوم السلوكية**، مكتبة العبيكات، الرياض، ط1.

- صمويل أوزباو، بروس ولش، (1986)، **استراتيجيات الإرشاد النفسي**: لتعديل السلوك الإنساني، ترجمة عباس محمود، عزة عبد العظيم، ط1.

- عامر إبراهيم، (1987)، **الإيدز وأثاره المدمرة على الجسم والعين**، دار السعودية لنشر والتوزيع، ط1.

- عبد الباسط حسن، (1971)، **أصول البحث العلمي**، مكتبة القاهرة.

- عبد الرحمان العيسوي، (د ت)، **الإسلامي والعلاج النفسي**، دار الفكر العربي، إسكندرية.

- عبد العزيز السيد الشخصي، (2001)، **علم النفس الاجتماعي**، ط 1، دار القاهرة للكتاب.

- عبد العزيز الفحي، (1984)، **سيكولوجيا الفرد في المجتمع**، ط1، جامعة الكويت.

- عبد الكريم بوحفص، (2009)، **دليل الطالب لإعداد وإخراج البحث العلمي**، ط 02، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.

- عبد الله السيد، محمد خليفة عبد اللطيف، (2001)، **علم النفس الاجتماعي**، دار غريب، القاهرة.

- عبد المحي حسن صالح، (2001)، **الصحة العامة وصحة المجتمع**: الأبعاد الاجتماعية والثقافية، دار المعرفة الجامعية، مصر.

- عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان، (1999)، **أسس الخدمة الطبية والتأهيل**، دار المعرفة الجامعية، مصر.

-

- علاء الدين الكفافي، (2006)، **الارشاد الاسري**، القاهرة.

- علي عبد الواحد وافي، (1996)، **الأسرة والمجتمع**، ط6، مكتبة النهضة، القاهرة.

- عمار الطيب كشرود، (2007)، **البحث العلمي ومناهجه**، ط1، دار المناهج لنشر والتوزيع، ليبيا.

- عبد الله بوجلال، (1990)، **إشكالية تحديد مفهوم الوعي الاجتماعي**، المجلة الجزائرية للاتصال، العدد04، الجزائر.

- عبد المجيد نستواتي، (1998)، **علم النفس التربوي**، ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت.

- عمر أحمد الهمشري، (د.ت)، **التنشئة الاجتماعية للطفل**، ط1، دار صنعاء للنشر والتوزيع، عمان.

- عواطف أبو علا، (1980)، **التربية السياسية للشباب**، دار النهضة العربية، القاهرة.

- غروفيتش جورج، (1981)، **الأطر الاجتماعية للمعرفة**، ترجمة خليل احمد خليل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- غريب السيد أحمد، (1998)، **الاحصاء والقياس في البحث العلمي**، دار المعرفة الجامعية، ج 1.

- فاخر عقل، أصول (1995)، **علم النفس وتطبيقاته**، ط 02، دار العلم للملايين، بيروت

- فايز مراد دنس، (2004)، **أصول التربية والتعليم**، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

- فؤاد السيد البهي، سعد عبد الرحمان، (1999) **علم النفس الاجتماعي**، رؤية معاصرة، دار الفكر العربي.

- فتحي دردار، (2000)، **السيدا بين الواقع وأفاق العلاج**، الجزائر

- فخري الدباغ، (1983)، **أصول الطب النفسي**، ط1-دار الطبيعة للطباعة والنشر-بيروت -.

فوزي محمد جبل، (2001)، **علم النفس العام**، الأزاريطة، المكتب الجامعي الحديث.

-محمد تومي البستاني، (1971)، **مناهج البحث الاجتماعي**، دار الثقافة، بيروت، د ط.

-محمد الجوهري وآخرون، (1992)، **علم الاجتماع ودراسة الإعلام والاتصال**، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية.

-محمد حسين، (1972)، **علم الاجتماع الصناعي**، ط1، مكتبة الانجلو مصرية، مصر.

-محمد عاطف غيث واخرون، (1994)، **القانون والضوابط الاجتماعية**، ط1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

-محمد علي محمد وآخرون، (1999) **دراسات في علم الاجتماع الطبي**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

-محمد عمر الطاهر الطيب، (د ت)، **التلميذ في التعليم الأساسي**، ط3، منشأة المعارف، الإسكندرية.

-محمد مصطفى أحمد وآخرون، (1999) **الخدمة الاجتماعية وتطبيقاتها في التعليم ورعاية الشباب**، المكتب الجامعي الحديث-الإسكندرية -.

-محمد سيد فهمي، (1999) **قواعد البحث في الخدمة الاجتماعية**، ط1، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.

-محمود زيدان، (1980) **الاستقراء والمنهج العلمي**، ط4، بيروت، مؤسسة شهاب الجامعية لطباعة والنشر.

-محي الدين طالو العلبي، (1989) **الايدز والأمراض الجنسية**، ط1، عين مليلة: الجزائر.

-محي الدين مختار، (1999) **الاتجاهات النظرية والتطبيقية في منهجية العلوم الاجتماعية**، الجزء الأول، منشورات جامعة باتنة.

-مصطفى غالب، (1981) **السلوك**، مكتبة الهلال، بيروت.

-معن ريشا ظاهر، (1991) **الإيدز : أسبابه، علاجه، الوقاية منه**، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت: لبنان.

-نعيمة رزقي، (2003)، **رؤية مستقبلية لدور اختصاصي المعلومات في إدارة المعرفة**، تونس.

-هنري عزام، (1982)، **الثقافة الجنسية في المدارس**. مركز دراسات الوحدة العربية. – بيروت–.

-هيام بشور، (2016)، **الطب الوقائي**، منشورات جامعة دمشق.

-وفاء محمد البرعي، (2002)، **دور الجامعة في مواجهة التطرف الفكري**، ط1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

-وزارة الشباب والرياضة، (د ت)، **دليل الشباب**، الجزائر.

-يوسف لازم كماش، (2011)، **اسس النمو الانساني التكويني والوظيفي**، دار الدجلة، ط01، المملكة الاردنية الهاشمية، عمان.

-يوسف أبو الرب، رشدي قضاش، (2003)، **علم اجتماع الطبي**، ط3، دار اليازوردي العلمية–عمان–.

-الرسائل الجامعية:

-حافظ سيف فاضل، (2004)، **العوامل النفسية الاجتماعية لموقف الطلاب العرب/ البولون تجاه مرضى الإيدز**، –العامل الثقافي البولوندي–العربي –رسالة لنيل شهادة الدكتوراه–، قسم علم النفس، جامعة لودز، بولندا.

-خالد علي صالح اسعد، (2009)، **التخطيط لدى المؤسسات الشبابية في فلسطين ودوره في العملية التنموية** – اطروحة لنيل شهادة الماجستير–، كلية الدراسات العليا، نابلس، فلسطين.

-راشد مفرح الشهري، (2008)، **أحكام مرض الإيدز –رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه–** ، جامعة الإمام محمد بن مسعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.

-فاتن دخلي، (2010)، **فعالية الارشاد الجماعي في التثقيف الصحي عن السيدا**–مذكرة ماجيستير–، علم اجتماع الصحة والتنمية، جامعة 08 ماي 1945 قالمة.

-فاطمة الرقاد، (2003)، **خصائص مرضى الإيدز واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية: دراسة عن المصابين بالإيدز في الأردن وأسرهم**–مذكرة لنيل شهادة الماجستير–، تخصص برنامج العمل الاجتماعي، الأردن.

-كريمة بن صغير، (2008)، **التصورات الاجتماعية لسيدا عند الطلبة الجامعيين**، –رسالة ماجستير– قسم علم النفس، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة.

- مالك شعباني، (2006)، **دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي**: دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة–أطروحة دكتوراه–، قسم علم الاجتماع، تخصص علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري –قسنطينة–.

-مصطفى عوفي، (1993)، **الأوضاع الاجتماعية وانعكاساتها على وعي المرأة العاملة في الجزائر**– رسالة ماجستير–، علم الاجتماع، جامعة قسنطينة.

-نبيلة بوخبزة، (1995)، **الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر**–رسالة ماجستير–، معهد علوم الاعلام والاتصال، جامعة الجزائر.

المقابلات:

-اسكندر سوفي، (2013)، رئيس جمعية أنيس لمكافحة السيدا وترقية الصحة، عنابة، الجزائر، 12 جانفي.

-حسان بوفنيسة، (2014)، رئيس جمعية تضامن إيدز، الجزائر العاصمة، 04 سبتمبر.

-خالد كداد، (04 ماي 2015)، رئيس النقابة الوطنية الجزائرية للنفسانيين، صعوبات تواجه النفساني في الجزائر، قالمة.

-المداخلات:

-دريسي حورية، (24 نوفمبر 2016)، استراتيجيات مكافحة العنف في الوسط الشباني، مداخلة مقدمة في اليوم الدراسي حول العنف، مديرية الشباب والرياضة، قالمة.

-بوسري بناني، (04 اوت 2009)، علاقة المخدرات بالسيدا، ملتقى حول مكافحة الآفات الاجتماعية، الجزائر: بومرداس.

-الوثائق الرسمية:

-القرار الوزاري رقم 02، المؤرخ في (08 نوفمبر 2009) المتعلق بإنشاء خلايا ونقاط الاصغاء صحة – شباب، (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية).

-القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني، (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية)، المؤرخ في 08 نوفمبر 2009.

-المرسوم التنفيدي رقم 07/01، المتضمن تحويل مراكز اعلام الشبيبة وتنشيطها إلى دواوين مؤسسات الشباب، (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية)، عدد 02، المؤرخ في 17 ذي الحجة عام 1427 الموافق ل 6 جانفي سنة 2007.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

Dictionnaires :

- André Donnant et AL, (1983), **Petit la rousse de la médecine,** tome 2, librairie Larousse Imprimé en R.F.A..

- Bloch H ; et AL. (2002), **« Larousse dictionnaire fondamental de la psychologie**. (L-Z), Conseil éditorial Didier casalis , paris,

- Michel Lacombe et AL, **« dictionnaire médicale »**, L'amarre group liaisons SA., Paris :

- **Le petit Larousse:** Grand forma, (2001), paris.

Ouvrage :

- Achour Ammar, (2005), **« Verus et sida expliqués à tous »**, office des publications universitaire, Alger.

- Azeddine mahdjoubi, (1992), **« le sida et ces indices en droit pénal algérien et en droit pénal international »** chihab, Algérie.

- Bakang tonje, (1986), **« maladie secours d'urgence et médicaments »**.. 2eme édition, Paris.

- Charles Farting .et AL (1985), **« Atlas en couleurs du SIDA ; Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis »** , maloine, paris.

- Clémentine raineau et al, (2007), **Regardes croisés sur la jeunesse**, université Blaise –Pascal .

- Dalil boubaker, (1994), **« Sida ; les religions s'interrogent »**. L'harmattan.

- Didier fassin yannick jaffré, (1990), **éducation et sante, sociétés développement et sante,** ellipses, paris.

- Enda panos, (1987), **sida et tiers monde ;** Dakar, distribuée en Algérie par édition alpha 01/1990.

- Emmanuel Langlois, (2006), **« l'épreuve du SIDA »**. Pour une sociologie du sujet fragile, Rennes, Presses Universitaires.

- Medhar S, (2012), **Manuel d'une Algérie à la dérive,** Thala Editions, Alger, Algérie.

- Guide National D'appui à L'observance Thérapeutique ; (2008), **Pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA,** Association Solidarité AIDS.

- Guide de formateur, Former à intervenir en éducation pour la sante :**dans une démarche de promotion de santé** ; (2003), CRES de Bretagne .

- Saleh abdenouri, (2010), **Initiation au montage de projets**, office nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

- Si Moussi A,. (2003) **L'Algérien entre drame connus et drames méconnus,** in Naqd, n°18, Revue d'études et de critique social.

Séminaire:

- Touabia Rabah, (2008-07-20) **« séminaire de formation des médiateurs sur le counseling VIH/SIDA ».** IPA de Sidi Fredj –Alger-.

- Touabia Rabah, (2016-12-20) **« Séminaire sur le VIH/SIDA »**. DJS de Guelma -Alger-.

Etudes :

- Ahcène Boufenissa, Roza Belkaid , (2008) **« Le comportement des jeunes face aux IST/VIH/SIDA »**, Alger, collection solidarité AIDS .

- Kezabi Zahia, ( ) **« Sida, famille et société : Trajectoire de sidéennes ».** Mémoire en Anthropologie de la santé, université d'Oran, Alger.

Rapports;

- ONUSIDA, (2002) stratégies de prévention efficace dans les zones à faible séroprévalence**,** family health international.

- ONUSIDA, (2005), « Rapport de l'Algérie sur le suivi de la Déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nation unies sur le VIH/SIDA» en décembre.

Revue :

- judith lazer ; (1993), **les medias et les rumeur en temps de crise ;analyse de divers discours sur le sida ;** Revue communication –;n1,vol ;14 ;ed saint martin.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 20 اوت 1955 –سكيكدة-

كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الانسانية

قسم علم النفس

واقع التوعية الصحية حول مرض السيدا في الجزائر

الرجاء وضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة

أخي الفاضل /أختي الفاضلة:

نحن بصدد إجراء دراسة ميدانية، وهذا السؤال جد مهم في دراستنا ونجاح هذه الدراسة يتوقف على مدى تعاونكم، وهذا ما نرجوه من سيادتكم.

ملاحظة:

البيانات الواردة في هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

من اعداد الطالبة: تحت اشراف :

دخلي فاتن أ.د بومدين سليمان

السنة الجامعية 2016/2015

1- بيانات عامة:

1-**الجنس**:

ذكر ☐ انثى ☐

2-السن:

أقل من 30 سنة ☐

من 30 الى 40 سنة ☐

أكثر من 40 سنة ☐

3- انت تعمل في خلية الاصغاء والوقاية ك:

طبيب ☐ أخصائي نفساني ☐

جراح أسنان ☐ اخصائي في علم الاجتماع ☐

تقني سامي في الصحة ☐ مربي شباب ☐

اخرى تذكر.....

4- ماهي وضعيتك في الوظيفة؟:

دائم ☐ **مؤقت** ☐

5- الأقدمية في الوظيفة:

-اقل من (05 سنوات) ☐ من (05 - الى10 سنوات) ☐ أكثر من 10 سنوات ☐

6- الدرجة المهنية:

الاولى ☐ الثانية ☐ الثالثة ☐

اخرى تذكر.....

2- مدى امتلاك رصيد معرفي كافي عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا:

7- السيدا هو مرض:

مزمن ☐ معدي ☐ قاتل ☐

متنقل ☐ لا اعلم ☐

8- ما هو الوقت المناسب الذي تنصح فيه الشباب للقيام بعملية الكشف الارادي:

- مباشرة بعد الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا ☐
- بعد مضي اسبوع على الأقل من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا ☐
- بعد مضي شهر على الأقل من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا ☐
- بعد مضي عام من الممارسة التي قد تعرضهم لحمل فيروس السيدا ☐
- بدون رأي ☐

9- في حملات التوعية الصحية عن مرض السيدا، غالبا ما يتم التحدث عن استعمال الواقي le préservatif.وذلك لأنه حاليا لا يوجد دواء شافي أو لقاح يقي من المرض. فهل ترى بأنه الوسيلة المضمونة فعلا للوقاية من هذا الداء؟

نعم ☐ لا ☐

10- إذا كانت الإجابة ب ،نعم، علل ذلك:

.....

.....

11- إذا كانت الإجابة ب ،لا، علل ذلك:

.....

.....

12- هناك طرق أساسية لانتقال فيروس السيدا لجسم الانسان، وهذه الطرق عادة ما يتم التحدث عنها في مختلف حملات التوعية الصحية مع الشباب، فماهي:

.....

.....

.....

13- هل تلقيتم تكوينا خاصا في مجال التوعية الصحية عند التحاقكم بالخلية؟:

نعم ☐ لا ☐

14- في حالة الاجابة بنعم فماهو:

- موضوع هذا التكوين؟

.....

- مدته؟

.....

- الجهة المشرفة عليه:

.....

15- هل استفدتم خلال فترة عملكم من دورات تكوينية ،أي رسكلة، تجددون بها معارفكم؟:

نعم ☐ لا ☐

16- في حالة الاجابة بنعم فماهو؟:

- موضوع هذه الدورات؟

.....

- مدتها؟

.....

- الجهة المشرفة عليها:

.....

17- اذا كانت الاجابة ب ،لا، فمن أين تستقي معلوماتك؟:

.....

.....

3- مدى القيام بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا وفق منهجية علمية:

18- ضع علامة ،x، امام الاساليب التي تعرفها وتثقن استخدامها:

مطويات	☐	معارض	☐	مجلات	☐
عروض حائطية	☐	مربي قرين	☐	الشاب الوسيط	☐
محاضرات	☐	محاضرات افتراضية	☐	انترنيت	☐
شبكات تواصل الاجتماعي	☐	فضاءات الاصغاء والحوار	☐	ايام دراسية	☐
ملتقيات	☐	ندوات	☐	اذاعة	☐
تلفزة	☐	ارشاد جماعي	☐	دورات تكوينية	☐

أخرى تذكر.....

19- عند تنظيم مختلف الحملات التحسيسية هل تعتمدون على كتابة مشروع صحي او ما يعرف بالبطاقة الفنية؟

نعم ☐ لا ☐

20- اذا كانت الاجابة بنعم فما هي اهم المحاور التي يجب ان تدون عليها؟

.....
.....
.....

21 - إذا كانت الاجابة ب ،لا، فهل هذا يرجع الى؟

- ان الاعتماد على البطاقة الفنية خطوة غير ضرورية ☐
- أن المسؤول المباشر لا يطلب منكم ذلك ☐
- ان العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية ☐
- أخرى تذكر

.....
.....

22- هل يتم تقييم مختلف حملات التوعية الصحية التي تم القيام بها؟

نعم ☐ لا ☐

23- إذا كانت الاجابة ب،نعم، فكيف يتم ذلك؟

.....
.....
.....

24- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فهل هذا راجع الى؟

- ان التقييم خطوة غير ضرورية ☐
- أن المسؤول المباشر لا يطلب منكم ذلك ☐
- ان العمليات التحسيسية عمليات روتينية والخبرة تغني عن هذه العملية ☐
- أخرى تذكر

.....
.....

25- ماهي الاساليب التي استخدمتموها في ثلاث سنوات الاخيرة من اجل توعية الشباب من مرض السيدا؟

مطويات	☐	معارض	☐	مجلات	☐
عروض حائطية	☐	مربي قرين	☐	الشاب الوسيط	☐
محاضرات	☐	محاضرات افتراضية	☐	انترنيت	☐
شبكات تواصل الاجتماعي	☐	فضاءات الاصغاء والحوار	☐	ايام دراسية	☐
ملتقيات	☐	ندوات	☐	اذاعة	☐
تلفزة	☐	ارشاد جماعي	☐	دورات تكوينية	☐

أخرى تذكر.....

26- ماهي الاسباب التي تجعلكم تعتمدون على هذه الوسائل دون غيرها؟

.....

.....

.....

27- هل ترى انه يجب التوجه لاستخدام الوسائل الحديثة مثل شبكات التواصل الاجتماعي في توعية الشباب من مختلف الآفات الاجتماعية؟

نعم ☐ لا ☐

28- إذا كانت الاجابة ب، نعم، علل ذلك:

.....

.....

.....

29- إذا كانت الاجابة ب، لا، علل ذلك:

.....

.....

.....

30- هل يتم تنظيم جل العمليات التحسيسية بالمؤسسات الشبانية التي تعملون بها؟

نعم ☐ لا ☐

31- إذا كانت الاجابة ب،نعم، فهل هذا راجع الى:

- عدم توفر النقل للأماكن البعيدة ☐
- عدم توفر الامن والحماية الكافية ☐
- أخرى تذكر.....

32- هل يتم تنظيم مختلف حملات التوعية الصحية للشباب تبعا لأوقات فراغهم؟

نعم ☐ لا ☐

33- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فهل هذا راجع الى؟

- عدم تناسب اوقات العمل مع أوقات فراغ الشباب ☐
- أخرى تذكر.....

.....

34- غالبا ما نتحدث عن عزوف الشباب عن دور الشباب فإلى ماذا يرجع هذا حسب رأيك؟

- الانشطة الموجودة لا تتماشى واهتمامات الشباب ☐
- دور الشباب غير مجهزة لاستقبالهم ☐
- قلة الترفيه العلمي بالمؤسسات الشبانية ☐
- نقص التأطير ☐
- عدم المبالات بدور الشباب ☐
- أخرى تذكر.....

35 في رأيك ماهي السبل أو الحلول التي من خلالها يمكن استقطاب الشباب الى دور الشباب؟

.....

.....

.....

36- هل خلية الاصغاء والوقاية مجهزة بالأدوات اللازمة للعمل؟

نعم ☐ لا ☐

37- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فماذا ينقصكم من أدوات لأداء عملكم؟

.....

.....

.....

38- هل تقدم لكم الامكانيات اللازمة من أجل انجاح مختلف الحملات التحسيسية؟

نعم ☐ لا ☐

39- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فماذا ينقصكم كإمكانيات لإنجاح الحملات التحسيسية؟

.....

.....

.....

40- هل يقدم لكم الدعم المعنوي اللازم من اجل انجاح مختلف الحملات التحسيسية؟

نعم ☐ لا ☐

41- في حالة الاجابة بنعم من طرف من؟:

.....

42- في رأيك كيف يمكن تحسين اداء طاقم خلية الاصغاء والوقاية صحة ـ شباب؟

.....

.....

.....

43 في رأيك كيف يمكن تحسين مختلف حملات التوعية الصحية في الوسط الشباني؟

.....

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 20 اوت 1955 –سكيكدة-
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الانسانية
قسم علم النفس

دليل مقابلة

واقع التوعية الصحية عن السيدا في الجزائر

الرجاء وضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة

من اعداد الطالبة:
دخلي فاتن

تحت اشراف :
أ.د بومدين سليمان

السنة الجامعية 2016/2015

1- بيانات عامة:

1-**الجنس**:

ذكر ☐ انثى ☐

2-السن:

أقل من 30 سنة ☐

من 30 الى 40 سنة ☐

أكثر من 40 سنة ☐

3- انت تعمل في خلية الاصغاء والوقاية ك:

طبيب ☐ أخصائي نفساني ☐

جراح أسنان ☐ اخصائي في علم الاجتماع ☐

تقني سامي في الصحة ☐ مربي شباب ☐

اخرى تذكر.....

4- ماهي وضعيتك في الوظيفة؟:

دائم ☐ **مؤقت** ☐

5- الأقدمية في الوظيفة:

-اقل من (05 سنوات) ☐ من (05 - الى10 سنوات) ☐ أكثر من 10 سنوات ☐

6- الدرجة المهنية:

الاولى ☐ الثانية ☐ الثالثة ☐

اخرى تذكر.....

2-مدى امتلاك رصيد معرفي كافي عن عملية التوعية الصحية عن مرض السيدا:

7- حسب رأيك هل ترى أن المشرفيين عن العمليات التوعوية في خلايا ونقاط الاصغاء لديهم معلومات كافية حول مرض السيدا؟

.....
.....
.....

8- حسب رأيك ماهي الأساليب التي يجب استخدامها لوقاية الشباب من مرض السيدا؟

.....
.....
.....

9- هل تلقيتم تكوينا أو رسكلة في كيفية القيام بالتوعية الصحية حول مرض السيدا؟

.....
.....
.....

10- في حالة الاجابة بنعم فماهو:

- موضوع هذا التكوين؟

.....

- مدته؟

.....

- الجهة المشرفة عليه:

.....

3- مدى القيام بعملية التوعية الصحية عن مرض السيدا وفق منهجية علمية:

11- ماهي **الأساليب التي يستخدمها المشرفون عن عملية التوعية الصحية بقطاع الشباب والرياضة؟**

.....

.....

.....

12- حسب رأيك لماذا يتم اللجوء إلى هذه الأساليب دون غيرها؟

.....

.....

13-عند تنظيم مختلف الحملات التحسيسية هل تعتمدون على كتابة مشروع صحي او ما يعرف بالبطاقة الفنية؟

نعم ☐ لا ☐

14- إذا كانت الاجابة بنعم فما هي اهم المحاور التي يجب ان تدون عليها؟

.....

.....

.....

15 - إذا كانت الاجابة ب ،لا، حسب رأيك الى ماذا يرجع ذلك؟

.....

.....

16- هل يتم تقييم مختلف حملات التوعية الصحية التي تم القيام بها؟

نعم ☐ لا ☐

17-إذا كانت الاجابة ب،نعم، فكيف يتم ذلك؟

.....

.....

.....

18-إذا كانت الاجابة ب ،لا، الى ماذا يرجع ذلك؟

.....

.....

.....

19- هل خلية الاصغاء والوقاية مجهزة بالأدوات اللازمة للعمل؟

نعم ☐ لا ☐

20- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فماذا ينقصكم من أدوات لأداء عملكم؟

.....

.....

.....

21 هل تقدم لكم الامكانيات اللازمة من أجل انجاح مختلف الحملات التحسيسية؟

نعم ☐ لا ☐

22- إذا كانت الاجابة ب ،لا، فماذا ينقصكم كإمكانيات لإنجاح الحملات التحسيسية؟

.....

.....

.....

23- في رأيك كيف يمكن تحسين مختلف حملات التوعية الصحية في الوسط الشباني؟

بطاقة الملاحظة

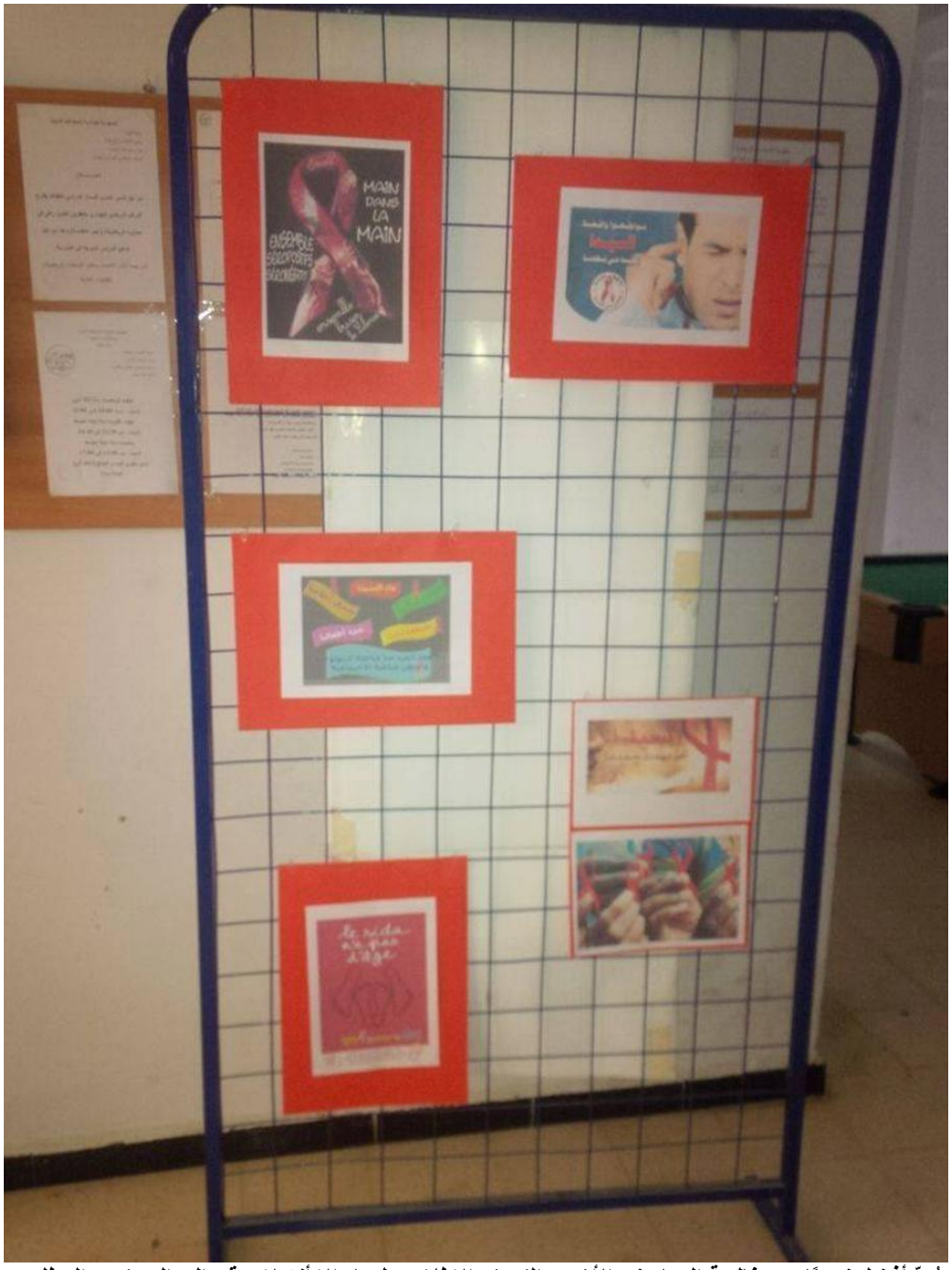
خاصة بمختلف العمليات التحسيسية

الولاية:

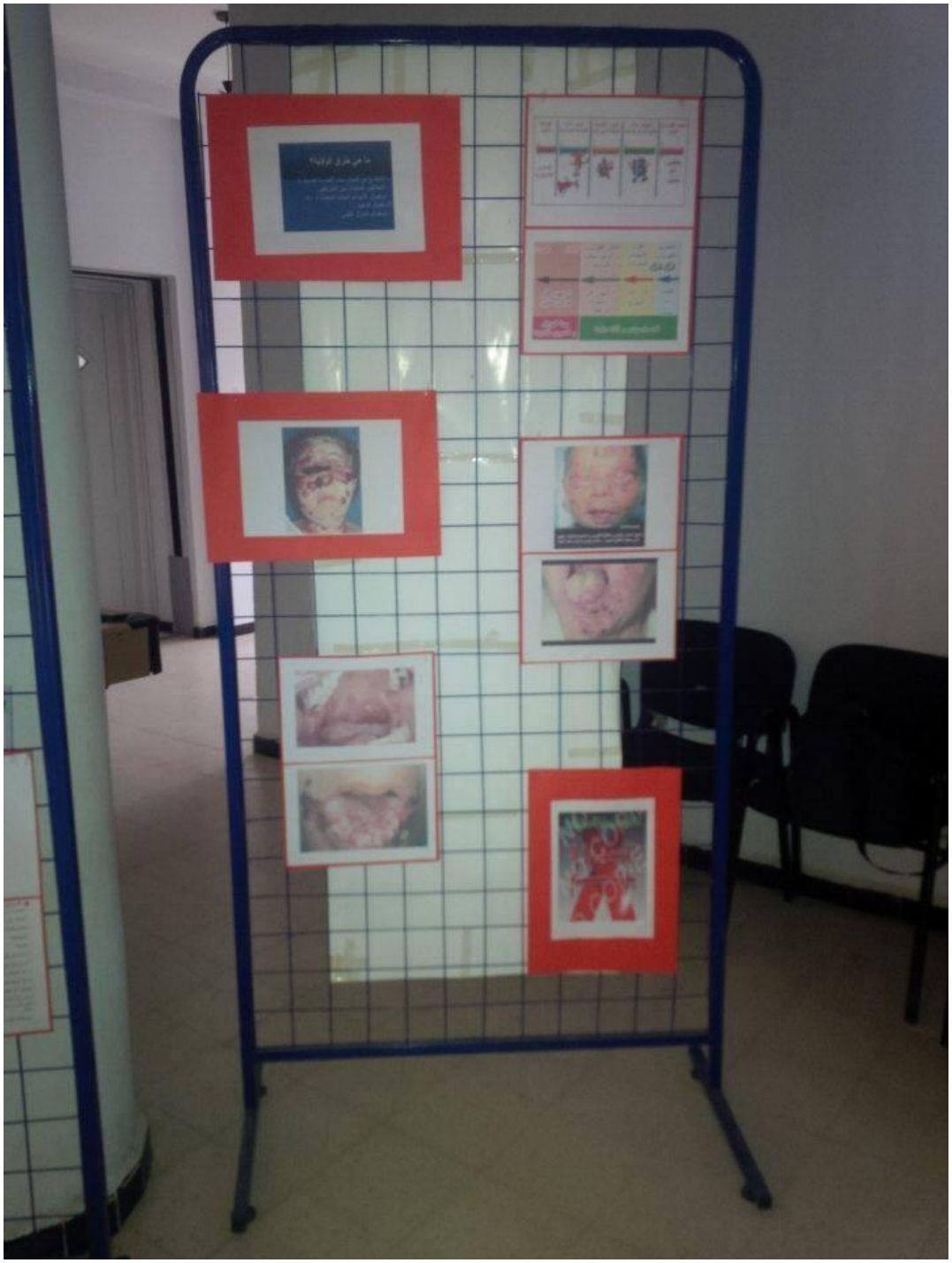
طبيعة النشاط	تاريخ الانجاز	المكان	الموضوع	الملاحظة

"تقييم بعض جوانب القصور في أساليب التوعية الصحية حول مرض السيدا في مؤسسات قطاع الشباب والرياضة"

رغم أن هذا

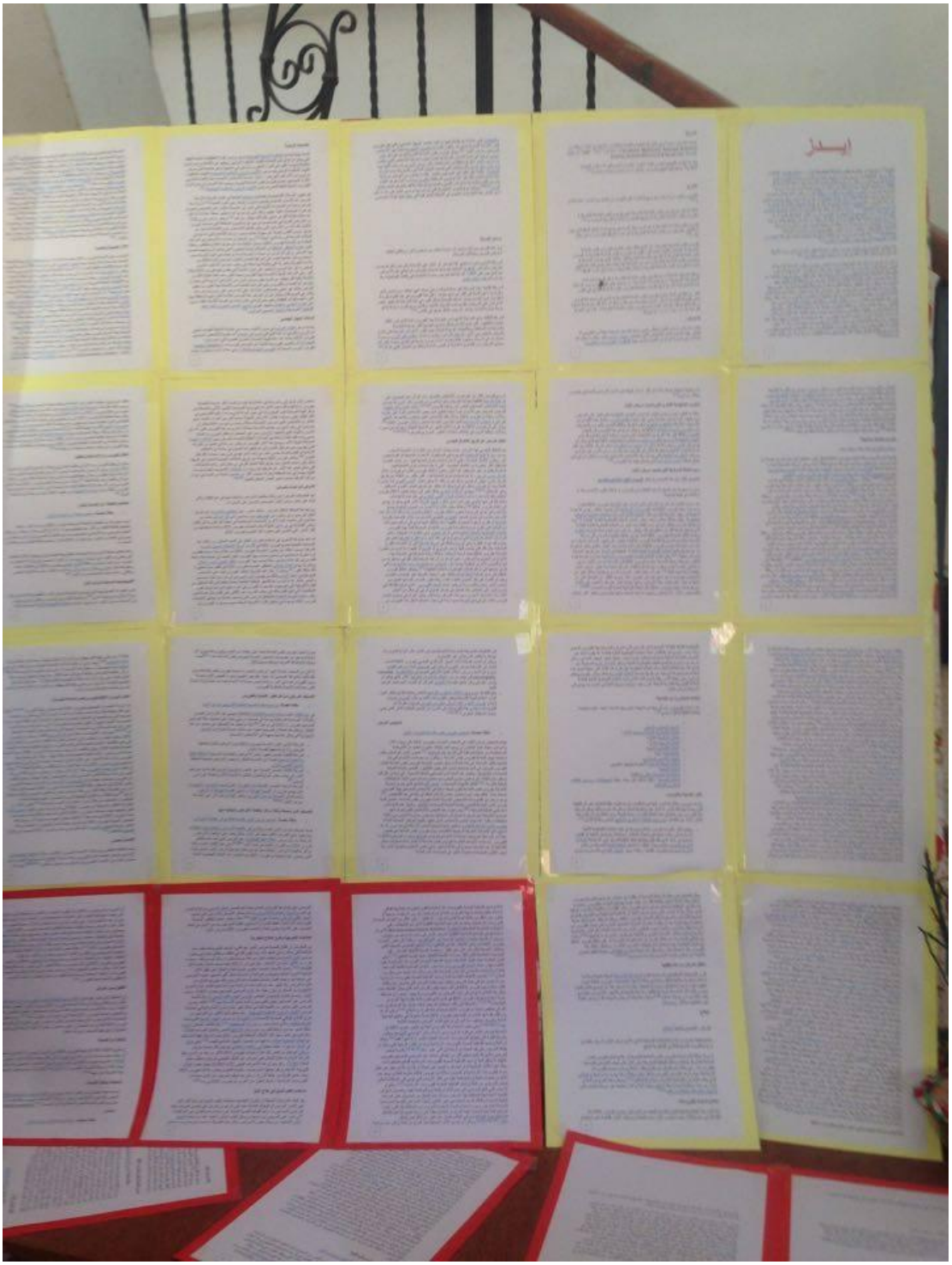


المعرض يُعدّ أفضل نسبيًا من غالبية المعارض الأخرى التي تم الاطلاع عليها، إلا أنه لا يرقى إلى المستوى المطلوب من حيث الشكل والمحتوى؛ إذ يفتقر إلى عنوان واضح، ويُعاني من ضعف في الجاذبية البصرية واللغوية على حد سواء، مما يحول دون تحقيقه للأهداف التوعوية المرجوة".



"لوحظ طغيان الطابع التكراري والتقليدي على البرامج التثقيفية والحملات التوعوية، الأمر الذي أدى إلى عزوف الجمهور عن التفاعل مع محتويات تفتقر إلى التجديد والابتكار. فالأصل في العمل التوعوي أن يكون إبداعيًا، يعكس اجتهاد المثقف الصحي ويُبرز بصمته الخاصة. إلا أن غالبية المعارض المتوفرة اليوم تقوم على مبدأ النسخ واللصق، دون إضفاء لمسة مهنية أو فكرية تميز المشرف على عملية التوعية الصحية**".**

المعرض يحتوي على معلومات خاطئة وغير دقيقة، من بينها الخلط في فهم طبيعة المرض، حيث لم يُوضَّح أن السيدا مرض متنقل عبر سوائل الجسم وليس مرضًا معديًا كما جاء في العنوان، وهو ما ينعكس سلبًا على الرسالة التوعوية ومصداقية المحتوى المعروض"..



يعكس هذا المعرض عرضًا غير منظم للأوراق البحثية، حيث يفتقر إلى التنسيق والوضوح، مما يعيق فعالية التوعية الصحية ويخالف المبادئ العلمية والمنهجية اللازمة لتحقيق الأثر المرجو

ان توعية الصحية ليست مجالاً للاجتهادات، ورغم ذلك فإن أكثر الممارسين لها خليط بين مجتهدين وناسخي تجارب قد لا تتوافق مع معطياتنا، وقد كان لهذه الممارسات الكثير من السلبيات التي تحولت بالمعنى الحقيقي من التوعية الى الترويج السلبي في حالات كثيرة، ولا تكاد تخلو حملة صحية غير مدروسة من العودة بكوارث صحية، خصوصاً إذا كان القائمون عليها الفعليون لا يدركون ان العمل التحسيسي عمل انساني ونبيل قبل كل شيء، له اسس ومعايير علمية، فعليها ان تعمل على تقديم تلك الحملات في قوالب جاذبة وبأفكار مبتكرة لتجذب انتباه المواطنين، وبالتالي تنجح في تحقيق التأثير المطلوب والا سوف ينجم عن مختلف العمليات التوعوية غير المدروس نتائج سلبية تنعكس على صحة الشباب.