

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



عنوان الأطروحة:

مدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من خلال نتائج
المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث L.M.D في علم السكان تخصص ديموغرافيا
اقتصادية واجتماعية

إشراف الأستاذ الدكتور:

محمد صالي

إعداد الطالب:

عزوز العربي

نُوقِشت وأُجيزت علنا بتاريخ: 2023/05/24، أمام لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة الجامعية	الصفة
عمر طعبة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	رئيساً
محمد صالي	أستاذ	جامعة ورقلة	مشرفاً ومقرراً
أحمد شماني	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	عضواً مُمتحناً
خديجة سواكري	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	عضواً مُمتحناً
صلاح الدين عمراوي	أستاذ	جامعة باتنة	عضواً مُمتحناً
عادل بغزة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة باتنة	عضواً مُمتحناً

السنة الجامعية 2023/2022

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم

"لم تظهر الفاحشة في قوم قط ؛ حتى يُعلنوا

بها ؛ إلا فشا فيهم الطاعون والأوجاع التي لم

تكن مَضتة في أسلافهم الذين مضوا"

الراوي : عبدالله بن عمر،

المحدث : الألباني، المصدر : صحيح الجامع

إهداء

إلى من قال الله سبحانه وتعالى فيهم "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه
وبالوالدين إحسانا"، الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما وورقهما موفور

الصحة والعافية

إلى من كانت حافزا ودافعا لي في مواصلة مشواري الدراسي شريكة

حياتي "زوجتي الغالية"

إلى قرتا عيني ابناي العزيزان يحيى وذكرياء

إلى إخوتي عبد الحميد، عبد الكريم، ياسين، مراد وأبنائهم

إلى أخواتي نعيمة، رشيدة، ليلي، وأبنائهم

إلى كل أفراد عائلة زوجتي

إلى كل الأهل والأقارب

إلى كل زملائي طلبة علم السكان والديموغرافيا

إلى كل أصدقائي من المرحلة الابتدائية إلى الجامعة إلى أصدقاء العمل

إلى كل من يعرفني وساندني في عملي هذا

أهدي هذا العمل

شكر وعرفان

أولا وقبل كل شيء، نشكر الله سبحانه وتعالى أن وفقنا لإتمام هذا العمل

المتواضع

أتقدم بخالص وجزيل الشكر للأستاذ المشرف "محمد طالي" الذي لم يبخل

علينا بتوجيهاته ونصائحه القيمة وحرصه الدائم على قراءة المادة العلمية

ومراجعتها وإبداء ملاحظاته القيمة

كما لا أنسى الأستاذ "أحمد شماني" الذي ساعدني كثيرا لإتمام هذا العمل

فله جزيل الشكر والامتنان

كما أتقدم بجزيل الشكر لكل أساتذة قسم علم الاجتماع والديموغرافيا بجامعة

ورقلة وعلى رأسهم الأستاذ "عمر طعبة"

كما لا يفوتني شكر كل أساتذة علم السكان جامعة سطيف 02 وعلى رأسهم

الأستاذة "مريم بودوخة" رحمة الله عليهما

كما أشكر كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد

الفهرس

العام

الفهرس العام

الصفحة	المحتوى
	• الفهرس العام
	• فهرس والجداول والأشكال
أ-ت	• مقّمة
الفصل الأول: الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة	
05	أولا: الإشكالية
09	ثانيا: الفرضيات
11	ثالثا: أسباب اختيار الموضوع
12	رابعا: أهداف الدراسة
12	خامسا: أهمية الدراسة
13	سادسا: تحديد المفاهيم
21	سابعا: الدراسات السابقة
الفصل الثاني: ماهية الثقافة الصحية	
32	• تمهيد
33	أولا: التطور التاريخي لمفهوم الثقافة الصحية
33	- المرحلة الأولى
34	- المرحلة الثانية
36	- المرحلة الثالثة
38	ثانيا: التثقيف الصحي
39	1- أهداف التثقيف الصحي
40	2- مجالات التثقيف الصحي
43	3- مبادئ التثقيف الصحي
45	4- صفات المثقف الصحي
46	ثالثا: الثقافة الصحية و أهداف التنمية المستدامة
46	- الهدف الأول: القضاء على الفقر

46	- الهدف الثاني: القضاء على الجوع
47	- الهدف الرابع: التعليم الجيد
47	- الهدف الثامن: فرص العمل اللائق والنمو الاقتصادي
47	- الهدف التاسع: التصنيع والابتكار والنية التحتية
47	رابعاً: التثقيف الصحي في الطب النبوي
48	1- وسائل التثقيف الصحي من خلال الطب النبوي
49	2- الوقاية في الطب النبوي
49	3- مظاهر الوقاية في الطب النبوي
53	خامساً: الثقافة والتربية الجنسية
55	1- أهداف الثقافة والتربية الجنسية
55	2- الأسس والضوابط الشرعية للتربية الجنسية
57	- خلاصة
الفصل الثالث: السيدا أسبابه، أثاره وطرق معالجته	
59	• تمهيد
60	أولاً: ماهية الإيدز
60	1- التعريف
60	2- الأسباب
61	3- العلامات والأعراض
61	4- طرق الانتقال
62	5- التشخيص
62	6- الأسباب المساعدة على الانتشار
63	ثانياً: آثار السيدا
65	ثالثاً: طرق المكافحة

المعرض العام

66	1- مكافحة السيدا من خلال توصيات منظمة الصحة العالمية
70	2- الإستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي 2016-2030
70	3- مكافحة السيدا من خلال الدين الإسلامي
75	رابعا: التطور الوبائي لمرض السيدا
79	خامسا: فيروس السيدا في العالم
85	- المجموعات السكانية الرئيسية للمصابين بالسيدا
87	- السيدا وكوفيد 19
89	سادسا: السيدا في الجزائر
89	- السيدا في الجزائر بالأرقام
92	• خلاصة
الفصل الرابع: عرض و تحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة	
95	• تمهيد
96	أولا: خصائص مجتمع الدراسة
96	1- الخصائص السكانية
100	2- الخصائص الصحية
105	ثانيا: مصادر جمع المعطيات
105	1- تعريف المسح (MICS4)
105	2- أهداف المسح
106	أ- على المستوى الدولي
106	ب- على المستوى الوطني
106	3- الإطار التنظيمي للمسح
107	4- الاستبيانات
107	5- العينة
114	6- منهج الدراسة
116	ثالثا: عرض و تحليل البيانات
118	المحور الأول: معرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله
129	المحور الثاني: معرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل

المعرض العام

137	المحور الثالث: مواقف النساء اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية
146	المحور الرابع: الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة
156	المحور الخامس: القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة وتلقي النصائح
160	المحور السادس: العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا والقيام بالاختبارات
177	رابعاً: اختبار فرضيات الدراسة
177	1- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على معرفة المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله
181	2- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على معرفة المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل
185	3- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على مواقف وسلوكيات النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة
188	4- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة
191	5- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة
195	6- اختبار تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة
200	خامساً: مناقشة نتائج الدراسة في ظل الدراسات السابقة
202	الخلاصة
205	• خاتمة عامة
	• قائمة المراجع المعتمدة
	• الملخص
الملاحق	
	• قسم الاستثمار الخاص بأسئلة السيدا

فهرس الجداول

والأشكال

فهرس الجداول والأشكال

فهرس الجداول

الصفحة	معاون الجدول	رقم الجدول
الفصل الثالث		
80	إحصائيات عالمية حول السيدا من سنة 2000 إلى غاية 2020	1-3
82	البيانات الإقليمية المرتبطة بداء السيدا لسنة 2020	2-3
91	حالات الإصابة الجديدة بفيروس السيدا في الجزائر بين سنتي 2012 و 2018	3-3
الفصل الرابع		
96	الحركة الطبيعية للسكان	1-4
97	المؤشرات الديموغرافية	2-4
98	تطور البنية السكانية للفئات العريضة من خلال تعدادات 1966، 1977، 1987، 1998، 2008 وديمغرافيا الجزائر لسنة 2019	3-4
101	تطور عدد الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان وعدد السكان لكليهما من سنة 2010 إلى سنة 2017	4-4
103	تعداد الهياكل الصحية في الجزائر لسنتي 2011 و 2017	5-4
110	توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة	6-4
117	توزيع المبحوثين حول سماع المتحدث عن مرض السيدا	7-4
118	توزيع المبحوثين حول إمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب	8-4
120	توزيع المبحوثين حول إمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية	9-4
121	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس SIDA بلدغة حشرة	10-4
122	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس SIDA عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب	11-4
124	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة	12-4
126	مؤشر المعرفة الشاملة بطرق انتقال الفيروس، والمفاهيم الخاطئة حوله	13-4
130	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل	14-4
131	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الولادة	15-4

فهرس الجداول والأشكال

132	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة	16-4
134	مؤشر المعرفة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل	17-4
138	توزيع المبحوثين حول السماح لمعلمة حامله للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة	18-4
139	توزيع المبحوثين حول إمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس	19-4
141	توزيع المبحوثين حول كتمان حالة فرد من العائلة حاملا للفيروس	20-4
142	توزيع المبحوثين حول رعاية فرد من العائلة حامل للفيروس	21-4
144	مؤشر مواقف النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة	22-4
147	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة	23-4
149	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة	24-4
150	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة	25-4
152	توزيع المبحوثين حول تلقي اقتراح القيام باختبار فيروس السيدا	26-4
153	مؤشر الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة	27-4
156	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة	28-4
158	توزيع المبحوثين حول الحصول على نتيجة الاختبارات	29-4
159	توزيع المبحوثين حول تلقي النصائح بعد القيام بالاختبار	30-4
160	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود	31-4
162	توزيع المبحوثين حول الحصول على نتائج الاختبار	32-4
163	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل	33-4
164	توزيع المبحوثين حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا	34-4
165	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار من أجل التأكد من الإصابة بالسيدا	35-4
166	توزيع المبحوثين حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا	36-4

فهرس الجداول والأشكال

167	توزيع المبحوثين حول الاطلاع على نتيجة الاختبار	37-4
169	مؤشر آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا والحصول على نتائج الاختبار	38-4
171	توزيع المبحوثين حول العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا	39-4
173	مؤشر المعرفة بمكان إجراء الاختبار	40-4
178	معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	41-4
179	معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	42-4
180	معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	43-4
182	معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	44-4
183	معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	45-4
184	معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	46-4
186	معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	47-4
186	معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	48-4
187	معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	49-4
189	معالم تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة ، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	50-4
190	معالم تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة ، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	51-4
190	معالم تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة ، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	52-4
192	معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	53-4

فهرس الجداول والأشكال

193	معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	54-4
194	معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	55-4
196	معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة	56-4
196	معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي	57-4
197	معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة	58-4
198	المستوى التعليمي للنساء حسب وسط الإقامة	59-4
199	المستوى المعيشي للنساء حسب وسط الإقامة	60-4

الصفحة	موضوع الشكل	رقم الشكل
الفصل الثالث		
83	التغيير في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة بالسيدا حسب المنطقة والعالم 2010-2020	1-3
87	أرقام وحقائق عن الإيدز في العالم حتى سنة 2019	2-3
الفصل الرابع		
111	توزيع أفراد العينة حسب السن	1-4
111	توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة	2-4
112	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	3-4
113	توزيع أفراد العينة حسب الإقليم الجغرافي	4-4
114	توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة	5-4
117	توزيع المبحوثين حول سماع التحدث عن مرض السيدا	6-4
119	توزيع المبحوثين حول إمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب	7-4
120	توزيع المبحوثين حول إمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA باستعمال واقي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية	8-4
121	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس SIDA بلدغة حشرة	9-4
123	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس SIDA عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب	10-4
124	توزيع المبحوثين حول إمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة	11-4
130	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل	12-4
131	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الولادة	13-4
133	توزيع المبحوثين حول إمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة	14-4
138	توزيع المبحوثين حول السماح لمعلمة حامله للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة	15-4

فهرس الجداول والأشكال

140	توزيع المبحوثين حول إمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس	16-4
141	توزيع المبحوثين حول كتمان حالة فرد من العائلة حاملا للفيروس	17-4
142	توزيع المبحوثين حول رعاية فرد من العائلة حامل للفيروس	18-4
148	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة	19-4
149	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة	20-4
151	توزيع المبحوثين حول تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة	21-4
152	توزيع المبحوثين حول تلقي اقتراح القيام باختبار فيروس السيدا	22-4
157	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة	23-4
158	توزيع المبحوثين حول الحصول على نتيجة الاختبارات	24-4
159	توزيع المبحوثين حول تلقي النصائح بعد الفحص	25-4
161	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود	26-4
162	توزيع المبحوثين حول الحصول على نتائج الاختبار	27-4
163	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل	28-4
164	توزيع المبحوثين حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا	29-4
165	توزيع المبحوثين حول القيام باختبار من أجل التأكد من الإصابة بالسيدا	30-4
166	توزيع المبحوثين حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا	31-4
167	توزيع المبحوثين حول الاطلاع على نتيجة الاختبار	32-4
172	توزيع المبحوثين حول العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا	33-4

مقدمة

مقدمة:

إن الصحة نعمة من أكبر نعم الله عز وجل، إذ يقول الرسول صلى الله عليه وسلم "ما أوتي أحد بعد اليقين خيرا من معافاة"، ونظرا لهذه الأهمية فقد أولتها الدول والحكومات مكانة خاصة، من خلال البرامج الصحية وكذا تخصيصها لميزانيات معتبرة لتشييد المرافق الصحية، كالمستشفيات والعيادات وغيرها من مراكز العلاج، كما خصصت لها وزارة خاصة بها تسهر على التنفيذ الجيد لهذه البرامج، وهذا بالتعاون مع المديریات الفرعية، ويبرز هذا الاهتمام كذلك من خلال إنشاء الهيئات الإقليمية والعالمية ومن أبرزها منظمة الصحة العالمية، وما تحويه من خبرة أطباء وخبراء باحثين في مجال الصحة و المرض.

ولقد تطور مفهوم الصحة فلم يعد يعني مجرد الخلو من المرض، بل صار يعني حسب تعريف منظمة الصحة العالمية بأنه "تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد، وليست غياب المرض، إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني" هذا ما جاء في تعريفها لمفهوم الصحة لعام 1946.

فالبرغم من كل هذا الحرص، وكل هذا الاعتناء، إلا أن مجال الصحة لم يرق إلى المستوى المطلوب، ولم يساير التطور في المجالات الأخرى، حيث رغم المجهودات الجبارة المبذولة في محاربة الأمراض المعدية والقضاء عليها، والمتمثلة في برامج التلقيحات التي ساهمت في القضاء نهائيا على بعض الأمراض المعدية في الدول المتقدمة خاصة، عكس الدول النامية التي لازالت تعاني الأمرين في هذا الجانب، وما أمراض الكوليرا والإيبولا والحصبة وغيرها، التي تقضي على الآلاف كل سنة، إلا دليل على ذلك. أما في الدول المتقدمة فقد شهدت تحولا في نمط الأمراض من المعدية إلى المزمنة، كأمراض القلب والشرابين، السرطان، الربو..... الخ، إضافة إلى الأمراض المتقلبة عن طريق الجنس التي أصبحت تشكل عائقا كبيرا في سبيل التطور والرقي الصحي، ولعل من أخطرها مرض السيدا أو الإيدز، أو ما يعرف بطاعون العصر نتيجة لما

يسببه من مشاكل صحية بليغة الأثر تؤدي عادة إلى الوفاة، هذا رغم المجهودات المبذولة من خلال الأبحاث والدراسات من طرف الخبراء والأطباء في هذا الشأن، ورغم ما خصص من إمكانيات مادية وبشرية، ونظرا لفشل الأدوية ومختلف العلاجات والبرامج الصحية في التصدي لهذا الوباء القاتل، فقد بدأت الدول الغربية تلجأ إلى سياسة التنقيف الصحي للفرد والمجتمع، وذلك بنشر الوعي الصحي من خلال تزويد المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وتحسيسهم بالمسؤولية نحو صحتهم، وصحة غيرهم من المواطنين فتعكس هذه المسؤولية على عاداتهم وسلوكهم، مما يسهم في رفع المستوى الصحي، بخلق الدافع القوي للوقاية أو العلاج عند الضرورة، والواقع أن المعلومة الصحية تهتم بالدرجة الأولى بموضوع اتخاذ الإجراءات الوقائية ضد الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك عدم الوقوع في براثن بعض التصرفات والممارسات التي تؤدي إلى أزمات ومشاكل صحية مثل: التدخين، المخدرات، الغذاء غير الصحي، العلاقات الجنسية غير الشرعية... الخ. ولقد اعتنى ديننا الإسلامي الحنيف بموضوع الثقافة الصحية والوقاية من الأمراض منذ فجر الدعوة الإسلامية من خلال آيات وأحاديث نبوية كثيرة في هذا الجانب، كما حذر من الفواحش وخاصة الجنسية منها وتوعد بالعقوبة الدنيوية التي تصل حد الجلد والرجم لكل من تسول له نفسه الانصياع وراء شهواته ونزواته، إضافة إلى العقوبة في الدار الآخرة درءا ووقاية من مفسدات أخلاقية وصحية جراء هذه الفواحش، إضافة إلى الإسهامات القيمة للعديد من الأطباء والعلماء المسلمين الذين برزوا وألّفوا في هذا المجال، معتمدين على الطب النبوي الذي يعتبر طب وقائي بامتياز كمصدر رئيسي لمؤلفاتهم واجتهاداتهم.

وتأسيسا لما ذكرنا سابقا نحاول من خلال الدراسة الراهنة "مدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من خلال نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012" تشخيص الواقع الفعلي لهذه الظاهرة، واستقصاء محتويات التفكير الثقافي والاجتماعي من تصورات وتمثيلات لواقع هذه الظاهرة، وبعبارة أخرى مختلف العوامل المؤثرة على ذلك، ولتحقيق هذا المسعى فقد قسمنا الدراسة إلى أربعة فصول: ثلاثة منها نظرية وفصل تطبيقي وكانت كالاتي:

الفصل الأول: "الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة" تناولنا فيه إشكالية موضوع الدراسة من خلال طرح التساؤل الرئيسي مع أسئلة فرعية، بعدها وضعنا الفرضيات التي تدور حولها الدراسة، ثم أسباب اختيار الموضوع الذاتية والموضوعية وأهداف الدراسة، ثم تحديد المفاهيم، وأخيرا ختمناه بعنصر الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تحت عنوان "ماهية الثقافة الصحية" تطرقنا فيه للتطور التاريخي لمفهوم الثقافة الصحية، ثم مفهوم التنقيف الصحي، أهدافه، مجالاته، وسائله وأساليبه وعلاقته بأهداف التنمية المستدامة، ثم التنقيف الصحي في الطب النبوي، وأخيرا الثقافة والتربية الجنسية.

الفصل الثالث: "السيدا أسبابه، آثاره والوقاية منه" حاولنا من خلاله الإحاطة بكل ما يتعلق بمرض السيدا من خلال معرفة أسبابه وكذا الآثار التي يخلفها هذا الوباء الخطير، وسبل الوقاية منه، وأخيرا استعرضنا الأرقام والإحصائيات المسجلة في العالم والجزائر.

الفصل الرابع: "عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة" تناولنا فيه خصائص مجتمع الدراسة، المسح موضوع الدراسة وخصائص العينة، المنهج المستخدم، ثم قمنا بتحليل المعطيات المتحصل عليها من المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، والتعليق عليها، ومناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة لاستخلاص النتائج وبالتالي معرفة ثقافة المرأة الجزائرية ووعيها الصحي بخصوص مرض السيدا والعوامل المؤثرة فيها ومن خلالها اقتراح بعض طرق الوقاية منه ولما لا جعل هذه الدراسة بداية لدراسات جادة في هذا المجال الذي يعتبر شحيحا بعض الشيء، ثم خاتمة، وأخيرا المراجع المعتمدة والملاحق.

الفصل الأول
الإطار النظري
والمفاهيمي للدراسة

أولاً: الإشكالية:

عرف الإنسان الأمراض منذ نشأته الأولى، حيث عاش في صراع دائم معها، وهو يحاول في كل مرة إيجاد الدواء المناسب لكل داء أصابه، فاعتمد في البداية على الطبيعة وهذا تأسيا بالحيوانات التي اكتشف من خلالها العديد من الأدوية النافعة خاصة العشبية منها، لكن رغم هذه الاجتهادات ومحاولات الإستطباب فقد أودت الأمراض بحياة الملايين من البشر، ومن الأمراض السائدة في العصور القديمة نجد الأمراض المتوطنة وأمراض نقص التغذية (المجاعات)، وكذا الأمراض الوبائية كالطاعون، الحصبة، الجدري، الكوليرا، الدفتيريا، السل والأنفلونزا. وجميع هذه الأمراض كانت تحصد أرواح الملايين من البشر أغلبهم من الأطفال.

ومع تطور العلم خاصة من الجانب الطبي واكتشاف التطعيم والأمصال والتلقيحات نقصت حدة هذه الأوبئة وتم القضاء على بعضها، وفي المقابل ظهرت أمراض أخرى أكثر خطورة وهي ما يعرف بالأمراض السارية أو المزمنة كأمراض القلب والشرابين، السرطان، السكر، الفشل الكلوي ويسمى هذا التحول الذي طرأ على نوعية الأمراض بالانتقال أو التحول الوبائي ولعل أبرز من تكلم في هذا الشأن هو الطبيب الأمريكي من أصل عربي الدكتور "عمران عبد الرحيم" الذي صاغ نظريته اعتماداً على نظرية التحول الديموغرافي.

لكن ما يلاحظ مؤخراً هو عودة بعض الأمراض المعدية التي تم القضاء عليها في العديد من مناطق العالم للواجهة في دول تجاوزت مرحلة الأمراض المعدية منذ زمن كمرض سارس "SARS"، أنفلونزا الطيور، ولعل من أفكك الأمراض المعدية التي طفت إلى السطح هي الأمراض المنقولة جنسياً، وهذا باعتراف منظمة الصحة العالمية OMS في قرارها بالاجتماع الثامن والعشرين المنعقد في مايو 1975 "إن الأمراض المنقولة جنسياً هي أكثر الأمراض المعدية انتشاراً، والتي تشكل تهديداً خطيراً على الصحة العامة في العالم اليوم وللأسف فإن كثيراً من الدول لم تدرك بعد أبعاد هذه المشكلة"، وهذا رغم التقدم العلمي الباهر والوسائل التكنولوجية

واكتشاف المزيد من وسائل العلاج الحديثة ومعرفة أسرار الأمراض، رغم هذا كله فهذه الأخيرة في ازدياد مخيف.

ومن الأمراض المنقولة جنسيا الشائعة نجد مرض السيلان Gonorrhoea، الزهري Syphilis، الكلاميديا، القرحة الرخوة، ولعل من أحدث الأمراض المنقولة جنسيا وأخطرها والذي ظهر مؤخرا هو مرض الإيدز أو السيدا أو متلازمة العوز المناعي المكتسب، وهي كلها مفاهيم لمعضلة واحدة أصبحت تهدد المجتمعات النامية والمتطورة على حد سواء، ولعل أخطر ما في هذا الداء هو سرعة الانتشار التي يتميز بها، حيث لم تمر سوى أربع سنوات منذ اكتشافه سنة 1981 حتى مس جميع بقاع العالم، وهذا ما جعل من بعض الدارسين في المجال الطبي يطلقون عليه تسمية طاعون العصر، وهو مرض يعمل بمبدأ الكونية والعولمة، خاصة مع تطور المواصلات بين الدول وسهولتها، فهو ينتقل بتتقل الأفراد المصابين به، وهو من الأمراض التي يصعب إعطاء إحصائيات دقيقة بشأنها، سيما من حيث عدد المصابين وهذا حسب اعتراف منظمة الصحة العالمية OMS حيث تؤكد أنه مقابل كل حالة أعلن عنها هناك عدد كبير من حاملي الفيروس غير المعلن عنهم في العالم، وتشير إحصائيات نفس المنظمة أن أرقام عدد المصابين تتراوح بين 37 مليون و38 مليون شخص حامل لهذا الفيروس في العالم إلى غاية أواخر سنة 2020، مع تسجيل أغلبية طفيفة للمصابين من جنس الرجال على حساب النساء ويعود هذا إلى تعاطي المخدرات وكذا العلاقات الجنسية للمثليين، ولم يستثن هذا الفيروس القاتل حتى الأطفال أقل من 15 سنة بـ 02 مليون حامل لهذا الفيروس.

ونظرا لخطورة هذا الداء وسرعة انتشاره أولته منظمة الصحة العالمية الاهتمام البالغ في جانب الوقاية منه ومكافحته، وكذا نشر الوعي الصحي المتعلق به، وهذا من خلال برامجها ومخططاتها، كما أن منظمة الأمم المتحدة جعلت مكافحته من أولوياتها من خلال برامجها وأهدافها الإنمائية، وترتكز أغلب هذه البرامج على التثقيف الصحي ونشر الوعي الصحي من خلال التعريف به وبيان خطورته، وكذا طرق انتشاره التي هي في غالبها نتيجة للتمدن والحرية

وما تبعها من انحلال خلقي عظيم تحت غطاء حقوق الإنسان، والقوانين التي أباحت كل المحظورات خاصة الجنسية منها، إضافة إلى تعاطي المخدرات وخصوصا التعاطي الوريدي عن طريق الإبر، ولا ننس التوسع الكبير في عمليات حقن الدم، والذي لم يكن في السابق محاطا بإجراءات احترازية ووقائية كما عليه الحال اليوم، حيث تعتبر الوقاية هي السبيل الأنجع للقضاء على هذا المرض الفتاك، الذي عادة لا يكتشف إلا في مراحل متقدمة منه، مما يؤدي إلى صعوبة علاجه، وقد أنشأت العديد من الجمعيات العالمية التي أخذت على عاتقها مهمة التعريف بهذا المرض والتحذير من أخطاره والابتعاد عن كل ما يؤدي إليه، وقد استعانت المنظمات والهيئات الدولية وكذا هذه الجمعيات بالتطور الهائل في مجال الإعلام والاتصال من خلال القنوات التلفزيونية وكذا الشبكة العنكبوتية لإيصال كل ما هو جديد بخصوص المرض.

لم تسلم الجزائر كغيرها من بلدان العالم من هذا الداء خاصة في السنوات الأخيرة ومع عودة الأمن والاستقرار الذي أدى إلى انتعاش القطاع السياحي ودخول الأجانب ومنهم حاملين لهذا المرض، والشيء الذي زاد الأمر سوءا هو الهجرة غير الشرعية من طرف الأفارقة النازحين من بلدانهم بسبب الأوضاع المتردية وانعدام أدنى شروط الحياة والنظافة وكذا الممارسات الجنسية دون رقيب، هذا كله أدى إلى انتقال هذا الداء إلى الجزائريين عن طريق الاحتكاك بهم ومخالطتهم، ورغم أن الجزائر لم تدق ناقوس الخطر بعد، إلا أن الإحصائيات تشير إلى أرقام لا يستهان بها، حيث سجلت حوالي 22000 إصابة بهذا الفيروس منذ اكتشافه إلى غاية أواخر سنة 2019 حسب ما كشف عنه مدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا بالجزائر السيد "عادل زدام" لووكالة الأنباء الجزائرية، وهي أرقام لا تعكس الواقع الحقيقي لعدد المصابين، لأنه كما أسلفنا سابقا حسب اعترافات منظمة الصحة العالمية يصعب إعطاء إحصائيات رسمية دقيقة عن عدد المصابين بهذا المرض، هذا في العالم، فما بالك بالجزائر البلد المسلم وما يمثله لنا هذا المرض كمجتمع إسلامي، حيث يعتبر من الطابوهات ومن الأمور التي يمنع الحديث عنها.

ولكي يتسنى لمسؤولي برنامج المسح الوقوف على مدى وعي المرأة بخطورة هذا المرض وكذا وسائل وطرق الوقاية منه، تم إدراج العديد من الأسئلة المتعلقة بهذا الداء ضمن المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012، وهو موضوع بحثنا الذي سنجيب من خلاله عن التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من خلال نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012 ؟

وفي خضم هذه المقاربة الإشكالية ولمحاولة تبسيطها، نعتمد التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في دراية المرأة الجزائرية لطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله؟
- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في دراية المرأة الجزائرية بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل؟
- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في مواقف المرأة الجزائرية اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؟
- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في تلقي المرأة الجزائرية للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة ؟
- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في قيام المرأة الجزائرية باختبار فحص فيروس نقص المناعة والحصول على النتيجة ؟
- هل تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في معرفة المرأة الجزائرية بمواقع اختبار فيروس نقص المناعة البشرية؟

ثانياً: الفرضيات

تكاد لا تخلو الدراسات والأبحاث العلمية من فرضيات تستند عليها في بناء الهيكل التساؤلي للبحث والتي عادة ما يتم استقصاؤها من تساؤلات الإشكالية، وتعد الفرضيات بمثابة إجابات احتمالية مبدئية للتساؤلات البحثية، حيث عُرِّفت بأنها " أفكار مبدئية تدرس العلاقة بين الظواهر قيد الدراسة في البحث والعوامل الموضوعية التي تؤثر فيها، والباحث غير متأكد من صحة فروضه لذا يحاول اختبارها وتجريبها بالبحث العلمي"¹.

وتعرف أيضاً "هي التفسير الأولي، وأصل الكلمة في الانجليزية Hypothesis وهي مكونة من مقطعين Hypo ومعناها شيء أقل من، أو أقل من الأطروحة Thesis، أي أنها جواب افتراضي مبدئي مقترح ومؤقت لتفسير ظاهرة أو واقعة اجتماعية ما، وهي جواب أو تعبير مستمد من تأمل أو دراسة هذه الظاهرة بهدف معرفة أسبابها وترابطها"².

أما موريس أنجرس فعرّفها بأنها " تصريح بتنبؤ بعلاقة بين عنصرين أو أكثر ويتضمن تحقيق امبريقي"³.

وعلى هذا الأساس فقد جاءت فرضيات دراستنا على النحو التالي:

¹ احسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، بيروت، لبنان، 1992، ص 45.

² عبد الغني عماد: منهجية البحث في علم الاجتماع (الإشكاليات، التقنيات، المقاربات)، دار الطليعة، بيروت، لبنان، 2007، ص 33.

³ موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية (تدريبات عملية)، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبه للنشر، الجزائر، 2009، ص 157.

● **الفرضية الأولى:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في دراية المرأة الجزائرية لطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله.

● **الفرضية الثانية:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في دراية المرأة الجزائرية بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل.

● **الفرضية الثالثة:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في مواقف المرأة الجزائرية اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

● **الفرضية الرابعة:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في تلقي المرأة الجزائرية للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة.

● **الفرضية الخامسة:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في قيام المرأة الجزائرية باختبار فحص فيروس نقص المناعة والحصول على النتيجة.

● **الفرضية السادسة:**

تؤثر المتغيرات السوسيوديمغرافية في معرفة المرأة الجزائرية بمواقع اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع:

يعتبر اختيار موضوع البحث من أهم خطوات إجراء البحوث العلمية، حيث يجد الباحث نفسه أمام عدد من الموضوعات المتنوعة، وعليه الاختيار وفق الميل الشخصي المبني على معارف سابقة ولو بشكل بسيط (أسباب ذاتية)، وكذا إمكانية الإفادة في هذا الموضوع من خلال مجتمع البحث (أسباب موضوعية)، ومن بين أسباب اختيارنا لهذا الموضوع ما يلي:

1- الانتشار الواسع لمرض السيدا ورغم ذلك لم يحض بالدراسات السوسيوديمغرافية الكافية التي تسمح بإعطاء نظرة شاملة عليه وبالتالي نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية منه خاصة مع عدم وجود العلاجات واللقاحات التي تحد منه في الفترة الآنية.

2- يعتبر مرض السيدا من الطابوهات التي يمنع الحديث عنها خاصة في المجتمعات الإسلامية والجزائر واحدة منها، حيث أنه يشويه الكثير من الغموض سواء من ناحية الأعراض أو حتى من ناحية الوقاية منه، مما يستلزم على الباحث كسر هذا الطابو والإحاطة ولو ببعض جوانبه الخفية.

3- توفر المعطيات حيث اعتمدنا على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012 (MICS) الخاص بصحة الأم والطفل، والذي أنجز من طرف الديوان الوطني للإحصائيات من خلال دراسة عينة عنقودية كانت تمثيلية مست كل القطر الوطني.

4- الأرقام والإحصائيات المخيفة لعدد الإصابات بمرض السيدا في الجزائر.

5- كثرة الكتب التي تتحدث عن مرض السيدا من الناحية الطبية، وبالمقابل شحها من الناحية الديموغرافية والاجتماعية.

6- قناعتنا بضرورة الاعتماد على الثقافة الصحية ونشر الوعي الصحي، حيث عد ديننا الحنيف حفظ النفس من الضروريات الخمس ومقاصد الشريعة الكبرى، ويتجلى هذا من خلال الآيات

الكرامة والأحاديث النبوية الشريفة التي تدعو إلى ذلك، وهو ما دونه علماءنا الأجلاء في ما يعرف بالطب النبوي، الذي من أهم خصائصه أنه طب وقائي بامتياز.

رابعاً: أهداف الدراسة:

تمتاز الدراسات والأبحاث العلمية بميزة تحديد الأهداف والعمل على تحقيقها، وبناء على هذا فإن دراستنا هذه تروم إلى التعرف على نظرة المرأة الجزائرية بمختلف مستوياتها التعليمية والمعيشية وكذا مناطقها السكنية إلى مرض السيدا وأهدافنا من هذه الدراسة تتمثل فيما يلي:

- 1- محاولة معرفة مدى دراية المرأة الجزائرية بأخطار المرض وكيفية الوقاية منه، وهذا لمختلف المستويات والفئات العمرية، وكذا المناطق السكنية.
- 2- بيان الآثار السلبية والخطيرة التي يمكن أن تنتقل من المرأة إلى أولادها بداعي التهاون والاستهتار في التعامل مع المرض.
- 3- إبراز خطورة المرض على المرأة المصابة وأثاره على الصحة الإنجابية والآثار النفسية التي تنتاب المرأة وهذا حتماً يؤثر على أنماطها الحياتية إذ كثيراً ما يتولد عنها حالات اكتئاب.
- 4- وضع اقتراحات للحد من زيادة معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة.
- 5- الإثراء العلمي من خلال دراستنا الراهنة والمساهمة في تسليط الضوء على جانب من جوانب الموضوع، والمتمثل في المرأة الجزائرية باعتبارها أهم ركيزة للحفاظ على النوع البشري.

خامساً: أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونها تناقش موضوعاً بالغ الخطورة على الصحة البشرية، وما تجدر الإشارة إليه أن هذه الدراسة السوسيوديمغرافية، تسعى إلى إزالة اللبس عن موضوع حساس لم ينل نصيبه من الدراسات من الجانب السوسيوديمغرافي، حيث أن المكتبة شحيحة في هذا المجال خاصة في الجزائر، ومما زاد الأمر خطورة أن مرض السيدا هو بدون علاج حتى يومنا هذا رغم التطور الحاصل في المجال الطبي، مما أضفى على دراستنا أهمية بالغة بما أنها تركز

على الجانب الوقائي من خلال معرفة مدى دراية المرأة الجزائرية بخطورة هذا الداء الذي استعصى حتى على الدول المتقدمة فما بالك ببلدان العالم الثالث وذلك بمحاولة نشر الثقافة الصحية والوعي الصحي لدى المرأة التي تعتبر الركيزة الأساسية في الحفاظ على النسل.

سادسا: تحديد المفاهيم:

1. الثقافة:

1.1 مفهوم الثقافة لغة:

ورد المفهوم اللغوي لمادة (ثقف) في لسان العرب كما يلي: " ثقف الشيء ثقفا وثقافا وثقوفة أي حذقة، رجل ثقف أي حاذق فهم، واتبعوه فقالوا ثقف لفق، ويقال ثقف الشيء وهو سرعة التعلم، وفي حديث الهجرة: وهو غلام ثقف أي ذو فطنة وذكاء والمراد به أنه ثابت المعرفة بما يحتاج إليه¹.

2.1 مفهوم الثقافة اصطلاحا:

اختلفت تعريفات الثقافة من عالم لآخر حسب تخصصاتهم واتجاهاتهم، فقد ورد تعريفها في قاموس عصر العولمة على أنها "البيئة التي يحي فيها الإنسان والتي تنتقل من جيل لآخر، تتضمن الأنماط الظاهرة والباطنة من السلوك المكتسب عن طريق الرموز، وتتكون ثقافة أي مجتمع من إيديولوجياته وأفكاره ومعتقداته ودياناته ولغاته وفنونه وقيمه وعاداته وتقاليده وقوانينه وسلوكيات أفرادها، وغير ذلك من وسائل حياته ونشاطه وأفكاره"².

¹ جمال الدين محمد بن منظور: لسان العرب، مادة "ثقف"، ضبط نصه خالد رشيد القاضي، دار الأبحاث، الجزء الثاني الجزائر ط1، 2008، ص 101-

102.

² إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي: معجم عصر العولمة، دار الثقافة للنشر، مصر، 2004، ص 67.

ولعل أشمل تعريف لها هو تعريف تايلور Taylor الذي عرفها بأنها " ذلك الكل المركب الذي يشمل على المعرفة والفن والأخلاق والقانون وغيرها من القدرات والعادات والإمكانات المادية وغير المادية التي يحصل عليها الفرد باعتباره عضوا في المجتمع"¹.

ويعرفها رالف لينتون Linton Ralph بأنها "كل مركب يشتمل على ما صنعه يد الإنسان وعلى المعتقدات والفنون والعادات التي يكتسبها بوصفه عضوا في الجماعة، وكل ما ينتجه الإنسان العادي من الأشياء التي تقرها العادات. وتعتبر الثقافة حصيلة الاستجابات التكيفية للإنسان المتمثلة في الأفكار المتعلقة بالسلوك وأنماطه التي يتخذها الأفراد والجماعات لتلبية حاجاتهم الحياتية وتحقيق أهدافهم"².

مفهوم الثقافة إجرائيا:

من الصعب تحديد مفهوم دقيق للثقافة حيث تعدت تعريفاتها 160 تعريفا وهي تختلف من مجتمع لآخر، ومن تخصص لآخر، ومن عالم لآخر. لكن يمكن تعريفها بأنها ذلك الكل المتكامل والمترايب من الدين واللغة والأخلاق والعادات والتقاليد إلى غير ذلك من خصائص كل مجتمع.

2. الصحة:

1.2 مفهوم الصحة لغة:

الصح والصحة قوله (الصح والصحة) قال شارح القاموس (لسان العرب)، قد وردت مصادر على فعل بالضم، وفعله بالكسر، في ألفاظ هذا منها، وكالقل والقلة والذل والذلة) والصحاح، خلاف السقم وذهاب المرض. وقد صح فلان من علته واستصح، قال الأعشى:

أم كما قالوا سقيم فلئن خص الاستقام عنه واستصح

¹(Edward Burmelt Tylor, Primitive culture , Researches into the development of Mythology, Edition 2 New York Brentano's 1924.P 01.

²فائز محمد الحديدي: ثقافة تربية (التربية مبادئ و أصول)، دار أسامة للنشر، عمان، 2007، ص 157.

يقول: لئن نفّض الأسقام التي به وبرأ منها وصح، ليعيدن لمعد عطفها أي كرها وأخذها المنح وفي الحديث: الصوم مصحة، ومصحة بفتح الصاد وكسرها والفتح أعلى، أي يصح عليه، وهو مفعلة من الصحة والعافية. وهو كقوله في الحديث الآخر: صوموا تصحوا¹.

2.2 مفهوم الصحة اصطلاحاً:

لعل من أبرز تعريفاتها تعريف الطبيب الفرنسي كلود برنار رائد الطب التجريبي في بداية القرن العشرين "تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه"².

أما منظمة الصحة العالمية (WHO) فتعرفها في مقدمة دستورها لعام 1946 على أنها "تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة"³ إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني. ويعرفها الأستاذ يوسف خياط في معجمه للمصطلحات العلمية والفنية فيقول "إن علم الصحة هو حفظ الصحة وخصوصاً مكافحة الضرر من مؤثرات البيئة التي يعيش فيها الإنسان والحيوان"

تعرف كذلك بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعاده واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير، ويتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم⁴.

وتعرف أيضاً بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات وتشمل العديد من المجالات والميادين"⁵.

¹ جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم: لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج 28، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1981، ص 2401.

² La sante et la maladie concepts, determinants et – UNFPA Tunisie, P 2 WWW.unfpa – Tunisie .org

³ نورالدين حاروش: الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012، ص 35.

⁴ قنذلي رمضان: الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، (الجزائر)، العدد 6 جانفي 2012، ص 21.

⁵ سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان: الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004، ص 23.

3.2 التعريف الإجرائي للصحة:

مصطلح الصحة من المفاهيم الشائكة والمعقدة والتي لم يعطى لها تعريفا ثابتا، بل تطور مفهومها تدريجيا، حيث عرفت أولا بضد المرض الذي هو إصابة عضو من جسم الإنسان بخلل ما يمنعه من تأدية وظائفه الحيوية بالكلية أو جزئيا ، ثم تطور تعريفها حيث أصبح لا يعني عكس المرض فقط بل تعدها إلى السلامة الكاملة النفسية، العقلية، البدنية وحتى الاجتماعية، أي حالة من الرفاه.

1.3 الثقافة الصحية:

تعرف بأنها "عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية الصحيحة"¹.

كما عرفت أيضا "هي الاعتماد على النفس والمشاركة الفعالة من قبل المجتمع والناس أنفسهم في تحديد احتياجاتهم ومشاكلهم ومطالبهم الصحية وإيجاد الحلول المناسبة ضمن الإمكانيات المتوفرة، ولهذا فإن المجتمعات ليس من حقها فقط أن تسهم أفرادا وجماعات في تخطيط وتنفيذ وتنظيم شؤونها الصحية الخاصة بها، بل من واجبها أيضا أن تفعل ذلك. إن تحقيق هذه الأهداف يستدعي وجود إيمان وقناعة على مستوى المجتمع"².

2.3 التعريف الإجرائي للثقافة الصحية:

هي مختلف السلوكيات الإيجابية التي يمتلكها الفرد والمجتمع، والتي من خلالها يتمكن الفرد من تقادي الكثير من المشاكل والأزمات الصحية نظرا لمعرفته لسبل الوقاية منها، والتعايش معها باللجوء إلى النظام الغذائي الصحي، أو الرياضة البدنية إلى غيرها من الأساليب الصحية التي تقلل من اللجوء إلى العيادات والمصحات الطبية.

¹ أحمد محمد بدح و آخرون: الثقافة الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، 2015، ص 06.

² محمد بشير شريم: الثقافة الصحية، مكتبة الأسرة الأردنية (مهرجان القراءة للجميع، وزارة الثقافة، عمان الأردن، 2012، ص06.

4- تعريف المرأة:

1.4 لغة: مشتقة من الفعل "مرأ" ومصدرها المروءة، وتعني كمال الرجولة والإنسانية، ومن هنا كان المرء هو الإنسان، فالفكر العربي الذي أبدع اللغة العربية لم يميز بين شقي الإنسانية، إلا في الصفات التشريحية التي فرقت احدهما عن الآخر لتتابع الخلق، بل إن هذا الفكر نفسه أنت كلمة رجل فأطلق على المرأة اسم "رجلة"¹.

ولقد أكد العرب المحدثون هذا المعنى حيث قيل أن أول مثل قالته العرب هو (المرأة من المرأ وكل أدماء من آدم)، وليس لكلمة مرأة جمع في اللغة العربية، لذا استخدم العرب لفظة أخرى هي في أصلها صفة خاصة بالمرأة دون الرجل وهي لفظة (نساء، نسوة) وهي جمع نسيء، ونسوء، وهي المرأة الحامل أو المرجو حملها.

2.4 اصطلاحاً: يرى حسين عبد الحميد رشوان أن المرأة هي ذلك النوع الثاني للجنس الإنساني، وهي تشترك مع الرجل في خصائص مشتركة بينهما، فهما يكملان بعضهما البعض، فالمرأة هي نصف المجتمع فهي الزوجة، والأم، والبنت.... إلخ².

5- تعريف المرض:

1.5 لغة: السقم وهو نقيض الصحة، يقال مرض فلان مرضاً ومرضاً فهو مريض ومرضى ومريض، ويقال أتيت فلانا فأمرضته أي وجدته مريضاً، والتماريض أن يرى من نفسه المرض وليس به³.

والمرض كل شيء خرج بالإنسان عن حد الصحة⁴.

¹ حسين عبد الحميد أحمد رشوان: علم اجتماع المرأة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 312.

² حسين عبد الحميد أحمد رشوان: مرجع سابق، ص 313.

³ ابن منظور: لسان العرب، مادة مرض، ج7، دار المعارف، ص 231.

⁴ أحمد بن فارس بن زكرياء أبو الحسن: معجم مقاييس اللغة، ج5، دار الفكر، ص 311.

2.5 اصطلاحاً: هو ضعف في القوى يترتب عليه خلل في الأفعال¹.

وعبر عنه ابن أمير الحاج بأنه هيئة غير طبيعية في بدن الإنسان تكون بسببها الأفعال الطبيعية والنفسانية والحيوانية غير سليمة².

وعرفه صاحب كتاب الصحة العامة بأنه مجموعة من انعكاسات ناجمة عن اضطراب الجسم، أو أحد أجزائه محدثاً بذلك خللاً في التوازن الوظيفي للجسم³.

ويعرف أيضاً بأنه الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة وإنما حالة حركة متطورة تطوراً غير طبيعي في جسم الإنسان، وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائماً بنتيجة قد تكون إما الشفاء التام أو الوفاة، أو تقف في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة⁴.

6- تعريف السيدا أو الإيدز: هو مرض يسببه فيروس يقوم بتدمير خلايا الجهاز المناعي للإنسان والمسؤولة عن الدفاع عن الجسم بالتالي يفقد الإنسان قدرته على مقاومة الجراثيم المعدية والسرطانات، فيصاب بالعديد من العلل التي تؤدي بحياته، سمي هذا المرض الإيدز (AIDS) اختصاراً للاسم الانجليزي deficiency syndromes Acquired immunity الذي يعني متلازمة نقص المناعة المكتسب، ويقصد بالمتلازمة: مجموعة من الأمراض التي تظهر مترافقة أو متتالية مع بعضها البعض وكلمة مكتسبة تعني أن المرض ليس وراثياً بل اكتسابه من البيئة المحيطة⁵.

ويقول عبد الحميد القضاة والإيدز هذا يتلف جهاز المناعة فيصبح جسم الإنسان المريض مستباحاً للجراثيم الانتهازية، تنهشه من كل جانب، فلا يعرف من أين يشكو ولا مما يشكو، ويأتيه الموت

¹ المناوي عبد الرؤوف: التوقيف على مهمات التعريف، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط1، 1990، ص 649.

² ابن أمير الحاج، محمد بن محمد بن حسن: التقرير والتجبير في أصول الفقه، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، 1999، ص 450.

³ الجبالي حمزة: الصحة العامة، دار أسامة للنشر، عمان، ط1، 2006، ص 5.

⁴ مأمون سلامة: قانون العقوبات، القسم الخاص، ج2، دار الفكر العربي، 1983، ص 128.

⁵ خالد أحمد الطراونة، مؤيد مهدي عبود: خصائص فيروس الإيدز وانتشاره، 1999، ص 15.

من كل مكان. والنتيجة تلف في كل جهاز، وجسم منهك، ونفسية منهارة وجراثيم بالمليارات تسرح وتمرح وتعيث فسادا وهدما في المريض، وبالتالي هلاك محقق¹.

يعرف أيضا على أنه عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية والتي يدل ظهورها على أن المصاب يعاني من فقدان المناعة، وبما أن فقدان المناعة قد يكون وراثيا، فقد أضيفت لفظة المكتسب للتدليل على الفرق بينها، ومن المعروف أن المناعة تنخفض أيضا لدى المصابين ببعض أنواع السرطان، وأولئك الذين يتلقون علاجا كيميائيا للأورام الخبيثة، أو أولئك الذين يتلقون علاجا لخفض المناعة عند نقل الأعضاء، وهذه المجموعات كلها لا تدخل في تعريف مرض السيدا (مرض فقدان المناعة المكتسب)، إذ لا بد أن يكون فقدان المناعة قد حدث بدون سبب طبي (أي بدون تعاطي عقاقير)، وليس المصاب ممن يعانون من نقص وراثيا.

ويؤدي نقص المناعة المكتسب إلى انتشار الميكروبات من الفيروسات والبكتيريا، بالإضافة إلى الطفيليات والفطريات في جسم المصاب، والتي تعرف باسم الأخماج الانتهازية Opportunistic Infections كما يحدث أيضا انتشار لورم خبيث يدعى (ساركوما) كابوسي².KaposiSarcoma

¹القضاة عبد الحميد: الإيدز حقائق وأرقام، دائرة المكتبة الوطنية، الأردن، ط2، 2000، ص 05.

²محمد علي البار: الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها، دار المنارة، جدة، ط2، 1987، ص 133.

مراحل العدوى و أعراض مرض الإيدز:

هناك عدة مراحل للعدوى و يمكن تلخيصها كما يلي¹:

المرحلة الأولى	فترة الحضانة من 3 إلى 4 أسابيع	حمى، التهاب في الغدة الليمفاوية والحنجرة والبلعوم، آلام عضلية، تعب وصداع.
المرحلة الثانية	من 6 شهور إلى 15 سنة	يتكاثر الفيروس داخل جسم المصاب ويبدأ في إضعاف مناعة الجسم تدريجياً.
المرحلة الثالثة	من سنة إلى سنتين	الحمى، نقص الوزن 10% أو أكثر من وزن الجسم، إسهال مزمن، السل، الأورام الخبيثة، اعتلال الجهاز العصبي.

6- المسح بالعينة: يجرى أحيانا مسح يسمى مسحا بالعينة Sample survey للحصول على معلومات عن الناس وصحتهم وعن أسلوب معيشتهم ومللهم، وليس من الممكن عادة زيارة أو فحص كل شخص لأن ذلك من شأنه أن يستغرق وقتاً أطول مما ينبغي، ويكلف كثيراً، أو لأنه لا يوجد مساعدون بالعدد الكافي للقيام بهذا العمل، وبدلاً من ذلك يتم اختيار عينة من الأشخاص أو المنازل، ويقتصر عليهم الفحص².

التثقيف الصحي:

يعرفه الكيلاني بأنه "عملية تربية تتكون من إعطاء معلومات صحيحة مؤثرة لفرد أو مجموعة من الأفراد، تحظى بالقبول والإقناع وتنعكس على العادات والسلوك. فتسهم في رفع المستوى الصحي بخلق الدافع القوي للوقاية أو العلاج عند الضرورة باستخدام أساليب تثقيفية مناسبة"³.

¹ منظمة الصحة العالمية، 2011: www.who.int تاريخ الإطلاع: 2020/03/15.

² ولوتز: المسوحات الصحية في المجتمعات المحلية دليل عملي للعاملين الصحيين، منظمة الصحة العالمية ص 13. من الموقع:

https://apps.who.int/iris/handle 2020/03/10 تاريخ الإطلاع: 2020/03/10.

³ نجيب الكيلاني: التثقيف الصحي للطلاب و أفراد المجتمع، الصحة للنشر و التوزيع، 2013، ص 05.

سابعاً: الدراسات السابقة

قبل الخوض في دراستنا لآبد من الاطلاع على الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع مرض السيدا وتناولته من زوايا مختلفة، منها الجانب العلمي الطبي ومنها الجانب النفسي والاجتماعي.... الخ، وقد تنوعت هذه الدراسات بين الوطنية والأجنبية، بين مقالات ورسائل ماجستير وأطروحات دكتوراه، ونركز في دراستنا هاته على استعراض مجموعة من الدراسات التي تمت الاستفادة منها خاصة تلك المتعلقة بجانب الثقافة الصحية والوعي الصحي اتجاه مرض السيدا إضافة إلى تلك التي تدرس الآثار النفسية والاجتماعية لمرض السيدا التي هي كذلك جزء من دراستنا، وسنحاول تقديم تعاليق عليها تتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية، ونشير هنا أن هاته الدراسات كانت في الفترة ما بين 2003 و2019 وقد شملت جملة من الأقطار والأمصار مما يجعلها متنوعة الزمان والمكان.

1-الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: دراسة فاطمة عبد الرزاق، الجامعة الأردنية رسالة ماجستير سنة 2003 بعنوان: **خصائص مرضى الايدز واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية -دراسة على المصابين بالايدز في الأردن وأسرهـم-**. وتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الإيدز الذين يراجعون عيادة الإيدز(مركز الخط الساخن والإرشاد). وهدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية لمرضى الايدز وأسرهـم في الأردن، ومن ثمة العمل على تحديد احتياجاتهم النفسية والاجتماعية وهذا بتصميم نموذج عمل اجتماعي لمساندتهم وأسرهـم، وخلصت الدراسة إلى أن أغلب المبحوثين من المرضى ينتمون إلى فئة الشباب بمتوسط عمر 36 سنة وهي الفئة الأكثر تعرضاً للمرض عالمياً، نظراً لنشاطها الجنسي المتزايد، وأغلبهم كان عاملاً لكن بمتوسط دخل شهري متدن، وكان معظم المبحوثين يعرفون طرق انتقال المرض وهم على استعداد للمشاركة في حملات توعوية تثقيفية شرط أن لا تكون منقولة عبر وسائل الإعلام، كما أكد أغلبيتهم أن إصابتهم كانت منعرجاً حاسماً في حياتهم نحو المجهول ونحو العزلة، كما خرجت الدراسة بجملة

من التوصيات للتخفيف من معاناة هؤلاء المرضى، وذلك بالإكثار من الندوات والبرامج التثقيفية حول السيدا ومن أجل إدماج هؤلاء المرضى داخل المجتمع أوصت الدراسة بإنشاء النوادي والجمعيات الخيرية المهمة بهذا الشأن، وإضافة مادة التربية الجنسية إلى المناهج التعليمية، وإجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال خاصة ما تعلق منها بالوقاية والتثقيف الصحي.

الدراسة الثانية: دراسة نجات عيسى علي أبو الحسن، جامعة أم درمان الإسلامية، أطروحة دكتوراه مقدمة سنة 2007، تحت عنوان: **فاعلية برنامج إرشادي مقترح في وقاية طالبات المرحلة الثانوية من مرض الايدز -دراسة ميدانية بمدينة جدة، المملكة السعودية-**. وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى دراية الطالبات بمرض الايدز ومن خلالها القيام بتصميم برنامج إرشادي ووقائي لطالبات المرحلة الثانوية من مرض الايدز وتجريب هذا البرنامج لمعرفة مدى فعاليته ونجاعته وتوصلت الدراسة إلى إثبات جميع فرضيات الدراسة حيث أن معلومات طالبات المرحلة الثانوية كانت تتسم بالخطأ والقصور اتجاه مرض الايدز، لكن مع تطبيق البرنامج الإرشادي تم تصويب الكثير من المعلومات مما أدى إلى اكتساب معارف جديدة اتجاه المرض، خاصة ما تعلق منها بطرق انتقال العدوى وسبل الوقاية منه كما استطاعوا إدراك كفايات التعامل مع مريض الايدز وتقديم الرعاية له إن استلزم الأمر. وكغيرها من الدراسات لم تخلو هاته الدراسة من توصيات في ضوء النتائج المتحصل عليها وكانت كالآتي:

- ضرورة إضافة مواضيع الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا وكذا التربية الجنسية ضمن المناهج الدراسية بشكل مبسط وفي المتناول.

- إنشاء مراكز التوجيه والإرشاد النفسي داخل المؤسسات التعليمية التي من مهمتها تبصير الطلبة وتصحيح مفاهيمهم.

- تضافر الجهود لكل الأطراف الفاعلة وعلى رأسها وزارة التربية والتعليم، ووزارة الإعلام وجمعيات المجتمع المدني.

- إدماج مريض الايدز داخل المجتمع ومحاربة وصمة العار المرتبطة به برفع شعار "تحارب الايدز ولا نحارب مريض الايدز".

الدراسة الثالثة: دراسة الدكتور جهاد كاظم العكيلي، جامعة بغداد، مقال منشور بمجلة الباحث الاعلامي سنة 2015، بعنوان: **الوعي الصحي عبر وسائل الاتصال -دراسة لقياس الوعي الصحي لدى طلبة جامعة بغداد بشأن مرض الايدز-**، حيث قام الباحث بدراسة على طلبة جامعة بغداد اختار منهم عينة متكونة من 400 طالب موزع عبر 4 كليات منها 2 إنسانية و 2 علمية وقد كانت دراسة تهدف إلى معرفة الوعي الصحي لدى الطلبة بخصوص مرض الايدز وما مدى استفادة هؤلاء الطلبة من وسائل الاتصال المختلفة في حصولهم على معلومات صحية اتجاه مرض الايدز ومعرفة أيها أكثر تأثيراً على الوعي الصحي للطلبة مع إجراء مقارنة بين الجنسين، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يأتي التلغاف في المرتبة الأولى من حيث وسائل الاتصال التي تقيد الطلبة فيما يخص الوعي الصحي اتجاه مرض الايدز، ثم الانترنت ثم الاتصال المباشر مع الأهل.

- بالرغم من أن عينة الدراسة كانت من فئة الطلبة، إلا أن النتائج أظهرت نقص في الوعي اتجاه مرض الايدز فيما يخص طرق انتقاله وكذا مختلف الأعراض المرتبطة به.

- أما فيما يخص الفيروس المسبب للمرض فقد كانت هذه المعلومة معروفة لدى عينة الطلبة.

- نفس الشيء ينطبق على الفئة الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس، فان فئة معتبرة من الطلبة يدركون بأن فئة الشباب هي المعنية نظراً لنشاطهم الجنسي في هاته المرحلة.

ومن خلال كل هاته النتائج توصل الباحث إلى أن الوعي الصحي لدى الطلبة اتجاه مرض الايدز متوسط لكلا الجنسين، وأوصى الباحث في الأخير بضرورة إسهام جميع الفاعلين في تكثيف برامجهم الصحية بخصوص مرض الايدز، وهذا عبر وسائل الإعلام المختلفة وخاصة التلغاف الذي لازال يحتل المرتبة الأولى من حيث المتابعة.

الدراسة الرابعة: دراسة عثمان البدوي علي، وياسر جبريل معاذ، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا مقال بمجلة العلوم التربوية سنة 2017، بعنوان: **الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالإيدز وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية**. مست هاته الدراسة عينة من 50 فردا من مرضى الايدز من الجنسين بمركز الإرشاد النفسي العلاجي بمستشفى أم درمان التعليمي، وتهدف الدراسة إلى التعرف على الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالإيدز لدى المرضى، ومحاولة معرفة تأثير المحددات الديموغرافية المتمثلة في السن، الجنس والحالة الاجتماعية على هاته الأعراض، ولقد خلصت الدراسة إلى انه لا توجد فروق في الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للإيدز مرتبطة بعامل السن والحالة الاجتماعية، عكس ذلك هنالك فروق مرتبطة بمحدد الجنس كما خلصت الدراسة أيضا إلى أن مركز الإرشاد النفسي يلعب دورا كبيرا في تقليل الأعراض النفسية والاجتماعية، كذلك توصلت الدراسة إلى أن المتزوجين هم أقل ضررا من الناحية النفسية نظرا لوجود الشريك والسند، بعكس العازب الذي يجد نفسه وحيدا، كما تقف إصابته حجر عثرة في محاولة إيجاد شريك يرتبط به. ومن خلال النتائج صيغت مجموعة من التوصيات نلخصها في الآتي:

- محاربة التمييز والوصمة التي تلازم مرض الايدز، بنشر ثقافة الوعي الصحي ومحاولة إدماجهم في المجتمع.

- الاهتمام أكثر بالجانب النفسي الذي يساعد كثيرا في فعالية العلاج ونجاعته.

- إدراج كل ما له علاقة بمرض الايدز وما يتعرض له المصابين به ضمن المناهج الدراسية.

- سن القوانين واللوائح التي تساعد المرضى على الخروج من توقعهم والاندماج في المجتمع .

الدراسة الخامسة: دراسة د.أماني أحمد حسن علي، جامعة البحر الأحمر، كلية التربية، قسم الجغرافيا، مقال منشور بمجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث سنة 2019 تحت عنوان: **المعرفة والمواقف والسلوكيات تجاه مرض الايدز في محلية سواكن**. تمثل مجتمع الدراسة في ساكنة

محلية سواكن، اختيرت منه عينة عشوائية وكانت الدراسة تهدف إلى توضيح دور علم الجغرافيا في فهم مشكلة مرض الايدز، وبالتالي إعطاء حلول ناجعة تساهم في فك شيفرة هذا المرض وذلك بالتحقق من العوامل الجغرافية المساهمة في انتشاره والعمل على قياس مستوى المعرفة بالمرض وبعض السلوكيات المتعلقة به. وخلصت الدراسة إلى أن الوضع الاقتصادي والمعيشي لأفراد العينة، ساهم في انتشار مرض الايدز إضافة إلى بعض السلوكيات والممارسات الخاطئة التي زادت من تعقيد الوضع، وتعود هاته الممارسات إلى انخفاض المعرفة بالجوانب المرضية للوباء خاصة فيما يتعلق بطرق انتقاله وكيفية التعامل مع المرض والمريض. ومن خلال هاته النتائج تم اقتراح عدة توصيات تتعلق خاصة بالعمل على نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع خصوصا في الريف، وتفعيل دور الأسرة باعتبارها اللبنة الأساسية في بناء المجتمع وهذا بتمكينها من برامج التوعية الكافية، كما أن على الدولة محاربة التمييز والوصمة التي تلاحق مرض الايدز وسن قوانين تحميهم خاصة في ميدان عملهم .

2- الدراسات الوطنية:

الدراسة الأولى: دراسة محمد صالي، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة وهران، رسالة ماجستير مناقشة سنة 2009-2010، بعنوان: **الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا، دراسة ميدانية لطلبة جامعة وهران**، تمثل مجتمع الدراسة في طلبة جامعة وهران، اختيرت منها عينة تجريبية من 500 طالب موزعة بين الجنسين بالتساوي، وشملت الطلبة المقيمين بالأحياء الجامعية، وكذا الطلبة الخارجيين، وهدفت الدراسة إلى:

- تقييم معرفة ومعلومات الطلبة التي تعتبر شريحة مهمة في المجتمع، خاصة وأن أعمارهم تقع ضمن الفئة الأكثر عرضة للأمراض المنقولة جنسيا والسيدا بصفة عامة.
 - معرفة مدى إدراك الطلبة للمخاطر الناتجة عن الأمراض المنقولة جنسيا.
- وخلصت الدراسة في الأخير إلى أنه وعلى الرغم من أن الطلبة يعيشون في عصر العولمة والمعلوماتية، ولديهم ما يمكنهم من اكتساب المعارف في جميع المجالات، لا تزال معارفهم

ومعلوماتهم اتجاه الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا يشوبها الكثير من النقص والقصور، خاصة ما يتعلق بطرق انتقالها، وكذا سبل الوقاية، إضافة إلى المخاطر الناتجة عنها، فإذا كان هذا حال النخبة والفئة المثقفة ! فكيف بباقي فئات المجتمع الأخرى؟ ولتدارك هذا الوضع خرجت الدراسة بعدة توصيات من أهمها:

- نشر الوعي الصحي داخل الإقامات الجامعية والمعاهد البيداغوجية، ودور الثقافة، والمكتبات العامة، بالتنسيق مع مختلف الأطراف الفاعلة.
- رفع شعار "الشباب لتوعية الشباب" وتفعيله، وهذا بتكوين وتنقيف مجموعة من الشباب، وهم بدورهم ينقلون هاته المعلومات للأصدقاء سواء في الجامعة أو مختلف الأماكن العامة الأخرى خاصة النوادي الرياضية والثقافية، وتكون أكثر نجاعة لأن الشباب أدرى بمشاكلهم وظروفهم من غيرهم، وقد تبنت هاته الإستراتيجية عدة بلدان وكانت النتائج ايجابية.
- الاعتماد على تثقيف الأسرة، وخاصة الوالدان اللذان يعتبران قدوة لباقي الأفراد.
- تعزيز القدرات والكفاءات في مجال الصحة والطب الوقائي داخل الإقامات الجامعية والمعاهد البيداغوجية.
- إنشاء مراكز الدعم النفسي داخل الإقامات الجامعية.
- استغلال اليوم العالمي للسيدا المصادف للفتح من ديسمبر من كل سنة، للقيام ببرامج تثقيفية توعوية موجهة خصيصا لهاته الشريحة.
- استغلال وسائل الإعلام، خاصة في ظل إقبال الطلبة الكبير عليها، خاصة وسائل التواصل الاجتماعي.

الدراسة الثانية: عميرة جويده، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 02، مقال منشور بمجلة دراسات اجتماعية، سنة 2012 تحت عنوان: **السيدا أو فيروس نقص المناعة المكتسب مرض العصر وكيفية مكافحته.** وهي دراسة نظرية تطرقت من خلالها الباحثة إلى محاولة الإحاطة بمرض السيدا من حيث تعريفه، الأعراض المرتبطة به، طرق انتقاله، كما تخلت دراستها مجموعة من الإحصائيات والأرقام العالمية والوطنية إلى غاية سنة 2009، أشارت من خلالها إلى مدى

خطورته، خاصة وأنه يؤثر سلبا على جميع مناحي الحياة، الصحية، النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية، وأعطت في الأخير مجموعة من التوجيهات والإرشادات تعتبر في نظرها كأهم سبل الوقاية منه، ولعل من أهمها نشر الثقافة والوعي الصحي فيما يتعلق بالمرض، إضافة إلى جملة من التوجيهات الأخرى، وحسب الدراسة دائما، فإنه وبفضل التوعية والتثقيف الصحي فقد تراجعت حدة المرض في الدول المصنعة، وعلى النقيض من ذلك، لا تزال الدول النامية التي يسودها (الجهل، الفقر، والمرض) تعاني الويلات.

الدراسة الثالثة: خاوص مليكة، جامعة الجزائر 02، مقال منشور بمجلة دراسات اجتماعية، سنة 2013 تحت عنوان: **السيدا وإشكالية الاندماج الاجتماعي لفئة المتعاشين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في المجتمع الجزائري**.. وهي دراسة نظرية حاولت من خلالها الباحثة تسليط الضوء على حجم المشكلة بعرض جملة من الإحصائيات والأرقام على المستوى الدولي والوطني، مركزة على العوامل والأسباب الاجتماعية التي أدت إلى تفاقم الوضع وزيادة انتشار الداء، ومنها العامل الاقتصادي والاجتماعي، الهجرة، والعامل الثقافي، كما أكدت على الدور الكبير الذي تضطلع به الأسرة في مواجهة هذا الداء، وطرحت جملة من الأساليب المتخذة لمواجهة المرض، سيما في ضوء شريعتنا الإسلامية ونظرتها لمثل هاته الأمراض، وخلصت في الأخير إلى أن السيدا وبالرغم من كل ما حظي به من اهتمامات دولية ومحلية، يبقى هاجسا يؤرق الحكومات والدول بسبب ما يخلفه من مشكلات أخرى منجزة عنه تتعدى الجانب الصحي، لتصل إلى الجانب النفسي، الاجتماعي، وكذا الاقتصادي، كالتفكك الأسري، البطالة، الفقر، انهيار القيم والأخلاق... الخ. مما يزيد من خطورة الوضع، لذا فالسيدا لا يزال أرضا خصبة ومجالا مفتوحا للمزيد من الدراسات الجادة.

الدراسة الرابعة: دراسة سميرة بن صافي، جامعة ورقلة، فقيه العيد، جامعة تلمسان، مقال منشور في مجلة العلوم الإنسانية سنة 2015، بعنوان: **العيش مع السيدا، وصم اجتماعي وموت حتمي - مقارنة أنثروبولوجية -**، وهي دراسة نظرية تطرق من خلالها الباحثان إلى لمحة تاريخية عن أهم المحطات التي مر بها المرض، مع إبراز أهم المتغيرات التي تؤثر على المرض،

كالعمر، الجنس، المتغير الإيكولوجي المتعلق بالفقر والغنى، مع التركيز على الآثار النفسية والاجتماعية المصاحبة للمرض، وتتباين هاته الآثار بين الرفض الثقافي والاجتماعي، وكذا الوصم الاجتماعي الذي يتصل به، ويجعله انعزاليا وانطوائيا، خوفا من نظرة المجتمع السلبية ويمتد هذا الوصم حتى إلى أسرته، مما يؤزم الوضع أكثر، خاصة من الناحية النفسية والاجتماعية التي تؤدي بالمصاب بالدخول في حالات نفسية هستيرية يمكن أن تصل به إلى حد الانتحار، كما قد يفقد المصابين مناصب عملهم، مما يؤثر على حالتهم وحالة أسرهم الاقتصادية. وخلصت الدراسة إلى وجوب اعتبار مريض السيدا كغيره من المصابين بأمراض أخرى، فمن حقه أن يحصل على عيشة كريمة، وعلى العلاج الضروري، ويجب دعمه نفسيا واجتماعيا، وإبعاده عن كل شكل من أشكال التمييز والوصم والإهمال، من أجل التخفيف من آلامه، ومساعدته للتغلب على المرض وما ينجر عنه.

الدراسة الخامسة: محمد الصالح مسعي أحمد، وعلي حمزة شريف، جامعة تلمسان مقال منشور في مجلة الباحث للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، سنة 2019، بعنوان: **المحددات الديموغرافية لانتشار مرض الايدز في الجزائر-ولاية ورقلة أنموذجا**. وكانت عينة الدراسة متمثلة في المصابين بالايديز عن طريق دراسة ملفاتهم الطبية وعددهم 309 مصاب، 142 من الإناث و167 من الذكور، وكانت الدراسة تهدف إلى معرفة تأثيرات بعض المحددات الديموغرافية كالسن، الجنس، المستوى التعليمي، المهنة، الدين في انتشار مرض الايدز، وخلصت الدراسة في الأخير إلى أن هذه المحددات تساهم بشكل مباشر وغير مباشر في زيادة انتشار الداء وحسب الدراسة فقد جاءت درجة تأثير كل منها كالآتي:

- 1- الدين ويعتبر المؤثر الأول، حيث أن الالتزام بتعاليمه وشرائعه في مجال حفظ النفس يسهم بشكل أو بآخر في تجنب الفرد الكثير من السلوكيات الخاطئة والعكس صحيح.
- 2- المستوى التعليمي، فكلما زاد المستوى التعليمي زاد الوعي الصحي مما يجنب الفرد الكثير من السلوكيات الخاطئة والعكس صحيح.

- 3- المستوى المادي، فاعلمب الإصابات كانت نتيجة الممارسات الجنسية غير الشرعية (البغاء) نتيجة الفقر والحاجة.
- 4- الحالة الزوجية: حيث أن كل زوج وفي غياب الوعي وعدم إدراك خطورة الوضع يؤدي إلى نقل المرض للطرف الآخر.
- 5- الخصوبة: فكل امرأة مصابة تتجب طفلا فهو معرض للإصابة.
- 6- السن: حيث أن مرض الايدز يختص بفتة الشباب التي تتميز بنشاطها الجنسي.
- 7- الجنس: في ولاية ورقلة وباعتبارها منطقة اقتصادية تجلب العمال، ساهمت في تفشي الفيروس لدى الرجال أكثر من النساء باعتبارهم القوة العاملة.

3- أوجه الاتفاق وأوجه الاختلاف

اتفقت الدراسات السابقة على هدف مشترك وهو تعزيز الوعي الصحي لدى مرضى الايدز وكل أطراف المجتمع خاصة منهم الشباب، كونه السبيل الأوحد للتخفيف من حدة المرض بما فيها آثاره النفسية والاجتماعية، إضافة إلى الآثار الصحية التي يتركها على المريض، وبعض الدراسات اقترحت برنامج تثقيفي إرشادي وتوجيهي تم تطبيقه على عينة مختارة فكانت نتائجها ايجابية، كما خلصت إلى أن مستوى المعرفة هو فوق المتوسط وهو غير كاف لذا ينبغي العمل على تعزيزه بمختلف الطرق والوسائل الممكنة.

كل الدراسات السابقة كانت تطبيقية ماعدا دراسة خاوص مليكة، عميرة جويده وسميرة بن صافي التي كانت نظرية.

أما بالنسبة لمنهج الدراسة فقد استخدمت جميع الدراسات التطبيقية المنهج الوصفي باستثناء دراسة أماني أحمد حسن علي، ودراسة محمد صالي التي إضافة إلى المنهج الوصفي فقد اعتمدت على المنهج التحليلي.

وبخصوص الأداة المستخدمة في جمع البيانات فقد اعتمدت كل الدراسات التطبيقية على الاستبيان أو الاستبانة، ماعدا دراسة أماني أحمد حسن علي التي اعتمدت على تحليل السجلات الخاصة بالمرضى

وكانت عينة الدراسة متنوعة بين العشوائية القصدية والتجريبية.

تتفق دراستنا هاته مع أغلب الدراسات السابقة في كونها تعتمد على المنهج الوصفي إضافة إلى المنهج التحليلي، لكن الشيء الذي يميز دراستنا عن باقي الدراسات هو حجم العينة الكبير 38547 امرأة، وهي تمثيلية وتمس جميع أقاليم الجمهورية، مما يعطيها طابعا خاصا يتسم بالصدق والدقة في النتائج، نظرا لكونها تمس جميع مناطق الوطن بما فيها الريف والحضر، كما تنتوع بين جميع المستويات التعليمية والمعيشية مما يسمح بإعطاء تصور واضح عن الوضع والذي هو مدى وعي المرأة بالجوانب المختلفة لمرض السيدا ومحاولة الخروج بتوصيات تتماشى مع طابع الوباء.

ولقد أعطتنا هاته الدراسات لمحة عن بحثنا هذا خاصة ما تعلق بصياغة الإشكالية ومن ثمة طرح الفرضيات المناسبة لها.

الفصل الثاني

أهمية الثقافة الصحية

تمهيد:

سننظر في هذا الفصل إلى التطور التاريخي لمفهوم الثقافة الصحية، من المفهوم البدائي البسيط إلى المفهوم المتعارف عليه اليوم والمراحل التي مر عبرها، ثم نتعرف على مفهوم التثقيف الصحي، وسائله، أنواعه، الأهداف المراد الوصول إليها من خلاله، ومجالاته، وكيف أصبح من أهم ركائز التنمية المستدامة من خلال الأهداف الإنمائية للألفية، ثم التثقيف الصحي في الطب النبوي، وأخيرا الثقافة والتربية الجنسية.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم الثقافة الصحية:

لقد كان للثورة الصناعية في أوروبا الأثر البالغ في جميع المجالات وليس الاقتصادية فقط على مستوى أوروبا بالدرجة الأولى ثم بقية العالم حيث حدث تطور في فلسفة المجتمعات، خاصة فيما يخص الصحة العامة التي لم تعد تعني مجرد الخلو من المرض بل تطور مفهومها ليشمل الصحة البدنية النفسية وحتى الحالة الاجتماعية، أي تحقيق الرفاه الاجتماعي ولن يتأتى هذا إلا بتضافر جهود الجميع حكومات هيئات وحتى أفراد المجتمع، وهذا عن طريق اكتساب قدر كافي من الثقافة الصحية والتي كانت تقوم على أساس تزويد الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية، وأصبحت اليوم تعتمد على أساليب حديثة في تعديل وتغيير اتجاهات سلوك الأفراد نحو الصحة، مروراً بعدة محطات ومراحل تاريخية وحسب محمد بشير شريم فقد مر تطور مفهوم الثقافة الصحية عبر التاريخ بثلاث مراحل أساسية، تبلور من خلالها المفهوم من مرحلة لأخرى حتى وصل إلى ما هو متداول اليوم وسنعرض ذلك فيما يلي¹:

المرحلة الأولى:

هي مرحلة تحتكر فيها المعلومة الطبية مجموعة ضيقة من الأشخاص، تتمثل في الكوادر الطبية من حيث المسؤولين، وكذا من حيث المكان الذي يقتصر على المستشفيات والعيادات، وبالتالي انحصار الثقافة الصحية على هاته الكوادر فقط، وهي من تقوم بتسريب شيء من هاته المعلومات الصحية إلى المرضى كل حسب حالته الصحية، وهي لا تتعدى أن تكون بعض الإرشادات التي تحدد الكيفية السليمة لاستعمال الدواء من حيث الكميات والجرعات، وكذا تحديد قائمة الأغذية الصحية التي تتناسب مع نوعية الأدوية، وكذا تحديد النشاط البدني المناسب أو الامتناع عنه تماماً.

¹ محمد بشير شريم: مرجع سابق، ص 11-15.

وفي هذه المرحلة كان الطبيب هو مصدر المعلومة الوحيد وهو المخول الحصري لنقل هذه الرسالة إلى المريض، الذي كان دوره محصورا في فهم الرسالة وتنفيذها حرفيا دون الإلمام بجوانبها، أو السؤال عن الأعراض الناتجة عن تنفيذها سواء كانت سلبية أو ايجابية.

وتتمثل العناصر الأساسية لهذه المرحلة في:

المصدر: في هاته المرحلة كان الطبيب هو المصدر الوحيد للمعلومة، وهو الناقل الحصري لها.

الرسالة: هي عبارة عن مجموعة من التعليمات والأوامر يقوم بصياغتها المصدر نفسه، وهو الطبيب ويفرضها على المريض.

الوسيلة: لم تكن هناك وساطة في هذه المرحلة بين المصدر أي الطبيب والمتلقي (المريض) فكان نقل الرسالة عن طريق المواجهة الفردية.

المتلقي: هو المريض نفسه إذا كان في حالة تسمح له بذلك، وإن تعذر فتنقل هاته التعليمات والأوامر إلى المقربين منه القائمين على شؤونه من أجل تنفيذها بدون زيادة أو نقصان.

دور المتلقي: في هذه المرحلة كانت السيمة الغالبة على المتلقي هو الجهل التام بحالته الصحية وبالتالي كان دوره يتمثل في تنفيذ التعليمات بحذافيرها دون الخوض في تفاصيلها.

المرحلة الثانية :

كغيرها من المفاهيم الأخرى، فإن الثقافة الصحية تتغير وتتأثر بالعوامل المحيطة بها، ومع التطور الحاصل فإن الثقافة الصحية أصبحت أكثر وضوحا وأكثر عمقا من ذي قبل بشكل يتماشى مع أفكار الناس في هاته المرحلة التي تميزت بكثرة الاكتشافات والاختراعات، وظهرت في هاته المرحلة بعض المهن الطبية المساعدة، وبالتالي لم يعد الأطباء هم وحدهم المصدر الوحيد للمعلومة الصحية حيث أخذت هاته الفئات المتمثلة في (ممرضات، قابلات، مراقبو الصحة، فنيو المخابر) على عاتقها مهمة نشر الثقافة الصحية ولو بدرجة اقل من الكوادر الطبية، كما أن المريض لم يعد

وحده المعني بالحصول على الثقافة الصحية بل شاركته بعض الفئات الأخرى خاصة أقربائه والساھرون على خدمته، وتعدى الأمر في هذه المرحلة إلى بعض الفئات الأخرى وخاصة المعرضة للخطر.

لكن رغم كل هاته التطورات إلا أن الكوادر الطبية هي من اضطلعت بمهمة تحديد احتياجات الناس وأولوياتهم اتجاه مشكلاتهم الصحية والطرق التي عليهم الالتزام بها للوصول إلى حل نهاية المشكلات.

ومن حيث الهيئات العليا فقد اعتبرت وزارة الصحة هي المسؤولة الوحيدة عن كل ما يخص الصحة والثقافة الصحية في غياب شبه تام للجهات والمؤسسات الأخرى (التربية والتعليم، الإعلام، الشؤون الاجتماعية، الثقافة.....)

أهم خصائص سلسلة الاتصالات في هذه المرحلة

المصدر: توسعت في هذه المرحلة فئة الكوادر الطبية حيث صارت تشمل إضافة إلى الأطباء، الممرضات، القابلات وحتى فنيو المخابر الذين كان لهم دور كذلك في نشر الثقافة الصحية ولو بدرجة أقل.

المرسل: الكوادر الطبية بكل فئاتها.

الرسالة: مجموعة من التعليمات والتوجيهات والأوامر من المصدر الذي صار يشمل عدة شرائح **المتلقي:** المريض، المقربين من المريض، فئات المجتمع المعرضة للخطر.

دور المتلقي: هو فهم الرسالة التي هي عبارة عن أوامر وتعليمات بشكل سطحي وسريع مع افتراض في هذه المرحلة بأن الناس أصبح لديهم شيء من المعرفة والثقافة حول الصحة والمرض.

- خصائص الثقافة الصحية في المرحلتين الأولى والثانية:

تميزت الثقافة الصحية في هاتين المرحلتين بما يلي:

- 1- المعلومة الصحية كانت حكرا على الكوادر الطبية فقط حيث اقتصر في المرحلة الأولى على الأطباء فقط، ثم امتدت قليلا في المرحلة الثانية لتشمل الممرضين، القابلات، فنيو المخابر.....
- 2- المسؤولية الكلية فيما يخص الأوضاع الصحية كانت ملقاة على عاتق الفرد وحده، وإلغاء كل الأمور التي يمكن أن تؤثر على حالته الصحية كالمحيط والبيئة والأوضاع الاجتماعية.
- 3- لم تكن هناك برامج تثقيفية منتظمة ومدروسة وفق الأطر العلمية، بل كانت تتسم بالعشوائية والارتجالية.
- 4- استبعاد إشراك المجتمع بكل أطيافه في التثقيف الصحي لافتراض جهل الناس بمشاكلهم وعدم وعيهم بمدى أهمية الجانب الصحي من حياتهم.
- 5- وزارة الصحة هي المسؤولة الوحيدة عن التثقيف الصحي وكل ما يدور به.

المرحلة الثالثة:

ومع التطور المذهل في مختلف المجالات، كان لا بد للجانب الصحي كذلك أن يواكب هذا التطور وتغيرت مفاهيم الصحة والمرض وأصبحت أكثر شمولاً، حيث أصبحت الصحة لا تعني مجرد الخلو من المرض بل هي الراحة النفسية والبدنية وحتى الاجتماعية الشيء الذي فرض على الكوادر الطبية بمختلف فئاتها تبني مفهوم جديد للثقافة الصحية، يتعدى مرحلة نقل المعلومات وإصدار الأوامر إلى إشراك المريض بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة في الحفاظ على صحته عن طريق انتهاج السلوكيات الايجابية، وهذا بالمعرفة العلمية الأكيدة للمسببات المرضية والعمل على تفاديها، مما حصل كذلك على معرفة بعض من وسائل التشخيص وأساليب المعالجة، وكذا الوسائل الوقائية التي تعتبر السبيل الأوضح لتفادي الكثير من الأمراض التي يقف الطب عاجزاً عن علاجها لحد الآن كمرض السيدا وغيره من الأمراض الأخرى. ونستطيع القول أن الفرد في هذه

المرحلة أصبح شريكا في صنع القرار وليس مجرد متفرج تملى عليه الأوامر والتعليمات وهذا في مختلف الأماكن، في البيت، مكان العمل، الشارع، المدرسة... الخ وليس المستشفى فقط كما أنها لم تعد حكرا على وزارة الصحة فقط بل تعدت إلى الهيئات والإدارات الأخرى كوزارة التربية، الإعلام، البيئة والرياضة وحتى جمعيات المجتمع المدني، وهنا تداخلت عدة أمور أخرى وصارت أكثر تشابكا وتأثيرا فيما بينها كمستوى دخل الفرد، المستوى التعليمي، الوضع الغذائي، الوضع النفسي والاجتماعي. وأصبحت المسؤولية كبيرة على الفرد اتجاه صحته وصحة مجتمعه وأصبح كما قلنا شريكا عمليا في توفير وتحقيق الظروف المواتية لخلق المستوى الصحي اللائق مما جعل الإنسان هو المسؤول والمسبب الأول للأمراض، وهذا ما استنتجه عبد الرحيم عمران من خلال نظريته "التحول الوبائي" حيث حدث تحول من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة التي هي من صنع الإنسان نفسه بسبب انتهاجه لسلوكيات وأساليب خاطئة تؤثر على صحته وصحة مجتمعه.

كل هاته التطورات جعلت سلسلة الاتصالات في هذه المرحلة تكون كالتالي:

المصدر: لم يعد مقتصرًا على الكوادر الطبية وشبه الطبية وكذا فنيو المخابر، بل أصبح متنوعا ممثلا في جميع الاتجاهات المعنية سواء كانت تابعة للقطاع الصحي أو لقطاعات أخرى وكذا الجهات الحكومية وغير الحكومية، أفراد ومؤسسات مثل وزارة التربية والتعليم، الإعلام، جمعيات المجتمع المدني... الخ.

المرسل: باختلاف المصدر وتنوعه أدى إلى تنوع المرسلين بين أطباء، كوادر صحية معلمين، إعلاميين، أخصائيين اجتماعيين ونفسانيين وصولا إلى قادة المجتمع... الخ

الرسالة: هي عبارة عن حقائق علمية مثبتة وأكيدة وهذا بتطور العلم ومخابر البحث.

الوسيلة: تنوعت من المباشرة وغير المباشرة بين الفردية والعامة وخاصة بتطور وسائط التواصل الاجتماعي والقنوات التلفزيونية.

المتلقي: جميع فئات المجتمع والأصحاء قبل المرضى لتحقيق مبدأ الوقاية خير من العلاج.

دور المتلقي: محاولة إدماجه في المشاركة الفعالة والايجابية في كل ما يهم صحته بانتهاجه الأساليب الصحية الصحيحة وكذا مشاركته في التخطيط والتنفيذ والتقييم في جميع المراحل سواء كانت وقائية أو علاجية أو تأهيلية وخاصة في مرحلة الوقاية التي تعتبر الركيزة الأساسية في الثقافة الصحية.

ثانيا: التثقيف الصحي:

التثقيف الصحي هو نوع من أنواع التربية، وهو من أهمها لأنه يهتم بالفرد والمجتمع ويركز أساسا على معالجة السلوكيات والعادات الخاطئة التي تؤدي إلى تدهور حالته الصحية كالتدخين، المخدرات، المشروبات الكحولية، الغذاء غير الصحي وهو يشمل جميع فئات المجتمع في جميع الأعمار، كما يعالج جميع جوانب حياة الإنسان البدنية النفسية، الاجتماعية والعقلية لأنه حسب تعريف منظمة الصحة العالمية فان الصحة لم تعد تعني مجرد الخلو من المرض بل هي الراحة النفسية، البدنية والاجتماعية أي تحقيق الرفاه الذي يساعد على صحة كاملة للإنسان، ولقد كان للإسلام قصب سبق في إرساء قواعد التثقيف الصحي منذ فجر الدعوة الإسلامية، من خلال الكثير من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية، حيث برز العديد من العلماء والمؤلفين الذين خصوا لها كتابات قيمة لازال يعتمد عليها حتى الآن، ولعل من أبرزهم ابن القيم الجوزية من خلال كتابه الطب النبوي الذي صنف من خلاله الطب إلى قسمين، طب القلوب "الطب النفسي"، وطب الأبدان مركزا على الوقاية التي تعتبر أهم ميزة للطب النبوي.

1- أهداف التثقيف الصحي:

إن الهدف العام والأسمى لعملية التثقيف الصحي هو بلوغ الصحة العامة التي لن تتأتى إلا بتحقيق السلامة البدنية النفسية والاجتماعية حسب ما جاء في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1947 حيث لم تعد تعني مجرد الخلو من المرض ويندرج ضمن هذا الهدف عدة أهداف أخرى نذكر منها¹.

الهدف الأول: يتعلق بالعمل على غرس بعض السلوكيات السليمة والسوية، كالغذاء الصحي وممارسة بعض الأنشطة الرياضية المفيدة، والاعتناء بنظافة المنزل والمحيط وهذا من أجل تحسين صحة الأفراد والجماعات بدنيا، اجتماعيا ونفسيا.

الهدف الثاني: محاولة إرساء مبدأ الوقاية خير من العلاج وهذا بأخذ أسباب الوقاية من الحوادث وذلك بالتمارين بالممارسات والعادات الضرورية للمحافظة على الصحة وتحسينها.

الهدف الثالث: العمل على إرساء ثقافة المبادرة بالعلاج فور الإحساس بأعراض المرض، وكذا الاستمرار في العلاج حتى الشفاء التام، والاستفادة من الخدمات الصحية التي توفرها الدولة وكذا العمل على إجراء فحوصات دورية وقائية حتى دون الإحساس بالمرض.

الهدف الرابع: ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية التي تقدمها الدولة من أجل استفادة أكبر عدد من الأشخاص.

من خلال هاته الأهداف نرى أن التثقيف الصحي يعتبر أحد الأركان الأساسية لتنمية المجتمع، حيث لا تنمية دون صحة جيدة ولا صحة جيدة دون إدراك تام لمسؤولية الفرد اتجاه صحته وصحة المجتمع، ولن يتحقق هذا إلا بانتهاج السلوكيات السوية، والابتعاد على كل ما من

¹ شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي - دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة ويسكرة-، رسالة دكتوراه، 2005-2006، ص 194-195-196.

شأنه أن يؤثر على صحته البدنية، النفسية، وحتى الاجتماعية ويساعد على ذلك عدة عوامل منها المستوى التعليمي والاقتصادي، والبيئة أو المحيط.

2- مجالات التنقيف الصحي:

لكي تتحقق كل أهداف التنقيف الصحي فإنه يتوجب العمل على جميع المستويات وفي جميع المجالات المختلفة المحيطة بالإنسان، وفي جميع مراحل حياته وكذا أموره المتعلقة بحياته الشخصية، الثقافية، الاجتماعية والمهنية، ومن أبرز هاته المجالات نذكر:

أ- البيت أو الأسرة: وهي اللبنة الأساسية في عملية التنقيف الصحي باعتبار أن الفرد يتعلم أبجديات الحياة الأولى داخل الأسرة، لذا ينبغي على الأم والأب أن تكون تصرفاتهم سليمة لأن الطفل في هذه المرحلة يأخذ من الأفعال أكثر من الأقوال ويمكن تلخيص أهم هاته السلوكيات في الآتي¹:

- الاهتمام بالصحة وجعلها من الأهداف السامية، وهذا بتحقيق النظافة التامة لجسم الإنسان ومحيطه، بتعويد الطفل على بعض العادات السليمة كغسل يديه قبل الأكل وبعده، وغسل أسنانه والاعتسار مرة في الأسبوع على الأقل، وتعويده أيضا على تنظيف مكانه وبيته ومحيطه.

- إتباع نمط غذائي سليم وهذا لا يعني أن يكون منوعا وبكميات كثيرة، بل ينبغي الابتعاد عن بعض الأكلات غير النافعة خاصة المصبرات وغيرها والتركيز على الأكلات الغنية بالمعادن والفيتامينات المتنوعة التي يحتاجها الإنسان.

- تنظيم الوقت بين الدراسة واللعب والنوم.

¹ محمد نوري- الثقافة الصحية للمجتمع ودور الإذاعة المحلية في تنميتها -إذاعة الاغواط نموذجا -مجلة العلوم الاجتماعية العدد26 سبتمبر

2017.جامعة الاغواط، الجزائر، ص07.

- خلق جو صحي داخل البيت بالتهوية والإضاءة المناسبة.....الخ.
- الابتعاد عن السلوكيات السيئة كالتدخين والعمل بمبدأ الوقاية خير من العلاج وسرعة المعالجة عند الإصابة قبل انتقال المرض.
- ب- **المدرسة:** تعتبر المدرسة الحاضنة الثانية للطفل بعد الأسرة، بل في كثير من الأحيان يكون دور المدرسة أكبر من الأسرة، نظرا لكون الطفل في هاته المرحلة يكون أكثر إدراكا، وبالتالي يستطيع المعلم أو المربي تصويب سلوكيات الطفل، بتعزيز السليمة منها وتغيير الخاطئة، ولا يقتصر هذا الدور بالمدرسة الابتدائية فقط فهو يمتد حتى المتوسطة والثانوية والجامعة ويمكن إبراز هذا الدور فيما يلي:
- التعاون بين المدرسة والأولياء في تربية الطفل وتعويدده على السلوكيات السليمة ونقلها إلى البيت فهو بمثابة همزة وصل بينهما.
- التعاون بين المدرسة والمؤسسات الصحية بعقد لقاءات وندوات ومعارض مستعينة في ذلك بالوسائل التعليمية التوضيحية الخاصة بالثقافة الصحية.
- إشراك التلاميذ والطلبة في تنظيم هاته المعارض وبالتالي ترسيخ واكتساب المعلومات يكون بشكل أفضل.
- زيادة الاهتمام بالتربية والألعاب الرياضية ومختلف الأنشطة المفيدة، حيث تستطيع تمرير الكثير من الأمور على غرار الإرشادات والتوجيهات الصحية والسلوكيات السليمة.
- إشراك المعلمين في بعض الندوات واللقاءات العلمية الصحية لاكتسابهم أكثر ثقافة صحية والعمل على غرسها في تلاميذهم .
- تعليم الطلبة وتدريبهم على الإسعافات الأولية وذلك بالقيام بأيام تحسيسية بمشاركة الإطارات الطبية وكذا أفراد الحماية المدنية.

ت- المجتمع: هو نتيجة لما قدمته الأسرة والمدرسة، فإذا كانت التربية سليمة وصحيحة فإن ثمار ذلك ستجنى داخل المجتمع وسيكون على قدر كاف من الثقافة الصحية، ومن المسؤولية اتجاه صحته وصحة المجتمع وبيئته، وسيكون مجالاً خصباً وسهلاً لاستقطاب مختلف الإرشادات والتوجيهات وبالتالي التسهيل من مهام القائمين على الخدمات الصحية والتنقيف الصحي، وهذا في مختلف المرافق والأماكن بداية من البيت مروراً بمدرسته، شارع، مسجده وحتى المطعم والمقهى. في حين حدد صالح محمد صالح مجالات التنقيف الصحي فيما يلي¹:

- الصحة الشخصية.
- التغذية.
- التربية الحسنة.
- صحة البيئة.
- الصحة العقلية والنفسية.
- العقاقير والكحوليات والطب.
- الأمراض والوقاية منها.
- صحة المستهلك.

¹ صالح محمد صالح: فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنوير الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء، مجلة التربية العلمية، المجلد 5، العدد 4، كلية التربية، العريش، جامعة قناة السويس، مصر، 2002، ص 9.

3- مبادئ التثقيف الصحي:

هناك العديد من المبادئ التي يجب مراعاتها لكي تتحقق أهداف التثقيف الصحي ويكون هناك تجاوب بين المثقف الصحي والمتلقي للثقافة الصحية¹.

أ- الوسائل: وهي كثيرة متنوعة على حسب المتلقي وحسب الموضوع وقد تستخدم أكثر من وسيلة واحدة في آن واحد، ومن هاته الوسائل نذكر:

- الحديث المباشر.
- المحاضرات والندوات.
- النشرات والملصقات.
- البرامج الإذاعية والتلفزيونية.
- الأفلام الوثائقية الخاصة بالصحة.
- وسائل التواصل الاجتماعي.
- منابر الجامعات والمساجد.
- التحقيقات الصحفية.

ب- اختيار الموضوع المناسب: يكتسي اختيار موضوع التثقيف الصحي أهمية بالغة في تحقيق أهدافه، ولا يتحقق ذلك إلا إذا كان المثقف الصحي ملماً إماماً كبيراً بحياة الناس الصحية وبالتالي معرفة مشكلاتهم والأخطار المحيطة بهم، لذا وجب عليه وضع برنامج تراعى فيه الأولويات التي تهم السواد الأعظم، كما ينبغي عليه أن يكون على دراية تامة بموضوعه وملماً به ومستعملاً أساليب الإيضاح المناسبة وأن يكون على استعداد لكل استفسار من ناحيتهم.

ت- تحديد الهدف: لكي تتحقق النتائج في أي عمل، وجب تسطير الهدف المرجو والمراد الوصول إليه، لذا على المثقف الصحي وضع وتسطير الهدف من كل عملية تثقيفية، ويجب أن يكون الهدف

¹ نجيب الكيلاني : مرجع سابق، ص 10-06.

واضحا ودقيقا وعمليا، وليس مجرد تحقيق الإعجاب والشهرة، وتحقيق الأهداف عادة ما يرتبط ارتباطا وثيقا بالوسيلة، فاختيار الوسيلة المناسبة يسهل في الوصول إلى الهدف المرجو.

ث- **المشاركة الاجتماعية:** أن تكون متقفا صحيا ليس بالضرورة أن تكون عاملا بالقطاع الصحي، فكل أفراد المجتمع باستطاعتهم تقمص هذا الدور كل حسب مؤهلاته وقدراته، فالنلميز المتلقي للثقافة الصحية في المدرسة يستطيع نقلها إلى أسرته، وكذلك الإمام بالمسجد، ومن هنا فالتثقيف الصحي ضرورة اجتماعية وواجب إنساني.

ج- **وضوح الفكرة:** فالناس من عاداتهم يحبون اليسر والسهولة، ويفرون من كل ما هو معقد وصعب لذا وجب تكييف المادة العلمية الجافة وتبسيطها لتصبح في متناول العامة وتكون واضحة سهلة التطبيق خاصة إذا كانت مرتبطة بأمثلة توضيحية حتى وإن كانت قصصا وأحداثا واقعية.

ح- **معرفة واقع المتلقي:** هناك العديد من الأمور الاجتماعية والاقتصادية التي تخص المتلقي التي يجب مراعاتها عند تحديد الرسالة التثقيفية كالمستوى التعليمي والمعيشي.

خ- **المرونة في وضع البرامج:** فبرنامج التثقيف الصحي ليس قرآنا منزلا غير قابل للتأويل والتبديل بل إن هذا البرنامج العام يمكن أن يعدل على حسب كل مجتمع وكل فئة، على حسب خصوصياتهم وقدراتهم وإمكانياتهم، وكذلك على حسب كل فئة عمرية داخل المجتمع بنفسه، ونجاح أي برنامج يعتمد أساسا على فهم ظروف كل فئة والأهداف الموضوعية من أجلها.

4- صفات المثقف الصحي:

حتى ولو كان برنامج التنقيف الصحي متكاملًا وحتى لو كان الهدف دقيقًا فنجاح البرنامج وتحقيق الهدف يرتبطان بالمثقف الصحي الذي يتوقف عليه كل شيء لذا يجب أن تتوفر فيه عدة صفات نذكر منها¹:

- أن يكون قدوة في سلوكه وتصرفاته.
- أن يتميز بمظهر خارجي لائق.
- أن يكون قادرًا على التعبير اللغوي السليم والواضح.
- أن يتفهم طبيعة الجمهور المتلقي وإمكانياته.
- ألا يبدي الضيق والتذمر والتوتر، بل على العكس يجب أن يكون رحب الصدر متقبلًا لكل الأسئلة، محاولًا الإجابة عليها.
- أن يكون عمليًا في طرح برنامجه.
- أن يكون طرحه جذابًا بين الإيجاز والإطناب.
- أن يحاول إشراك المتلقي في محاور الموضوع.
- أن يكون متفانيًا غير متشائم، يكثُر الحديث عن الحياة السليمة ودورها، ولا يتطرق إلى الأمراض والهموم إلا عند الضرورة الملحة.

¹نجيب الكيلاني مرجع سابق ص 12-13.

ثالثا: الثقافة الصحية وأهداف التنمية المستدامة

رغم أن أهداف التنمية المستدامة لم تشر صراحة إلى الثقافة الصحية والوعي الصحي، لكن من خلال قراءتنا لهذه الأهداف قراءة تحليلية نجد أنها ضمينا في كثير من الأهداف، نبرز ذلك في الآتي¹:

الهدف الأول: القضاء على الفقر:

كلما تمتع الأفراد بمستويات أعلى من الثقافة الصحية كلما ساعدهم ذلك على انتهاز سلوكيات سليمة تمتعهم بصحة جيدة، بسبب حصولهم على المعلومات والخدمات الصحية وخاصة المجانية منها، وبهذه الطريقة يتمكن الفرد من حماية نفسه وأسرته ومجتمعه عن طريق الوقاية والالتزام بالسلوكيات الصحيحة والسليمة، وبالتالي يتجنب الكثير من الأمراض التي قد تكلفه غالبا من الناحية الاقتصادية، كما قد تضعف بدنه وبالتالي يصبح غير قادر على العمل ويقع بذلك في براثن الفقر الذي يؤثر كثيرا على مختلف نواحي الحياة وخاصة الصحية منها.

الهدف الثاني: القضاء على الجوع:

الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الثقافة الصحية بإمكانهم فهم المعلومات المتاحة عن التغذية وترجمتها على أرض الواقع من أجل نمط غذائي صحي وسليم وبالتالي مكافحة سوء التغذية وما ينجر عنه من مشاكل مرضية وصحية، وهو أمر يعود بفوائد كبيرة على الأفراد والمجتمع ويصبح الفرد بذلك قادر على التمييز بين التغذية المفيدة حتى ولو كانت قليلة، فهي تعطي ما يحتاجه من بروتينات وفيتامينات وغيرها أي الاعتماد على النوعية والتنوع وليس الكمية فقط، فنجد مثلا أن الأم التي تدرك الفوائد الغذائية للرضاعة الطبيعية وحالات نقص التغذية التي تسببها الأغذية المشبعة بالسكريات المعدة للرضع هي بذلك تعزز صحة الرضع والأطفال.

¹ منظمة الصحة العالمية: الصحة في أهداف التنمية المستدامة، موجز السياسة، شنغهاي، 2018، الموقع: <https://www.who.int> تاريخ الاطلاع: 2020/03/05.

الهدف الرابع: التعليم الجيد:

التعليم الجيد يساعد على اكتساب المراهقين ثقافة صحية خاصة في جانب الصحة الجنسية والإنجابية، وبالتالي حماية أنفسهم من بعض الأمراض في هذا المجال خاصة فيروس العوز المناعي والأمراض المنقولة جنسيا، الشيء الذي يبقوهم مرتبطين بمدارسهم وكلياتهم وبالتالي زيادة تحصيلهم، فالعلاقة طردية بين الصحة والتعليم، كما أن إتباعهم لنظام غذائي صحي يساعدهم على زيادة تحصيلهم، ونظرا إلى أن الطلاب يتلقون التعليم في سن مبكر وبشكل جماعي، فان ذلك يتيح فرصة فريدة من نوعها لإثراء وغرس السلوكيات الصحية في سن مبكر.

الهدف الثامن: فرص العمل اللائق والنمو الاقتصادي:

كلما كانت الثقافة الصحية للعمال عالية كلما ساعدهم ذلك على العمل في بيئات صحية، أو المطالبة بها وتحسينها، كما أن وعي العمال يساعدهم على تلقي الرسائل الصحية وفهمها وتطبيقها من أجل سلامتهم.

الهدف التاسع: التصنيع والابتكار والبنية التحتية:

الوصول إلى المعلومات وإلى تكنولوجيا المعلومات والإنترنت هي ضرورة لزيادة الوعي خاصة الإنترنت التي تتيح المجال للأفراد للمثابرة والبحث عن المعلومة الصحية.

رابعا: التثقيف الصحي في الطب النبوي:

إن المتأمل والباحث في الطب النبوي، يتبين له وخاصة من خلال الأسس التي يقوم عليها أنه طب وقائي بالدرجة الأولى وبامتياز، يعمل على إرساء ثقافة الوقاية خير من العلاج، ويتضح ذلك من الأحاديث النبوية الكثيرة في هذا الجانب والتي تتعلق بشتى مناحي حياة الإنسان سواء الروحية أو البدنية، وتتعدى حتى إلى مجتمعه ومحيطه أو بيئته، وما يميز التثقيف الصحي في الطب النبوي أنه يستند إلى نصوص شرعية، تعطي للمتقف الصحي أساسا شرعيا متينا، و بالتالي

تكون أكثر قبولاً وأكثر وقفاً في النفوس، لاعتبار هذه النصوص جزءاً من تعاليم الدين. وسنتطرق إلى بعض الجوانب الوقائية والتثقيفية في الطب النبوي وما يميزها عن باقي فروع الطب سواء الحديث أو القديم.

1- وسائل التثقيف الصحي من خلال الطب النبوي:

اعتمد النبي صلى الله عليه وسلم على كافة الوسائل المتاحة في عصره، وهذا لتوصيل المعلومة من بينها¹:

أ. الأسلوب التفاعلي في إيصال المعلومة الصحية: حيث كان يتوضأ أمام أصحابه، ويغسل يديه قبل الطعام، فعن عائشة رضي الله عنها "أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان إذا أراد أن ينام وهو جنب توضأ وضوءه للصلاة، وإذا أراد أن يأكل أو يشرب وهو جنب غسل يديه، ثم يأكل أو يشرب" أخرجه الألباني في صحيح الجامع، 4695، البخاري 288، و مسلم، 305.

ب. استخدام المنبر: (وهو أكبر وسيلة دعوية وإعلامية وقتها)، فقد نقلت كثير من أحاديث النبي صلى الله عليه وسلم من خلال حديثه على المنبر، وتعليم الناس ما يحتاجونه، أو في المجالس العامة .

ت. التوجيه الفردي وقت الحاجة.

¹ ثامر عبد المهدي محمود حتاملة: الطب النبوي و حفظ المجتمع من خلال التثقيف الصحي، بحث مقدم للمؤتمر الدولي في الطب النبوي، من 07 إلى 10 أكتوبر 2015، الألوكة أضنا، تركيا، 2015، ص 9.

2- الوقاية في الطب النبوي:

للوقاية الصحية في الطب النبوي عدة خصائص تميزها عن باقي فروع الطب الأخرى نلخصها فيما يلي¹:

أ- **قصب السبق**: فرغم بقاء آثار العديد من الحضارات الغابرة على غرار الحضارة الرومانية والمصرية والفرعونية إلا أننا لا نلمس قواعد وقائية كالتي أرساها الإسلام.

ب- **المصادقية**: فيكفي أن تكون المعلومة الصحية مستوحاة من القرآن أو السنة النبوية الصحيحة لكي ترسخ لدى الفرد ويعمل بها، والقواعد الصحية التي أرساها الإسلام منذ 14 قرناً هي غاية ما يصبو إليه العلم الحديث.

ت- **البساطة واليسر**: فهي بسيطة في التكليف، يسيرة في التنفيذ، لا تحتاج إلى تكاليف باهظة ولا إلى وقت طويل، فهي في متناول كل مسلم كطهارة السواك، الختان، الوضوء، نتف الإبط، وعدم الوطأ في الحيض والنفاس، والالتزام بها يتم تلقائياً لأنها جزء من عقيدتنا.

ث- **الشمولية**: القواعد الوقائية في الإسلام تهتم بجسم الإنسان وروحه، فتخاطب نفسه وقلبه فتملأه إيماناً، ورضا بما قسم الله، وبالتالي النجاة من الكثير من الأمراض النفسية التي قد تؤدي إلى التدخين، المخدرات، الجنس، وبالتالي تتحول إلى أمراض بدنية يصعب علاجها.

ج- **الديمومة**: الالتزام بقواعد الوقاية في الإسلام يستمر طول حياة المسلم، لأنها جزء من عقيدته وبهذه الديمومة يضمن الإسلام مسلماً قوياً ومجتمعاً قوياً.

3- مظاهر الوقاية في الطب النبوي:

تتجلى مظاهر هاته الوقاية على مستوى شخص الإنسان ومجتمعه ثم بيئته، حيث اعتنى الإسلام بحفظ الصحة وجعلها من الأساسيات، ولن يتأتى هذا إلا باكتساب الإنسان لقدر كاف من

¹ العبد بلالي: الوقاية الصحية في السنة النبوية، دراسة موضوعية، مذكرة ماجستير في العلوم الإسلامية، جامعة الجزائر (1)، 2010-2011، ص 29.

الثقافة الصحية، وهو ما يوفره الإسلام من خلال الآيات الكريمة والأحاديث النبوية الكثيرة في هذا الجانب التي تركز على صحة الإنسان ومجتمعه وبيئته.

3-1- مظاهر الوقاية على المستوى الشخصي:

والناظر لتعاليم الإسلام يلاحظ مدى اهتمامه بالصحة، حيث جعلها كعقيدة يتبناها المجتمع ويؤجر عليها إذا التزم بها، وهذا منذ ولادة الإنسان وفي جميع أطوار حياته بداية بإمطاة الأذى عن الطفل فور ولادته بحلق رأسه، وختانه حيث قال صلى الله عليه وسلم "مع الغلام عقيقة فأهريقوا عنه دما وأميطوا عنه الأذى" رواه البخاري، الجامع الصحيح، كتاب العقيقة ح 5 ص 2082 حديث 5154 / ابو داود، السنن، كتاب الضحايا باب العقيقة، ج3، ص66 حديث 2841.

كما أمر الإسلام بسنن الفطرة التي تشمل الذكر والأنثى فقال صلى الله عليه وسلم "الفطرة خمس الختان، والاستحداد، وقص الشارب وتقليم الأظافر ونتف الآباط" والاستحداد هو حلق شعر العانة. رواه البخاري، الجامع الصحيح، كتاب اللباس، باب قص الشارب، ح 5، ص2209، حديث 550.

كما تتجلى مظاهر الوقاية في صحة الإنسان من خلال¹:

أ- نظافة الأسنان: حث رسولنا الكريم عليه الصلاة والسلام كثيرا على استعمال السواك في كل حين قبل الوضوء، قبل الصلاة، قبل الأكل وبعده، وخاصة إذا كان من أراك لما له من آثار ايجابية على صحة الإنسان وفيه يقول صلى الله عليه وسلم "السواك مطهره للفم مرضاة للرب" صحيح البخاري، كتاب الصوم، باب السواك الرطب واللباس للصائم ص367.

¹ ماهر حامد الحولي: الطب الوقائي في الإسلام، بحث مقدم لليوم الدراسي بعنوان "الأمراض الوبائية معالجة طبية شرعية"، الجامعة الإسلامية، غزة، 2007، ص 5-12.

ب- **نظافة الأيدي:** حيث أن العديد من الميكروبات تنتقل عن طريق الأيدي فتلتصق في أطافره وفي براحمه ومن الميكروبات التي تنتقل باليد نجد التيفوئيد، الدوننتساريا، النزلات المعوية، لهذا شدد النبي صلى الله عليه وسلم على غسل الأيدي في الوضوء وقبل الطعام وبعده وقبل النوم وبعده.

ت- **نظافة البدن:** يقول صلى الله عليه وسلم "حق على كل مسلم أن يغتسل كل سبعة أيام، يوم يغسل فيه رأسه وجسده" وهو كاف بإذن الله وما زاد عن ذلك فهو أكثر فائدة. **أخرجه البخاري، صحيح البخاري، ح 896 ، ومسلم في صحيحه ح 855.**

- كما اهتم الإسلام بطعام الإنسان وشرابه من حيث نظافته، وكذا من حيث منفعته حيث حرم لحوم بعض الحيوانات وسماها خبائث كالميتة والدم ولحم الخنزير، والسباع والطيور الجارحة حيث أثبت العلم الحديث أن هذه الحيوانات ولحومها تشكل بؤراً للكثير من الميكروبات والجراثيم الفتاكة.

3-2- مظاهر الوقاية على المستوى البيئي:

جاءت العديد من النصوص الشرعية سواء الآيات الكريمة، أو الأحاديث النبوية التي تحث الإنسان على نظافته ونظافة بيئته¹.

فمن عامر بن سعد بن أبي وقاص عن أبيه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "إن الله طيب يحب الطيبين نظيف يحب النظافة كريم يحب الكرم جواد يحب الجود، فنظفوا أراهم قال أفنيتكم ولا تشبهوا باليهود" رواه الترمذي محمد بن عيسى، السنن، تحقيق أحمد محمد شاكر وآخرون، دار إحياء التراث العربي، بيروت، د، ط، د، ت، كتاب الأدب.

ومن مظاهر الوقاية على المستوى البيئي التي حث عليها الإسلام ما يلي:

¹ ثامر عبد المهدي محمود حتاملة: مرجع سابق، ص 14-18.

أ- النهي على التبول والبراز في الأماكن العامة، وفي الماء الراكد: مما يسببه ذلك من أذى للمسلمين ويمنعهم من الماء ومن الاستئطلال، وفي حالة استعماله فقد يسبب لهم ضررا ويصابوا بأمراض معدية.

ب- الحجر الصحي في حالة وجود مرض معدي: وهي قاعدة صحية متينة لازالت تطبق لحد الآن وفي جميع الدول حتى غير الإسلامية المتطورة منها في الوقاية من الأمراض والأوبئة المعدية وهو ما حدث مؤخرا عند تعرض العالم لجائحة كورونا-كوفيد 19- حيث سارعت كل الدول إلى تطبيق هذه السياسة للتخفيف من أثار هاته الجائحة، وقد سبق إليها رسول الله صلى الله عليه وسلم وصحابته الكرام حيث قال الرسول عليه أفضل الصلاة والسلام "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فقلت أنت سمعته يحدث سعدا، ولا ينكره قال نعم". صحيح البخاري، كتاب الطب باب ما يذكر في الطاعون (حديث رقم: 5728).

ت- النهي عن التنفس في الإناء والنفخ فيه: وهذا لتجنب انتقال الأمراض عن طريق التنفس والنفخ الذي يترك رذاذا على الإناء ممكن أن ينقل عددا من الميكروبات والفيروسات، ولعل من أخطرها مؤخرا فيروس كورونا -كوفيد 19- الذي ينتقل بهذه الطريقة.

ث- وضع اليد على الفم عند العطاس (الكمامات): عن أبي هريرة رضي الله عنه أن النبي عليه الصلاة والسلام كان إذا عطس غطى وجهه بيده أو بثوبه وغض بها صوته "الترميذي السنن، كتاب الأدب، باب خفض الصوت وتخмир الوجه عند العطاس، ج5، ص86 حديث 2745. وذلك لمنع انتقال الأمراض عن طريق الرذاذ إلى الجالسين وكذلك بالتنفس، وفيه دلالة على جواز لبس الكمامات حال الخوف من انتقال الأمراض، وهو ما تبنته منظمة الصحة العالمية ومختلف الدول التي مستها جانحة كورونا، بل أن بعض الدول جعلتها إجبارية بفرض غرامات على كل مخالف وممتنع عن استعمالها.

ج- التوصية بالمضادات والترياق: كالوصية بأكل العجوة والعسل والحبة السوداء، وهو يقوم مقام المضاد الحيوي والتطعيمات في عصرنا الحاضر، ففي رواية مسلم عن عائشة، أن رسول الله صلى

الله عليه وسلم قال: "إن في عجوة العالية شفاء، أو إنها ترياق أول البكرة". مسلم - الصحيح، كتاب الأثرية، باب فصل تمر المدينة ج6، ص123، حديث5462.

واليوم الكثير من الأمراض والأوبئة التي تمت مكافحتها كانت عن طريق التطعيمات والدول اليوم تسير في هذا المنحنى بخصوص التطعيم والتلقيح ضد كورونا.

خامسا: الثقافة والتربية الجنسية:

يعرف الدكتور عادل حليم الثقافة الصحية بأنها "تقديم توعية جنسية للشخص (سواء كان طفلا أم راشدا) تهدف إلى تصحيح مفاهيم عن الرجولة والأنوثة، وعن طبيعة الرجل والمرأة، وأساليب التعامل الراقى بين الجنسين، والرؤيا الإنسانية الراقية للزواج، وأساليب التفاهم والتكيف الزوجي، هذا بالإضافة إلى بعض المعلومات الطبية عن تركيب ووظائف عمل الأعضاء الجنسية"¹.

يتضح من خلال هذا التعريف أنها تركز على التوعية الأخلاقية بالدرجة الأولى وتهدف إلى تكوين ثقافة سليمة للفرد اتجاه الجنس من أجل أن يكون سلوكه سويا غير شاذ، وكذلك هي توعية بيولوجية أو طبية بالدرجة الثانية تهدف إلى تزويد الفرد بمعلومات مبسطة عن الأعضاء التناسلية لدى الجنسين.

ويلعب الجنس دورا رئيسيا في السلوك الإنساني لذا وجب الإحاطة به من جميع المناحي، ليكون هذا السلوك الجنسي سليما بعيدا عن الشذوذ، ولا يتأتى ذلك إلا باكتساب الفرد لقدر كاف من الثقافة الجنسية سواء من لدن أفراد أسرته خاصة الوالدان، أو من المدرسة، أو من المسجد. والملاحظ في أغلب مجتمعاتنا الإسلامية أنها تعتبر الخوض في أحاديث الجنس من المحرمات خاصة داخل الأسرة، مما ترك فراغا لدى الطفل والشاب استغله الشارع في بث سمومه بمعلومات

¹ عادل حليم: الثقافة الجنسية بدون إخراج، من الموقع: Coptic-books.blogspot.com ص 22.

مغلوبة أدت إلى انحرافات جنسية كثيرة، لذلك ينبغي على كل طرف تحمل مسؤولياته بداية من الأسرة حيث ينبغي أن يرفع الخجل والإحراج في الحديث عن مثل هاته الأمور، كما يمكن إدراج مادة التربية الجنسية في المناهج الدراسية شرط أن تكون وفق شريعتنا الإسلامية، لا وفق المناهج الغربية التي تدعو إلى الانحلال والتفسخ الأخلاقي وبالتالي تزيد الأمر سوءاً، فتدريس الأعضاء التناسلية ووظائفها أمر طبيعي مثل دراسة العين والأذن وباقي أعضاء الجسم الأخرى مع إحاطتها بجملة من التوجيهات والضوابط الدينية والأخلاقية لعدم ترك المجال أمام التصورات الخاطئة والسلبية، والجهل التام بهاته الأمور يؤدي إلى تسرب المعلومات الخاطئة التي يمكن أن تؤدي إلى وقوع تجاوزات أخلاقية، كما يمكن أن تؤدي إلى فشل الحياة الزوجية، بداية من ليلة الدخلة وما يعترئها من لبس كبير بالنسبة للكثير من الناس، حيث يتم تصويرها كأنها ليلة رعب، ولقد اجتهد عدة علماء وباحثين إسلاميين لإزالة بعض اللبس الذي يعترئها، فألفوا في ذلك عديد الكتب والمقالات القيمة ككتاب "تحفة العروس، الزواج الإسلامي السعيد" لمحمود مهدي الاستنبولي، وكتاب "الزواج الإسلامي السعيد وآداب اللقاء بين الزوجين" لأبي حامد الغزالي، وغيرهم كثير في المكتبة العربية والإسلامية. كما لا ينبغي أن ننسى دور المسجد في التنشئة الاجتماعية الصحيحة ونشر الثقافة الجنسية المستمدة من الكتاب والسنة، وهي تكون أكثر قابلية لدى أفراد المجتمع بسبب تكوين الأئمة في المجال الديني والدعوي الإرشادي والتوجيهي.

ونشير هنا أنه هناك من يفرق بين الثقافة الجنسية والتربية الجنسية، فيرون أن الثقافة الجنسية هي عبارة عن مجموعة معلومات متعلقة بالجنس، بشتى صورته وأشكاله، المباحة والمحرمة، الايجابية والسلبية، الطبية والنفسية.... الخ. أما التربية الجنسية فهي تعني بناء الاتجاهات السليمة والايجابية اتجاه الأمور الجنسية، وتوجيه الأطفال والشباب إلى التعامل الصحيح مع هذه المعلومات في إطار تعاليم الشريعة الإسلامية السمحة، لاكتساب ما يؤهلهم إلى تجاوز المشكلات الجنسية التي تواجههم بالطرق المشروعة¹.

¹ ساعد أحمد البيني: التربية الشرعية مقال منشور على موقع الألوكة الشرعية، alukah.net/sharia.

1- أهداف الثقافة والتربية الجنسية:

للتربية والثقافة الجنسية عديد الأهداف نذكر منها¹:

- إعطاء المعلومات اللازمة والصحيحة عن كل ما يتعلق بالجنس، سواء من الجانب البيولوجي المتعلق بالأعضاء التناسلية ووظائفها، أو التوجيهات والإرشادات الأخلاقية بما يتماشى مع العلاقات الإنسانية.

- نظرا لكثرة المشاكل المنجزة عن طريق تكوين العلاقات الجنسية غير المشروعة بين الجنسين خاصة الشباب في الثانويات والجامعات، تهدف التربية الجنسية إلى تصحيح هاته العلاقات ووضعها في إطارها الصحيح الذي ينتهي بالزواج الإسلامي.

- وجوب الاحتكام إلى ميزان الشرع، وتنمية الضمير فيما يتعلق بأي سلوك جنسي بحيث يتمشى مع تعاليم ديننا الحنيف.

- تصحيح الأفكار والمعلومات الخاطئة في كل ما يتعلق بالجنس.

2- الأسس والضوابط الشرعية للثقافة والتربية الجنسية:

من أجل حماية الفرد والمجتمع من كل أشكال الانحلال والتفسخ الأخلاقي وضع الإسلام جملة من الضوابط والأحكام من شأنها أن تقي الفرد من الانحراف والشذوذ نذكر منها²:

أ- ضبط الوسائل التكنولوجية الحديثة: ومنها وسائل المعلوماتية خاصة في ظل ما تشهده من تطور تكنولوجي باهر، حيث أصبحت متاحة أكثر من أي وقت مضى، كالقنوات التلفزيونية، والشبكة العنكبوتية، فكما لهذه الوسائل إيجابيات فهي لا تخلوا من السلبيات التي تسببت في

¹ عبد الله علاء الدين كاظم وياور، أحمد عجيل: واقع التربية الجنسية في المدارس الثانوية (بنات) من وجهة نظر الطالبات والهيئة التدريسية، مجلة كلية التربية الأساسية جامعة بابل العدد 07، 2012، ص 290، الموقع: www.iasj.net/iasj.

² مولاي مصطفى البرجاوي: التربية الجنسية في الإسلام قواعد وضوابط، مقال منشور على موقع الألوكة الاجتماعية، alukah.net/social.

العديد من المشكلات خاصة فيما يخص الأفلام الهابطة، وإقامة العلاقات عبر وسائط التواصل الاجتماعي.

ب- **لبس الحجاب بالنسبة للفتيات:** وهذا من شأنه أن يحمي الفتاة ويصونها من أي تحرش طائش، كما يقي الشاب من الفتنة جراء اللباس الفاضح والتعري.

ت- **منع الخلوة والاختلاط بين الرجل والمرأة:** لقد شدد الإسلام في هذا الجانب حيث حرم الاختلاط إلا ما بين المحارم لسد جميع الذرائع، فتحرم الخلوة حتى ولو كان الرجل يدارس المرأة القرآن لأن الشيطان سيكون ثالثهما .

ث- **غض البصر:** والنظرة كما وصفها رسول الله صلى الله عليه وسلم هي سهم من سهام إبليس وهي النافذة نحو الغواية والفتنة.

ج- **الزواج المبكر:** وهو من أنجع الطرق التي تحمي الفرد والمجتمع على حد سواء، واليوم نحن نعاني ويلات وآثار الزواج المتأخر الذي أصبح سيمة ليس في البلدان الغربية فقط، لكن حتى الدول الإسلامية أصبحت تسجل معدلات مرتفعة لسن الزواج الأول بالنسبة للذكور والإناث، سمح ذلك بتفشي الفواحش والردائل.

خلاصة

إن الصحة هي هدف سام ينبغي الوصول إليه من طرف الفرد والمجتمع، وهي مؤشر هام لقياس جودة الحياة بمختلف جوانبها خاصة مع تطور مفاهيم الصحة التي لم تعد تعني مجرد الخلو من المرض، بل هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، ولهذا لم يعد الاعتماد على العيادات والمستشفيات والمصحات، وما يقابلها من أجهزة طبية متطورة للفحص والتشخيص وأدوية وآليات علاجية فعالة كافياً، بل الخطوة الأولى والأساسية لحفظ الصحة هي تمتع الإنسان والمجتمع بقدر لا بأس به من الثقافة الصحية، والتي أصبحت اليوم في المتناول من خلال وسائط التواصل الاجتماعي، التلفزيون والإذاعة، الحملات التحسيسية والتوعوية، وحتى من خلال الدروس والخطب المنبرية لأئمة المساجد، فكل هاته الوسائل تركز لمبدأ الوقاية التي من خلالها يستطيع الفرد تفادي العديد من المشاكل والأزمات الصحية عن طريق سلوكياته الإيجابية، ومعرفته لسبل الوقاية من هذه الأمراض، لكن مع مرور الوقت ومع التطور الذي مس مختلف جوانب الحياة أصبحت المشكلات الحياتية بما فيها (الصحية) أكثر تعقيداً وعمقاً، وأصبحت معظمها من النوع الذي يصعب ضبطه وتنظيمه، لذا وجب على صناع القرار في الدول والحكومات إعطاء التنقيف الصحي الطابع الرسمي وذلك بخلق مواد ضمن المناهج الدراسية لمختلف الأطوار خصوصاً الطور الثانوي، مع التركيز على الثقافة والتربية الجنسية التي يفتقر إليها الكثير من الشباب في ظل أعراف المجتمعات التي لا تسمح بالحديث في مثل هاته الأمور خاصة داخل الأسرة مما قد يفسح المجال إلى اكتساب العديد من المعلومات الخاطئة التي تؤدي إلى مشكلات صحية خطيرة يصعب علاجها، ولعل ما يميزنا نحن كمسلمين هو العناية الفائقة التي أولاها ديننا الحنيف لصحة الفرد والمجتمع من خلال الآيات والأحاديث الكثيرة في هذا الجانب والتي تعتمد بالدرجة الأولى على الوقاية وذلك بالنهي على كل ما من شأنه أن يضر بصحة الفرد والمجتمع.

الفصل الثالث
السيدا أسبابه، آثاره
وطرق معالجته

تمهيد:

يعد مرض السيدا (الايذز) من الأمراض الخطيرة والمستعصية التي لم يعثر لها على علاج رغم التقدم الكبير الذي أحرزه الطب، الشيء الذي جعل منظمة الصحة العالمية تدق ناقوس الخطر، وتصنفه ضمن الأمراض البالغة الخطورة وتحيطه بجملة من الاهتمامات والبرامج عبر العالم، ومما زاد في خطورة الأمر هو طابع الكونية الذي اكتسبه هذا المرض، حيث مس جميع أنحاء العالم وبأرقام مختلفة بين المخيفة والعادية، إضافة إلى الآثار النفسية الوخيمة للمصابين التي تسببها لهم نظرة المجتمع لهم خاصة إذا كان مجتمعا محافظا، حيث يعتبرونه وصمة عار تزيد من معاناة هاته الفئة، وتؤثر على صحتهم النفسية ومن ثمة البدنية، ومما زاد الطين بلة هو بعض المفاهيم الخاطئة عن طرق انتقال المرض، وسنستعرض في هذا الفصل أسباب الإصابة بالمرض، آثاره النفسية والبدنية، وطرق مكافحته والوقاية منه، التطور الوبائي لمرض السيدا، وأخيرا إحصائيات وأرقام السيدا في العالم وفي الجزائر.

أولاً: ماهية الإيدز:

1- **التعريف:** الإيدز أو السيدا أو مرض نقص المناعة المكتسب أو العوز المناعي البشري هي كلها مصطلحات لمرض هو عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية والتي يدل ظهورها على أن المصاب يعاني من فقدان المناعة، بما أن فقدان المناعة قد يكون وراثياً فقد أضيفت لفظة المكتسب للتدليل على الفرق بينهما ولا بد أن يكون فقدان المناعة قد حدث بدون سبب طبي، لأن في بعض الأحيان تفقد المناعة عن طريق العلاج خاصة الكيميائي المستعمل لعلاج بعض السرطانات ويؤدي نقص المناعة لانتشار الميكروبات من الفيروسات والميكروبات والبكتيريا إضافة إلى الطفيليات والفطريات. والذي يميز المرض كذلك هو أن المصابين كانوا يتمتعون بصحة جيدة وأغلبهم في سن الشباب والفتوة¹.

2- **الأسباب:**

كأي مرض فإنه في البداية لم يستطع العلماء والأطباء تحديد مسببات مرض الإيدز، لكن مع الأبحاث والجهود المضنية استطاعوا التوصل إلى الفيروس المسبب له، والذي يعرف اختصاراً *human immunodeficiency viruses (HIV)* أي فيروس العوز المناعي البشري وهو نوعان (HIV1)، (HIV2) والأول أخطر من الثاني، وهو فيروس ينتمي إلى فئة الفيروسات القهقرية (retro viruses) أو المنعكسة، وسميت بذلك بسبب مقدرتها على عكس الجريان الطبيعي للمعلومات الوراثية من dna إلى rna إلى بروتينات، ويؤثر هذا الفيروس على جميع الخلايا التي تحتوي على مستقبلات من (cd4) منها خلايا الجهاز المناعي (t4) والخلايا البلغمية الكبيرة *macrophage* والخلايا وحيدة النواة، ويستطيع الفيروس أن يدمر خلايا الجهاز المناعي خلال فترة وجيزة، بعد أن يتكاثر بداخلها، كما يستطيع أن يلبث ما بين عامين إلى 9 سنوات ليبدأ انتشاره مدمراً هذه الخلايا، أما بالنسبة للخلايا فإنه لا يدمرها بل يغير وظيفتها وينتقل عبرها إلى أجزاء

¹ محمد علي البار: مرجع سابق، ص 133-134.

مختلفة من الجسم وصولاً إلى الدماغ وعليه يصبح جسم الإنسان هدفا سهلاً للكثير من الميكروبات والفيروسات وبعض السرطانات، حيث تستغل الميكروبات الانتهازية الفرصة لتسبب أمراضاً خطيرة منها سرطان كابوسي ساركوما¹.

3- العلامات والأعراض:

تختلف أعراض الفيروس باختلاف مرحلة العدوى، فقد تظهر في الأسابيع الأولى، كما قد تظهر في مراحل متأخرة، وبالتالي الاستمرار في نقل العدوى، كما قد تظهر على المصاب أعراضاً مشابهة للإنفلونزا، ومنها الحمى، الصداع، الطفح الجلدي، التهاب الحلق، ونظراً لأن عدوى الفيروس تضعف جهاز المناعة تدريجياً، فقد تظهر أعراض وعلامات أخرى على المصابين مثل تورم الغدد اللمفاوية، فقدان الوزن، الحمى، الإسهال، السعال، كما قد يصابون بأمراض أخرى أكثر خطورة كالسل، التهاب السحايا، التهابات البكتيرية، وبعض أنواع السرطانات مثل ساركوما كابوسي².

4- طرق الانتقال:

هناك عدة طرق نبرزها في الآتي:

أ- الاتصال الجنسي مع مصاب بالمرض وتعد هذه الطريقة من أكثر الوسائل نقلاً للمرض حيث ينتقل من الرجل إلى المرأة والعكس أي من المرأة إلى الرجل مع إفرازات المهبل.

ب- نقل دم ملوث بالفيروس وخاصة في بداية ظهور الوباء حيث حدثت إصابات كثيرة جراء هذا السبب لتتدارك الهيئات الصحية على مستوى العالم هذا الأمر باتخاذ جميع الإجراءات من تحاليل وفحوصات وغيرها حتى يكون نقل الدم آمناً.

¹ الطراونة خالد أحمد، عبود مؤيد مهدي: خصائص فيروس الإيدز وانتشاره، جامعة مؤتة، الأردن، 1999، ص 09.

² منظمة الصحة العالمية من الموقع: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> تاريخ الاطلاع: 2021/10/10.

ت- استخدام الإبر الملوثة بالفيروس: وتنتشر خاصة لدى فئات مدمني المخدرات عن طريق الحقن، حيث يستعملون نفس الحقن في تعاطيهم للمخدرات.

ث- من الأم إلى الطفل: وينتقل بثلاث طرق :

- أثناء الحمل من دم الأم المصابة إلى الطفل عن طريق المشيمة.

- أثناء عملية الولادة حين يختلط جلد المولود بدم الأم المصابة.

- عن طريق الرضاعة الطبيعية.

5- التشخيص:

يمكن تشخيص المرض من خلال الاختبارات التشخيصية السريعة التي تقدم نتائج في نفس اليوم، مما يساعد على الاكتشاف المبكر للمرض، ويسهل عملية العلاج والوقاية، ومما زاد من يسر الأمر هو إمكانية استخدام الاختبارات الذاتية، غير أنها ليست مضمونة النتائج، ولا توفر تشخيصا كاملا، لذا لا بد من تأكيد الاختبار في المراكز المتخصصة. وتكون النتائج أكثر دقة ينصح باستخدام اختبارات منظمة الصحة العالمية، في معظم الحالات يطور الأشخاص أجساما مضادة للفيروس خلال 28 يوما من الإصابة، بعد التشخيص الايجابي يجب إعادة اختبار الأشخاص قبل تسجيلهم في برامج الرعاية والعلاج لاستبعاد أي خطأ محتمل¹.

6- الأسباب المساعدة على الانتشار:

هناك العديد من الأسباب المساعدة على انتشار المرض منها²:

أ- تساهل وتسامح المجتمع اتجاه الجنس قبل وبعد الزواج بما في ذلك اللواط، خاصة في المجتمعات الغربية بداعي الحرية وحقوق الإنسان والمدنية والتحضر.

¹ موقع منظمة الصحة العالمية: www.who.int/ar/news، تاريخ الإطلاع: 2021/09/15

² محمد علي البار: مرجع سابق، ص 114-115.

ب- سهولة التنقل بين الدول سواء كان ذلك من أجل العمل أو من أجل السياحة، خاصة الأخيرة التي يلتقي خلالها الأشخاص من عدة جنسيات، وفي أغلبية الدول السياحية يكون تقريبا كل شيء مباح، بما في ذلك العلاقات المحرمة.

ت- انتشار وسائل منع الحمل التي ساهمت بشكل كبير في انتشار الزنا، بسبب انتفاء عامل الخوف والخجل.

ث- انتشار الإباحية وتعدد الرفاق والخلان في المجتمعات الغربية، إذ لم يعد الرجل كما المرأة يكتفي بخليل واحد.

ج- تفشي المخدرات والخمور، خاصة تعاطي المخدرات عن طريق الحقن.

ثانيا: آثار السيدا:

لعل مرض السيدا هو المرض الأخطر من حيث آثاره السلبية التي يتركها على المريض، هذا بغض النظر عن تدهور الحالة الصحية، حيث يعد وصمة عار في كل المجتمعات خاصة الإسلامية منها، ففي بعض المناطق لا يمكن ذكر حتى اسمه صراحة لما قد يسببه من إحراج، لذا فإن المصابين به يعانون الأمرين، تدهور حالتهم الصحية من جهة، ونبذهم من طرف المجتمع من جهة أخرى، فقد يصل الأمر حتى الطرد من مناصب عملهم، وما قد يسببه ذلك من آثار على حياتهم الاجتماعية وتكفلهم بأسرهم، وفي هذا الشأن يقول أحد المصابين بالإيدز فيليب لانزرتا نقلا عن التايم لعدد 4 جويلية 1983 "إنك لا تعيش آلام الإيدز فقط، ولكنك تعيش منبوذا من المجتمع وحتى إذا مت فإنهم يرفضون تجهيز جثتك، ولا شيء يشعرك بالنعاسة أكثر من هذا". ويقول جوشوا رئيس فرقة الشاذين جنسيا في مدينة سياتل الأمريكية نقلا عن نفس الجريدة السابقة "إنني مهتم لأحوال إخواني الشاذين جنسيا المصابين بالإيدز، والذين يرفض الجميع أن يقدموا لهم أي خدمات، عليهم اللعنة"¹. هذا في المجتمع الأمريكي الغربي المنفتح على التمدن والتحضر الذي يعطي الحق

¹ محمد علي البار: مرجع سابق، ص 134.

لهؤلاء الشواذ في ممارسة طقوسهم، ومع ذلك هم يعانون من نظرة ومعاملة المجتمع لهم فما بالك بمجتمعاتنا الإسلامية، وفيما يلي بعض الأمثلة على ذلك، ففي تحقيق أجرته إذاعة BBC مع متعايشين مع المرض من جنسيات عربية، يتحدث أحمد عن صعوبة كبيرة في البداية، حيث تحول إلى شخص انطوائي خوفا من النظرة التجريبية لمجتمعه، لكنه مع مرور الوقت بدأ يتقبل وضعه ويحاول الخروج من هذه الحالة النفسية لكن هذه النظرة السلبية تقف حجر عثرة في تحسن حالته. أما محمد فهو يرى أن التعايش مع السيدا بالنسبة له أسهل من التعايش مع السكري. وعلى العكس منه فإن شادي لم يستطع تقبل حالته، وهو دائم التفكير في الانتحار¹.

من خلال ما تقدم ومن خلال التحقيقات والتصريحات لبعض المتعايشين مع الفيروس نلاحظ أن الآثار النفسية والاجتماعية التي يخلفها المرض تتجاوز آثار المرض الصحية، حيث يوجد رفض اجتماعي مرتبط بالإصابة بمرض الإيدز في جميع أنحاء العالم، وتزداد حدة هذا الرفض في المجتمعات العربية والإسلامية، حيث يتعرض المصابون لشتى أنواع النبذ والتمييز من قبل المجتمع، وما زاد الطين بلة هو بعض المفاهيم الخاطئة عن طرق انتقال المرض والتي زادت من خطورة الأمر، وهو ما سنتعرف عليه أكثر في الجانب التطبيقي لدراستنا هاته.

أما من حيث تأثيره من الناحية الاقتصادية، فقد جاء في المؤتمر الإقليمي الثالث والعشرون لإفريقيا المنعقد في جوهانسبورغ -جنوب إفريقيا- بين 1 و 5 مارس 2004 بعنوان فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) والأمن الغذائي في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى "إن وباء الإيدز ليس مجرد مشكلة أخرى من المشاكل التي تواجه الصحة والتخلف، بل هو وباء فريد من نوعه نظرا لآثاره التدميرية والتراكمية، وهو يختلف عن أمراض أخرى كالمalaria نظرا لاتساع نطاق الإصابة به والوفيات الناجمة عنه خاصة وأنها تكاد تنحصر في الفئة

¹ إذاعة BBC القسم العربي من الموقع: https://www.bbc.com/arabic/scienceandtech_aids_special2 تاريخ الاطلاع: 2021/10/05.

النشيطه 15-50 سنة، وما يميز المرض أيضا هو طول فترته، وكذا الوفيات التي تصيب هاته الفئة، مما يسبب نقصا حادا في الأيادي العاملة على المستوى الأسري والمحلي¹.

إضافة إلى عجز الطبقة الشغيلة عن العمل بسبب إصابتها بفيروس نقص المناعة المكتسب يلزمهم كذلك رعاية صحية هائلة ومكلفة، مما يؤدي إلى زيادة تأزم الأمور من الناحية الاقتصادية على الفرد وأسرته وعلى كامل الاقتصاد الوطني، إذا مس هذا المرض هاته الشريحة بأعداد كبيرة، إضافة إلى ما تصرفه الدولة على العلاجات المتاحة، وفي بعض المناطق يخلف هذا الوباء عددا معتبرا من الأيتام بسبب عدد الوفيات الكبير، مما يحتم على أجدادهم الرعاية بهم، وفي كثير من الأحيان يكون هؤلاء الأجداد بدون معاش وغير قادرين على العمل، مما يحتم على الدولة رعايتهم وبالتالي زيادة نفقات الدولة، كما أن فقدان العمالة المؤهلة يؤدي إلى استبدالها بأخرى جديدة مما ينقص من الإنتاج، وفي بعض الأعمال يحتاجون إلى تدريب متخصص وبالتالي مزيدا من النفقات.

ثالثا: طرق المكافحة:

إن مكافحة السيدا أصبح من أولويات الدول والحكومات، وكذا الهيئات غير الحكومية المهتمة بالصحة، نظرا لخطورته بالنسبة لصحة الفرد والمجتمع، وكذا مختلف الآثار المترتبة عنه من الناحية النفسية، الاجتماعية وحتى الاقتصادية.

¹ منظمة التغذية والزراعة: <http://www.fao.org/3/J1418a/J1418a.htm> تاريخ الاطلاع: 2021/10/03.

1- مكافحة السيدا من خلال توصيات منظمة الصحة العالمية¹:

01-01 الوقاية:

بما أن فيروس السيدا لا يوجد له علاج ناجع لحد الآن، فإن منظمة الصحة العالمية توصي بالجانب الوقائي الذي يعد ضرورة لتفادي المرض وذلك من خلال:

أ- استعمال العوازل الذكرية والأنثوية: ويعطي استعمال هذه الطريقة الوقائية خاصة إذا كان الواقي مصنوع من مادة اللاتكس حماية قدرها 85% من الفيروس.

ب- الحد من المخاطر لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن: وذلك باستعمال إبر ومحاقن معقمة وعدم مشاركة الآخرين أدوات التعاطي ومحاليل تعاطي المخدرات، وكذا استعمال بدائل الأفيون المعطى للمعتدين على المواد الأفيونية.

ت- إجراء الفحوص وتقديم المشورة بشأن الفيروس: ينصح بشدة إجراء فحوصات الكشف عن الفيروس لكافة الأشخاص المشكوك فيهم والمعرضين لأي عامل من عوامل الخطر، لكي يتسنى لهم معرفة حالتهم ويتيح لهم فرصة تلقي العلاج المبكر إذا كانت نتيجتهم ايجابية، وهو ما يعطي إمكانية شفاءهم من المرض، عكس التأخر في الكشف إلى مراحل متأخرة من تفشي الفيروس الذي يؤدي إلى استحالة علاجه.

ث- إجراء الفحوص وتقديم المشورة والربط بخدمات رعاية السل: يعد السل من أكثر الأمراض شيوعاً بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس السيدا، وتزيد خطورته حيث يصبح من الأسباب الرئيسية للوفاة بين المصابين، حيث تتجم عنه وفاة واحدة عن كل 3 وفيات، وبالكشف المبكر عن

¹ منظمة الصحة العالمية: فيروس العوز المناعي البشري-حقائق رئيسية- 30 نوفمبر 2020، <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

تاريخ الاطلاع 2021/10/03.

السل وتقديم العلاج والأدوية المضادة له تخف وطأة الفيروس، وتوصي المنظمة في هذا الشأن بالفحص الروتيني للسل بالنسبة للأشخاص المتعاشين مع السيدا، كما توصي أيضا بإجراء الفحص الروتيني لفيروس السيدا بالنسبة للأشخاص المصابين بالسل، ويكون العلاج في كلتا الحالتين باستخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والأدوية المضادة للسل.

ج- **الختان الطبي الطوعي للذكور:** يقلل هذا الأخير من خطر إصابة الرجال بالفيروس المنقول من الجنس الآخر بنسبة من 50 إلى 60%، وبهذا الخصوص قامت المنظمة بتحديث التوصية الصادرة في سنة 2007 بشأن الختان الطبي الطوعي للذكور باعتباره وسيلة وقائية ثانوية فعالة للذكور البالغين أكثر من 15 عاما فما فوق وخاصة في البلدان الواقعة شرق إفريقيا وجنوبها والتي تعتبر بؤرة للوباء، وفي هذا الصدد أجريت أكثر من 15 مليون عملية ختان للذكور بين سنتي 2016 و2019.

خ- **استعمال الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بغرض الوقاية:** حيث أكدت دراسات عديدة أن الشخص المصاب الذي يواظب على العلاج بواسطة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، فإنه يوفر حماية لشركائه الجنسيين غير المصابين.

ح- **إعطاء العلاج الوقائي قبل التعرض للفيروس إلى الشريك غير المصاب به:** حيث توصي المنظمة الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس وهم الذين تربطهم علاقات مع أشخاص مصابين (العلاقات الجنسية أو خلال تعاطي المخدرات بالإبر) بالمواظبة على أخذ الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية كإجراء وقائي، وقد أثبتت أكثر من 10 دراسات عشوائية نجاعة هذا العلاج الوقائي حيث يساهم في تقليل معدلات انتقال العدوى.

د- **العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس:** حيث تتصح المنظمة باستعمال الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في غضون 72 ساعة من التعرض للفيروس بهدف الوقاية ولا يتأتى هذا إلا إذا

كانت هناك فحوصات روتينية ودورية خاصة بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس، كما توصي أيضا بإعطاء العلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة للمراهقين والأطفال.

ذ- **التخلص من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل:** تسمى عملية انتقال الفيروس من أم مصابة إلى طفلها أثناء الحمل أو المخاض أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية بعملية انتقال الفيروس عموديا، وتتراوح نسبة الانتقال بين 15 و45%، ويمكن التخلص منها إذا أعطيت كل من الأم وطفلها الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في أسرع وقت ممكن أثناء الحمل وفي فترة الرضاعة الطبيعية. ففي سنة 2019 حصل ما يربو من 85% من الحوامل المتعايشات مع الفيروس في العالم أي نحو 1.3 مليون حامل على العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وقد حققت عديد الدول نتائج باهرة حيث تخلصت من هذه الطريقة نهائيا على غرار كل من كوبا، ماليزيا، مالديف، أرمينيا، تايلاند، كما أن هناك عديد الدول الأخرى التي تحقق تقدما ملحوظا في هذا الجانب.

01-02 العلاج:

كما أسلفنا سابقا فإنه لحد الساعة لم يتوصل إلى علاج شاف وواف لهذا المرض الفتاك، لكن يمكن التخفيف من وطأته وكبح جماحه بإتباع توليفة علاجية مكونة من 3 أدوية أو أكثر من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وبإمكان هاته التوليفة أن تساعد جهاز المناعة على استعادة تعافيه وتبث فيه بعض النشاط الذي يمكنه من التصدي لبعض حالات العدوى الانتهازية، وأنواع السرطانات. وقد أوصت المنظمة في سنة 2016 بإعطاء هاته التوليفة طوال العمر لجميع المتعايشين مع الفيروس، بمن فيهم الأطفال والمراهقون والحوامل والمرضعات. وفي سنة 2020 اعتمد 182 بلدا هذه التوصية أي بنسبة 99% من إجمالي المتعايشين مع الفيروس، ويكون العلاج أكثر فعالية توصي المنظمة بالإسراع في إعطائه وهذا مباشرة مع التشخيص والكشف عن الإصابة، وفي منتصف 2020 أكدت 70 بلدا التزامها بهذا الإجراء.

وفي 2019 حدثت منظمة الصحة العالمية مبادئها التوجيهية بشأن علاج الفيروس بما يواكب التطورات الحاصلة والاكتشافات الجديدة في مجال الطب، وهذا بإتاحة عدة خيارات جديدة من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية تتسم بمزيد من النجاعة وتكون متاحة أكثر مقارنة بالأدوية الموصى بها سابقا.

وفي منتصف سنة 2020 شهدت مرحلة الانتقال إلى تطبيق مقررات علاجية تحتوي على دواء الدولاتيغرافير في أكثر من 100 بلد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ويبقى الهاجس الذي يورق المنظمة هو فئة الأطفال التي لم يتحصل سوى 53% على الدواء من إجمالي الأطفال المتعاشين مع المرض، مقابل 67% للفئات الأخرى أي ما مجموعه 26 مليون شخص متعاش مع المرض.

ومن أجل إتاحة العلاج للجميع وخاصة فئات السكان المتعاشية مع المرض تعمل المنظمة على تذليل جميع العقبات والصعاب وذلك بـ:

- سن قوانين لمكافحة التمييز وتوفير الحماية لمعالجة مشكلتي الوصم والتمييز.
- التصدي للعنف ضد الأشخاص المصابين بالفيروس
- إتاحة الخدمات الصحية والعلاج لفئات السكان المتعاشية مع المرض، وتدرج عملية زيادة العلاج ضمن مجموعة الغايات 90/90/90 والتي ترمي إلى تصحيح المسار من أجل القضاء على وباء الإيدز بحلول عام 2030.

01-03- الإستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي 2016-2030¹:

- الرؤية: انعدام حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، وانعدام الوفيات الناجمة عنه، وانعدام التمييز المتعلق به في عالم يتيح للأشخاص المتعايشين مع الفيروس أن ينعموا بالصحة ويتمتعوا بحياة طويلة.
- الهدف: القضاء على وباء الإيدز بحلول عام 2030.
- غايات 2020: خفض حالات العدوى الجديدة إلى أقل من 500000 إصابة، وانعدام الحالات الجديدة بين الأطفال، وخضوع 90% من الأشخاص المتعايشين مع الفيروس للاختبار، وعلاج 90% من المرضى، وحدوث الكبت الفيروسي لدى 90%.

وما تجدر الإشارة إليه فإن الغايات التي كانت مبرمجة لسنة 2020 لم تتحقق كلها وخاصة فيما يخص الحالات الجديدة حيث سجل سنة 2020 حوالي 1.5 مليون إصابة جديدة، وهي بعيدة كل البعد عن الغاية المرجوة والمبرمجة وهي أقل من 500000 حالة جديدة، ويعود ذلك إلى جائحة كورونا -كوفيد 19- التي عطلت الكثير من الخدمات، إضافة إلى تقاعس بعض الأطراف وعدم تحمل المجتمع الدولي لكامل مسؤولياته، كما بقي بعض التمييز فيما يخص تقديم الخدمات ما بين المناطق وما بين الفئات، حيث لازالت فئة الأطفال تعاني هذا التمييز ولم يتحصل إلا 53% من الأطفال على العلاج من إجمالي الأطفال المتعايشين مع الفيروس.

02- مكافحة السيدا من خلال الدين الإسلامي:

لا شك أن ما ذكرناه سابقا فيما يخص مكافحة السيدا من خلال توصيات منظمة الصحة العالمية ليس حلا جذريا للمعضلة، بل تبقى مجرد إجراءات لتخفيف حدة المرض من خلال بعض الإجراءات الوقائية، وإنما الحل الجذري والحقيقي في الإسلام الذي يوصي بالإحصان والابتعاد عن الرذيلة والفواحش بكل أنواعها، وهنا يقطع الطريق نهائيا أمام إمكانية انتقال العدوى، لكن للأسف

¹ موقع منظمة الصحة العالمية:مسودة الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة، فيروس العوز المناعي البشري 2016-2021، صوب وضع حد لمرض الإيدز، الموقع، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>، تاريخ الإطلاع: 2021-09-09.

اليوم حتى المجتمعات الإسلامية صارت تسجل أرقاما لا يستهان بها، ليس لقصور في الإسلام ولكن في الابتعاد عنه وعدم تطبيق تعاليمه، ولقد تناولنا في فصل سابق مظاهر الوقاية في الإسلام من خلال الطب النبوي، فإذا ما نحن التزمنا بها فإننا سنكون بمنأى عن كل هاته الأمراض، وشدد الإسلام خاصة في الأمور المتعلقة بالعلاقات الجنسية وتعاطي المسكرات، وهي التي تعد من المسببات الرئيسية للإصابة بفيروس السيدا، فإذا كانت منظمة الصحة العالمية تحاول تكيف هاته المسببات، فإن الإسلام يهدف إلى عدم الاقتراب منها نهائيا، حيث حرمها نهائيا وحرم مجرد الاقتراب منها في قوله تعالى "ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلا" سورة الإسراء، الآية 32.

01-02 الوقاية:

كما أسلفنا سابقا فقد عني الإسلام بالوقاية وجعلها ركيزة هامة لحفظ صحة الفرد والمجتمع، وهذا ما لمسناه من خلال الطب النبوي الذي هو طب وقائي بامتياز يعنى بصحة الأبدان والنفوس، وسنتطرق فيما يلي إلى جملة من الوسائل والطرق الوقائية الفعالة التي أوصى بها الإسلام وأمر بها¹:

أ- الزواج:

قال الله تعالى " وأنكحوا الأيامى منكم والصالحين من عبادكم وإمائكم، إن يكونوا فقراء يغنهم الله من فضله والله واسع عليم" سورة النور الآية 32، وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم "يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج" متفق عليه، فإضافة إلى الأجر والثواب الحاصل بالزواج، وكذا الفوائد النفسية والاجتماعية، فللزواج فوائد صحية جمة، فهو إحصان للفرج، وبإحصان الفرغ يقي الفرد نفسه من عديد الأمراض خاصة المنقولة جنسيا، ولعل من أخطرها السيدا، والزواج يقي من عديد الانحرافات والشذوذ الجنسي التي تؤدي إلى السيدا نذكر منها²:

¹ محمد صالي: مرجع سابق، ص من 110 إلى 121

² الطويل عثمان: التربية الجنسية في الإسلام للفتيات والفتيان، تقديم إبراهيم عرعراوي، دار الفرقان، ص 73.

✓ **الزنا:** وهو أن يطأ الرجل امرأة حرة غير زوجته، وما يميز الزنا عن الزواج عادة هو تعدد العلاقات للرجل الزاني وكذا المرأة الزانية، مما يجعلهم عرضة لأخطار الإصابة بعدوى الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس، حيث يعتبر الاتصال الجنسي من أكثر الطرق نقلاً للعدوى، ولقد شددت الشريعة في أمر الزنا حيث جعلته من كبائر الذنوب، وفي هذا الشأن يقول المولى عز وجل "ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلاً" سورة الإسراء الآية 32، ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم "ثلاثة لا يكلمهم الله يوم القيامة، ولا يزكيهم - وقال معاوية ولا ينظر إليهم - ولهم عذاب أليم، شيخ زان، ومملك كذاب، وعائل متكبر" صحيح مسلم.

✓ **اللواط:** وهو ممارسة الجنس بين رجل ورجل، ولقد أثبت العلم الحديث ما لهذه الظاهرة الشاذة التي تعافها الأنفس الطاهرة، من أضرار صحية جراء نقل عدوى الأمراض.

✓ **الاستمناء (العادة السرية):** وهو عادة سيئة تنفر منها النفوس، ومن بين أسبابها تبرج وتعري النساء، مشاهدة الأفلام الخليعة والهابطة، ومتابعة المواقع الإباحية مما يثير الغرائز، وإشباعها يلجأ إلى هذه الظاهرة للتخفيف منها، وهي محرمة في شرعنا، كما أثبت الطب الحديث أضرارها، كمرض العنة.

وعلاج كل هذا الشذوذ والعادات القبيحة التي تتسبب في عديد الأمراض المنقولة جنسياً في الزواج مصداقاً لقول الرسول صلى الله عليه وسلم "إذا جاءكم من ترضون دينه وخلقه فزوجوه، إلا تفعلوا تكن فتنة وفساد في الأرض كبير" رواه الترميذي، ولعل من أكبر الفساد في الأرض هذه الأمراض المنقولة جنسياً.

ب- **الامتناع عن ارتكاب المعاصي والمحرمات:** هناك الكثير من الآيات الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة في هذا الجانب، والتي تصب كلها في تحريم كل ما من شأنه أن يضر بالفرد والمجتمع في جميع جوانب حياته، ومنها الصحية التي أعطاها الإسلام أهمية بالغة، قال الله تعالى "إلا من تاب وآمن وعمل صالحاً فأولئك يبدل الله سيئاتهم حسنات وكان الله غفوراً رحيماً" الفرقان الآية 70.

ت- **الثقة والوفاء بين الزوجين:** حيث تعد من أهم أهداف الزواج، بعد المحافظة على النسل، قال الله تعالى "ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون" سورة الروم، الآية 21، وبتقوية أواصر المودة والرحمة والحب المتبادل بين الزوجين، لا شك سيخلق ذلك حياة حميمية سعيدة من شأنها أن تجنب الزوجين كل أشكال الخلاف الذي يمكن أن يؤدي إلى إقامة علاقات غير شرعية، وقد تتعدى إلى العلاقات الجنسية غير المحسومة، وبالتالي إمكانية الإصابة بعدوى فيروس السيدا إذا كان أحد الطرفين حاملا للفيروس، وبالتالي نقله إلى الزوج، وقد أكد القرآن على قدسية هاته العلاقة، وعاتب عتابا شديدا منتهكها، قال الله تعالى "وكيف تأخذونه وقد أفضى بعضكم إلى بعض وأخذن منكم ميثاقا غليظا" سورة النساء، الآية: 21.

ث- **تقويم سلوكيات الأفراد:** يركز الإسلام كثيرا على الجانب السلوكي والأخلاقي للأفراد، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق" رواه أحمد وصححه الألباني، فإذا استوت سلوكيات الأفراد وكانت سليمة فلا شك أن ذلك سيحصنهم من كثير من الآفات والمعاصي والأمراض، خاصة فئة الشباب التي تكون أكثر عرضة للإمراض المنقولة جنسيا، لما يميزهم من قوة ونشاط جنسي في هاته المرحلة، والإسلام يعطي حولا جذرية للتخلص من هاته الأمراض مستمدة من الكتاب والسنة يمكن تلخيصها في الآتي:

- الاستعانة بالزواج وغيض البصر والبعد عن بعض الآفات كالزنا.
- الاهتمام بالتربية والتنشئة الإسلامية الصحيحة للأطفال والشباب ونشر الوعي الصحي بما فيه التربية الجنسية.
- حث المرأة على الالتزام بتعاليم الإسلام من حجاب شرعي وحشمة لمنع أي شكل من أشكال إثارة الشهوة والغرائز.
- توعية الشباب المقبل على الزواج لمعرفة مسؤولياته وسلوكياته خاصة الجنسية منها والأخطار التي قد تلحق بهم جراء الفهم الخاطئ والجهل، وفي هذا الشأن ألفت العديد من الكتب الدينية

المستمدة من الكتاب والسنة، ينصح بالاطلاع عليها لكل مقبل على الزواج لتكوين فكرة شرعية عن الزواج.

كما أن الإسلام لا يعارض الأساليب الوقائية الحديثة بل يدعو إليها ومن هذه الطرق:

- فحص الدم قبل نقله لشخص آخر.

- تعقيم الأدوات الملوثة بالدم.

02-02 العلاج:

رغم أن الإسلام يهتم بالجانب الوقائي بالدرجة الأولى، إلا أنه لم يهمل الجانب العلاجي، وأمر به وحث عليه في نصوص كثيرة، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء" البخاري، باب الطب، ويجمع الطب النبوي بين طب الأبدان وطب القلوب، ولكل نوع علاجه الخاص به، كما جعل الإسلام حفظ الصحة من الكليات الخمس، ويركز الإسلام على التداوي بالعلاجات المشروعة ويحرم بعض الأدوية الأخرى كالخمر ومختلف النجاسات، ولا يمانع الإسلام التداوي بالأدوية الحديثة، بل يوصي بها ويحث عليها، ومن طرق العلاج في الإسلام نذكر:

أ- **الحجامة:** وتعتبر من روائع الطب النبوي، وقد ثبت احتجامة صلى الله عليه وسلم وأمر بذلك في قوله "إن أفضل ما تداويتم به الحجامة، أو هو من أمثل دوائكم" رواه مسلم.

ب- **العلاج بعسل النحل:** ويوصف العسل بأنه غذاء مع الأغذية، دواء مع الأدوية، شراب مع الأشربة، حلو مع الحلو، طلاء مع الأظلية، وقلما تجتمع كل هاته الخصائص في مادة واحدة، والعسل فيه كل ما يحتاجه الإنسان من فيتامينات أ، ب1، ب2، ب3، ب5، ب6، د، ك، هـ، وكذلك يحتوي على المعادن والأملاح كالحديد، الكبريت، الكالسيوم، البوتاسيوم، اليود، الصوديوم، القصدير، الرصاص.... الخ، وبالتالي فهو يقوي الجهاز المناعي ويمكن من التصدي لعدوى فيروس العوز المناعي أو التخفيف من حدته.

ج- الختان: وهو يقلل من احتمال الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا، جعلته الشريعة من سنن الفطرة.

رابعا: التطور الوبائي لمرض السيدا

ينتمي مرض السيدا إلى مجموعة الأمراض المنقولة جنسيا ولعله من أخطرهما، يعود أول ظهور له سنة 1980، حيث لاحظ الدكتور مايكل غوتليب في لوس أنجلوس بالولايات المتحدة الأمريكية عدة أعراض على أحد المرضى وهو من الشواذ جنسيا تتمثل في فقدان الوزن، الحمى، الالتهاب الرئوي، كما سجل عليه انخفاضا كبيرا في الخلايا اللمفاوية T4 في الدم، بعدها ظهرت نفس هاته الأعراض على مريضين آخرين العامل المشترك بينهما أنهما من الشاذين جنسيا، وهذا في أتلانتا بالولايات المتحدة الأمريكية دائما، مما جعل مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها يفتح تحقيقا لمعرفة مستجدات الأمر¹.

وفيما يلي نستعرض أهم المحطات التي مر بها مرض السيدا منذ اكتشافه حتى اليوم من خلال مقال لـ Rachel Nall²:

1980: تشير الدراسات إلى أن فيروس نقص المناعة البشرية كان موجودا في مختلف قارات العالم ماعدا قارة آسيا قبل سنة 1980، حيث لاحظ الأطباء أن طائفة من الناس تصاب بأنواع نادرة من العدوى الانتهازية مثل: الالتهاب الرئوي والسرطانات النادرة، وكان الأشخاص الذين يعانون من ضعف الجهاز المناعي أكثر عرضة للإصابة بهاته العدوى.

1980-1990: كان المصابون الأوائل في سنة 1981 من فئة الذكور الشاذين جنسيا لذلك أطلق عليه في البداية اسم نقص المناعة المرتبط بالمتليين، لكن مع مرور الوقت لوحظ كذلك أن مدمني المخدرات عن طريق الوريد يعانون من نفس المرض.

¹ محمد صالي: الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا، دراسة ميدانية لطلبة جامعة وهران، رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2010/2009، ص 29.

² Medically reviewed by Daniel Murrell, M.D. — Written by Rachel Nall, HIV and AIDS: A timeline and history, MSN, CRNA on December 4, 2018.

كانت أول تسمية للمرض بالايذز في عام 1982 وفي سنة 1983 تم اكتشاف الفيروس المسبب للمرض وأطلق عليه اسم HIV أي فيروس نقص المناعة البشرية، كما بدؤوا يحددون أيضا الطرف الرئيسي لانتقال الفيروس وأكدوا أن الاتصال العرضي أو الطعام أو الماء أو الهواء لا يمكن أن تنتقل هذا الفيروس.

في عام 1985: عقد أول مؤتمر دولي حول الايدز في الـ 10 من أيار وفي هذه السنة أيضا بدأت بنوك الدم في فحص إمدادات الدم لمنع الفيروس من الانتقال عن طريق نقل الدم.

في عام 1988: أقيم أول يوم عالمي للايدز في 01 ديسمبر، في ذلك الوقت كان ما يزيد عن 100000 شخص مصاب بالايذز في الـ 10 من أيار، كما أكدت المؤسسة الكندية لأبحاث الايدز أن عدد المصابين بالايذز في العالم يتراوح بين 8 و 10 مليون شخص مصاب.

من 1990 - إلى 2000:

في عام 1991 وضع الشريط الأحمر كرمز للتوعية بالايذز، وفي سنة 1995 قدم الأطباء أول علاج مركب ثلاثي كعلاج مضاد للفيروسات القهقرية، ساهم هذا الدواء في منع الفيروس من التكاثر وبالتالي إمكانية مقاومة الفيروس من طرف جهاز المناعة حيث انخفض عدد الوفيات المرتبطة بالايذز بين 60 و 80%، ومع ذلك فقد وصل عدد المتعاشين مع الفيروس عبر أنحاء العالم إلى 23 مليون وفقا للمؤسسة الكندية للأبحاث، وفي سنة 1996 تم إنشاء أونيسيدا البرنامج المشترك لمكافحة السيدا وهي منظمة تابعة للأمم المتحدة مسؤولة عن مكافحة الايدز.

ويحلول عام 1999 بدأ العالم يدق ناقوس الخطر حيث كانت الأمراض المرتبطة بالايذز هي السبب الرابع للوفيات في جميع أنحاء العالم والسبب الرئيسي للوفيات في إفريقيا، حيث قدرت الوفيات بـ 14 مليون شخص.

من 2000 - إلى 2010

من أجل أكثر فعالية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، ووصولها إلى أكثر عدد ممكن من الناس خاصة في البلدان النامية، قامت المنظمات التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية الايدز بخطوات جبارة حيث تفاوضت مع الشركات والمخابر المنتجة لهاته الأدوية.

في عام 2008 ومع زيادة تحويل بحوث الايدز وعلاجه وكذا أساليب الاختبارات، أعلنت منظمة الصحة العالمية WHO أن عدد حالات فيروس نقص المناعة شهد استقرارا كبيرا، وفي 2012 وافقت إدارة الغذاء والدواء على خطة العلاج الوقائي لأولئك المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وبفضل هاته الخطة تلقى حوالي 54% من الأشخاص المؤهلين لهذا العلاج الوقائي. وفي سنة 2015 أعلن مركز السيطرة على الأمراض أن التشخيص والعلاج المناسب يمكن أن يمنع حوالي 90% من تشخيصات فيروس نقص المناعة البشرية الجديدة في الو.م.أ.

ولحد اليوم لم يتوصل الباحثون والأطباء إلى لقاح واق ولا إلى علاج فعال، رغم كل الجهود المبذولة خاصة من منظمة الصحة العالمية ومختلف الدول والحكومات. ولا تزال التجارب السريرية جارية فوفقا للمعاهد الوطنية للصحة (NIH) شارك ما يقدر بنحو 30000 شخص في جميع أنحاء العالم في دراسات لقاحات فيروس نقص المناعة البشرية الوقائية.

ويبقى دواء exposure Prophylaxis المشار إليه اختصارا بـ PrfP هو الأكثر استعمالا بالنسبة للأشخاص غير المصابين بالفيروس كوقاية، حيث نشرت فرقة العمل المعنية بالخدمات الوقائية الأمريكية إرشادات محدثة في عام 2019 بخصوص هذا الدواء وكيفية تناوله ليكون أكثر فعالية وبالرغم من ذلك فإن إدارة الغذاء والدواء FDA لم توافق إلا على تركيبة واحدة

فقط من PrfP يمكن للأشخاص الذين لديهم مخاطر عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تناوله مرة واحدة فقط في اليوم وتصل فعالية هذا الدواء إلى حوالي 92%.

ويبقى السيدا أو طاعون العصر يشكل هاجسا ويتصدر المشهد الوبائي بتزايد عدد المصابين به عاما بعد عام رغم جهود منظمة الصحة العالمية والحكومات المختلفة ورغم ما ينفق من ملايين الدولارات على برامج المكافحة وعلى البحوث العلمية يبقى بدون علاج شاف ولا مصل أو لقاح واق¹. ويبقى العلاج الشافي والكافي في ديننا الإسلامي الحنيف تطبيقا لمبدأ الوقاية خير من العلاج فتجنب مسببات المرض المتمثلة في الآفات والرذائل من علاقات جنسية شاذة وتناول للمخدرات خاصة عن طريق الحقن بالضرورة ستقضي على مثل هاته الأمراض نهائيا، قال رسول الله عليه أفضل الصلاة والسلام "لم تظهر الفاحشة في قوم قط حتى يعلنوا بها، إلا فشا فيهم الطاعون والأوجاع التي لم تكن مضت في أسلافهم الذين مضوا قبلهم" أخرجه ابن ماجة في سنة 4019، والطبراني في المعجم الأوسط 4671.

ولا شك أن السيدا هو من الطواعين بل هو طاعون العصر هو نتاج هاته الفواحش التي صارت تمارس تحت غطاء التمدين والتحضّر والحدّاتة.

خامسا: فيروس السيدا في العالم:

رغم أن عدد الإصابات في السنوات الأخيرة ظل مستقرا وهذا منذ سنة 2000، مقابل تراجع في عدد الوفيات جراء هذا الفيروس إلا أن هاته الأرقام لا زالت مخيفة ولم تبلغ تطلعات منظمة الصحة العالمية والبرنامج المشترك لمكافحة السيدا onusida المعبر عنها في إستراتيجية سنة 2016 والتي حددت فيها عدة أهداف يعتزم بلوغها سنة 2030 تماشيا مع الأهداف الإنمائية وتزداد خطورة هاته الأرقام في بعض الدول النامية كدول إفريقيا وأمريكا الجنوبية، حيث يعد من بين الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم، والسبب الأول في إفريقيا، وما زاد الطين بلة هو تعطل بعض

¹ عبد الرحيم عبد الله: الأمراض المنقولة جنسيا، دار الشرق، القاهرة، مصر، ط1، 2009، ص 102-103.

الخدمات بسبب جائحة كورونا -كوفيد19- وما فرضته على العالم من حجر صحي وعزل أثرت على تنفيذ البرنامج ووصول الخدمات الخاصة بالوقاية من السيدا إلى عديد الدول.

كما أشرنا سابقا فقد اكتسب مرض السيدا الطابع الوبائي، حيث مس جميع بلدان العالم وبنسب مختلفة والجدول الموالي يوضح إحصائيات مرض السيدا في العالم من سنة 2000 حتى سنة 2020.

الجدول (3-1): إحصائيات عالمية حول السيدا من سنة 2000 إلى غاية 2020

الوحدة: بالآلف

2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010	2005	2000	
37700	37200	36600	35900	35300	34600	31100	28600	25500	شخص متعايش مع المرض
1500	1500	1600	1700	1700	1800	21000	2000	2900	مجموع الإصابات الجديدة
1300	1400	1400	1500	1500	1600	1800	2000	2300	إصابات جديدة فوق 15 سنة
150	160	170	180	190	190	320	480	520	إصابات جديدة بين 0-14 سنة
680	720	750	800	850	900	1300	1900	1500	الوفيات المرتبطة بالإيدز
27500	25500	23100	21500	19300	17100	7800	2000	560	الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية
21.5 مليار دولار	21.6 مليار دولار	22 مليار دولار	22.3 مليار دولار	20.7 مليار دولار	20.3 مليار دولار	16.6 مليار دولار	9.3 مليار دولار	5 مليار دولار	الموارد المتاحة لفيروس نقص المناعة البشرية

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة إيدز ONUSIDA

من خلال الجدول رقم (3-1) نلاحظ أن الجهود المبذولة في مجال مكافحة السيدا من طرف منظمة الصحة العالمية ومختلف الحكومات وهيئات المجتمع المدني بدأت تؤتي أكلها من حيث انخفاض عدد حالات الإصابات الجديدة، وكذا عدد الوفيات في العالم مقابل زيادة عدد الأشخاص المتعاشين مع المرض وكذا زيادة الإنفاق، فعدد الأشخاص المتعاشين مع الفيروس انتقل من 25.5 مليون شخص سنة 2000 إلى 37.7 مليون سنة 2020 بمنحنى تصاعدي من سنة لأخرى أما بالنسبة لحالات الإصابة الجديدة فقد انخفض من 2.9 مليون إصابة جديدة سنة 2000 إلى 1.5 مليون إصابة جديدة سنة 2020 بمنحنى تنازلي من سنة لأخرى مع ثباته في سنتي 2019 و2020. أما عن حالات الإصابة لدى الأطفال من 0 إلى 14 سنة فقد سجل تراجعا هو الآخر من 520000 إصابة سنة 2000 إلى 150000 سنة 2020. نفس الأمر شهدته حالات الإصابة الجديدة لدى الأشخاص أكبر من 15 سنة حيث تراجعت من 2.3 مليون إصابة سنة 2000 إلى 1.3 مليون إصابة سنة 2020. كما سجل أيضا تراجعا في الوفيات من 1.5 مليون وفاة سنة 2000 إلى 680000 وفاة سنة 2020. ويبقى الشيء الملفت للانتباه في الجدول هو النقلة النوعية التي شهدتها عدد الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من 560000 سنة 2000 إلى 27.5 مليون سنة 2020، وهنا يتضح جليا مدى نجاعة برامج منظمة الصحة العالمية والبرنامج المشترك لمكافحة السيدا، وجهود مختلف الفاعلين في محاولة للوصول إلى أكبر عدد من المصابين، وخاصة في الدول النامية في إفريقيا أين استفحل هذا المرض، وأصبح يهدد حياة الكثيرين، حيث تعتبر السبب الأول للوفاة بها، ترجمته إستراتيجية مكافحة السيدا لسنة 2016 التي وضعت عدة أهداف يرجى تحقيقها سنة 2030. ولكي تتحقق كل هاته الأهداف وجب توفير الموارد المالية اللازمة، هاته الأخيرة تطورت بشكل ملحوظ، حيث ارتفعت من 5.1 مليار دولار سنة 2000 إلى 22.3 مليار دولار سنة 2017 لتعاود الانخفاض بشكل طفيف لتصل إلى 21.5 مليار دولار سنة 2020، 61% منها مخصصة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ويتطلع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية إلى الوصول إلى 29 مليار دولار بحلول سنة 2025 وهذا لتكون الدول قادرة على مكافحة الايدز وإنهائه، ويبدو الأمر صعبا خاصة في ظل الإتفاق المتزايد على لقاحات كورونا وكذا الانهيار الاقتصادي الذي خلفته هاته الجائحة في كثير من الدول.

الجدول (3-2): البيانات الإقليمية المرتبطة بداء السيدا لسنة 2020

الوحدة: بالألف

* نسبة الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى العلاج إلى عدد الأشخاص المتعاشين مع المرض %	الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى العلاج في 2020	الوفيات المرتبطة بالسيدا 2020	إصابات جديدة بالفيروس في 2020			شخص متعاش مع المرض في 2020	المنطقة
			14-0 سنة	فوق 15 سنة	المجموع		
77.66	16000	310	75	600	670	20600	إفريقيا الشرقية والجنوبية
63.79	3700	130	13	230	240	5800	آسيا والمحيط الهادي
74.46	3500	150	55	150	200	4700	إفريقيا الغربية والوسطى
66.66	1400	31	2.3	10	100	2100	أمريكا اللاتينية
66.66	220	6	1.2	12	13	330	البحر الكاريبي
41.73	96	7.9	1.4	15	16	230	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا
54.73	870	35	/	130	140	1600	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
86.36	1900	13	/	66	67	2200	أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية
	27500	680	150	1300	1500	37700	المجموع الكلي

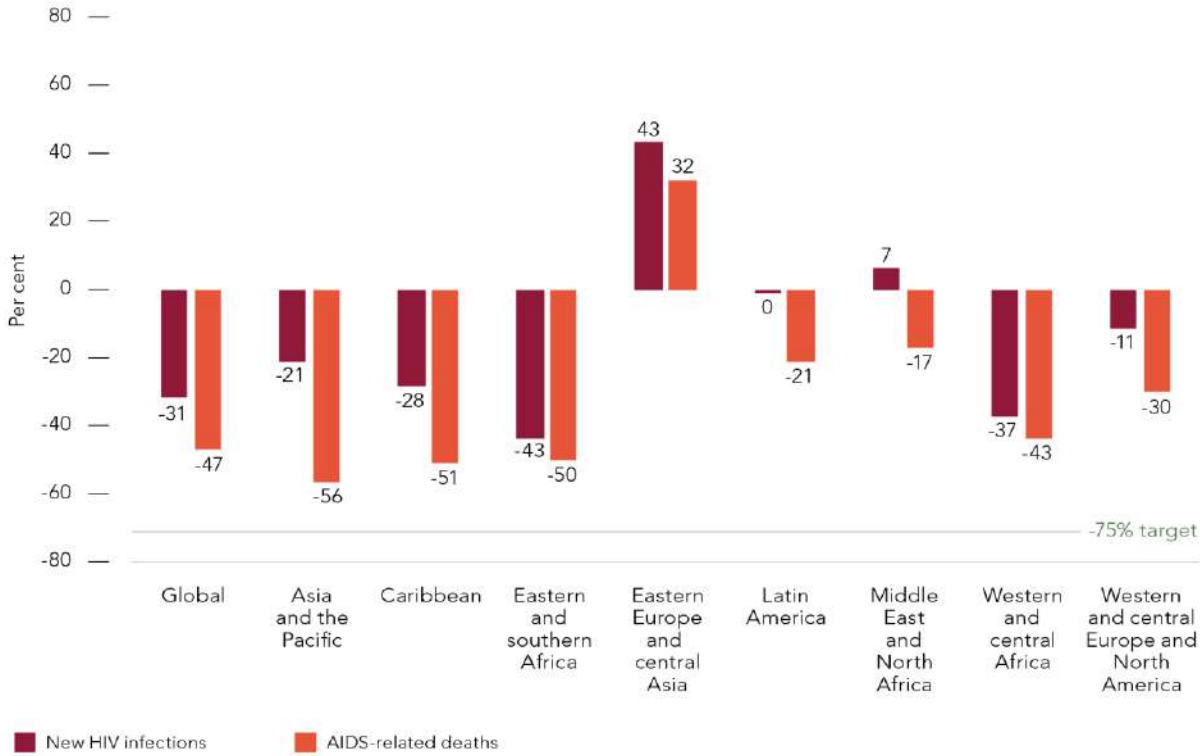
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة السيدا ONUSIDA

* من إعداد الباحث

الشكل (3-1): التغيير في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة

بالسيدا حسب المنطقة والعالم 2010-2020

Change in new HIV infections and AIDS-related deaths, by region and global, 2010–2020



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة السيدا **ONUSIDA** من خلال الجدول رقم (3-2) والشكل البياني رقم (3-1) يتضح جليا أن إفريقيا الشرقية والجنوبية تعتبر منطقة توطن لهذا المرض بحوالي 20.6 مليون شخص متعايش مع المرض من مجموع 37.7 مليون شخص عبر جميع أنحاء العالم بنسبة 54.64%، أي أن أكثر من نصف الأشخاص المتعايشين مع المرض ينتمون إلى هاته المنطقة، متبوعة بمنطقة آسيا والمحيط الهادي بحوالي 5.8 مليون شخص بنسبة 15.38%، تليها منطقة إفريقيا الغربية والوسطى 4.7 مليون شخص بنسبة 12.6%، وبالتالي فإن إفريقيا تحتل الصدارة بـ 25.3 مليون شخص متعايش مع المرض بنسبة 67.10%، وهذا باستثناء شمال إفريقيا التي تسجل أقل عدد من الإصابات، وتأتي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وهي التي تضم الدول العربية والإسلامية كأقل منطقة تضررا

حيث سجلت ما مجموعه 230000 شخص متعايش مع المرض، وهذا راجع للعقيدة الإسلامية وما تشمله من إرشادات وتوجيهات وقائية يتجنب من خلالها المسلم كل الفواحش والرزائل المسببة للمرض كالزنا واللواط والمخدرات والعلاقات الشاذة التي يحرمها الإسلام، نفس الشيء يلاحظ على حالات الإصابة الجديدة حيث تنصدر منطقة إفريقيا الشرقية والجنوبية بـ 670000 إصابة جديدة في 2020 بنسبة 44.66%، متبوعة بمنطقة آسيا والمحيط الهادي ثم منطقة إفريقيا وأخيرا منطقة البحر الكاريبي بـ 13000 إصابة جديدة، ومن حيث الوفيات المرتبطة بالسيدا فتحتل منطقة إفريقيا الشرقية والجنوبية الصدارة بحوالي 310000 وفاة بنسبة 45.58% من مجموع الوفيات عبر العالم، أي تقريبا نصف الوفيات، متبوعة بمنطقة إفريقيا الغربية والوسطى بحوالي 150000 وفاة، و تعتبر منطقة الكاريبي أقل المناطق تسجيلا للوفيات المرتبطة بالسيدا بحوالي 6000 وفاة بنسبة 0.88%. أما بالنسبة للأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى العلاج فقد قمنا باحتساب نسبتهم إلى عدد الأشخاص المتعايشين مع المرض لكل منطقة على حدى ليكون التحليل أكثر دقة، حيث تبين لنا أن منطقة أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية هي أكثر المناطق التي يستطيع مصابوها الوصول إلى العلاج بنسبة 86.36% نظرا للرقى والتطور الذي تحظى به دول هاته المنطقة، إضافة إلى أن أغلب الأبحاث وكذا الأدوية المتعلقة بالسيدا تجرى وتصنع على مستوى مخابرها مما جعلها سهلة الوصول إلى معظم الأشخاص المصابين، تليها منطقة إفريقيا الشرقية والجنوبية بنسبة 77.66% كونها تعتبر بؤرة للوباء وجب التركيز عليها وتوجيه الدعم لها إذا ما أريد حقا النجاة من مخالب هذا الداء الفتاك، ونجد أن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي أقل المناطق التي يمكن للشخص المصاب أن يحصل فيها على العلاج بنسبة 41.73% نظرا للعقيدة الإسلامية السائدة بها والتي تركز على الجانب الوقائي خاصة في مثل هاته الأمراض التي تتسبب فيها الفواحش والرزائل والنصوص في هذا الجانب كثيرة سواء من القرآن الكريم أو السنة النبوية، كما أن هذا المرض يعتبر طابو ووصمة عار بالنسبة للمصابين به لذا تجد المصابين يبتعدون عن كل ماله علاقة بالداء لعدم لفت الانتباه.

➤ المجموعات السكانية الرئيسية للمصابين بالسيدا:

شكل كل من (المشتغلون بالجنس، المثليون، الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن والنساء المتحولات جنسيا) 65% من جميع الإصابات الجديدة بالفيروس، وتعد هاته الفئات أكثر عرضة للإصابة بالفيروس حيث قدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا خطر التعرض للإصابة كالتالي:

- 35 مرة أعلى لدى الأشخاص المتعاطين للمخدرات عن طريق الحقن.

- 34 مرة أعلى لدى النساء المتحولات جنسيا.

- 26 مرة أعلى بالنسبة للمشتغلين بالجنس.

- 25 مرة أعلى بالنسبة للمثليين (الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).

وحسب أرقام البرنامج المشترك دائما فإنه في كل يوم تصاب حوالي 5000 شابة تتراوح أعمارهن بين 15 و 24 سنة بفيروس نقص المناعة البشرية أغلبهن بالقارة الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى كما أنه من بين كل سبع إصابات جديدة بين المراهقين بين 15 و 19 سنة نجد 6 فتيات.

خطر الإصابة بالنسبة للنساء في سن 15-24 هو بمقدار الضعف مقارنة بالرجال، كما أنه أكثر من ثلث (35%) النساء في جميع أنحاء العالم تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي من الشريك الحميم وهاته الفئة تكون أكثر عرضة للإصابة بالفيروس ب 1.5 مرة مقارنة بالنساء الأخريات. وفي إفريقيا شكلت فئة النساء 63% من مجموع الإصابات الجديدة بالفيروس وهي أرقام تدعو كل الأطراف الفاعلة وخاصة منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة الفيروس إلى الوقوف عندها ومحاولة إيجاد حلول عملية تكون موجهة لهذه الفئات المذكورة آنفا خاصة الفتيات المراهقات، كما ينبغي تركيز الجهود على المناطق الأكثر تضررا وتأتي في مقدمتها

قارة إفريقيا التي تعد أرضا خصبة لتفشي هذا الوباء في ظل كل الظروف الصحية التي تعانيها القارة على جميع الأصعدة¹.

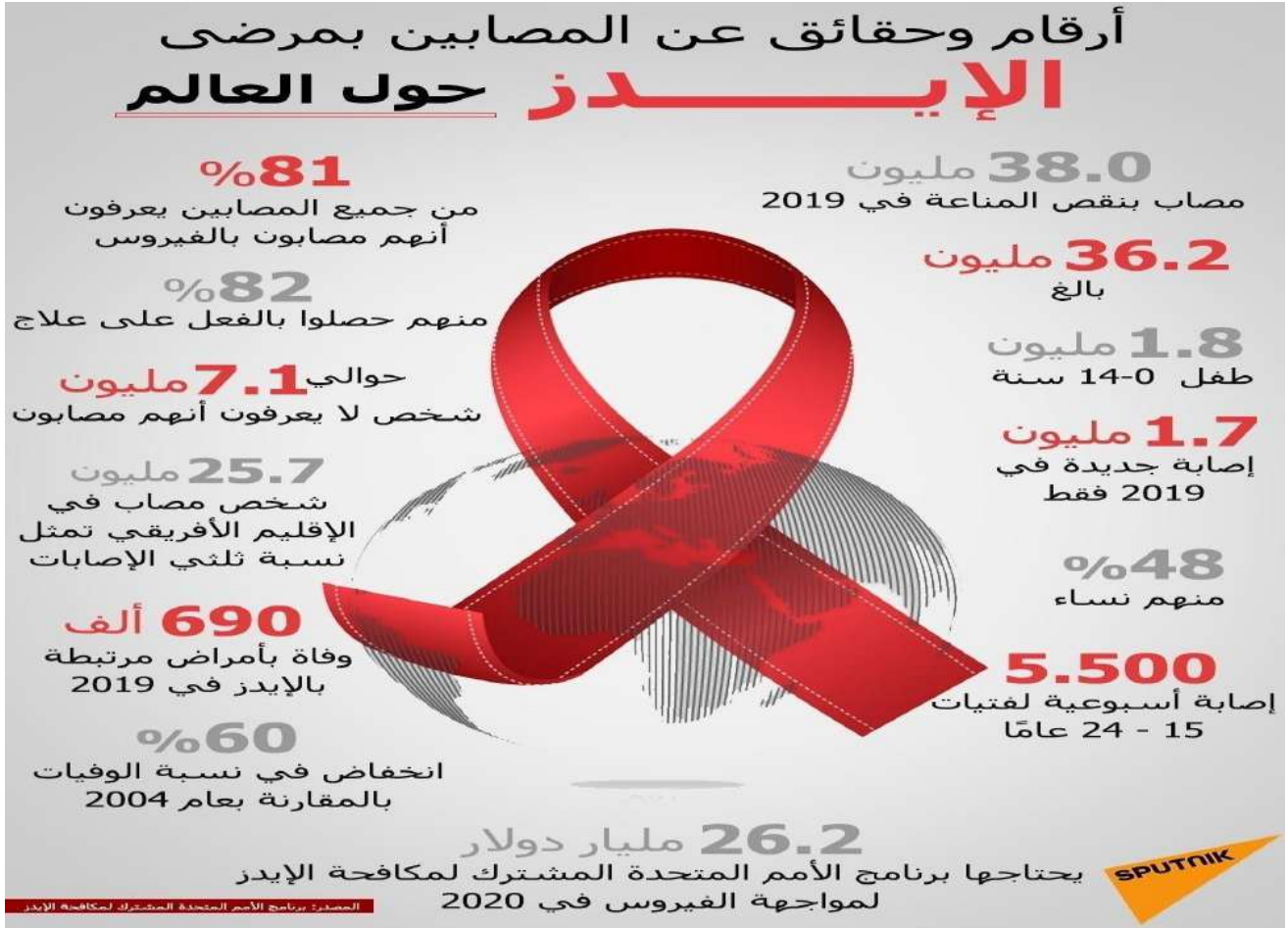
وليس فئة المراهقين هي الفئة المعنية الوحيدة، فحتى فئة الأطفال أصبحت معرضة لهذا الداء نتيجة لعدة ممارسات سلبية خاصة فيما يتعلق بالوقاية وتلقي العلاج، حيث تعد هاته الفئة الأكثر تضررا وهذا حسب تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF بعنوان "إعادة تصور استجابة مرنة لفيروس نقص المناعة البشري لدى الأطفال والمراهقين والنساء الحوامل المصابين بفيروس نقص المناعة البشري" الذي أشار إلى أن الأطفال يتخفون في الركب في الحرب ضد الإيدز، ففي عام 2019 حصل ما يزيد قليلا عن نصف الأطفال في جميع أنحاء العالم على العلاج، وهو أقل من التغطية الصحية بالنسبة للأمهات (85%)، وجميع البالغين الذين يعيشون مع الإيدز (62%).

وبحسب التقرير دائما فقد سجلت سنة 2019 حوالي 150 ألف إصابة جديدة للأطفال بين (0-9 سنة) وارتفع بذلك عدد المتعايشين مع الفيروس من فئة الأطفال إلى 1.1 مليون، وكما أسلفنا سابقا فإنه لا يوجد لقاح فعال لحد اليوم وبالتالي لا يزال الأطفال يصابون بالفيروس بمعدلات مخيفة وهذا حسب تصريح المديرية التنفيذية لليونيسيف هنريتا فور "لا يوجد حتى الآن لقاح ضد فيروس نقص المناعة البشرية ولا يزال الأطفال يصابون بمعدلات مخيفة ولا يزالون يموتون بسبب الإيدز وكان هذا حتى قبل أن يقطع كوفيد 19 خدمات العلاج والوقاية الحيوية لفيروس نقص المناعة البشرية، مما يعرض عدد لا يحصى من الأرواح للخطر".

وفي دراسة أعدتها اليونيسيف شملت 29 دولة تبين أن خدمات التغطية للأطفال والمراهقين والنساء الذين يتعايشون مع السيدا قد انخفضت بنسبة 10% بسبب جائحة كورونا وهذا في ثلث الدول التي أجريت عليها الدراسة¹.

¹ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا: www.unaids.org.fr تاريخ الإطلاع: 2021/10/10 .

الشكل (3-2): أرقام وحقائق عن الإيدز في العالم حتى سنة 2019



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة السيدا

➤ السيدا وكوفيد 19:

شهد العالم في ديسمبر 2019 بالصين مرضا خطيرا سرعان ما تحول إلى وباء ثم إلى جائحة في ظرف وجيز ومس جميع أنحاء العالم أخلط بذلك الكثير من الحسابات والخطط والبرامج سواء للحكومات أو المنظمات والهيئات المحلية والدولية خاصة في الميدان الصحي، وأصبحت مكافحته أولوية وألغيت بسببه بعض البرامج الأخرى، وتأثرت أخرى بفعل سياسة الحجر الصحي وغلق الحدود والمعايير الدولية الشيء الذي أدى إلى تدني الخدمات.

¹ موقع الأمم المتحدة: news.u.n.org/ar/story/2020 تاريخ الإطلاع: 2021/10/11.

ففي دراسة استقصائية أجرتها منظمة الصحة العالمية تبين أن 73 بلدا معرضة لخطر نفاذ مخزون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المستعملة لمكافحة السيدا، و24 بلدا أخرى لديها مخزونا منخفضا.

وأشارت الدراسة إلى أنه في حالة استمر الوضع على ما هو عليه فإن ذلك يؤدي إلى مضاعفة الوفيات المرتبطة بالإيدز خاصة في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

وصرح الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريوس في هذا الشأن أن نتائج هذه الدراسة الاستقصائية تثير القلق العميق، ويجب على البلدان وشركائها في التنمية بذل كل ما في وسعها لضمان استمرار وصول الأشخاص الذين يحتاجون لعلاج فيروس العوز المناعي البشري إلى العلاج. ولا يمكننا أن ندع جائحة كوفيد 19 تلغي المكاسب التي تحققت بشق الأنفس في الاستجابة العالمية لهذا المرض".

ووفقا للبيانات الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري فقد تحققت مكاسب جمة في مجال مكافحة المرض حيث انخفضت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة المكتسبة بنسبة 33% بين سنتي 2019 و2000 كما انخفضت الوفيات المرتبطة بالسيدا بنسبة 05% خلال نفس الفترة، غير أن هذا التقدم المحرز في تحقيق الأهداف العالمية المنبثقة عن إستراتيجية مكافحة الإيدز لسنة 2016 والتي سنتعرف عليها لاحقا، توقف وعرف استقرارا بين سنتي 2019 و2020 بفعل فيروس كورونا كوفيد 19 وجعل خدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي لا تصل إلى الفئات التي هي في أشد الحاجة إليها، هذا الأمر جعل من منظمة الصحة العالمية تتحرك لتفادي تفاقم الوضع وذلك بوضع إرشادات وتوجيهات مهمة للبلدان بشأن إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية بأمان أثناء الجائحة وتبني سياسة يتم بموجبها وضع الأدوية لفترات زمنية أطول تصل إلى ستة أشهر ولقد تبني هذه السياسة 129 بلدا، كما رحبت منظمة الصحة العالمية بقرار إدارة الغذاء والدواء الأمريكية والقاضي بالموافقة على

تركيبة جديدة من دواء دولوتيفرافير (DTG) للرضع والأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 04 أسابيع، وهو الذي لم يكن متاحا إلا للبالغين والمراهقين، مما يتيح فرص أكبر في تلقي العلاج لدى الأطفال، وقالت الدكتورة ميغ دوهديتي مديرة إدارة البرامج العالمية لفيروس نقص المناعة المكتسب والتهاب الكبد والأمراض المنقولة جنسيا في هذا الشأن: من خلال تعاون شركاء متعددين من المرجح أن نرى إصدارات عامة من دواء دولوتيفرافير للأطفال بحلول 2021 يسمح بخفض سريع في تكلفة هذا الدواء وهذا سيعطينا أداة جديدة أخرى للوصول إلى الأطفال المصابين بفيروس العوز المناعي البشري والحفاظ على حياتهم و صحتهم¹.

ثالثا: السيدا في الجزائر

رغم أن الجزائر هي من بين الدول التي تسجل معدلات منخفضة من حيث الإصابة بالسيدا وكذا من حيث الوفيات، لكن ذلك لا يدل على أنها بمنأى عن مخاطر وأضرار هذا المرض خاصة في السنوات الأخيرة التي عرفت فيها الجزائر نزوحا كبيرا للأفارقة وكذا السوريين مما صعب من التحكم في أرقام الوباء إضافة إلى عدم التصريح بالمرض لما يشوبه من تبعات في مجتمعاتنا الإسلامية. ويذكر أن الجزائر سجلت أول إصابة بالمرض في ديسمبر سنة 1985 بالجزائر العاصمة في قسم الأمراض الجلدية بمستشفى مصطفى باشا، ويبلغ عدد المتعاشين مع المرض إلى غاية ديسمبر 2019 حوالي 22000 شخص مصاب منها 2100 إصابة جديدة و150 وفاة مرتبطة بالإيدز سنة 2019 وهذا حسب تصريح مدير البرنامج المشترك المعني بمكافحة السيدا عادل زدام لووكالة الأنباء الجزائرية وأضاف أنه من بين 22000 مريض مصاب بالسيدا خضع 15000 شخص للعلاج².

¹ موقع منظمة الصحة العالمية: كوفيد-19 يؤثر بشدة على إتاحة أدوية فيروس العوز المناعي البشري بسبب تعثر الاستجابة للإيدز، <https://www.who.int/ar/news>، تاريخ النشر: 2020/07/06، تاريخ الاطلاع: 2021/10/01.

² وكالة الأنباء الجزائرية: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technology> وفيات أقل من سنة 2020، بتاريخ: 2020/12/01، تاريخ الإطلاع: 2021/10/15.

3- السيدا في الجزائر بالأرقام

في تصريح لمدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا بالجزائر عادل زدام فقد بلغ العدد المتراكم للمتعايشين مع المرض بالجزائر حوالي 22000 شخص إلى غاية نهاية 2019، منها 2100 إصابة جديدة خلال سنة 2019 وأضاف السيد عادل زدام أنه من بين 22000 مصاب يخضع حوالي 15000 للعلاج، ويبقى التحدي الأكبر هو دفع باقي المصابين إلى العلاج، وكذا المصابين بالفيروس غير المعروفين على القيام بالفحوصات والإبلاغ عن مرضهم من أجل كسر سلسلة انتقال الوباء.

من جانبه أشار منسق منظمة الأمم المتحدة المقيم بالجزائر السيد "إيريك أوفرات" أن تحسين فرص الحصول على العلاج في الجزائر أسهم في خفض عدد حالات الوفاة منذ عام 2010 بنسبة 50%، أما الحالات الجديدة فهي في ارتفاع من 500 حالة سنة 2003 إلى 1000 حالة سنة 2010 وصولا إلى حوالي 2100 حالة سنة 2019، وهذا على الرغم من الالتزام السياسي والمالي الكبير من جانب الدولة مما يعني أن التقدم في هذا المجال ما زال بطيئا على غرار باقي الدول بالوصول إلى أقل من 500000 إصابة جديدة عبر العالم بحلول 2020 الذي لا يزال بعيدا بتسجيل حوالي 1.5 مليون إصابة جديدة، إضافة إلى الإستراتيجية العالمية لمكافحة السيدا والتي تنتهي بحلول 2030 وتهدف إلى القضاء النهائي على السيدا والأمراض المنقولة جنسيا للفترة من 2020 إلى 2030، إلا أن سنتي 2019 و 2020 شكلتا هاجسا من أجل تنفيذ هذا البرنامج بسبب تداعيات جائحة -كوفيد-19- والتي أثرت بشكل مباشر وغير مباشر على الخدمات المتعلقة بجائحة سيدا في العالم وفي الجزائر ولهذا فان وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات تدعو كل الأطراف الفاعلة لرفع التحدي والعمل على ضمان حصول الجميع على الوقاية والعلاج وهذا عبر تحسين المستوى المعيشي للمصابين بالسيدا ومحاولة إدماجهم في المجتمع وهو عامل نفسي يساعد على إقبالهم على العلاج وعلى نجاعته.

وفي هذا الصدد التزم وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات السيد عبد الرحمان بن بوزيد بتوفير كل الإمكانيات المادية والبشرية للوصول إلى الهدف النهائي المسطر وهو القضاء النهائي على الإيدز بحلول 2030¹.

الجدول (3-3): حالات الإصابة الجديدة بفيروس السيدا في الجزائر بين سنتي 2012 و2018

السنة	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الإيدز	93	95	101	90	119	82	50
فيروس نقص المناعة مصليا	619	654	744	650	650	818	765

المصدر : الجزائر بالأرقام، الديوان الوطني للإحصاء ONS.

من خلال قراءتنا لأرقام الجدول رقم (3-3) يتبين لنا أن عدد حالات الإصابة الجديدة بالإيدز هي تقريبا ثابتة، مع تغييرات طفيفة بين سنة وأخرى سواء بالانخفاض أو بالزيادة، حيث تراوحت بين 50 كحد أدنى سنة 2018 و119 كحد أقصى سنة 2016، ويرجع ذلك إلى السياسة التحسيسية والتوعوية المنتهجة وكذا تطبيق توصيات البرنامج المشترك للأمم المتحدة لمواجهة السيدا، كما سجلنا كذلك تقاربا في الإصابة بفيروس نقص المناعة مصليا (والذي يمكن أن يتطور ويتحول إلى مرض السيدا كمرحلة أخيرة)، ما عدا سنة 2017 التي شهدت 818 حالة إصابة وهي الحد الأقصى لحالات الإصابة في هذه السنوات، ويرجع ذلك ربما لزيادة الوعي الصحي وبالتالي زيادة تحاليل الكشف المبكر عن فيروس نقص المناعة المكتسب (HIV).

¹ الإذاعة الجزائرية: <https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article> ، بتاريخ: 2020/05/11، تاريخ الإطلاع: 2021/10/14.

الخلاصة

من خلال الأرقام والإحصائيات التي استعرضناها خلال هذا الفصل، الذي حاولنا من خلاله الإحاطة بكل ما يتعلق بمرض السيدا، يتضح لنا جليا أن السيدا ليس مرضا عاديا، بل هو معضلة استعصى على العالم حلها وإيجاد مخرج لها، وهو يقف حجر عثرة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، لا سيما في بعض المناطق التي تحولت إلى بؤرة لهذا الوباء، فبلغة الأرقام بلغ عدد المتعاشين مع المرض إلى غاية نهاية 2020 ما يقارب 38 مليون شخص، وهذا الرقم رغم بشاعته إلا أنه لا يعكس الأرقام الحقيقية، حسب اعتراف منظمة الصحة العالمية، مما يزيد الأمور تعقيدا واستحالة، حيث يكون المصابين غير المعروفين أكثر خطرا في نقل العدوى، ولقد أصبح مرض السيدا يهدد الأمن الصحي في العالم حيث يعد السبب الرابع للوفاة، أما في إفريقيا فهو السبب الأول للوفاة، والجزائر كغيرها من الدول ليست بمنأى عن أخطار الوباء، حتى ولو كانت تسجل معدلا منخفضا لانتشاره، وهي تحصي اليوم حوالي 22000 متعاش مع المرض حسب السيد: عادل زدام مدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا، وليس الأمن الصحي فقط هو المههدد في العالم، بل إن آثار السيدا تمتد حتى إلى الجانب النفسي، حيث يعتبر هذا المرض وصمة عار في المجتمعات ينبذ من خلالها المتعاشين مع المرض، مما يفرض عليهم العيش في عزلة تؤثر على حياتهم الاجتماعية والاقتصادية، يفقدون لمناصب عملهم، وتركهم لأسرهم دون إعالة مما يفتح الباب للكثير من الآفات والأمراض الأخرى نتيجة تدهور المستوى المعيشي، خاصة وأن هذا المرض يصيب الفئة النشيطة بدرجة أكبر من باقي الفئات، ونظرا لكل هاته الأخطار، فقد حظي هذا المرض باهتمام الهيئات الصحية العالمية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية التي جعلته من أولوياتها، ووضعت إستراتيجية هدفها النهائي هو القضاء التام على المرض بحلول عام 2030، تتخللها العديد من الأهداف والغايات الأخرى المأمول تحققها عبر محطات زمنية، الأولى عند سنة 2020، والمحطة الثانية عند سنة 2025، وصولا إلى الهدف الرئيسي بحلول 2030، وهذا بتضافر جهود كل الأطراف من حكومات وهيئات ومجتمع مدني، بيد أن الأهداف والغايات المسطرة

لسنة 2020 لم تتحقق، حيث بلغت الإصابات الجديدة لهذه السنة حوالي 1.5 مليون عوض 500 ألف التي كانت مسطرة ويعود ذلك بالخصوص إلى تعطل الخدمات بسبب جائحة كوفيد، وكذا تقاعس بعض الدول الكبرى عن مهامها خاصة فيما يخص التمويل والإنفاق المخصص لتنفيذ هاته الغايات، وتبقى إستراتيجية منظمة الصحة العالمية قاصرة عن معالجة الوضع الذي يزداد خطورة، ويبقى الحل الحقيقي والجذري في الإسلام الذي يعالج أسباب المرض، ويأمر بالابتعاد عنها نهائياً، ويجعل منها عقيدة راسخة في قلوب المؤمنين، قال الله تعالى "ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلاً" سورة الإسراء، الآية 32. وقال أيضا " قُلْ تَعَالَوْا أَنزَلْ مَا حَرَّمَ رَبُّكُمْ عَلَيْكُمْ، أَلَّا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا، وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ، نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ، وَلَا تَقْرُبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَّنَ، وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ، ذَلِكَُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ " سورة الأنعام، الآية 151.

ويتركز الإسلام على التربية والأخلاق وتقويم السلوكيات وتصحيحها، فإنه لا يدع مجالاً للوقوع في الفواحش والرذائل التي تؤدي إلى أمراض نفسية وجسدية كثيرة ولعل من أخطرها السيدا "طاعون العصر".

الفصل الرابع

معرض و تحليل البيانات

ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

شهدت الجزائر كغيرها من الدول العديد من التعدادات والمسوح، والتي وفرت قاعدة بيانات ضخمة، يمكن الاستعانة بها في جميع المجالات، وسهلت بذلك مأمورية جميع القطاعات خاصة في مجال التخطيط ووضع السياسات، سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو الصحية وحتى السياسية، سيما الجانب الصحي الذي تركز عليه المسوح من خلال محاورها المختلفة، ولقد أجريت عدة مسوح في الجزائر بداية بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 1995، ثم مسح 2002، ثم مسح 2006، ثم مسح 2012-2013، وأخيرا مسح 2019، وسنتطرق في هذا الفصل إلى خصائص مجتمع الدراسة، ثم المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، من خلال تعريفه، أهدافه، إطاره التنظيمي، العينة وخصائصها، المنهج المستخدم، إضافة إلى عرض وتحليل البيانات المستقاة من المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، وسنحاول التعرف على مدى وعي ودراية المرأة الجزائرية بالجوانب المختلفة لمرض السيدا من خلال تحليل الأسئلة دون الخوض في العوامل المؤثرة على ذلك كخطوة أولى، ثم نقوم باختبار فرضيات الدراسة وتفسير وتحليل التكميمات الإحصائية والبرهنة عليها وهذا وفق ترتيب المحاور التي تتدرج ضمنها أسئلة المسح ومحاولة معرفة تأثير المحددات الديموغرافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، وسط الإقامة على هاته الثقافة، لنخلص إلى مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات، وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة، ثم نختم بخاتمة تتضمن النتائج العامة والتوصيات.

أولاً: خصائص مجتمع الدراسة

1- الخصائص السكانية

بلغ عدد سكان الجزائر 34.1 مليون نسمة حسب آخر تعداد أجري في البلاد سنة 2008، كما قدر بـ 43.9 مليون نسمة في الفاتح من جانفي 2020 مقابل 43.4 مليون نسمة في 01 جانفي 2019 حسب الديوان الوطني للإحصائيات¹.

الجدول (1-4): الحركة الطبيعية للسكان

الوحدة: 10³

التعيين	2016	2017	2018	2019	2020
ولادات حية	1067	1060	1038	1034	992
مجموع الوفيات	180	190	193	198	236
زيادة طبيعية	886	870	845	/	/
وفيات أقل من سنة	21.4	21.4	21.03	/	/
الزواج	356.6	339.7	331.7	315	283.3
الطلاق	26.1	65.6	65.7	65.9	/
سكان في 01/01/..	40393	41286	42156	/	/
سكان في 07/01/..	40836	41721	42578	/	/

المصدر: الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2017-2018، رقم 49 نشرة 2021. الديوان الوطني للإحصاء.
نلاحظ من خلال الجدول (1-4) أن الولادات الحية في تراجع من سنة لأخرى حيث سجلنا 1067000 ولادة حية سنة 2016، ثم 1060000 ولادة حية سنة 2017، ثم 1038000 ولادة حية سنة 2018، لتتخفص أول مرة تحت عتبة المليون سنة 2020 وتسجل 992000 ولادة حية. وفي المقابل نلاحظ ارتفاع عدد الوفيات حيث انتقلت من 180000 وفاة سنة 2016، ثم 190000 سنة 2017 لتصل إلى 193000 سنة 2018 وأخيرا 236000 وفاة سنة 2020 ويعود هذا

¹ الإذاعة الجزائرية: <https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article> ، بتاريخ: 2020/05/11، تاريخ الإطلاع: 2021/10/14

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الارتفاع الملحوظ لتداعيات جائحة كورونا -كوفيد 19- . أما بالنسبة للزيادات الطبيعية فهي في انخفاض من سنة لأخرى ففي سنة 2016 بلغت 886000 لتتخفف إلى 870000 سنة 2017، ثم 845000 سنة 2018. فيما شهدت وفيات أقل من سنة شبة استقرار وذلك بتسجيل 21400 سنّي 2016 و 2017 ثم انخفاض طفيف بتسجيل 210300 وفاة سنة 2018. أما عدد الزيجات فهو في انخفاض من سنة لأخرى فقد سجلنا 356600 زواج سنة 2016 لينخفض إلى 339700 سنة 2017، وأخيرا 283300 سنة 2020 ويرجع هذا الانخفاض الكبير سنة 2020 إلى تجميد عقود الزواج لمدة أربعة أشهر، أما بصفة عامة فيرجع لعزوف الشباب عن الزواج وارتفاع سن الزواج الأول نظرا للظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة، وعلى العكس من ذلك فأرقام الطلاق تسجل زيادة من سنة لأخرى حيث بلغت 26100 سنة 2016 لتتضاعف سنة 2017 وتصل إلى 65900 سنة 2018، ثم تعرف استقرارا في سنة 2018 لتسجل 65700 حالة طلاق، لتصل إلى 65900 سنة 2019. أما عدد السكان الإجمالي في 01/07/.... فقد ارتفع من 40836000 سنة 2016 ليصل إلى 41721000 سنة 2017 وأخيرا 42578000 سنة 2018.

الجدول (4-2): المؤشرات الديموغرافية

الوحدة: بالألف

التعيين	2016	2017	2018	2019	2020
المعدل الخام للولادات	26.12	25.40	24.39	23.80	22.42
المعدل الخام للوفيات	4.42	4.55	4.53	4.55	5.33
معدل الزيادة الطبيعية	21.7	20.9	19.9	/	/
معدل وفيات الأطفال	20.9	21	21	21	18.9
معدل المواليد الأموات	13.2	12.5	12.1	12	13.6
المعدل الخام للزيجات	8.73	8.14	7.79	7.26	5.41
المعدل الخام للطلاق	1.52	1.57	1.54	1.52	/

المصدر: الجزائر بالأرقام، نتائج 2016-2017-2018، رقم 49 نشرة 2021، وديموغرافيا الجزائر 2020 N°949/Bis الديوان الوطني للإحصاء.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

يتبين لنا من خلال الجدول (4-2) أن المعدل الخام للولادات في انخفاض فقد بلغ 26.12% سنة 2016، ثم 25.40% سنة 2017 ليصل إلى 24.39% سنة 2018، وأخيرا 22.42% سنة 2020، أما المعدل الخام للوفيات فقد سجلنا 4.42% سنة 2016 ليرتفع إلى 4.55% سنة 2017 ثم ينخفض إلى 4.53% سنة 2018، ليرتفع مرة أخرى سنة 2020 مسجلا 5.33%، أما بالنسبة لمعدل الزيادة الطبيعية فهو في انخفاض من سنة لأخرى مسجلا 21.7% سنة 2016، ثم 20.9% سنة 2017، ثم 19.9% سنة 2018، أما فيما يخص معدل وفيات الأطفال فهو في استقرار مسجلا 20.9% سنة 2016 و 21% سنوات 2017 و 2018 و 2019 ثم ينخفض سنة 2020 إلى 18.9%، أما معدل المواليد الأموات فهو في انخفاض من سنة لأخرى بداية بـ 13.2% سنة 2016 ثم 12.5% سنة 2017، ثم 12.1% سنة 2018 ليرتفع سنة 2020 إلى 13.6% سنة 2020، نفس الشيء بالنسبة للمعدل الخام للزيجات الذي عرف هو الآخر انخفاضا محسوسا من 8.73% سنة 2016 مرورا بـ 8.14% سنة 2017 وصولا إلى 5.41% سنة 2020، أما المعدل الخام للطلاق فهو غير مستقر حيث سجلنا 1.52% سنة 2016 ليرتفع إلى 1.57% سنة 2017 لينخفض إلى 1.54% سنة 2018، وأخيرا 1.52% سنة 2019.

الجدول (4-3): تطور البنية السكانية للفئات العريضة من خلال تعدادات 1966 و 1977 و 1987 و 1998 و 2008 و ديمغرافيا الجزائر لسنة 2019.

التعدادات	الفئات العمرية	1966 (%)	1977 (%)	1987 (%)	1998 (%)	2008 (%)	2019 (%)
14-0 سنة		47,24	47,95	44,08	36,3	28,05	30,45
15-59 سنة		46,14	46,24	50,16	57,41	64,5	60
60 سنة فما فوق		6,61	5,79	5,75	6,57	7,43	9,52

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات ، حوصلة إحصائية 1962-2011 و ديمغرافيا الجزائر 2019

N°890/Bis

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول (3-4) والذي يبين تطور البنية السكانية بين سنوات التعدادات 1966، 1977، 1987، 1998، 2008 وسنة 2019 أن نصف سكان الجزائر تقريبا ينتمون إلى الفئة العمرية أقل من 15 سنة وهذا أثناء التعدادين الأولين حيث كانت النسبة 47.24% و47.95% على التوالي، لتتخفف النسبة إلى 44.08% في تعداد 1987 ثم تواصل الانخفاض إلى أن تصل إلى 28.05% في تعداد 2008 ثم ترتفع سنة 2019 مسجلة نسبة 30.45%، هذا الانخفاض كان لصالح الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة التي ارتفعت من 46.14% في تعداد 1966 إلى 64.5% في تعداد 2008 ثم تتخفف إلى 60% سنة 2019، أما بالنسبة للفئة العمرية 60 سنة فما فوق فكانت بين ارتفاع وانخفاض بين مختلف التعدادات حيث سجلت 6.61% في تعداد 1966 ثم 5.75% في تعداد 1987 لترتفع حتى 9.52% سنة 2019 وهو ما يوحي بسرعة تشيخ المجتمع الجزائري. رغم أن الفئة النشيطة أو الفئة المعيلة ارتفعت من 46.14% سنة 1966 إلى 60% سنة 2019 على حساب الفئة المعالة أقل من 15 سنة وهو ما من شأنه أن يعطي ملمحا بأريحية المجتمع من ناحية المستوى المعيشي والاقتصادي، لكنه في حقيقته عكس ذلك بسبب البطالة وشح مناصب الشغل إضافة إلى انخفاض الأجور وتدهور القدرة الشرائية، ولعل الزيادات الأخيرة في الرواتب والأجور واستحداث منحة البطالة كفيلا بتخفيف القليل من أعباء الفئة المعيلة.

تتميز الخصائص السكانية لسكان الجزائر بما يلي :

- كثافة سكانية غير متوازنة حيث يتركز أغلب السكان في الشمال الذي لا يمثل سوى 4% من التراب الوطني.
- توزيع متوازن بين الجنسين فئة الذكور 50.52% والإناث 49.48%.
- أغلبية السكان من الشباب مع زيادة طفيفة في فئة كبار السن بفعل تحسن الظروف الصحية فمن خلال تعداد الجزائر 1966، 1987، 1977، 1998، 2008 وديموغرافيا الجزائر 2019 ومقارنة النسب المئوية للفئات العريضة، عرف المعدل الخام للولادات انخفاضا من سنة 2016

حتى سنة 2020 حيث كان يقدر بـ 26.12% سنة 2016 ليصل إلى 22.42% سنة 2020 مرورا بـ 25.40% سنة 2017 كما عرف أمل الحياة عند الحياة ارتفاعا ملحوظا من 51.14 سنة لكلا الجنسين سنة 1965 ليصل سنة 2019 إلى 77.8 سنة لدى الذكور و78.6 سنة لدى الإناث.

- انخفض معدل الوفيات الخام من 18.1% سنة 1965 إلى 4.55% سنة 2019 ثم يرتفع 5.33% سنة 2020، مرورا بـ 4.30% سنة 2006 كأدنى معدل وفيات سجل في تاريخ الجزائر المستقلة.
- انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 54.87% عام 1995 إلى 30.4% سنة 2005 ليصل إلى 18.9% سنة 2020.

2- الخصائص الصحية:

تقاس الصحة العامة في الدول بعدة مؤشرات ومعايير سننتعرف على أهمها من خلال استعراض الجدولين أدناه اللذين يبينان تطور هاتاه المؤشرات في الجزائر بين سنة 2010 وسنة 2017 بالنسبة للكادر البشري المتمثل في الأطباء، الصيادلة وجراحي الأسنان، وفي سنتي 2011 و2017 بالنسبة للهياكل الصحية.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-4): تطور عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان وعدد السكان لكليهما من سنة 2010 إلى سنة 2017

جراحي الأسنان		الصيدالة		الأطباء		السنة
عدد السكان لكل جراح	العدد	عدد السكان لكل صيدلي	العدد	عدد السكان لكل طبيب	العدد	
3093	11633	2396	9081	640	56209	2010
2929	13645	3483	11475	544	73431	2015
2971	13747	3435	11888	545	74937	2016
2925	14263	3382	12337	529	78838	2017

المصدر : حوصلة إحصائية 1962-2011، الصحة، الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام نتائج 2018-2011

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-5) التطور الملحوظ في عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان، حيث انتقل عدد الأطباء من 56209 طبيب سنة 2010، بمعدل طبيب لكل 640 نسمة، إلى 78838 طبيب سنة 2017، بمعدل طبيب لكل 529 نسمة، أما بالنسبة للصيدالة فقد ارتفع هو الآخر، حيث ارتفع من 9081 صيدلي سنة 2010، بمعدل صيدلي لكل 2396 نسمة، ووصل إلى 12337 صيدلي سنة 2017، بمعدل صيدلي لكل 3382 نسمة، نفس الملاحظة تسجل على جراحي الأسنان، حيث ارتفع عددهم من 11633 طبيب جراح سنة 2010، بمعدل طبيب لكل 3093 نسمة، وبلغ 14263 طبيب سنة 2017، بمعدل طبيب لكل 2925 نسمة. لكن ما يلاحظ من خلال هاته الأرقام هو أن التحسن الوحيد الملموس هو في عدد الأطباء حيث تطور من طبيب لكل 640 نسمة، إلى طبيب لكل 529 نسمة، وهو ما يعطي قليلا من السهولة في الوصول إلى العلاج، عكس الأطباء فإن عدد الصيدالة بالنسبة للسكان قد تراجع من صيدلي لكل 2396 نسمة سنة 2010، إلى صيدلي لكل 3382 نسمة، بينما شهد معدل جراحي الأسنان تحسنا طفيفا حيث

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

انتقل من طبيب جراح لكل 3093 نسمة سنة 2010، إلى طبيب جراح لكل 2925 نسمة. لكن رغم أن الأرقام تشير إلى التحسن ولو بدرجات متفاوتة، إلا أن ذلك لا يعكس حقيقة الواقع، حيث أن هناك تباين في توزيع الأطباء بين مناطق الوطن، فأغلب هؤلاء الأطباء يرتكزون في الشمال مقابل عجز كبير في باقي المناطق، ضف لها مشكل الاختصاص، فهناك نقص فادح في الأطباء الأخصائيين خاصة في بعض المناطق ، لذا وجب إعادة توزيع هذا الكادر الطبي عبر ربوع الوطن مقابل منح امتيازات حسب ظروف كل منطقة، كي يتسنى لهم العمل بأريحية ويكون هناك عدالة في التوزيع وفي الاستفادة من الخدمات.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-5): تعداد الهياكل الصحية في الجزائر لسنتي 2011 و2017

2017		2011		السنة
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	التعيين
40322	205	37442	192	مؤسسة استشفائية عامة
1354	09	709	04	مؤسسة استشفائية
12799	15	12171	14	مراكز استشفائية جامعية
869	01	710	01	مؤسسة استشفائية جامعية
11818	77	10816	63	مؤسسة استشفائية متخصصة
---	127	---	101	دور الولادة الخاصة
المنشآت خارج المستشفى				
---	273	---	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
4213	1695	3331	1551	تجمع: عيادات متعددة الخدمات
---	5957	---	5491	قاعات العلاج
3056	409	3099	437	دور الولادة العمومية
---	653	---	621	مركز طبي اجتماعي
---	11385	---	9690	الصيدليات
---	10516	---	8760	منها الخاصة
المنشآت الخاصة				
---	9795	---	6457	عيادة طبيب مختص
---	7803	---	6334	عيادة طبيب عام
---	6952	---	5249	عيادة طب الأسنان
---	821	---	402	عيادة ممارسة مجموعة

المصدر : حوصلة إحصائية 1962-2011 ، الصحة. الديوان الوطني للإحصاء،الجزائر بالأرقام نتائج

2018-2011

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-5) التطور المسجل بين سنة 2011 وسنة 2017، سواء على مستوى عدد المرافق الصحية المختلفة أو على مستوى عدد الأسرة، حيث شهدت مثلا المؤسسات الاستشفائية العامة ارتفاعا من 192 مؤسسة بطاقة استيعاب 37442 سرير سنة 2011، إلى 205 مؤسسة بطاقة استيعاب تقدر بـ 40322 سرير، ونفس الأمر ينطبق على باقي المرافق والمؤسسات.

لكن رغم كل هاته المكاسب التي تحققت في المجال الصحي خاصة فيما يتعلق بالهيكل الصحية والكادر البشري المؤهل، وتحقق بعض المؤشرات الصحية الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية، إلا أنها تبقى غير كافية سيما من حيث التوزيع بين مختلف الأقاليم الجغرافية والمناطق السكنية، فهي تتفاوت بين الشمال والجنوب، بين الريف والحضر، خصوصا الأطباء الأخصائيين، نفس الشيء بالنسبة للهياكل التي بالرغم من التطور الذي أحرزته من حيث عددها وتجهيزها، إلا أنها لا تغطي احتياجات الساكنة، وأغلبها غير جاهز لمجابهة الأخطار الكبرى والطوارئ، وذلك ما لمسناه أثناء جائحة كورونا -كوفيد 19- التي أبانت عن هشاشة كبيرة في مختلف مراكز القطاع الصحي، حيث شهدت أغلبية المستشفيات والمراكز الاستشفائية تشبعا كبيرا حتم على المسؤولين الاستعانة ببعض المراكز غير الصحية لاستيعاب الفائض من المرضى، ولعل المشكل الأكبر الذي واجه المسؤولين في هاته الفترة هو النقص الفادح في أسرة الإنعاش، وتبين أن أرقام الأسرة المصرح بها من طرف وزارة الصحة غير دقيقة وبعيدة عن الواقع بسبب لا مسؤولية بعض مدراء الصحة الذين أعطوا معلومات مغلوطة وغير مؤسسة منحت هامش أمان لمسؤولي الوزارة أدى إلى تأزم الوضع وعدم اتخاذ الإجراءات اللازمة في وقتها المناسب، لذا وجب أخذ الدرس من هاته الجائحة ومحاولة إصلاح ما يمكن إصلاحه بإعطاء اهتمام أكبر بالجانب الصحي ومضاعفة الاعتمادات المالية المخصصة لوزارة الصحة مع إخضاعها للرقابة والحرص على توجيهها للمحل الذي خصصت له مع ترتيب الأولويات، وهذا ما نأمل من خلال الإصلاح الميزانياتي المزمع تنفيذه بداية من هذه السنة (2023) المدرج ضمن القانون العضوي 18/15

المؤرخ في 02 سبتمبر 2018 المتعلق بقوانين المالية، والذي سيسمح بإجراء انتقال نوعي في تسيير المالية العمومية والميزانية العامة للدولة من أجل فعالية وشفافية وحماية أكثر للمال العام، هذا الإصلاح يكرس لبدأ ميزانية البرامج والأداء، حيث تحدد مجموعة من الأهداف ومؤشرات أداء مرتبطة بها مستمدة من الإستراتيجية والسياسة العامة للدولة، ترصد لأجل تحقيقها اعتمادات مالية يتم تقسيمها حسب البرامج والأنشطة وتحدد معايير ومؤشرات لقياس الانجاز والفاعلية، مما يعطي إمكانية أكبر للسلطة التشريعية في مراقبة ومساءلة الحكومة عن مدى التقدم في تحقيق هاته الأهداف.

ثانيا: مصادر جمع المعطيات

من أهم مصادر جمع المعطيات التي تعتمد عليها الدول بعد التعدادات هي المسوح، ولعل من أبرزها المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات

1- تعريف المسح (MICS4): هو برنامج مسح أسري دولي طورته اليونيسيف، تم إجراؤه كجزء من الإصدار العالمي الرابع يوفر معلومات محدثة عن وضع الأطفال والنساء، ويقيس المؤشرات الرئيسية التي تسمح للبلدان برصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية والالتزامات الأخرى المتفق عليها دوليا، كما يسمح المسح على المستوى الوطني بتقييم النقص في مجالات التنمية البشرية والضمان الاجتماعي، وتزويد برامج التنمية الوطنية والقطاعية بإحصاءات موثوقة عن حالة الأطفال والنساء¹.

2- أهداف المسح: يسعى صناع القرار والقائمين على المسح تحقيق عدة أهداف تتوزع بين الوطني والدولي.

¹ Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitaliere, Office National Des Statistiques, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013, p 04.

أ- على المستوى الدولي:

- تحديث الأهداف الإنمائية للألفية حيث تعتبر المصدر الأكبر لبيانات الأهداف الإنمائية للألفية فمن بين 53 مؤشرا للأهداف الإنمائية يوجد أكثر من 20 مؤشرا مستمدا من المسح العنقودي.
- تحديث أهداف "عالم صالح للأطفال".
- المساهمة في تقييم المبادرة العالمية "العد التنزلي حتى عام 2015"، سيما الهدف 04 و05 من الأهداف الإنمائية للألفية.
- تحديث الأهداف الرئيسية الأخرى، بما في ذلك تحديث أهداف الجمعية العامة للأمم المتحدة من أجل فيروس نقص المناعة البشرية (السيدا)، وأهداف أبوجا للملاريا.

ب- على المستوى الوطني:

- تحديث قاعدة بيانات مؤشرات التنمية وخاصة تلك المتعلقة بالأطفال والنساء.
- تقييم النقص حسب المنطقة
- تحديد مجالات الأولويات.
- تزويد برامج التنمية القطاعية بقائمة من المؤشرات الموثوقة.
- توفير مؤشرات تسمح بإجراء مقارنات دولية.

3- الإطار التنظيمي للمسح

تم إجراء المسح من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهذا بالتعاون الوثيق مع الدوائر اللامركزية المسؤولة عن ملف السكان على مستوى الولايات، والديوان الوطني للإحصاء، وبدعم مالي وتقني من صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

4- الاستبيانات

تم استخدام ثلاثة أنواع من الاستبيانات في المسح مكيفة مع المتطلبات الإحصائية في الجزائر.

أ- استبيان الأسر: استخدم لجمع معلومات عن جميع أفراد الأسرة فيما يخص التربية، النشاط الاقتصادي، الأمراض المزمنة والمعدية، المعوقين، المياه والصرف الصحي، خصائص الأسر والوفيات، عمالة الأطفال، الحوادث.....إلخ.

ب- استبيان المرأة: استخدم لجمع معلومات عن النساء بين 15-49 سنة، فيما يخص الزواج، معدل وفيات الأطفال، تاريخ الولادات، الرغبة في الولادة، صحة الأم والطفل، الفحوصات ما قبل الولادة وبعد الولادة والأعراض المرضية، وسائل منع الحمل، فيروس نقص المناعة البشرية السيدا.... إلخ.

ت- استبيان الأطفال: استخدم لجمع معلومات عن الأطفال أقل من 5 سنوات فيما يخص عمر الطفل ونموه، الرضاعة الطبيعية، رعاية الأطفال المرضى، التطعيم، شروط ختان الأولاد، تسجيل المواليد.....إلخ.

5- العينة

أ- تعريف العينة: هي جزء من مجتمع البحث، تأتي تسهيلا للبحث العلمي وإعطاء نتائج على العموم دقيقة وتجيب على معظم أسئلة الموضوع.⁽¹⁾

ب- حجم العينة: تم احتسابها عن طريق التمثيل حسب المكان، فضاء البرمجة الإقليمية (EPT) كما هو معرف في المخطط الوطني لتهيئة الإقليم المصادق عليه في 2010، بموجب القانون رقم 10-02 المؤرخ في 16 رجب 1431هـ، الموافق لـ 29 جوان 2010، المتضمن الموافقة على

(1) محمد عبيدات: منهجية البحث العلمي، دار وائل، الأردن، ص47.

المخطط الوطني لتهيئة الإقليم، وقسمت من خلاله الجزائر إلى تسعة مناطق برمجة إقليمية، كل فضاء أو إقليم يعرف على أنه فضاء مفتاحي للتخطيط الإقليمي الإستراتيجي يشمل مجموعة الولايات التي تمتلك مواضيع مشتركة، بغرض التدخل الأمثل وفعالية جيدة للدولة، الجماعات المحلية، الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين في هذا الإطار. وفي هذا السياق يأتي المسح **MICS4** في الوقت المناسب بإتاحته للمعلومات والمؤشرات اللازمة للقطاعات المعنية بالتنمية البشرية. وجاءت الفضاءات التسعة للبرمجة الإقليمية كما يلي:

المنطقة الشمالية: تتكون من ثلاثة أقاليم هي:

- إقليم شمال وسط: يضم 10 ولايات هي: الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف، عين الدفلى.
- إقليم شمال شرق: يضم 08 ولايات هي: عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف، قالمة.
- إقليم شمال غرب: يضم 07 ولايات هي: وهران، مستغانم، تلمسان، معسكر، عين تيموشنت، غليزان، سيدي بلعباس.

منطقة الهضاب العليا: وتتكون هي الأخرى من ثلاثة أقاليم هي:

- إقليم الهضاب العليا وسط: ويضم 03 ولايات هي: الجلفة، الأغواط، مسيلة.
- إقليم الهضاب العليا شرق: ويضم 06 ولايات هي: سطيف، برج بوعرييج، باتنة، خنشلة، أم البواقي، تبسة.
- إقليم الهضاب العليا غرب: ويضم 05 ولايات هي: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

منطقة الجنوب: وتتكون من ثلاثة أقاليم هي:

- إقليم جنوب غرب: ويضم 03 ولايات هي: بشار، تندوف، أدرار.
 - إقليم جنوب شرق: ويضم 04 ولايات هي: بسكرة، غرداية، ورقلة، الوادي.
 - إقليم الجنوب الكبير: يضم ولايتان هي: إليزي، تمنراست.
- ويتطبيق المعادلة أدناه نحصل على حجم العينة في كل إقليم وهي: 3993 أسرة

$$n = 4(r) (1-r) f(1,1) / (r \cdot e_r)^2 \cdot P \cdot \bar{n}$$

n: حجم العينة.

4: معامل الحصول على 95% من مجال الثقة.

r: الانتشار المتوقع للمؤشر المفتاحي 11%.

f: تأثير الاستطلاع (1.5).

1.1: المعامل اللازم لرفع حجم العينة 10% من أجل أخذ بعين الاعتبار معدل عدم الإجابة.

e_r: هامش الخطأ النسبي المحتمل 14%.

p: نسبة السكان المستهدفين من إجمالي السكان 11%.

\bar{n} : متوسط حجم الأسرة 5.9 فرد.

تم العمل على سبعة أقاليم من بين التسعة، وهذا بدمج أقاليم الجنوب الثلاثة ضمن إقليم واحد، ومنه يصبح حجم العينة النهائي (4000.7) = 28000 أسرة تشمل:

- عدد النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة هو: 38547.

- عدد الأطفال في سن 0-4 سنة هو: 15140.

ومنه فحجم العينة الخاص بدراستنا هو 38547.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-6): توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

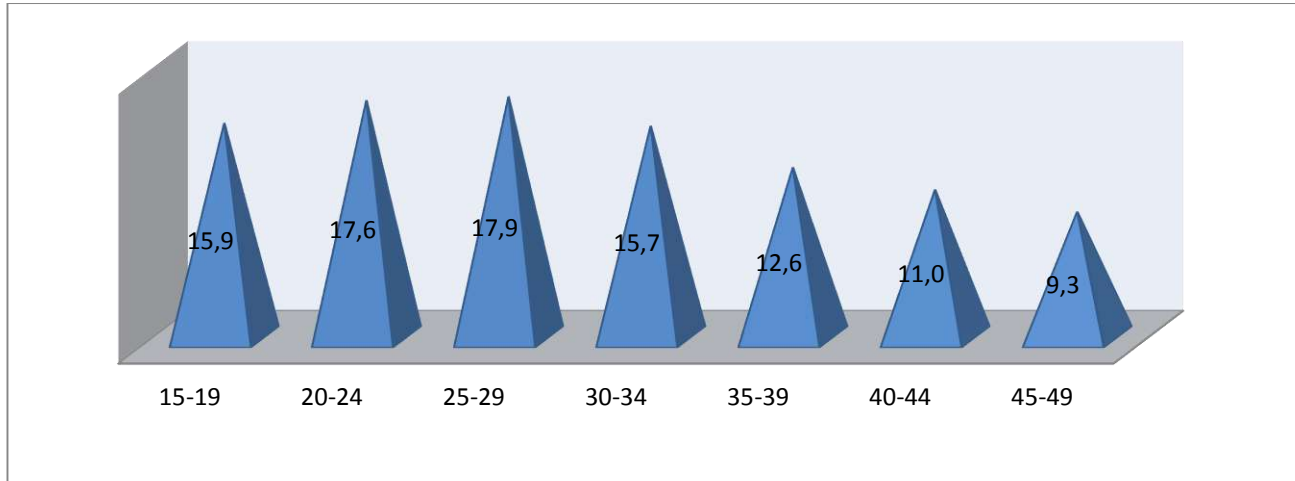
المتغيرات	التكرارات	النسبة المئوية %
الفئة العمرية		
19-15	6133	15,9
24-20	6780	17,6
29-25	6891	17,9
34-30	6050	15,7
39-35	4865	12,6
44-40	4231	11,0
49-45	3597	9,3
وسط الإقامة		
الحضر	24557	63,7
الريف	13989	36,3
المستوى التعليمي		
بدون مستوى	5557	14,4
ابتدائي	5640	14,6
متوسط	11110	28,8
ثانوي	10173	26,4
جامعي	6066	15,7
الإقليم الجغرافي		
إقليم شمال وسط	13207	34,3
إقليم شمال شرق	5675	14,7
إقليم شمال غرب	5901	15,3
إقليم الهضاب العليا وسط	2542	6,6
إقليم الهضاب العليا شرق	5368	13,9
إقليم الهضاب العليا غرب	2144	5,6

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

9,6	3711	إقليم الجنوب
مؤشر الثروة		
19,8	7615	الأشد فقرا
19,6	7537	الفقير
20,0	7726	المتوسط
20,2	7798	الغني
20,4	7871	الأشد غنى

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

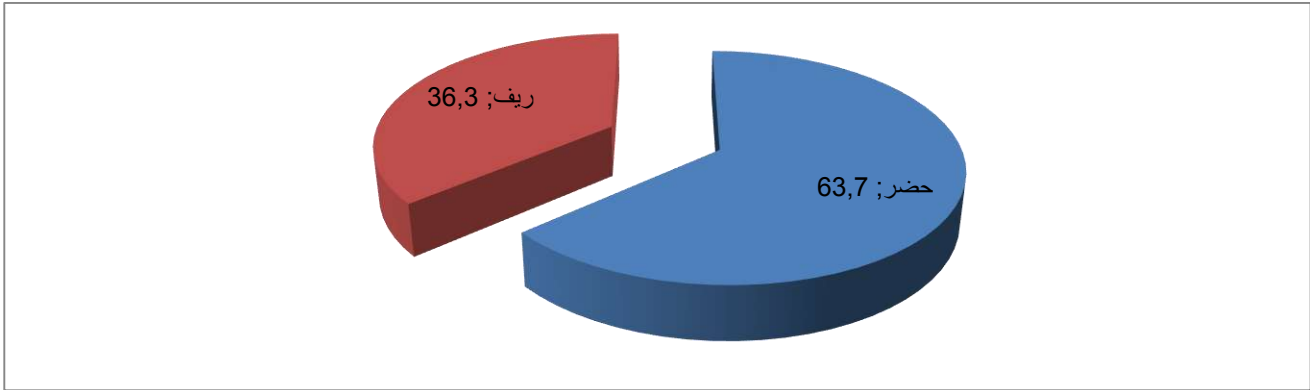
الشكل (4-1): توزيع أفراد العينة حسب السن



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

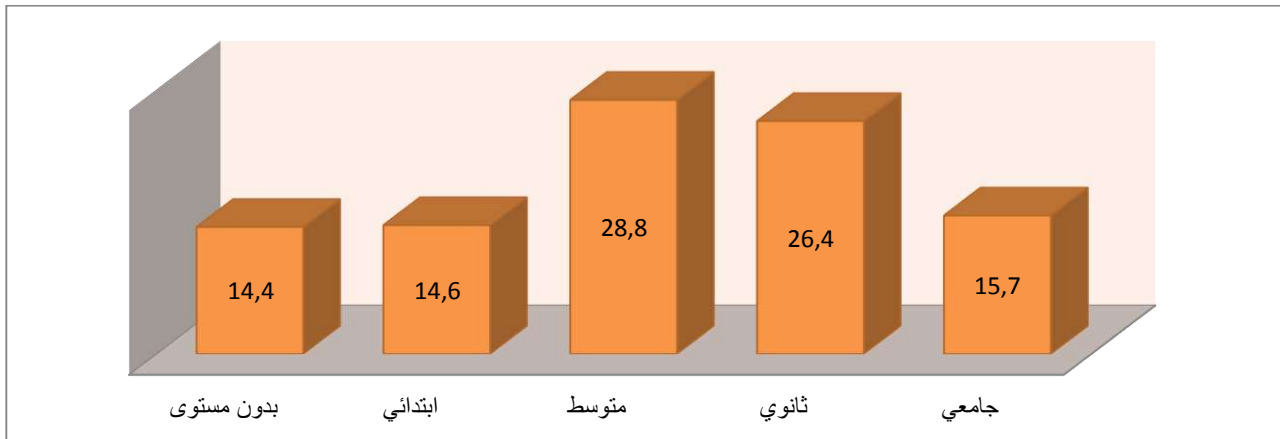
من خلال الجدول رقم (4-6) والشكل البياني (4-1) يتبين أن سن المبحوثات يتوزع بشكل متقارب بين الفئات العمرية الخماسية، بنسبة 17,9% في الفئة العمرية 25-29 سنة، تليها الفئة العمرية 20-24 سنة بنسبة 17,6%، وأخيرا فئة 45-49 سنة بنسبة 9,3%، مما يدل على أن أغلب المبحوثات هن في سن النشاط الجنسي التي تنتمي إلى الفئة العريضة 20-39 أي ما نسبته 63,8% من النساء المستجوبات، ومن المفترض أن يكن على إطلاع واسع، بكل ما من شأنه أن يؤثر على حياتهم الزوجية وخاصة الجنسية منها، سيما مرض السيدا وما يتعلق به من مفاهيم ومحاولة تصحيحها.

الشكل (4-2): توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 من خلال الجدول رقم (4-6) والشكل البياني (4-2) يتضح جليا أن أغلبية المبحوثات ينتمين إلى المنطقة الحضرية بنسبة 63.7% من مجموع عينة الدراسة مقابل 36.3% للنساء المبحوثات بالمنطقة الريفية، وهذا يعود إلى حجم السكان لكل منطقة، حيث يتركز أغلبية الساكنة بما فيهم النساء بالمنطقة الحضرية لهذا كان لزاما أن تكون العينة المأخوذة منهم أكبر من نظيرتها في الريف، ليكون التمثيل مثالي ومتوازن.

الشكل (4-3): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

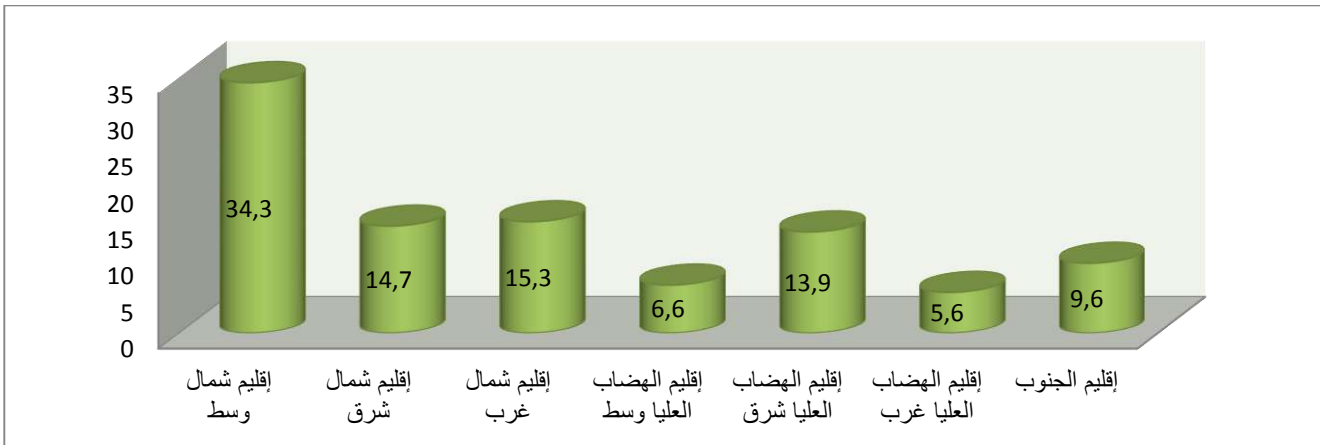


المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 من خلال الجدول رقم (4-6) والشكل البياني (4-3) يتبين أن 28.8% من النساء المستجوبات لهن مستوى تعليمي متوسط، و 26.4% منهن لهن مستوى ثانوي، و 15.7% ذوات

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

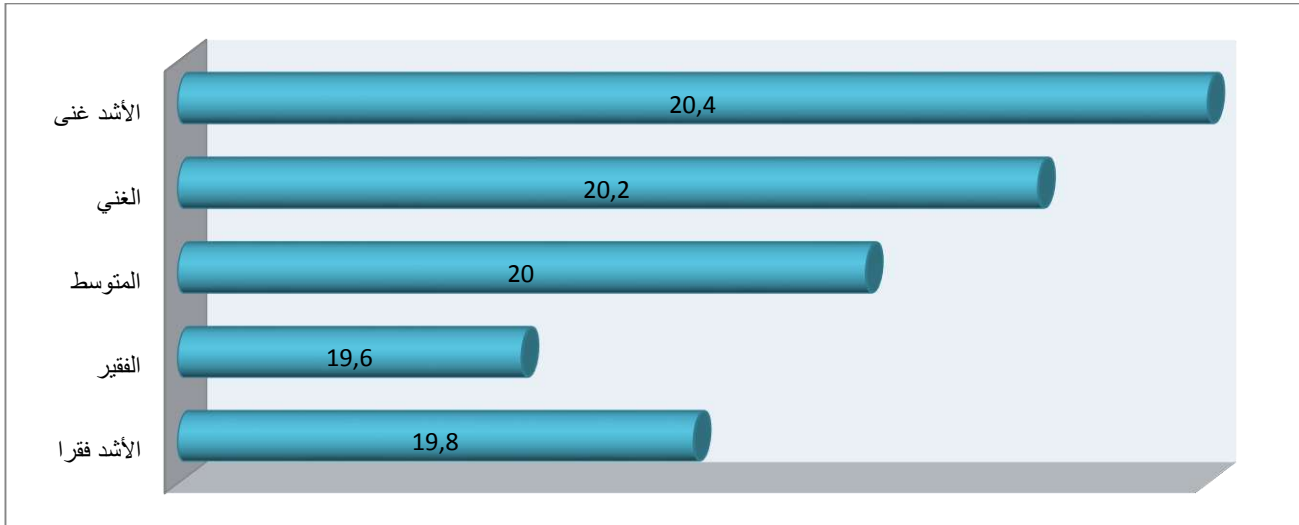
مستوى جامعي، و14.6% لهن مستوى ابتدائي، و14.4% هن بدون مستوى، وهي نتائج لا تعكس الجهود المبذولة في ميدان التربية والتعليم، فرغم جعله إجباريا إلا أن نسبة 14.4% للنساء بدون مستوى تبين خطورة الوضع، وأن المأمول لا يزال بعيدا، خاصة في المناطق الريفية والمعزولة، كما نسجل أيضا نسبا معتبرة للنساء ذوات المستوى الابتدائي والمتوسط بما مجموعه 43.4%، وهو مستوى يعتبر متدن مقارنة بمؤشرات التعليم العالمية، ما من شأنه أن يؤثر على مدى دراية المرأة وثقافتها الصحية بخصوص مرض السيدا، الذي هو موضوع بحثنا، وسنتعرف على مدى هذا التأثير من خلال نتائج دراستنا هاته.

الشكل (4-4): توزيع أفراد العينة حسب الإقليم الجغرافي



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 من خلال الجدول (4-6) والشكل (4-4) نلاحظ أن توزيع المبحوثات عبر الأقاليم الجغرافية السبعة كان متباعدا، خاصة إقليم شمال وسط الذي كان بنسبة 34.3% نظرا للكثافة السكانية الكبيرة التي يتميز بها هذا الإقليم، أما باقي النسب فتراوحت بين 5.6% لإقليم الهضاب العليا غرب، و15.3% لإقليم شمال غرب، وبين هاتين النسبتين بالنسبة للأقاليم الأخرى المتبقية، هذا بغية الحصول على مؤشرات ضرورية تمكن من رسم متابعة وتقييم السياسات التنموية التي تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الجهوية.

الشكل (4-5): توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 من خلال الجدول (4-6) والشكل (4-5) يتبين لنا أن التوزيع متقارب للنساء بين مختلف المستويات، فما نسبته 19.6% من النساء المبحوثات يقعن ضمن المستوى المعيشي الفقير، و 19.8% منهن يقعن ضمن مستوى الأشد فقرا، و 20% يقعن ضمن المستوى المتوسط، و 20.2% ينتمين للمستوى الغني، و 20.4% ينتمين لمستوى الأشد غنى، فمن خلال هاته الأرقام والنسب نلاحظ أنها متقاربة جدا أي أن أفراد العينة يتوزعون بشكل متقارب جدا من حيث المستوى المعيشي ومؤشر الثروة، مما يعطي نتائج أفضل للدراسة، من خلال وجود تقارب في عدد المبحوثات حسب كل مستوى معيشي.

6: منهج الدراسة

يرجع الأصل اللغوي لكلمة منهج إلى الفعل "نهج" وينتهج نهجا، ونهج الطريق أي بينه وسلكه، ونهج نهج فلان سلك مسلكه، والمنهج الطريق الواضح والخطة المرسومة¹.

وفي الاصطلاح يعرف المنهج بأنه "الطريق المنظم الذي يسلكه العقل والتفكير الإنساني في دراسة مشكلة أو موضوعا في مجالات العلوم عموما، بقصد الوصول إلى الهدف المرسوم، سواء

¹ المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، 1998، ص 636.

تمثل في التعرف على المبادئ والقواعد التي تحكم الظواهر والقضايا العامة، أو في إيجاد حل لما تفرزه تلك الأخيرة من المشكلات"¹

كما عرف أيضا بأنه "فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما بالكشف عن الحقيقة حين نكون جاهلين بها، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون عارفين بها"².

ويعرف أيضا بأنه "الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة"³.

واعتمادنا للمنهج الوصفي واختيارنا له يرجع إلى ملاءمته لطبيعة موضوع الدراسة حيث من خلاله وعلى إثره يمكن وصف الظاهرة موضوع الدراسة للوقوف على واقع مرض السيدا في المجتمع الجزائري و خاصة المرأة باعتبارها أكثر تضررا منه .

كما أن اعتمادنا على المهج الوصفي لا يعني انتفاء الاعتماد على مناهج أخرى ولو بنسب متفاوتة، بالإضافة إلى المنهج الإحصائي والذي أفادنا في جمع المعطيات الإحصائية، وكذلك المنهج التحليلي باعتبار أن دراستنا تحليلية لظاهرة الثقافة الصحية عند المرأة الجزائرية اتجاه مرض السيدا من خلال الدراسة والتحليل للمسح العنقودي متعدد المؤشرات ومن ثمة استخلاص بعض النتائج وإعطاء بعض التوصيات بخصوص الوقاية من هذا الداء الفتاك، واستعملنا لمعرفة تأثير المحددات السوسيو-ديموغرافية على دراية المرأة بمختلف جوانب مرض السيدا نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) وبرنامج نظام التحليل الإحصائي (SAS).

¹ أحمد عبد الكريم سلامة: الأصول المنهجية لإعداد البحوث العلمية، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999، ص 34.

² عبد الرحمن البدوي: مناهج البحث العلمي، ط3، الكويت، وكالة المطبوعات، 1977، ص 5.

³ محمد طه بدوي: المنهج في علم السياسة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2000، ص 115.

مفهوم الانحدار اللوجستي الثنائي: إذا كان (Y) متغير تابع يأخذ القيمة (1) في حالة تحقق حدث معين، والقيمة (0) في حالة عدم تحققه، بمعنى (1) نجاح و (0) فشل، أي أن للمتغير التابع قيمتين فقط (1.0)، وأن (X) متغير كمي أو نوعي، ويكون نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي كالتالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3 + \dots$$

ثالثا: عرض وتحليل البيانات:

من خلال قراءتنا لأسئلة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، والمتعلقة بجوانب مرض السيدا، يمكن أن نقسمها إلى ستة محاور، كل محور يتضمن موضوعا معيناً تدرج ضمنه عديد الأسئلة، وسنقوم كمرحلة أولية بدراسة وصفية لهاته الأسئلة لمعرفة مستوى ثقافة المرأة الجزائرية اتجاه هذا المرض بصفة عامة دون الخوض في العوامل المؤثرة في ذلك، كما سنتطرق إلى دراسة بعض المؤشرات الهامة التي تم استحداثها وحسابها من خلال التعريفات الموجودة في التقرير النهائي للمسح والخاصة بالسيدا بالصفحتين 316 و317، حيث تم حسابها باستخدام برنامج SPSS، ثم تحويلها إلى البرنامج sas الذي تم الاعتماد عليه في حساب قيمة كل مؤشر. وقبل البدء في تحليل أسئلة هذا المحور نتوجب الإشارة إلى أن كل أسئلة المسح المتعلقة بالسيدا هي موجهة للنساء اللواتي أجبن بنعم عن السؤال الأول والمتعلق بسماع التحدث عن السيدا. وقد تم ترميز الإجابات على النحو التالي: 1: نعم، 2: لا، 8: إجابات غير محددة، 9: إجابات ناقصة.

1- سماع التحدث عن مرض فقدان المناعة المكتسبة SIDA:

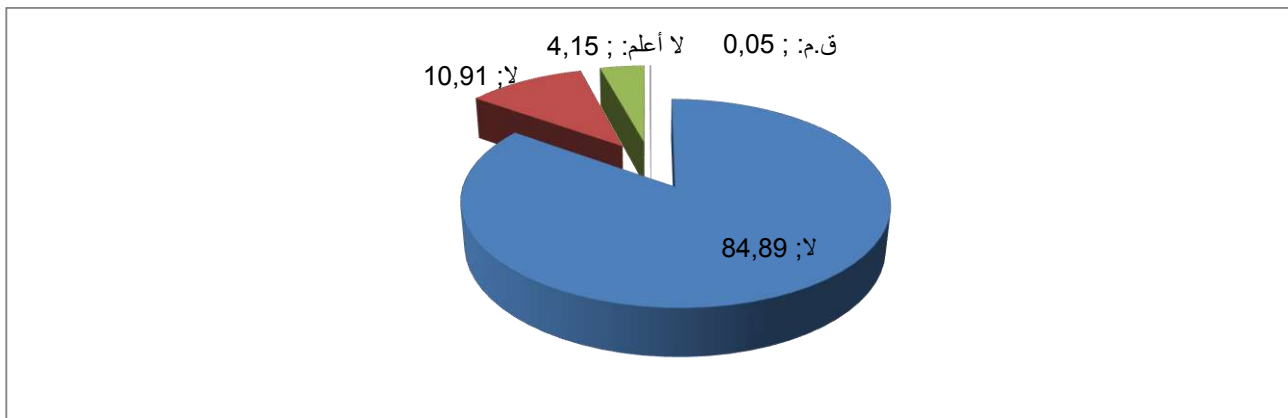
تم استجواب النساء اللاتي سبق لهن سماع التحدث عن مرض السيدا عبر مختلف الوسائل، وقد تم ترميز هذا السؤال ب: HA1.

الجدول (4-7): توزيع المبحوثات حول سماع التحدث عن مرض السيدا

الترار النسبي %	الترارات	سماع التحدث عن مرض السيدا HA1
84,90	32725	نعم
10,91	4207	لا
4,15	1600	لا أعلم
0,04	14	قيم مفقودة (ق.م)
100	38547	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-6): توزيع المبحوثات حول سماع التحدث عن مرض السيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (4-7) والشكل رقم (4-6) أن عدد النساء اللاتي أجبن على هذا السؤال قدر بـ 38547، من بينهن 84.90% سبق لهن سماع مواضيع عن مرض السيدا، ورغم أن النسبة تبدو مرتفعة إلا أنها غير كافية، نظرا لخطورة المرض خاصة بالنسبة للنساء في سن الإنجاب وما يشكله من خطر عليهن وعلى مواليدهن، بينما 10.91% لم يسبق لهن سماع مواضيع عن السيدا، وما نسبته 4.15% ليس لهن علم تماما بالموضوع. لذا يجب العمل من أجل أن يكون موضوع السيدا وما تعلق به متاحا للجميع وعبر جميع الوسائط من قنوات تلفزيونية وإذاعية، وكذا مختلف وسائل التواصل الاجتماعي الأخرى عبر الشبكة العنكبوتية.

المحور الأول: معرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله ويتضمن خمسة أسئلة ذات أهمية كبيرة سيما وهي تتعلق ببعض المفاهيم والسلوكيات عن طرق انتقال الفيروس سواء الصحيحة أو الخاطئة، وتعتبر معرفتها بشكل سليم جزء من الحل أي إمكانية تفادي الإصابة بالفيروس، لأن الوقاية في مثل هاته الأمراض تعتبر خير من العلاج خاصة إذا ما استقبل المرض وتمكن من جسم الإنسان، وبالخصوص جهاز المناعة، حيث يصبح جسم الإنسان هشاً وعرضة لمختلف الأمراض والأوبئة، وسنتطرق لهاته الأسئلة بشيء من التفصيل.

1- المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب:

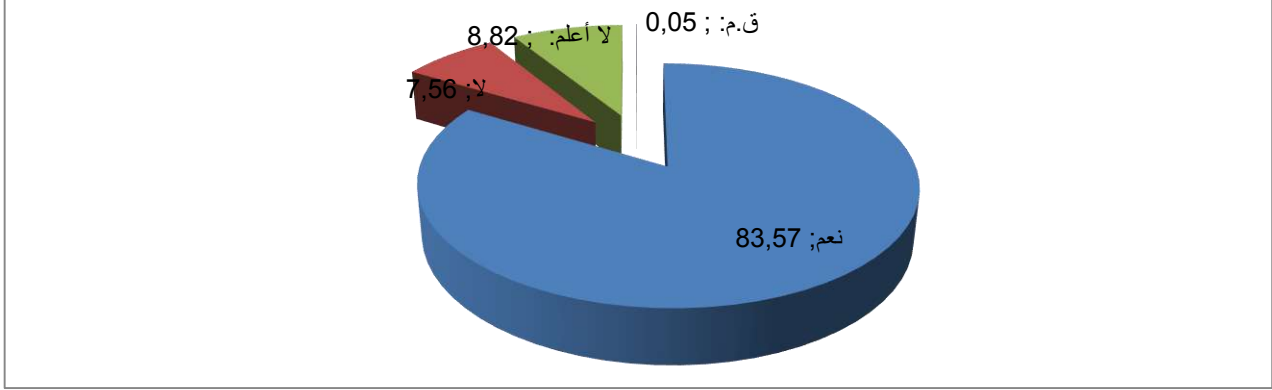
تم سؤال النسوة عن معرفتهن بإمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA2.

الجدول (4-8): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب HA2
83.57	27349	نعم
7.56	2475	لا
8.82	2884	لا أعلم
0.05	18	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-7): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى لفيروس SIDA للذين لهم رفيق واحد فقط غير مصاب



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-8) والشكل رقم (4-7) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 83.57% يعرفن أنه يمكن إنقاص خطر العدوى لفيروس السيدا للواتي لهن رفيق واحد غير مصاب، وهي كذلك نسبة غير كافية لأن طريقة انتقال الفيروس عن طريق الجنس تعد الأولى من حيث عدد الإصابات، و7.56% يعتقدن أن خطر انتقال فيروس السيدا لا يمكن أن ينقص حتى ولو كانت العلاقة الجنسية مقتصرة على شريك واحد غير مصاب، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 8.87%.

2- المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى باستعمال واقي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية:

تم استفسار النساء عن مدى معرفتهن بإمكانية إنقاص خطر العدوى للفيروس باستعمال الواقي الذكري في كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية، وقد تم ترميز هذا السؤال ب: HA4.

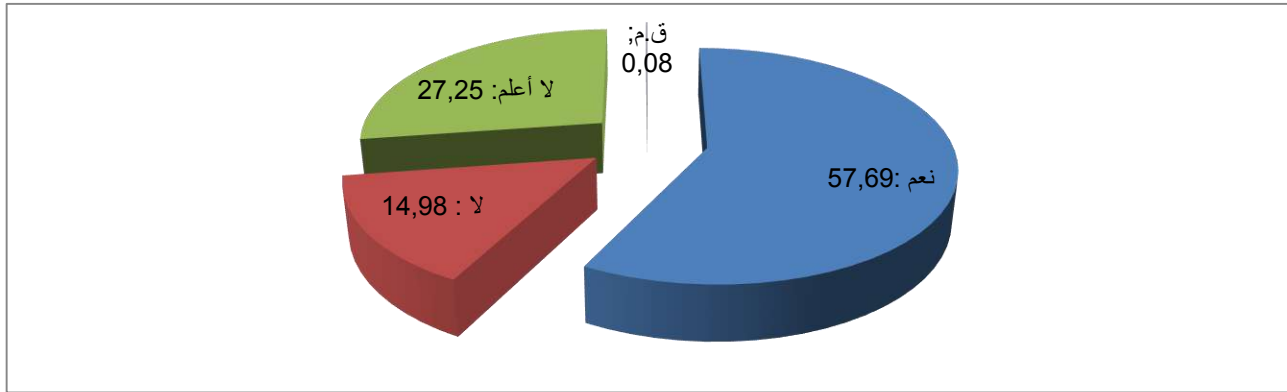
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-9): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية HA4
57.70	18881	نعم
14.98	4903	لا
27.24	8914	لا أعلم
0.08	27	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-8): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية إنقاص خطر العدوى باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-9) والشكل رقم (4-8) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 57.70% يعرفن أنه يمكن إنقاص خطر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية، وهي نسبة متوسطة تعكس الجوانب المبهمة التي تشوب المرض، رغم أن منظمة الصحة العالمية تضع هذا الخيار ضمن طرق الوقاية والإنقاص من خطر نقشي الفيروس، و14.98% يرين أنه لا يمكن إنقاص خطر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية باستعمال وافي ذكري كل مرة عند القيام بعلاقة جنسية، بينما

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 27.33% وهي نسبة معتبرة تدل دائما على الغموض وعدم الاكتراث بخطر المرض مما يزيد الأمور تعقيدا وتأزما.

2- المعرفة بإمكانية حمل الفيروس SIDA بلدغة حشرة :

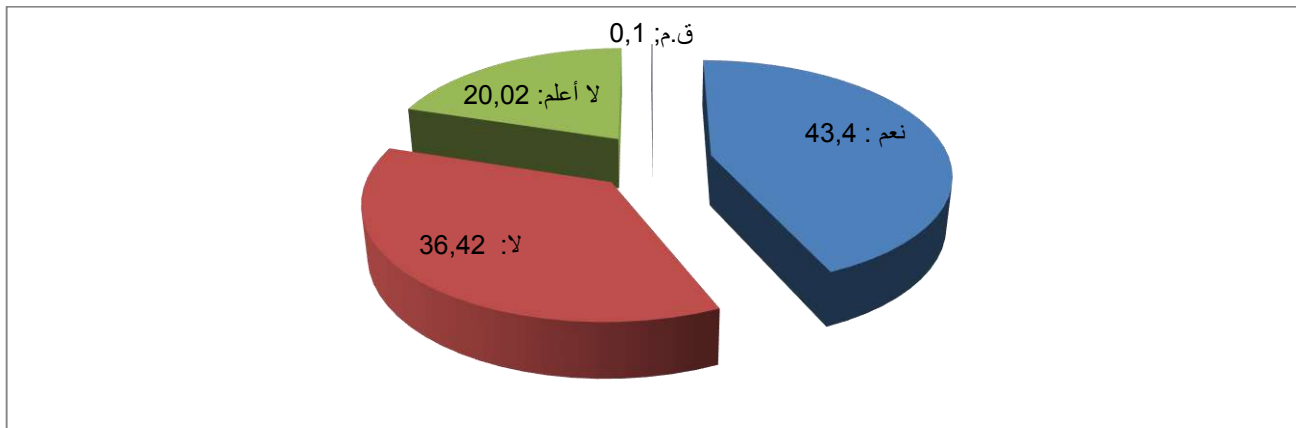
سنتعرف من خلال هذا العنصر على مدى معرفة النساء بإمكانية حمل الفيروس عند التعرض للدغة الحشرات، وتم ترميز هذا السؤال بالرمز: HA5.

الجدول (4-10): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل فيروس SIDA بلدغة حشرة

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية حمل الفيروس بلدغة حشرة HA5
43.45	14220	نعم
36.42	11918	لا
20.03	6554	لا أعلم
0.10	34	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-9): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل فيروس SIDA بلدغة حشرة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-10) والشكل رقم (4-9) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 43.45% يعتقدن أنه يمكن للفيروس أن ينتقل بواسطة لدغة

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الحشرات، وهي نسبة معتبرة تدل على الجهل بالطرق الصحيحة لانتقال الفيروس، والتي تعد ذات أهمية كبيرة للحد منه ومكافحته، بينما ترى 36.42% منهن أنه لا يمكن ذلك وهي نسبة ضعيفة، بينما حوالي 20.03% من المعنيات بالسؤال كانت إجاباتهن غير محددة (لا أعرف) وهي نسبة معتبرة تدل على أن السيدا وما يتعلق به لا يزال مبهما في بعض جوانبه، بينما بلغت القيم المفقودة 0.1%.

3- المعرفة بإمكانية حمل الفيروس SIDA عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب:

تم استجواب النسوة عن مدى وعيهم ومعرفتهن ببعض المفاهيم الخاطئة عن الفيروس ومنها مشاركة الطعام مع شخص مصاب بداء السيدا، واندرج تحت هذا السؤال المتغير HA6.

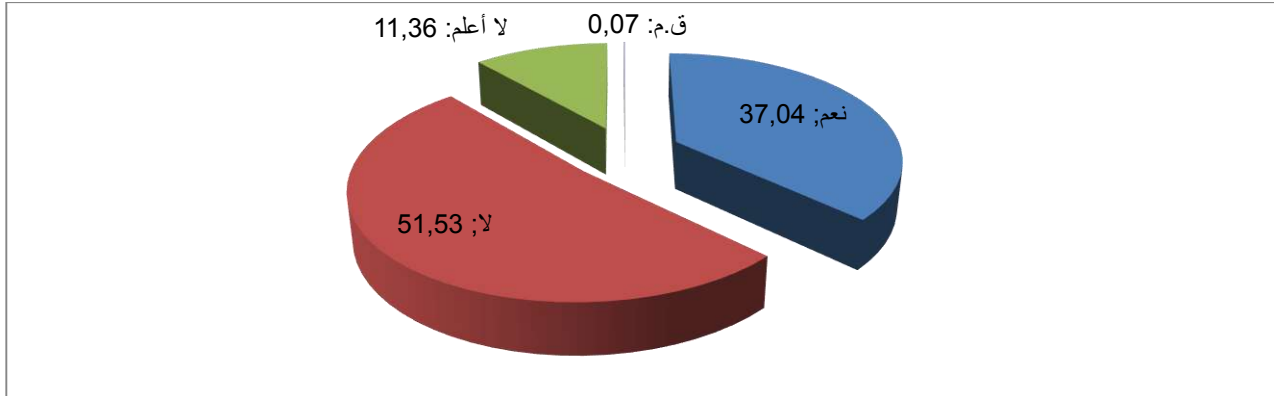
الجدول (4-11): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل الفيروس عند مشاركة الطعام

مع شخص مصاب

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية حمل الفيروس عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب HA6
37.04	12122	نعم
51.53	16864	لا
11.36	3716	لا أعلم
0.07	23	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-10): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل الفيروس SIDA عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-11) والشكل رقم (4-10) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 37.04% يعتقدن أنه يمكن حمل الفيروس عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب، وهي كذلك نسبة تعكس مدى الجهل بهذا المرض، حيث أنه من شأن بعض السلوكيات الخاطئة أن تزيد من تآزم الوضع سواء بتقشي الوباء، أو بالتأثير على الأشخاص المصابين من الناحية النفسية والمعنوية التي بدورها تؤثر على الناحية الصحية، بينما ترى 51.53% من النساء أنه لا يمكن أن ينتقل الفيروس عند مشاركة الطعام مع شخص مصاب، وهي نسبة متوسطة من المفروض أن تكون أكبر بكثير، لأن هذا التصرف والسلوك يعتبر سليماً، وهو ليس من الطرق المعروفة التي تنقل الفيروس، أما ما نسبته 11.36% فليس لهن علم تماماً بهذا الجانب، بينما بلغت القيم المفقودة 0.07%.

4- المعرفة بإمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة:

دائماً ضمن محور طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، سنتعرف من خلال هذا العنصر عن مدى معرفة النساء بإمكانية حمل الفيروس من قبل شخص لا تظهر عليه علامات المرض، واندرج تحت الرمز: HA7.

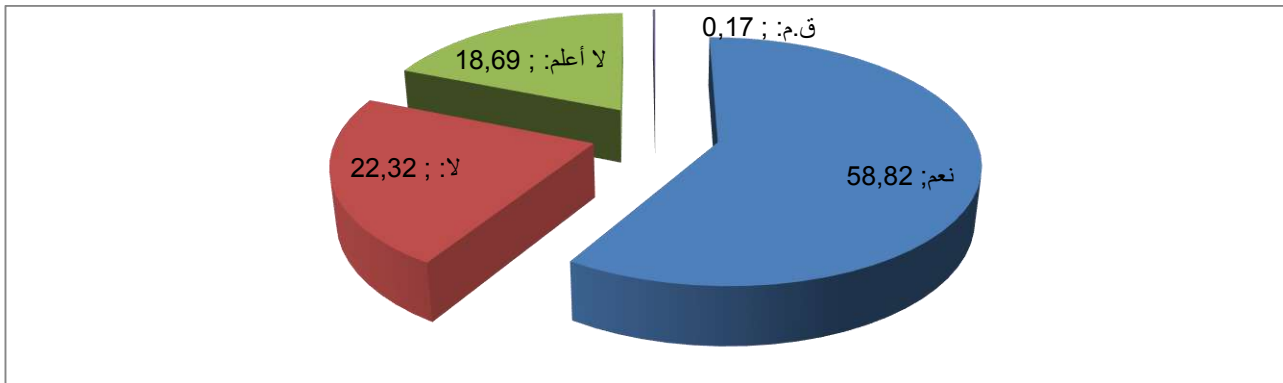
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-12): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة HA7
58.82	19250	نعم
22.32	7305	لا
18.69	6117	لا أعلم
0.17	54	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-11): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية حمل الفيروس من طرف شخص يظهر بصحة جيدة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-12) والشكل رقم (4-11) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 54.7% يرين أنه يمكن لشخص يظهر بصحة جيدة أن يكون حاملا للفيروس، وهي نسبة متوسطة تدل دائما على الجهل بمختلف جوانب المرض، مما قد يؤدي إلى إصابات حتمية إذا كان هناك تساهل في مخالطة هذا الشخص خاصة فيما يخص العلاقات الجنسية، أو تبادل حقن المخدرات وغيرها من طرق الانتقال الأخرى، بينما ترى 22.32% من

النساء أنه لا يمكن ذلك، وهي كذلك نسبة تعكس مدى الجهل بجوانب المرض التي يمكن أن تؤدي إلى تفاقم الوضع، و21.5% ليس لديهم علم بهذا الجانب، في حين بلغت القيم المفقودة نسبة 0.17%.

مؤشر المعرفة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والمفاهيم الخاطئة حوله:
سنتعرف من خلال هذا المؤشر على المعرفة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والمفاهيم الخاطئة حوله والذي يحدد معرفة طريقتين صحيحتين لتفادي انتقال الفيروس وكذا معرفة ثلاثة طرق خاطئة لا تؤدي إلى حمل وانتقال الفيروس، وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.1، وليتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون كل من: $1=HA2$ و $1=HA4$ و $1=HA7$ و $2=HA5$ و $2=HA6$ مقسوما على إجمالي عدد النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة أو هو عبارة عن الإجابة على خمسة أسئلة، حيث الثلاثة أسئلة الأولى يمثل فيها التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة، فيما تكون الإجابة بلا "2" هي الصحيحة في السؤالين الأخيرين. أي الدراية الشاملة بطرق انتقال المرض تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم(1)، لا(2)، لا(2)، وباختصار الإجابة (1 1 1 2 2)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 2 2 على مجموع النساء المستجوبات).

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-13): مؤشر المعرفة الشاملة بطرق انتقال الفيروس، والمفاهيم الخاطئة حوله

قيمة المؤشر	التكرار	المعرفة الشاملة بطرق انتقال الفيروس، والمفاهيم الخاطئة حوله 9.1	المتغيرات
الفئات العمرية			
6,83	6133	419	19-15
11,80	6780	800	24-20
11,56	6891	797	29-25
9,07	6050	549	34-30
8,12	4865	395	39-35
6,59	4231	279	44-40
6,63	6133	239	49-45
09.02	38546	3477	المجموع
وسط الإقامة			
10.73	24557	2636	حضر
06	13989	840	ريف
09.02	38546	3477	المجموع
المستوى التعليمي			
01.39	5557	79	بدون مستوى
03.36	5640	190	ابتدائي
06.06	11110	674	متوسط
11.47	10173	1167	ثانوي
22.56	6066	1369	العالي
09.02	38546	3477	المجموع
الإقليم الجغرافي			

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

10.65	13207	1406	إقليم شمال وسط
10.87	5675	617	إقليم شمال شرق
07.99	5901	472	إقليم شمال غرب
04.83	2542	123	إقليم الهضاب العليا وسط
08.52	5368	457	إقليم الهضاب العليا شرق
05.65	2144	121	إقليم الهضاب العليا غرب
07.57	3711	281	إقليم الجنوب
09.02	38546	3477	المجموع
مؤشر الثروة			
4,03	7616	307	الأشد فقرا
6,28	7537	473	الفقير
8,35	7726	645	المتوسط
10,28	7798	802	الغني
15,87	7870	1249	الأشد غنى
09.02	38546	3477	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول (4-13) أن نسبة النساء اللائي لديهن معرفة شاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والمفاهيم الخاطئة حوله، والمتطرق إليها في الجداول من (5-2) إلى (5-6) أعلاه، هي 09.02% فقط، وهي نسبة منخفضة جدا، تتفاوت هاته النسبة بين مختلف الفئات العمرية حيث بلغت 11.80% عند الفئة العمرية 20-24 كأعلى نسبة بينما لم تتعد 6.59% كأدنى نسبة سجلت عند الفئة العمرية 40-44 سنة، ولا يمكننا القول بأنه كلما ارتفع سن المرأة ارتفع معه مستوى الثقافة والدراية بجوانب المرض أو العكس، لكن يمكننا القول أن مستوى الدراية متقارب لدى النساء بين سن 15 و40 سنة، حيث يزيد وينقص بين هاته الأعمار بمعدلات ضئيلة، ويكون منخفضا نوعا ما لدى النساء الأكثر من 40 سنة، لأن عادة هاته الفئة تكون حياتها

مرتكزة أكثر على الاهتمام بأفراد الأسرة خاصة الأبناء، مما لا يتيح لها فرص الاطلاع والبحث في مختلف الجوانب، ومنها الصحية سيما مرض السيدا الذي يعتبر طابو، ليس محلا للحديث والنقاش داخل الأسرة، والشيء الذي يميز هاته الفئة كذلك هو المستوى التعليمي المتدني. أما فيما يخص وسط الإقامة فقد سجلنا نسبة 10.73% عند نساء الحضر مقابل 06% عند نساء الريف، ولعل التفاوت الأكبر يظهر بين مختلف المستويات التعليمية حيث قدرت بـ 22.56% عند النساء ذوات المستوى التعليمي العالي كأعلى نسبة، مقابل 1.39% فقط لدى النسوة بدون مستوى، الشيء الذي من شأنه أن يؤثر على هاته الفئة الأخيرة، حيث أن درايتها بطرق انتقال الفيروس متدنية مما يجعلها عرضة لإمكانية الإصابة بهذا المرض الخطير، جراء سلوكياتها غير السوية، وكلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى مستوى أعلى منه نلمس زيادة في نسبة المعرفة، كما لاحظنا أيضا تفاوتاً طفيفاً في المعرفة بين مختلف أقاليم الجمهورية، حيث بلغت أكبر نسبة 10.87% في إقليم شمال شرق، و4.83% كأدنى نسبة في إقليم الهضاب العليا وسط، ونفس الملاحظة التي سجلناها على المستوى التعليمي تظهر على مؤشر الثروة الذي يتجسد فيه التفاوت الملحوظ بين مختلف المستويات بتسجيل 15,87% كأعلى نسبة لدى النسوة ذوات المستوى الأشد غنى مقابل 4.03% كأدنى نسبة لدى النسوة ذوات المستوى الأشد فقراً، وبناء على ذلك فإن المستوى المعيشي للمرأة يؤثر على درايتها ومعرفتها بطرق انتقال فيروس السيدا والمفاهيم الخاطئة حوله، حيث كلما تحسنت معيشتها أكثر كلما زادت معرفتها، وبعزو هذا إلى أن النساء الأكثر غنى يعشن راحة نفسية وذهنية نتيجة الظروف المعيشية الملائمة، مما يتيح لهن فرص أكثر للاطلاع في مختلف مناحي الحياة، خاصة الصحية منها، لحماية أنفسهن وأسرهن من كل ما من شأنه أن يعكر صفو حياتهن، وعلى العكس منهن فإن النساء الفقيرات همهن وشغلهن الشاغل هو توفير الضروريات لهن ولأسرهن مما يجعلهن بعيدات عن الاطلاع والبحث في أمور الحياة الأخرى خاصة الصحية منها، مما قد يوقعهن في ما لا يحمد عقباه جراء هذا الزهد في صحتهن.

يتبين لنا من خلال دراستنا لأسئلة المحور الأول المتعلق بمعرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، وكذا المؤشر الخاص به، أن معرفة المرأة بطرق انتقال الفيروس رغم أنها تبدو مرتفعة إلا أنها تعتبر غير مقبولة، خاصة ونحن نعلم أن المرض ليس له علاج ناجع وفعال لحد الآن، وعلاجه الوحيد يكمن في اتخاذ تدابير وسبل الوقاية، ولا يمكن أن تتحقق هاته الوقاية إلا بانتهاج سلوكيات سوية وصحيحة اتجاه المرض ولعل من أهمها معرفة طرق انتقاله لأخذ جميع الاحتياطات، لذا ينبغي تكثيف عمليات التوعية والتثقيف الصحي في هذا الجانب عبر كافة الوسائط وباستخدام جميع الوسائل المساعدة على ذلك من قنوات تلفزيونية وإذاعية وكذا الشبكة العنكبوتية وما تمنحه من تسهيلات للتواصل دون أن ننسى الندوات والمؤتمرات وحملات التوعية والتحميس، والعمل بتوصيات منظمة الصحة العالمية للرفع من مستوى الثقافة الصحية، خاصة داخل الأسرة، حيث لازال المرض يشوبه الكثير من الغموض، فهو يصنف ضمن الطابوهات التي يمنع الحديث عنها في كثير من الأسر والمجتمعات.

المحور الثاني: معرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل

ويتضمن ثلاثة أسئلة لا تقل أهمية عن سابقتها في المحور الأول سيما وأنها تتعلق بطرق انتقال الفيروس حال حمل الأم ووضعها وكذا أثناء فترة الرضاعة، حيث تنقص خلالها مناعة المرأة حتى في الظروف العادية فما بالك بهاته المراحل الحساسة، والجهل بجوانب المرض قد يكلف المرأة تدهور صحتها وكذا تدهور صحة ولدها وإمكانية نقلها للفيروس بإحدى الطرق التي سنتناولها في الجداول أدناه.

1- المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل:

استجوبت النساء حول درايتهن بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى طفلها أثناء

فترة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA8A.

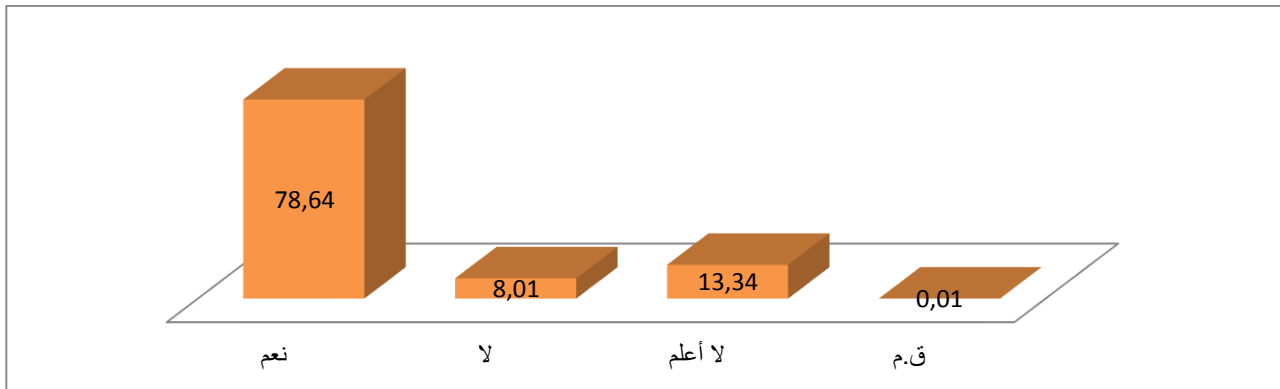
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-14): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل HA8A
78.64	25735	نعم
8.01	2622	لا
13.34	4365	لا أعلم
0.01	4	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-12): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-14) والشكل رقم (4-12) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 78.64% يدركن أنه يمكن انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الحمل، ورغم ارتفاع النسبة إلا أنها تعتبر غير كافية نظراً لأهمية هذا الأمر وخطورته وتأثيره على صحة الأم والمولود، و8.01% يعتقدن أنه لا يمكن أن ينتقل الفيروس بهاته

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الطريقة، وهي نسبة مقبولة، لكن رغم ذلك يجب زيادة الوعي في هذا الجانب، بينما ما نسبته 13.8% هي عبارة عن إجابات لا أعلم وما نسبته 0.01% قيم مفقودة.

2- المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الولادة:

سئلت النساء حول درابتهن بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى طفلها أثناء فترة

الولادة، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA8B.

الجدول (4-15): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى

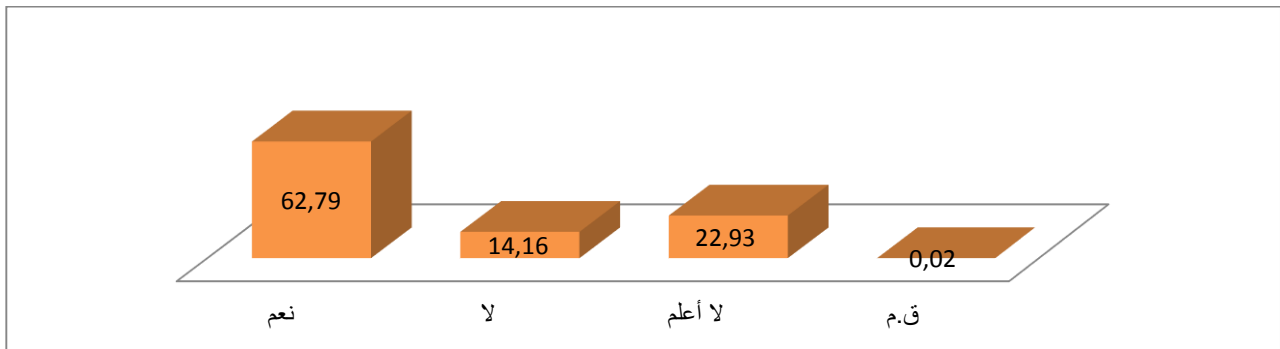
الطفل في فترة الولادة

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الولادة HA8B
62.79	20547	نعم
14.16	4635	لا
22.93	7505	لا أعلم
0.02	39	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-13): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى

الطفل في فترة الولادة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-15) والشكل رقم (4-13) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 62.79% يعرفن أنه يمكن انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الولادة، فرغم ما يشكله مرض السيدا من خطر على الصحة الإنجابية للمرأة، وانتقال هذا الخطر إلى الجنين أو المولود أثناء الولادة، إلا أن نسب معرفة ذلك لدى النساء تبدو غير كافية، مما يزيد من خطورة الأمر، و14.16% من النساء ترى أنه لا يمكن أن ينتقل الفيروس بهاته الطريقة، وهذا يدل دائماً على الجهل بهذا المرض الخطير، بينما 22.93% من النساء لا يعرفن أي شيء في هذا الجانب، وهي نسب تدعو إلى العمل أكثر من أجل اكتساب النساء لقدر لا بأس به من الثقافة الصحية اتجاه المرض، خاصة في عيادات ودور الولادة، بينما بلغت القيم المفقودة 0.02%.

3- المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة:

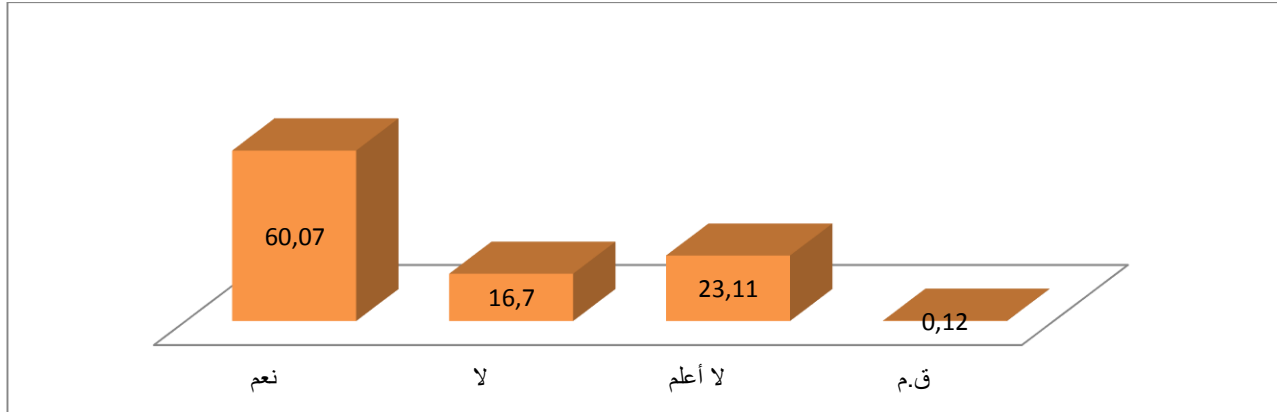
تم الاستفسار حول وعي المستجوبات بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى طفلها أثناء فترة الولادة، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA8C.

الجدول (4-16): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة HA8C
60.07	19657	نعم
16.70	5464	لا
23.11	7563	لا أعلم
0.12	41	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-14): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-16) والشكل رقم (4-14) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 61.3% يدركن أنه يمكن انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة، وهي غير كافية ويمكن أن يشكل ذلك خطراً على المولود حيث أنه بالإمكان تفادي الإصابة باللجوء إلى الرضاعة غير الطبيعية، و16.70% من النساء يعتقدن أنه لا يمكن أن ينتقل الفيروس بهذه الطريقة، وهو ما قد يشكل خطراً على صحة النساء وأطفالهن، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 23.23%.

مؤشر المعرفة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل:

سنتعرف من خلال هذا المؤشر على مدى معرفة النساء بالطرق الثلاثة لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، ونعني بها أثناء فترة الحمل، أثناء الولادة، وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية، وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.3، ولتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون كل من: 1=HA8A و 1=HA8B و 1=HA8C مقسوماً على إجمالي النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة، أو هو الإجابة على ثلاثة أسئلة، حيث يمثل التصريح بـ: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

جميع أسئلة المحور. أي الدراية الشاملة بطرق انتقال المرض من الأم إلى الطفل تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، نعم (1)، وباختصار الإجابة (1 1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 على مجموع النساء المستجوبات).

الجدول (4-17): مؤشر المعرفة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل

المتغيرات	المعرفة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل 9.3	التكرار	قيمة المؤشر
الفئات العمرية			
19-15	2333	6133	38,04
24-20	2869	6780	42,32
29-25	2769	6891	40,19
34-30	2322	6050	38,38
39-35	1820	4865	37,41
44-40	1546	4231	36,54
49-45	1297	3597	36,07
المجموع	14957	38546	38,80
وسط الإقامة			
حضر	9973	24557	40,61
ريف	4983	13989	35,62
المجموع	14957	38546	38,80
المستوى التعليمي			
بدون مستوى	1362	5557	24,51
ابتدائي	1770	5641	31,38

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

38,68	11110	4297	متوسط
44,35	10173	4512	ثانوي
49,70	6066	3015	العالي
38,80	38546	14957	المعدل
الإقليم الجغرافي			
35,86	13207	4737	إقليم شمال وسط
47,00	5675	2667	إقليم شمال شرق
33,58	5901	1981	إقليم شمال غرب
36,65	2542	932	إقليم الهضاب العليا وسط
47,30	5368	2539	إقليم الهضاب العليا شرق
41,45	2144	889	إقليم الهضاب العليا غرب
32,68	3711	1213	إقليم الجنوب
38,80	38546	14957	المجموع
مؤشر الثروة			
32,33	7615	2462	الأشد فقرا
37,99	7537	2863	الفقير
40,50	7726	3129	المتوسط
40,64	7797	3169	الغني
42,36	7871	3334	الأشد غنى
38,80	38546	14957	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-17) أن نسبة النساء اللواتي يعرفن بأن فيروس السيدا يمكن له أن ينتقل من الأم إلى طفلها بالطرق الثلاثة، أي أثناء فترة الحمل وأثناء فترة الولادة وكذا أثناء فترة الرضاعة الطبيعية هي 38.80% وهي نسبة دون المتوسط، تتفاوت بين مختلف الفئات العمرية حيث سجلنا أكبر نسبة دائما عند الفئة العمرية 20-24 سنة ب 42.32% ولعل ما يميز

هاته الفئة هو أن أغليبتهن من الطالبات أو المتخرجات حديثا وفي فترة الشباب التي تتميز بالنشاط الجنسي والتي تستوجب المعرفة بالأمور الجنسية المختلفة، أما أقل نسبة فسجلت لدى الفئة العمرية 49-45 سنة بحوالي 36.07%، وبخصوص وسط الإقامة فالنسبة الأكبر مسجلة دائما لدى النساء اللاتي يعشن في الحضر بنسبة 40.61% على حساب نساء الريف اللاتي كانت نسبة معرفتهن بالطرق الثلاث هي 35.62%، أما بخصوص المستوى التعليمي فنفس الملاحظة التي سجلناها في المؤشر السابق تفرض نفسها كذلك في هذا المؤشر حيث الفروقات الكبيرة بين المستوى التعليمي العالي الذي سجلنا فيه نسبة معرفة بـ 49.70% مقابل 24.51% فقط للنساء بدون مستوى، وتجدر الإشارة إلى أن هناك فارق كبير بين دراية النساء ذوات المستوى التعليمي ونظيرتهن بدون مستوى بخصوص أسئلة هذا المحور، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على إمكانية وقوع هؤلاء النسوة في براثن ومخالب هذا المرض الفتاك، لاسيما في هاته الفترة الحساسة من حياة المرأة والمتعلقة بالحمل والولادة والرضاعة الطبيعية، حيث تكون مناعة المرأة ضعيفة، تسهل من مأمورية الفيروسات وعلى رأسها فيروس نقص المناعة المكتسب، وكلما زاد المستوى التعليمي زادت نسبة المعرفة، وعلى العكس من المؤشر السابق الذي سجلنا فيه فروقا بسيطة بين مختلف الأقاليم، في هذا المؤشر يبرز الفرق بشكل لافت حيث سجلنا نسبة 47.30% لدى نساء إقليم الهضاب العليا شرق كأعلى نسبة، مقابل 35.68% كأدنى نسبة مسجلة لدى نساء إقليم الجنوب، وبالنسبة لمؤشر الثروة فإننا نلاحظ تفاوتاً أقل من المستوى التعليمي لكنه ظاهر حيث سجلنا 42.36% كأعلى نسبة لدى نساء ذوات المستوى الأشد غنى مقابل 32.33% كأدنى نسبة لدى النسوة ذوات المستوى الأشد فقرا، ونستطيع القول أنه كلما تحسن المستوى المعيشي للمرأة زادت معرفتها ودرايتها بانتقال الفيروس من الأم إلى وليدها خلال مراحل الحمل، الولادة، والرضاعة وهي كما أسلفنا فترة حساسة في حياة المرأة ينبغي فيها الإحاطة بكثير من الأمور خاصة الصحية منها، لجعلها في منأى عن كثير من الأمراض سيما الجنسية منها التي تعتبر معدية يمكن أن تنتقل إلى جنينها.

نستطيع القول أن معرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، هي فوق المتوسط، وهي غير كافية، خاصة بالنسبة للسؤال الثالث من المحور والمتعلق بانتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل في فترة الرضاعة، التي يمكن تفادي أخطارها بالجوء إلى الرضاعة غير الطبيعية التي تجنب المولود الإصابة بالفيروس، كما نلاحظ تفاوتاً بين مختلف الفئات العمرية وكذا وسط الإقامة والأقاليم الجغرافية، ويظهر هذا التفاوت جلياً بين مختلف المستويات التعليمية وكذا مستويات المعيشة بدرجة أقل.

المحور الثالث: مواقف النساء اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

ويتضمن أربعة أسئلة تتمحور حول نظرة المرأة للأشخاص المصابين بالفيروس، والتي لا تختلف كثيراً عن نظرة باقي أفراد المجتمع، وما قد تسببه هاته النظرة إذا كانت خاطئة من آثار نفسية واجتماعية سلبية على هاته الفئة المصابة وتتحول إلى وصمة عار مصاحبة لهم يمكن أن تحرمهم من حقوقهم الاجتماعية والصحية، والتي يمكن أن تتحول إلى آثار صحية وخيمة تزيد من تأزم الوضع.

1- المعرفة بإمكانية السماح لمعلمة حامله للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة:

تم استجواب النسوة حول المعرفة بإمكانية السماح لمعلمة حامله للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA9.

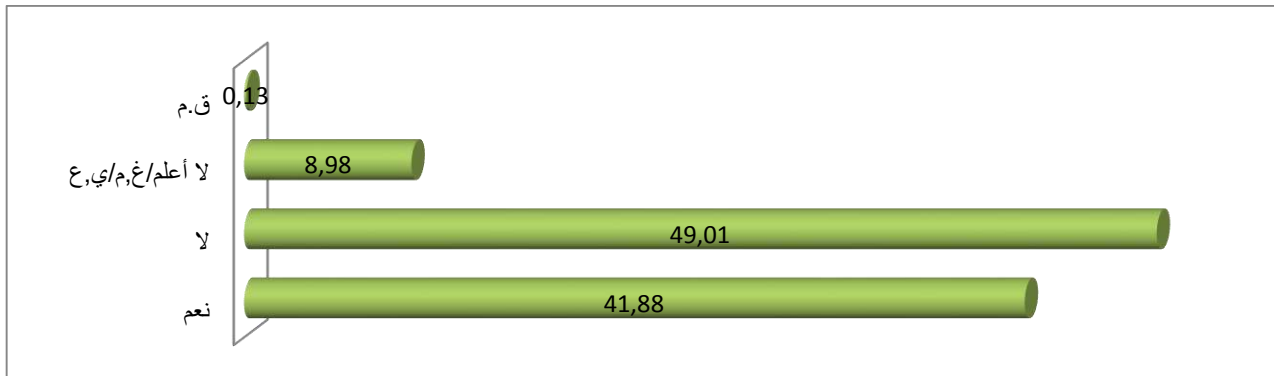
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-18): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية السماح لمعلمة حاملة للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة

التكرار النسبي %	التكرارات	المعرفة بإمكانية السماح لمعلمة حاملة للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة HA9
41.88	13706	نعم
49.01	16038	لا
8.98	2938	لا أعلم/غير متأكد (غ.م)/ذلك يعتمد على (ي.ع)
0.13	43	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-15): توزيع المبحوثات حول المعرفة بإمكانية السماح لمعلمة حاملة للفيروس وليست مريضة بالتعليم داخل مدرسة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-18) والشكل رقم (4-15) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 41.88% يرين أنه يمكن السماح لمعلمة حاملة للفيروس وليست مريضة بممارسة مهنة التعليم داخل مدرسة، فهن يعتقدن أن ذلك لا يشكل خطراً على التلاميذ، وإمكانية انتقال الفيروس لهم، وهو السلوك الصحيح وتعتبر نسبة المعرفة بذلك غير كافية تماماً، وما نسبته 49.01% منهن يرين أنه يجب عدم السماح لها بممارسة مهامها التدريسية في هاته

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الحالة، وهذا ينم عن جهل جسيم اتجاه المرض في هذا الجانب، إضافة كذلك إلى أن هناك 8.98% من النساء ليس لهن أية دراية في هذا الجانب من المرض، بينما بلغت القيم المفقودة 0.13%.

2- الدراية بإمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس:

استجوبت النساء حول درايتهن بإمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس،

واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA10.

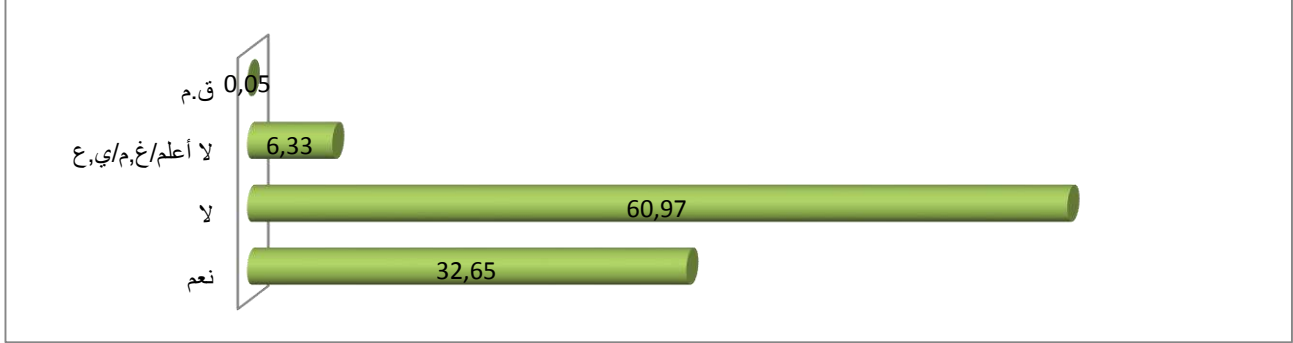
الجدول (4-19): توزيع المبحوثات حول الدراية بإمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر

حامل للفيروس

التكرار النسبي %	التكرارات	الدراية بإمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس HA10
32.65	10686	نعم
60.97	19952	لا
6.33	2073	لا أعلم/غير متأكد (غ.م)/ذلك يعتمد على (ذ.ع.ع)
0.05	14	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-16): توزيع المبحوثات حول الدراية بإمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-19) والشكل رقم (4-16) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 32.65% يرين إمكانية شراء خضر طازجة من بائع خضر حامل للفيروس، وهي نسبة ضئيلة، بينما 60.97% من النساء ترى أنه لا يمكن ذلك لأنه يشكل خطراً عليهن، وهي نسبة معتبرة تدل على الجهل بالطرق الصحيحة لانتقال الفيروس، وهذه التصرفات تزيد من معاناة هاته الفئة من الناحية الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية التي تؤدي كلها إلى تدهور الحالة الصحية وصعوبة العلاج، بينما ما نسبته 6.33% لا يعرفن شيئاً بخصوص هذا الجانب، و0.05% قيم مفقودة.

3- كتمان حالة فرد من العائلة حاملاً للفيروس:

تم استفسار النساء عن موقفهن في حالة إصابة فرد من العائلة بالفيروس، هل يفضلون أن تبقى حالته سرية أم العكس، وقد تم ترميز هذا السؤال ب: HA11.

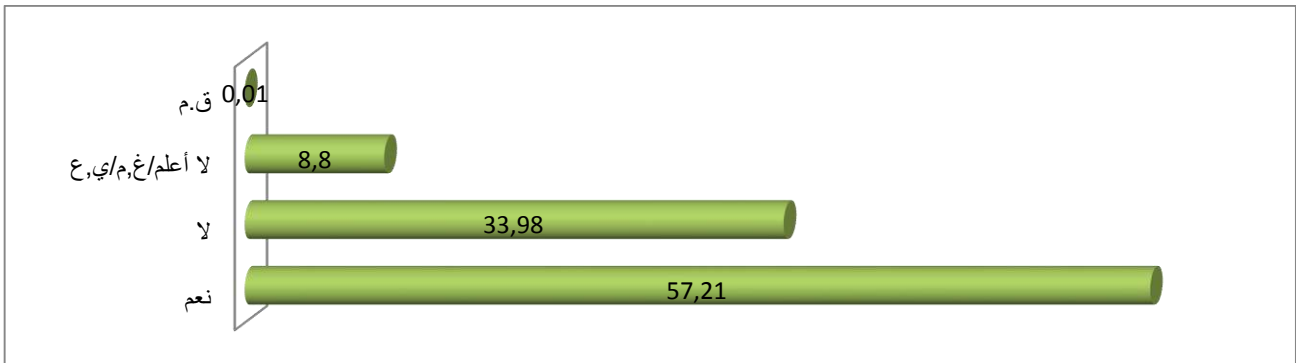
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-20): توزيع المبحوثات حول كتمان حالة فرد من العائلة حاملا للفيروس

التكرار النسبي %	التكرارات	كتمان حالة فرد من العائلة حاملا للفيروس HA11
57.21	18723	نعم
33.98	11120	لا
8.80	2879	لا أعلم/غير متأكد (غ.م)/ذلك يعتمد على (ذ.ع.ع)
0.01	4	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-17): توزيع المبحوثات حول كتمان حالة فرد من العائلة حاملا للفيروس



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-20) والشكل رقم (4-17) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 57.21% يحبين بقاء حالة فرد من العائلة حامل للفيروس سرية، وهذا يعود لوصمة العار التي تميز المرض وكذا خوفا من نظرة المجتمع السلبية التي تؤثر على المريض، وقد تؤدي حتى إلى فقدانه لمنصب عمله، الشيء الذي يؤدي إلى تدهور حالته الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر بدورها على حالته النفسية والصحية، بينما ترى 33.98% من النساء أن لا تبقى حالة هذا المصاب سرية، ربما لأخذ الحيطة والحذر وعدم ربط علاقات جنسية مع هذا المريض، حتى وإن كانت شرعية متمثلة في الزواج لكي لا ينتقل الفيروس إلى الزوجة ومنها إلى الأولاد، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 8.81%.

4- الاستعداد لرعاية فرد من العائلة حامل للفيروس:

تم سؤال النسوة عن مدى استعدادهن لتقديم الرعاية اللازمة لفرد من العائلة في حالة كونه

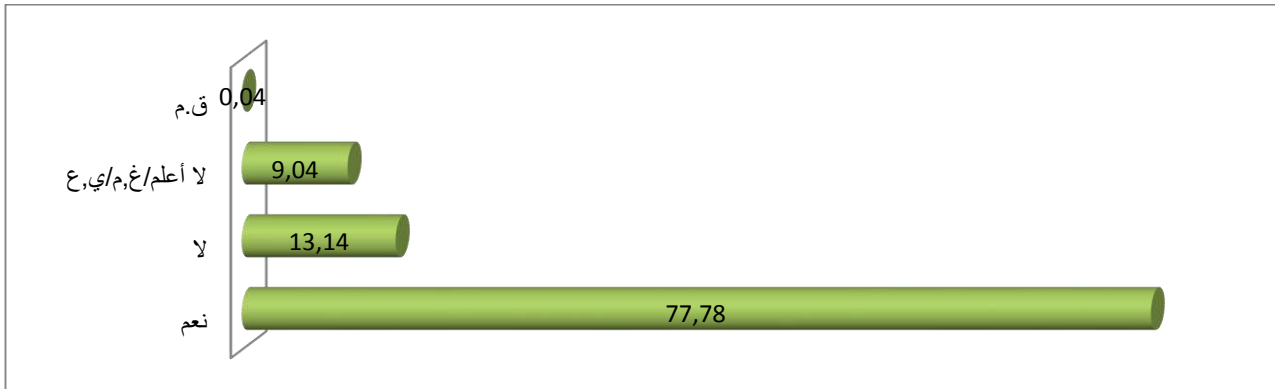
حاملا للفيروس، ورمز هذا السؤال بالرمز: HA12.

الجدول (4-21): توزيع المبحوثات حول رعاية فرد من العائلة حامل للفيروس

التكرار النسبي %	التكرارات	الاستعداد لتضميد جراح فرد من العائلة الحامل للفيروس HA12
77.78	25455	نعم
13,14	4302	لا
9.04	2958	لا أعلم/غير متأكد (غ.م)/ذلك يعتمد على (ذ.ع.ع)
0.04	11	قيم مفقودة (ق.م)
100	32725	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-18): توزيع المبحوثات حول رعاية فرد من العائلة حامل للفيروس



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-21) والشكل رقم (4-18) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32725، منهن 77.78% يرين أنه لا مانع من تقديم الرعاية اللازمة لأحد أفراد العائلة الحامل للفيروس، لأنها ليست من طرق انتقال الفيروس ولا تشكل أية خطر، بينما 13.14% يرين أنهن لسن على استعداد لرعايته إذا كان حاملا للفيروس خوفا من انتقال الفيروس

إليه، وهو تصور خاطئ، أما ما نسبته 09.04% منهن ليس لهن دراية بهذا الجانب من الموضوع، وما نسبته 0.04% قيم مفقودة.

مؤشر مواقف النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة:

سنتعرف من خلال هذا المؤشر على مواقف النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، السليمة منها والخاطئة وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.4، ولتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون كل من: 1=HA9 و 1=HA10 و 1=HA12 و 2=HA11 مقسوما على إجمالي عدد النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة واللائي سمعن عن مرض السيدا، أو هو الإجابة على أربعة أسئلة، حيث يمثل التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في السؤالين الأولين والسؤال الأخير، فيما تكون الإجابة بلا "2" هي الصحيحة في السؤال الثالث. فالمواقف الصحيحة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، لا (1)، نعم (2)، أي الإجابة (1 1 2 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 2 1 1 على مجموع النساء اللائي سمعن عن السيدا من بين إجمالي النساء في سن الإنجاب).

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-22): مؤشر مواقف النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة

المتغيرات	مواقف النساء اتجاه المصابين بالفيروس 9.4	التكرار	قيمة المؤشر
الفئات العمرية			
19-15	361	5275	6,84
24-20	421	6021	6,99
29-25	461	6045	7,63
34-30	343	5125	6,69
39-35	228	4121	5,53
44-40	198	3318	5,97
49-45	166	2821	5,87
المجموع	2177	32725	6,65
وسط الإقامة			
حضر	1476	21919	6,73
ريف	701	10807	6,49
المجموع	2177	32725	6,65
المستوى التعليمي			
بدون مستوى	131	3130	4,19
ابتدائي	238	4158	5,72
متوسط	554	9737	5,69
ثانوي	697	9703	7,18
عالي	557	5996	9,29
المجموع	2177	32725	6,65
الإقليم الجغرافي			
إقليم شمال وسط	1006	11472	8,77

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

7,70	5172	398	إقليم شمال شرق
4,52	4773	216	إقليم شمال غرب
7,12	1851	132	إقليم الهضاب العليا وسط
3,74	4613	173	إقليم الهضاب العليا شرق
5,58	1767	99	إقليم الهضاب العليا غرب
05	3078	154	إقليم الجنوب
6,65	32725	2177	المجموع
مؤشر الثروة			
6,95	5355	372	الأشد فقرا
5,90	6206	366	الفقير
7,25	6666	483	المتوسط
6,73	7055	475	الغني
6,46	7444	481	الأشد غنى
6,65	32725	2177	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-22) أن نسبة مواقف النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس السيدا منخفضة جدا حيث بلغت 6.65% فقط، وهي تدخل ضمن الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عن نظرة النساء للأشخاص المصابين والحاملين للفيروس، وهي لا تختلف كثيرا عن نظرة المجتمع ككل، تتباين بشكل طفيف بين مختلف الفئات العمرية، حيث سجلنا 5.53% كأدنى نسبة لدى الفئة العمرية 35-39 سنة مقابل 7.63% كأعلى نسبة لدى الفئة العمرية 25-29 سنة، أما بالنسبة لوسط الإقامة فرغم أن النسبة ضئيلة إلا أنها دائما في صالح نساء الحضر بـ 6.73% مقابل 6.49% لنساء الريف، وفيما يخص المستوى التعليمي فكلما زاد المستوى التعليمي للمرأة زادت مواقفها السليمة اتجاه المصابين بالسيدا وهي دائما منخفضة، خاصة عند النساء بدون مستوى بنسبة 4.19% كأدنى نسبة مقابل 9.29% لدى النساء ذوات التعليم

العالي كأعلى نسبة، أما بالنسبة للأقاليم الجغرافية فهناك تقارب بين جميع الأقاليم مع تسجيل أعلى نسبة عند نساء إقليم شمال وسط بـ 8.77% بينما أدنى نسبة فسجلت لدى النساء في إقليم الهضاب العليا شرق بنسبة 3.74%، وعلى عكس المحورين السابقين اللذين كانت فيهما نسب المعرفة في ارتفاع كلما اتجهنا من المستوى الاقتصادي الأدنى إلى الأعلى منه وصولاً إلى المستوى الأشد غنى، ففي هذا المحور كانت النسبة الأعلى عند النساء في المستوى المتوسط وليس الأشد غنى، أما النسبة الأدنى فسجلت لدى النساء في مستوى فقير بـ 5.90%.

وكخلاصة فإننا توصلنا إلى أن ما يقال ويشاع عن مرض السيدا بأنه لا يزال مبهماً ويعتبر طابو، ووصمة عار تلازم المصابين به والحاملين لفيروسه هو حقيقة جسدية أسئلة المسح في هذا الجانب حيث كانت إجابات النساء تتم عن جهل بالموضوع وتكرس لهاته الوصمة من خلال التحفظ الكبير في التعامل مع الأشخاص الحاملين للفيروس، خوفاً من انتقال المرض لهن، رغم أنها ليست من طرق انتقال الفيروس، مما يزيد من معاناة هاته الفئة التي أصبحت منبوذة من طرف كل أطراف المجتمع، وصعبت من وضعيتهم الاجتماعية والنفسية، وارتفاع دراية المرأة في هذا الشأن كفيل بتسهيل وضعية هؤلاء المرضى وبالتالي إمكانية اندماجهم داخل المجتمع، وقيامهم بالأدوار والأعمال المنوطة إليهم على أكمل وجه، الشيء الذي يعطيهم راحة نفسية تكون دافعا قويا لهم للتغلب على المرض وتحسن صحتهم.

المحور الرابع: الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة:

ويتضمن أربعة أسئلة تتمحور حول الوقاية عن طريق اقتراح إجراء اختبار الكشف عن فيروس السيدا، وتلقي النصائح أثناء فترة ما قبل الولادة، وهي ذات أهمية كبيرة خاصة في هذه الفترة الحساسة من حياة المرأة، ولما يكون اكتشاف المرض في بداياته، يسهل ذلك عملية العلاج، وتكون النتائج ايجابية، أما وإن حدث العكس وكان اكتشاف المرض في مراحل الأخيرة، فإنه يؤدي إلى

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

إتلاف جهاز المناعة وصعوبة مقاومة مختلف الفيروسات حتى الضعيفة منها، وزيادة تكاليف العلاج دون فائدة ترجى.

1- تلقي المعلومات حول انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة:

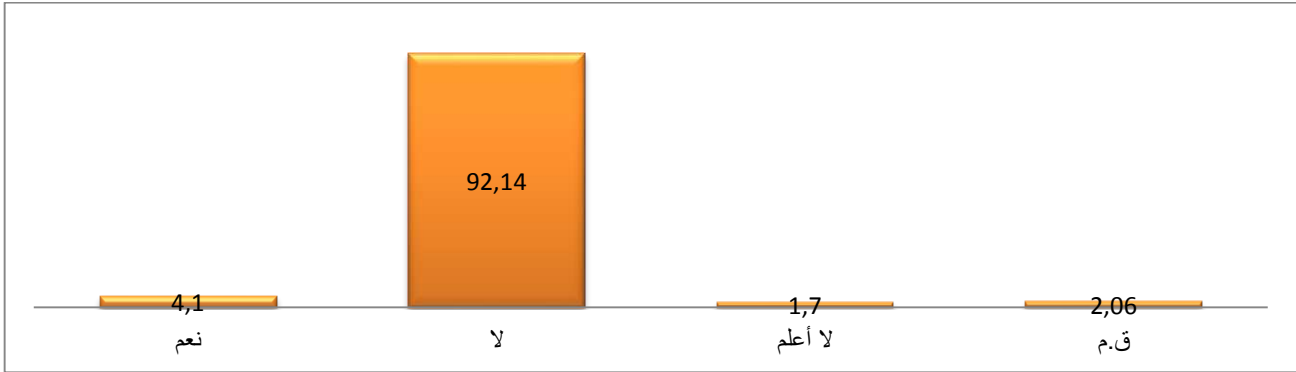
استجوبت النساء حول تلقيهن معلومات حول انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA15A.

الجدول (4-23): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة

التكرار النسبي %	التكرارات	تلقي معلومات حول انتقال الفيروس من الأم المصابة إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة HA15A
4.10	195	نعم
92.14	4390	لا
1.70	81	لا أعلم
2.06	98	قيم مفقودة (ق.م)
100	4765	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-19): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء فترة ما قبل الولادة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-23) والشكل رقم (4-19) أن عدد النساء المستجوبات في هذا السؤال هو 4765، منهن 4.1% صرحن أنهن تلقين معلومات عن إمكانية انتقال العدوى من الأم إلى طفلها في فترة ما قبل الولادة وهذا أثناء قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، بينما ما نسبته 92.14% صرحن بأنهن لم يتلقين أية معلومات عن ذلك خلال هاته الفترة مما يؤكد عدم إعطاء الأهمية لهذا الداء حتى من قبل الأطباء، ربما يرجع ذلك لمعدل الإصابة المنخفض الذي تسجله الجزائر، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 3.76%.

2- تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة:

سئلت النسوة حول تلقيهن معلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير:

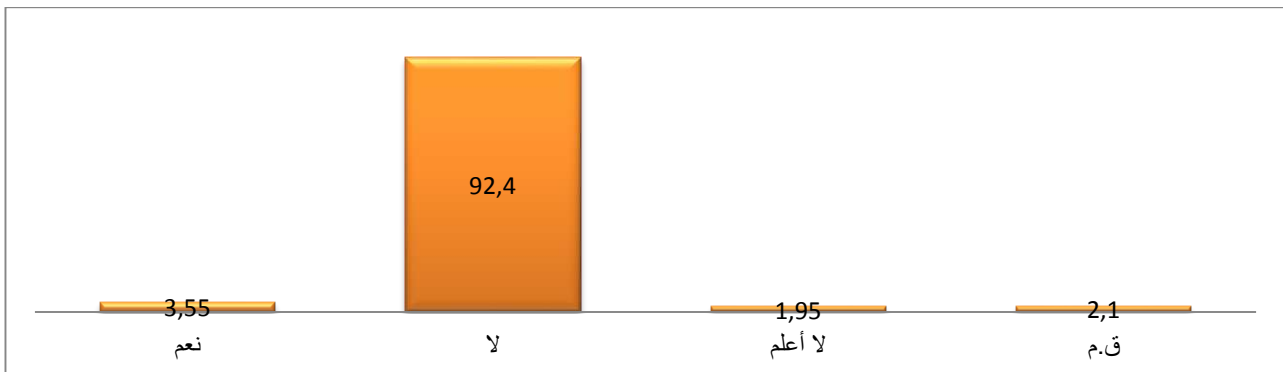
.HA15B

الجدول (4-24): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة

التكرار النسبي %	التكرارات	تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة HA15B
3.55	169	نعم
92.40	4403	لا
1.95	93	لا أعلم
2.10	100	قيم مفقودة (ق.م)
100	4765	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-20): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص الوقاية من الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-24) والشكل رقم (4-20) أن عدد النساء المستجوبات في هذا السؤال هو 4765، منهن 3.55% فقط صرحن بأنهن تلقين معلومات عن كيفية الوقاية من الفيروس في فترة ما قبل الولادة وهذا أثناء قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، بينما ما نسبته 92.4% صرحن بأنهن لم يتلقين أية معلومات عن ذلك خلال هاته الفترة وهي نسبة معتبرة تدل على عدم الاهتمام بهذا المرض وخاصة خلال هاته الفترة الحساسة من حياة المرأة وما يمكن

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

أن يشكله الفيروس من خطر على حياة المرأة وجنينها، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 4.05%.

3- تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة:

تم استجواب النسوة حول تلقيهن معلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA15C.

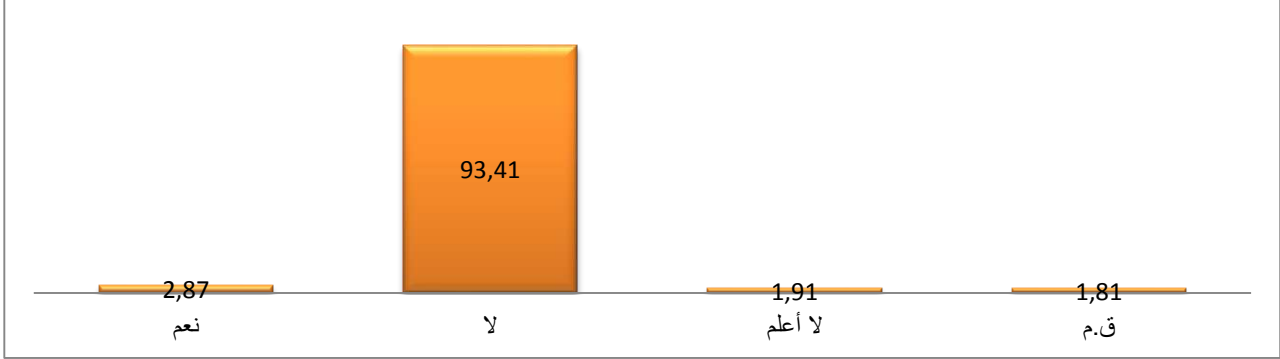
الجدول (4-25): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار

فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة

التكرار النسبي %	التكرارات	تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة HA15C
2.87	137	نعم
93.41	4451	لا
1.91	91	لا أعلم
1.81	86	قيم مفقودة (ق.م)
100	4765	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-21): توزيع المبحوثات حول تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-25) والشكل رقم (4-21) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 4765، منهن 2.87% فقط تلقين معلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار الكشف عن فيروس السيدا أثناء فترة الحمل وخلال الفحوصات الدورية، 93.41% لم يعلمن بذلك، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 3.72%.

4- تلقي اقتراح القيام باختبار فيروس السيدا:

تم استفسار المبحوثات حول تلقيهن اقتراح للقيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير:

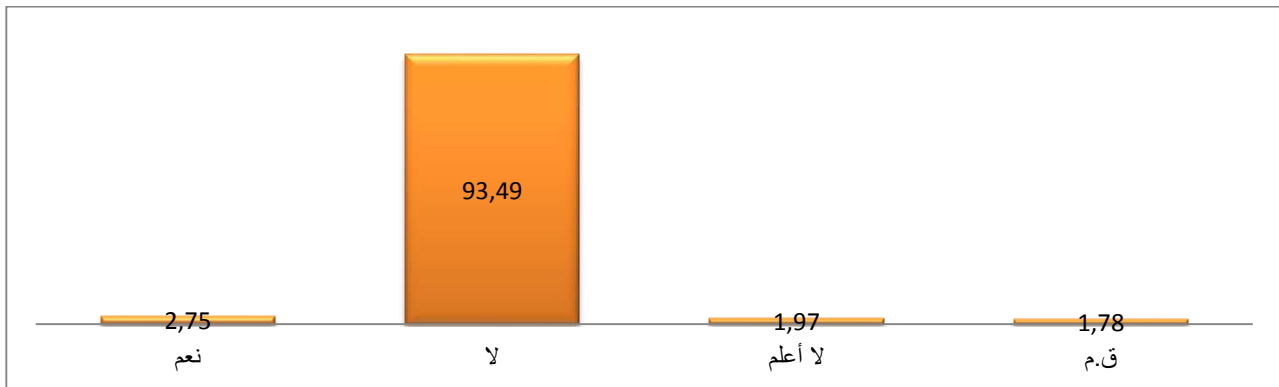
.HA15D

الجدول (4-26): توزيع المبحوثات حول تلقي اقتراح القيام باختبار فيروس السيدا

التكرار النسبي %	التكرارات	تلقي المعلومات بخصوص إمكانية القيام باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة HA15D
2.75	131	نعم
93.49	4455	لا
1.97	94	لا أعلم
1.78	85	قيم مفقودة (ق.م)
100	4765	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-22): توزيع المبحوثات حول تلقي اقتراح القيام باختبار فيروس السيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-26) والشكل رقم (4-22) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 4765، منهن 2.75% فقط اقترح عليهن القيام باختبار الكشف عن الفيروس، أثناء فترة الحمل وخلال الفحوصات الدورية، وهي نسبة ضئيلة تدل على عدم الاهتمام بالمرض ولا بأخطاره، بينما 93.49% لم يتلقين أي اقتراح للقيام بهذا الاختبار، وهي نسبة معتبرة إن دلت على شيء فإنها تدل على خطورة الأمر سيما فيما يخص التأخر في الكشف عن المرض الذي يؤدي إلى استفحاله وصعوبة العلاج، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 3.75%.

مؤشر تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة: سنتعرف من خلال هذا المؤشر على النساء اللاتي تلقين استشارات ونصائح بخصوص مرض السيدا وكذا اللاتي قمن بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.9، وليتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون كل من: 1=HA15A و 1=HA15B و 1=HA15C و 1=HA15D مقسوما على عدد النساء بين 15 و 49 سنة اللاتي لديهن وادة حية في السنتين السابقتين للمسح، وبعبارة أخرى هو الإجابة على أربع أسئلة، حيث يمثل التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في جميع أسئلة المحور. أي تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم(1)، نعم(1)، نعم(1) وباختصار الإجابة (1 1 1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 1 على عدد النساء بين 15 و 49 سنة اللاتي لديهن ولادة حية في السنتين السابقتين للمسح).

الجدول (4-27): مؤشر تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة

المتغيرات	تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة 9.9	التكرار	قيمة المؤشر
الفئات العمرية			
19-15	00	60	00
24-20	4	826	0,44
29-25	16	1684	0,94
34-30	21	1459	1,42
39-35	19	1320	1,45
44-40	7	345	1,90

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

2,11	197	4	49-45
1,19	5890	70	المجموع
وسط الإقامة			
1,52	3559	54	حضر
0,69	2331	16	ريف
1,19	5890	70	المجموع
المستوى التعليمي			
0,52	966	5	بدون مستوى
1,11	991	11	ابتدائي
1,04	1824	19	متوسط
1,13	1420	16	ثانوي
2,76	689	19	عالي
1,19	5890	70	المجموع
الإقليم الجغرافي			
1,45	2022	29	إقليم شمال وسط
2,33	680	16	إقليم شمال شرق
0,65	842	5	إقليم شمال غرب
1,05	440	5	إقليم الهضاب العليا وسط
0,39	887	3	إقليم الهضاب العليا شرق
2,74	339	9	إقليم الهضاب العليا غرب
0,30	682	2	إقليم الجنوب
1,19	5890	70	المجموع
مؤشر الثروة			
1,39	1296	18	الأشد فقرا
0,38	1309	5	الفقير

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

0,93	1185	11	المتوسط
1,15	1133	13	الغني
2,48	968	24	الأشد غنى
1,19	5890	70	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-27) أن نسبة النساء اللاتي حصلن على الاستشارة واقتراح عليهن القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة هي 1.19% فقط، وهي نسبة منخفضة تدل على عدم إعطاء الأهمية لهذا المرض خاصة في فترة الحمل أين تضعف مناعة المرأة، إضافة إلى الخطر الذي قد تشكله على جنينها إذا كانت حاملة للفيروس، تتباين بشكل طفيف بين مختلف الفئات العمرية، حيث سجلنا 00% كأدنى نسبة لدى الفئة العمرية 15-19 سنة، وهذا منطقي جدا لأن معدل سن الزواج في الجزائر مرتفع، وقلما نجد نساء متزوجات في هاته الفئة، مقابل 2.11% كأعلى نسبة لدى الفئة العمرية 45-49 سنة، أما بخصوص وسط الإقامة فهي دائما لصالح نساء الحضر بنسبة 1.52% مقابل 0.69% لنساء الريف، ونفس ما سجلناه في المؤشرات السابقة بخصوص المستوى التعليمي سجل في هذا المؤشر حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة زاد معها معدل النساء اللاتي تلقين نصائح حول الفيروس في فترة ما قبل الولادة وممن اقترح عليهن القيام بالاختبار، حيث كانت أكبر نسبة لدى النساء ذوات التعليم العالي بـ 2.76% مقابل 0.52% كأدنى نسبة لدى النساء بدون مستوى، أما بالنسبة للأقاليم الجغرافية فأدنى نسبة هي 0.30% كانت لدى نساء الجنوب، مقابل 2.74% لدى نساء إقليم الهضاب العليا غرب كأعلى نسبة مسجلة، أما متغير مؤشر الثروة فلم يحترم فيه المنطق حيث سجلنا 1.39% لدى نساء المستوى الأشد فقرا، أما أدنى نسبة فهي 0.38% لدى نساء المستوى الفقير، وفي المقابل أكبر نسبة فهي 2.48% لدى نساء المستوى الأشد غنى.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

وعلى العموم يتبين لنا من خلال أسئلة هذا المحور أن مرض السيدا لم يعطى الأهمية التي يجب أن تكون حتى من لدن القائمين على الصحة، سيما صحة المرأة في فترة ما قبل الولادة وأثناء الفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، حيث أن نسبة النساء اللاتي تلقين النصائح حول الفيروس وكذا اقتراح إمكانية القيام بالاختبار هي منخفضة جدا.

المحور الخامس: القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة وتلقي النصائح:

ويتضمن ثلاثة أسئلة تتمحور حول قيام النساء باختبار الكشف عن فيروس السيدا، وتلقي النصائح بعد القيام بهذا الاختبار، وهو يبين مدى وعي النساء بضرورة القيام بالاختبار الذي يعطي للمرأة أكثر أمانا للمحافظة على صحتها وصحة جنينها خلال هاته الفترة الصعبة في حياة المرأة، واكتشاف المرض في بداياته يمكن من الإنقاذ من خطره وإمكانية القضاء عليه.

1- القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة:

استجوبت النسوة حول قيامهن باختبار الفيروس أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن

بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA16.

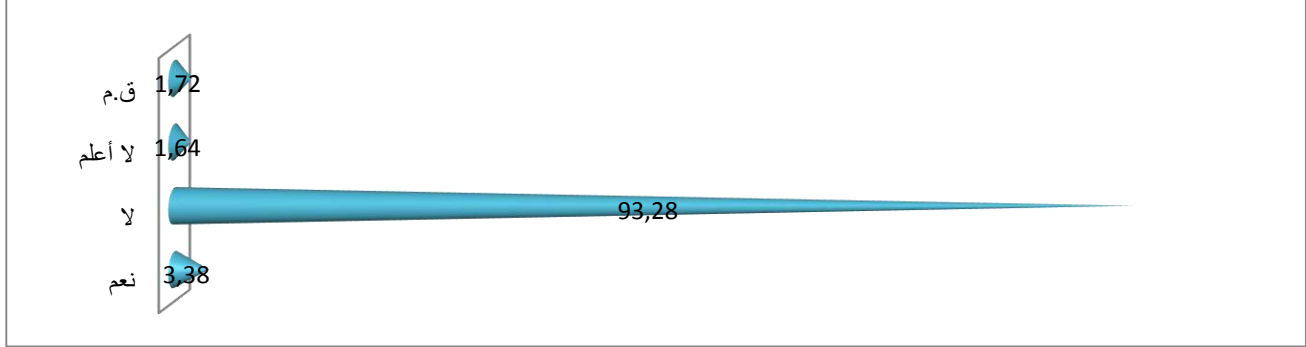
الجدول (4-28): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل

الولادة

التكرار النسبي %	التكرارات	القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة HA16
3.38	161	نعم
93.28	4445	لا
1.64	78	لا أعلم
1.72	82	قيم مفقودة (ق.م)
100	4765	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-23): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-28) والشكل رقم (4-23) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 4765، منهن 3.38% قمن باختبار فيروس السيدا في فترة الرعاية قبل الولادة، وهي نسبة ضئيلة تعكس نقص الوعي فيما يخص الوقاية من الفيروس خاصة في هاته الفترة الحساسة من حياة المرأة حيث تنقص مناعتها وتكون عرضة لكثير من الفيروسات، لعل من أخطرها فيروس السيدا، وبالمقابل ما نسبته 93.28% لم يقمن بإجراء الاختبار وهي نسبة كبيرة تؤكد ما قلناه سابقا، و1.64% ليس لهن دراية بهذا الجانب من الموضوع، و1.72% قيم مفقودة.

2- الحصول على نتيجة الاختبارات:

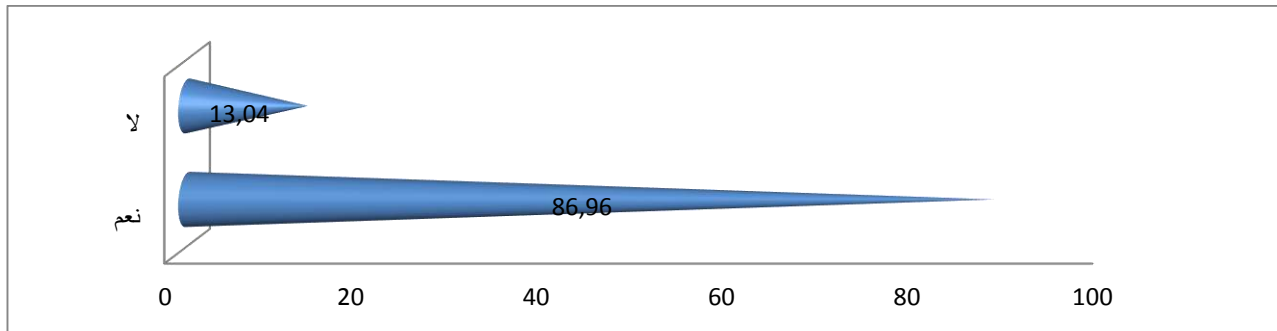
تم استفسار المبحوثات اللاتي قمن باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، عن حصولهن على نتائج الاختبار، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA17.

الجدول (4-29): توزيع المبحوثات حول الحصول على نتيجة الاختبارات

التكرار النسبي %	التكرارات	الحصول على نتيجة الاختبارات HA17
86.96	140	نعم
13.04	21	لا
100	161	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-24): توزيع المبحوثات حول الحصول على نتيجة الاختبارات



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-29) والشكل رقم (4-24) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 161، منهن 86.96% تحصلن على نتائج الاختبار، و13.04% لم تحصلن عليه. وتبين هاته النسب أنه بالرغم من العدد القليل الذي قام باختبار الكشف عن الفيروس، إلا أنهن لم يحصلن جميعاً على نتائج الاختبار، ويرجع ذلك لعدم إعطاء أهمية لهذا المرض الفتاك مما قد يصعب مكافحته والتصدي له.

3- تلقي النصائح بعد القيام بالاختبار:

سئلت النسوة اللاتي قمن باختبار فيروس سيدا أثناء فترة ما قبل الولادة، خلال قيامهن بالفحوصات الدورية لمتابعة الحمل، عن حصولهن على نصائح بعد إجراء الاختبار، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA18.

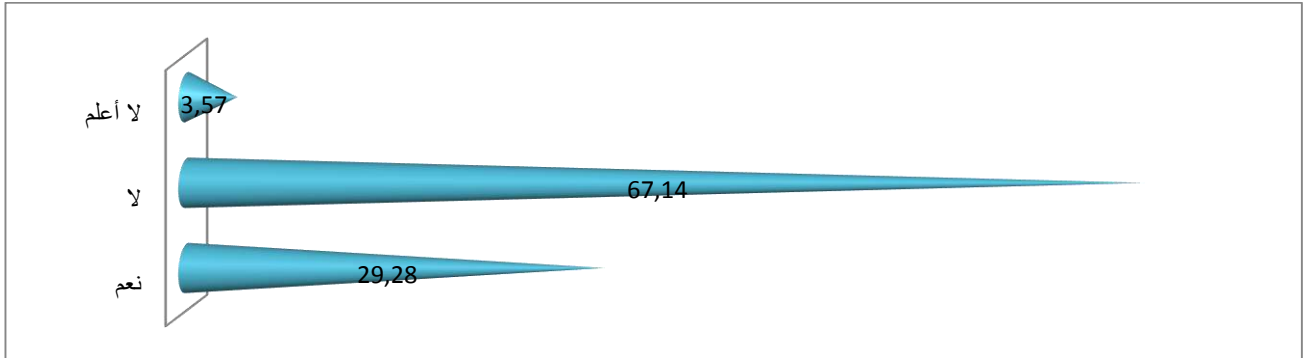
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-30): توزيع المبحوثات حول تلقي النصائح بعد القيام بالاختبار

تلقي النصائح بعد القيام بالاختبار HA18	التكرارات	التكرار النسبي %
نعم	41	29.28
لا	94	67,14
لا أعلم	5	3.57
المجموع	140	100

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-25): توزيع المبحوثات حول تلقي النصائح بعد الفحص



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-30) والشكل رقم (4-25) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 140، منهن 29.28% فقط تلقين نصائح تخص مرض السيدا بعد القيام بالاختبار، وهي نسبة قليلة تعكس دائما عدم الاكتراث بمخاطر المرض، بينما ما نسبته 67.14% لم تتلقى نصائح بعد القيام بالاختبار، و 3.57% ليس لديهن أي علم بهذا الجانب.

المحور السادس: العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا والقيام بالاختبارات

ويحتوي على ثمانية أسئلة تخص إجراء الاختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود والعلم بأماكن أو مراكز لإجراء اختبار الكشف عن فيروس السيدا، وهو جانب مهم في الصحة الإنجابية للمرأة لذا فإن عديد أسئلة المسح تمحور حول هاته الفترة الحساسة وما يمكن أن ينجر عنها من مضاعفات سواء بالنسبة للمرأة أو لجنينها.

1- القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود:

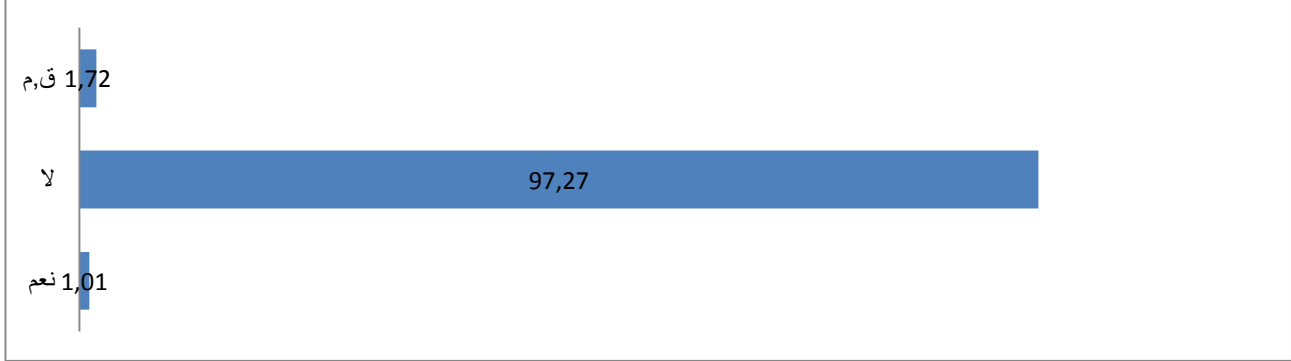
تم استجواب المبحوثات بخصوص قيامهن باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود ، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA20.

الجدول (4-31): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود

التكرار النسبي %	التكرارات	القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود HA20
1.01	46	نعم
97.27	4416	لا
1.72	78	قيم مفقودة (ق.م)
100	4540	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-26): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-31) والشكل رقم (4-26) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 4540، منهن 1.01% فقط أجرين اختبار الكشف عن الفيروس في فترة ما بين الحضور للولادة وقبل ازدياد المولود وهي نسبة ضئيلة جدا تعزز ما قلناه سابقا عن غياب كبير للوعي في هذا الخصوص، ويعزو ذلك ربما لمعدل تفشي المرض المنخفض في الجزائر، لكن هذا ليس مبررا للإحجام عن انتهاج سبل الوقاية ومنها القيام بالاختبار لإزالة جميع الشكوك، بينما ما نسبته 97.27% لم تقمن بهذا الاختبار، 1.72% قيم مفقودة.

2- الحصول على نتائج الاختبار:

تم سؤال المبحوثات بخصوص حصولهن على نتائج اختبار الفيروس، واندرج تحت هذا

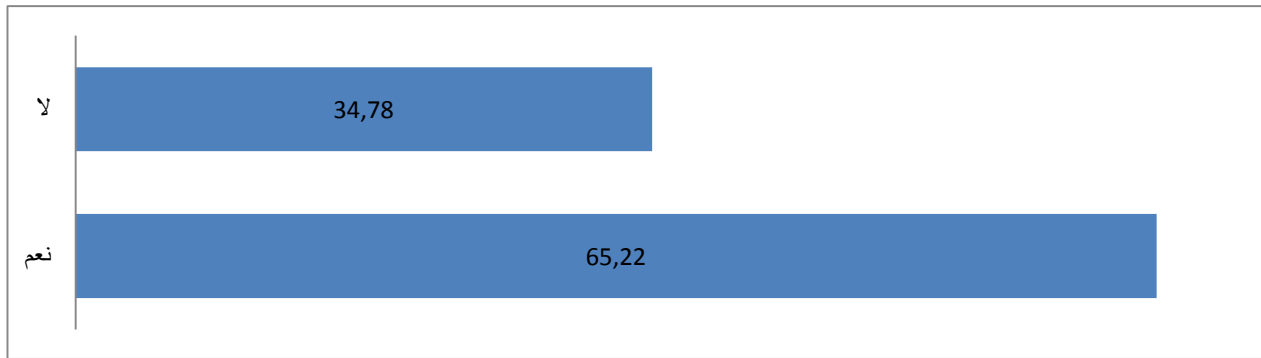
السؤال المتغير: HA21.

الجدول (4-32): توزيع المبحوثات حول الحصول على نتائج الاختبار

التكرار النسبي %	التكرارات	الحصول على نتائج الاختبار HA21
65.22	30	نعم
34.78	16	لا
100	46	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-27): توزيع المبحوثات حول الحصول على نتائج الاختبار



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-32) والشكل رقم (4-27) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 46، والسؤال هنا يتعلق بالسؤال الذي قبله، فمن بين هؤلاء النسوة ما نسبته 65.22% حصلن على نتائج الاختبار، و34.78% لم يحصلن عليه، وهي دائما نسب ضعيفة خاصة إذا علمنا أن عدد النساء اللاتي خضعن لاختبار الكشف عن الفيروس هو 46 امرأة فقط ويزيد الأمر تعقيدا عندما يتعلق الأمر بفئة النساء في سن الإنجاب وخصوصا في فترة الحمل وخصوصيتها.

3- القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل:

تم استفسار المستجوبات بخصوص قيامهن باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة

متابعة الحمل، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA22.

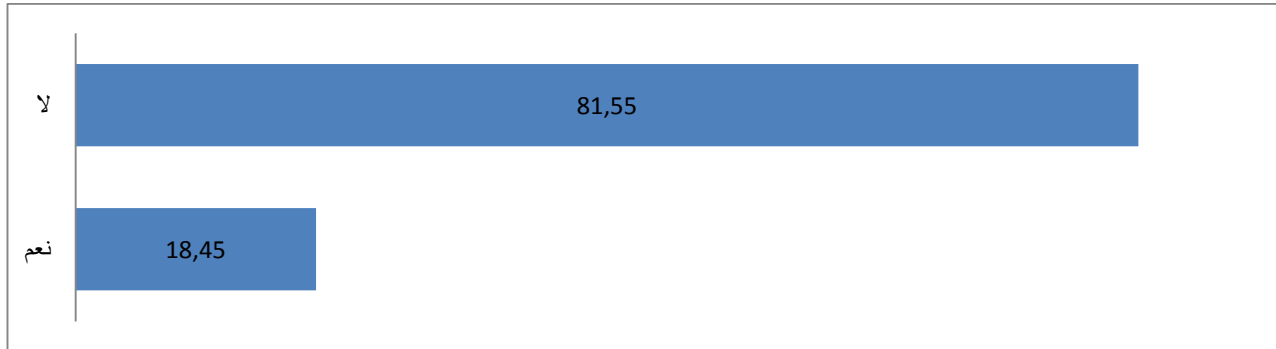
الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-33): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل

التكرار النسبي %	التكرارات	القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل HA22
18.45	38	نعم
81.55	168	لا
100	206	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-28): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار آخر للفيروس بعد الذي كان في فترة متابعة الحمل



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-33) والشكل رقم (4-28) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 206، منهن 18.45% قمن باختبار ثان للكشف عن فيروس السيدا بعد الأول الذي كان في فترة متابعة الحمل، مقابل 81.55% لم يقمن به، وهي نسب ضئيلة تتركز لعدم الاهتمام بالمخاطر والعواقب الوخيمة لهذا المرض الفتاك والقاتل.

4- آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا:

سئلت النسوة عن آخر مرة قمن فيها باختبار فيروس السيدا، واندرج تحت هذا السؤال

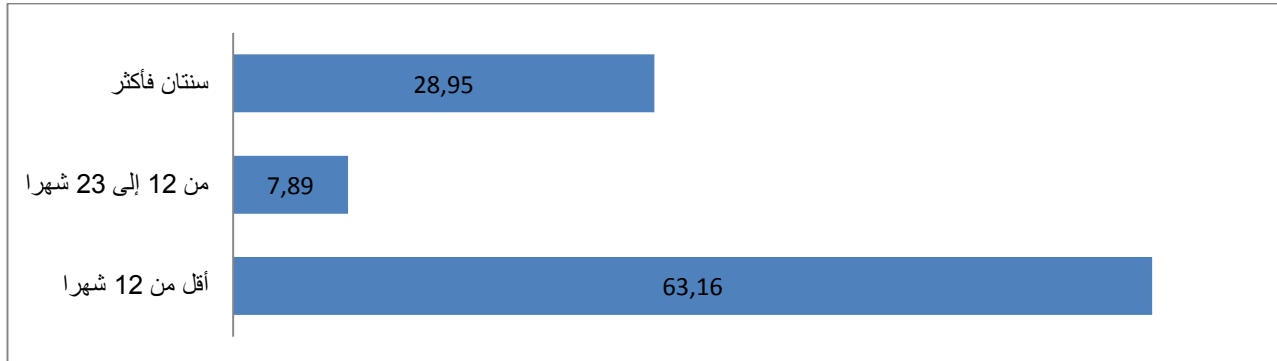
المتغير: HA23.

الجدول (4-34): توزيع المبحوثات حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا

التكرار النسبي %	التكرارات	آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا HA23
63.16	24	أقل من 12 شهرا
7.89	3	من 12 إلى 23 شهرا
28.95	11	سنتان فأكثر
100	38	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-29): توزيع المبحوثات حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-34) والشكل رقم (4-29) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 38، وهو عدد قليل جدا إذا ما قارناه بالعدد الإجمالي للنساء المقدر بـ 41184 امرأة في سن الإنجاب، من هاته النسوة ما نسبته 63.16% قمن بالاختبار منذ أقل من 12 شهرا، و7.89% منهن قمن بالاختبار ما بين 12 إلى 23 شهرا، وما نسبته 28.95% قمن بالاختبار

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

منذ أكثر من سنتين، وهو ما يعطي دائما انطبعا عن عدم إعطاء الأهمية التي تستوجبها مكافحة هذا الداء الذي ليس له علاج إلا بالوقاية وسرعة اكتشافه.

05- القيام سابقا باختبار الفيروس من أجل معرفة إمكانية الإصابة بالسيدا:

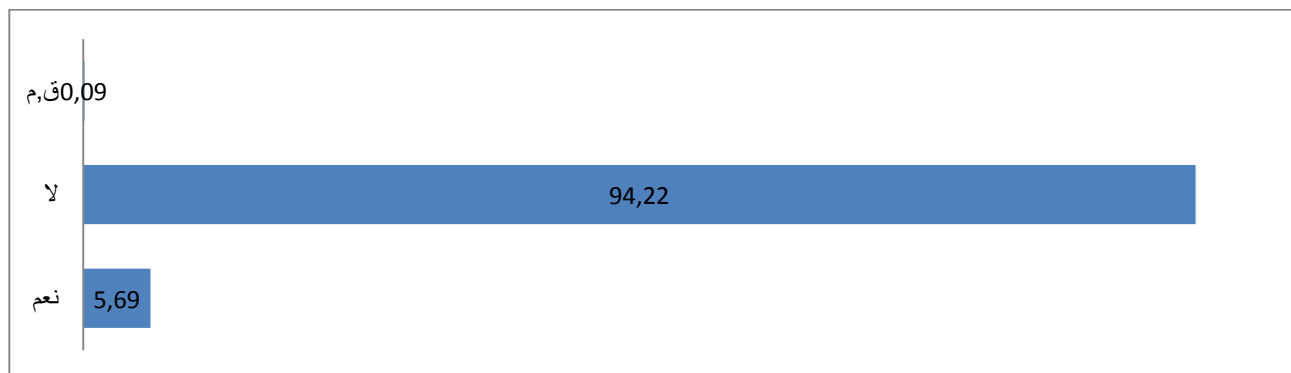
تم سؤال المبحوثات بخصوص قيامهن سابقا باختبار الفيروس لمعرفة إمكانية الإصابة بمرض السيدا، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA24.

الجدول (4-35): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار من أجل التأكد من الإصابة بالسيدا

التكرار النسبي %	التكرارات	القيام سابقا باختبار الفيروس من أجل معرفة إمكانية الإصابة بالسيدا HA24
5.69	1852	نعم
94.22	30639	لا
0.09	28	قيم مفقودة (ق.م)
100	32519	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-30): توزيع المبحوثات حول القيام باختبار من أجل التأكد من الإصابة بالسيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-35) والشكل رقم (4-30) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 32519، منهن 5.69% فقط قمن باختبار فيروس السيدا للتأكد من حالتهم، مقابل

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

94.22% لم يقمن بهذا الاختبار، ويرجع ذلك ربما لعدم معرفتهن بأماكن الاختبار لعدم التعريف بها من قبل ذوي الاختصاص، وكذا لنقص حملات التوعية في جانب الوقاية وكذلك خوف النساء من الذهاب لهاته الأماكن بسبب نظرة المجتمع السلبية وما قد تسببه من آثار سلبية على سمعتهم.

06- آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا:

سئلت النسوة عن آخر مرة قمن فيها باختبار فيروس السيدا وهو سؤال يخص النسوة اللواتي

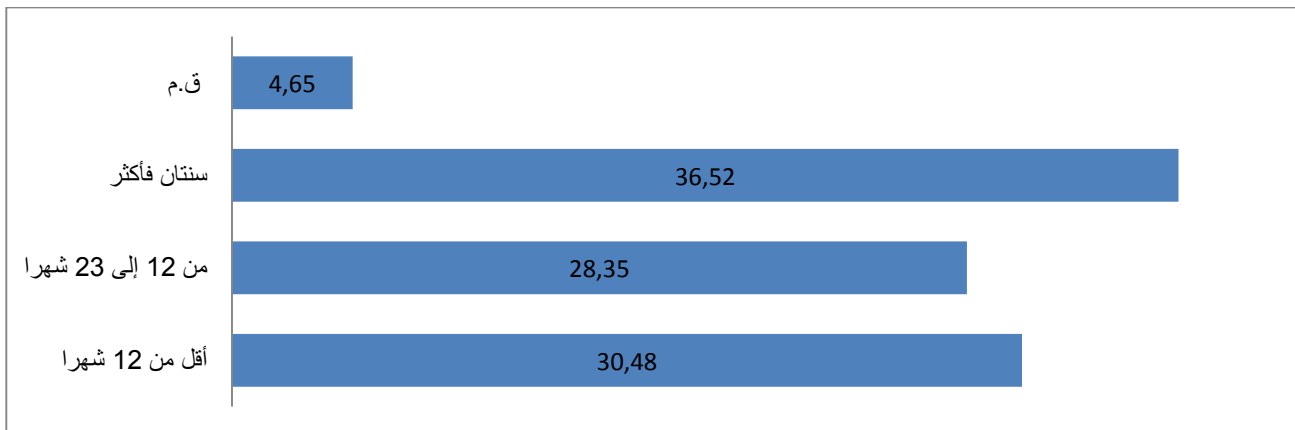
أجبن بنعم عن السؤال السابق والذي يخص إجراء اختبار الفيروس في السابق، واندرج تحت هذا السؤال المتغير: HA25.

الجدول (4-36): توزيع المبحوثات حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا

التكرار النسبي %	التكرارات	آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا HA25
30.48	616	أقل من 12 شهرا
28.35	573	من 12 إلى 23 شهرا
36.52	738	سنتان فأكثر
04.65	94	قيم مفقودة (ق.م)
100	2021	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-31): توزيع المبحوثات حول آخر مرة منذ القيام باختبار فيروس السيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-36) والشكل رقم (4-31) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 2021، منهن 30.48% قمن بالاختبار منذ أقل من 12 شهرا و28.35% قمن بالاختبار ما بين 12 و23 شهرا، 36.52% قمن بالاختبار منذ أكثر من سنتين، و4.65% قيم مفقودة.

07- الاطلاع على نتيجة الاختبار:

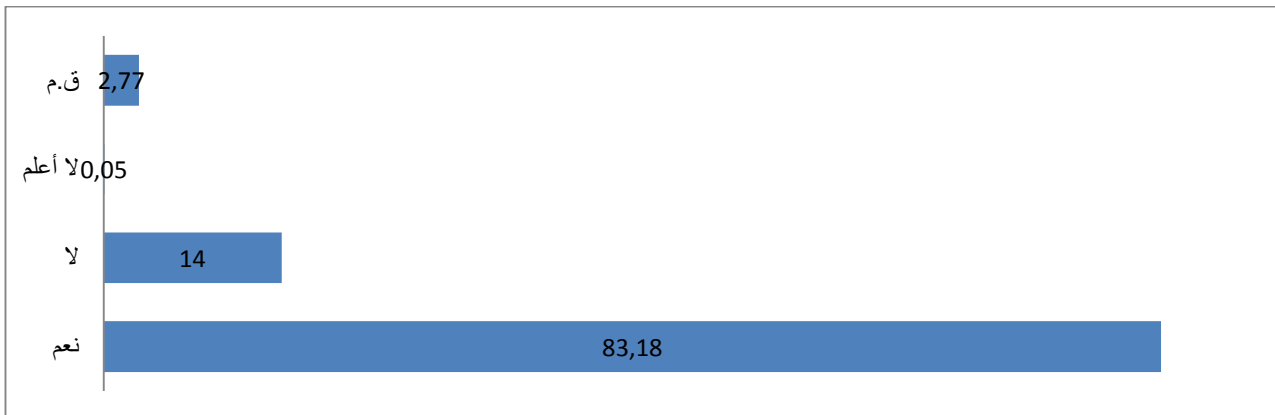
تم استجواب المبحوثات بخصوص حصولهن على نتيجة الاختبار، واندج تحت هذا السؤال المتغير: HA26.

الجدول (4-37): توزيع المبحوثات حول الاطلاع على نتيجة الاختبار

التكرار النسبي %	التكرارات	الاطلاع على نتيجة الاختبار HA26
83.18	1681	نعم
14	283	لا
0.05	1	لا أعلم
2.77	56	قيم مفقودة (ق.م)
100	2021	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-32): توزيع المبحوثات حول الاطلاع على نتيجة الاختبار



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-37) والشكل رقم (4-32) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 2021، منهن 83.18% اطلعن على نتائج الاختبار، مقابل 14% لم يطلعن على نتائج الاختبار، ومن هذا المنطلق فإن الأرقام تشير دائماً إلى نوع من التساهل في التعامل مع المرض، فرغم أن عدد اللواتي قمن بالاختبار قليل، إلا أن نسبة معتبرة منهن لم يطلعن على نتائج الاختبار، وهذا التساهل والتهاون قد يؤدي إلى ما لا يحمد عقباه، لأنه كما أسلفنا سابقاً فإن المرض إذا لم تكبح جماحه في بداياته فإنه يتحول إلى وحش يقضي على جهاز المناعة، وبالتالي صعوبة النجاة من مخالفه، بينما بلغت المعطيات الناقصة (القيم المفقودة وإجابات لا أعلم NSP) 2.82%.

مؤشر النساء اللواتي خضعن لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومن تعرف النتيجة:

سنتعرف من خلال هذا المؤشر على النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاماً ممن خضعن لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً السابقة للمسح ومن تحصلن على النتائج، وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.6، ولتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون كل من: 1=HA25 و 1=HA26 مقسوماً على إجمالي النساء في سن الإنجاب، وبعبارة أخرى هو الإجابة على سؤالين، حيث يمثل التصريح بـ: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في كلا السؤالين. أي أن خضوع النساء لاختبار فيروس نقص المناعة المكتسبة والحصول على نتيجة الاختبار تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، وباختصار الإجابة (1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات بـ: 1 1 على إجمالي النساء المستجوبات).

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-38): مؤشر النساء اللواتي خضعن لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومن تعرف النتيجة

قيمة المؤشر	التكرار	النساء اللواتي خضعن لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومن تعرف النتيجة 9.6	المتغيرات
الفئات العمرية			
0,70	6133	43	19-15
2,37	6780	161	24-20
2,06	6891	142	29-25
1,65	6050	100	34-30
1,34	4865	65	39-35
0,83	4231	35	44-40
0,44	6133	27	49-45
1.49	38546	573	المجموع
وسط الإقامة			
1,52	24557	450	حضر
0,69	13989	123	ريف
1.49	38546	573	المجموع
المستوى التعليمي			
0,45	5557	25	بدون مستوى
0,66	5641	37	ابتدائي
1,20	11110	133	متوسط
1,56	10173	159	ثانوي
3,59	6066	218	عالي

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

1.49	38546	573	المجموع
الإقليم الجغرافي			
1,79	13207	236	إقليم شمال وسط
2,03	5675	115	إقليم شمال شرق
1,32	5901	78	إقليم شمال غرب
0,94	2542	24	إقليم الهضاب العليا وسط
0,69	5368	37	إقليم الهضاب العليا شرق
1,87	2144	40	إقليم الهضاب العليا غرب
1,16	3711	43	إقليم الجنوب
1.49	38546	573	المجموع
مؤشر الثروة			
1,17	7615	89	الأشد فقرا
0,86	7537	65	الفقير
1,06	7726	82	المتوسط
1,89	7797	147	الغني
2,41	7871	190	الأشد غنى
1.49	38546	573	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول (4-38) أن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاماً ممن خضعن لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً السابقة للمسح ومن تحصلن على نتائج هذا الاختبار هي 1.49% فقط، وهي نسبة منخفضة جداً، ويعزو ذلك لطبيعة المرض ولمعدل انتشاره المنخفض في الجزائر، تتفاوت هاته النسبة بين مختلف الفئات العمرية حيث سجلنا أدنى نسبة 0.44% لدى الفئة العمرية 45-49 سنة، بينما أعلى نسبة هي 2.37% سجلت لدى نساء الفئة العمرية 20-24 سنة، أما بخصوص وسط الإقامة فالنسبة دائماً لصالح

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

نساء الحضر بـ1.52% مقابل 0.69% لنساء الريف، أما فيما يخص المستوى التعليمي فالنسبة ترتفع كلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى المستوى الأعلى منه مباشرة، حيث قدرت النسبة بـ0.45% لدى النساء بدون مستوى كأدنى نسبة، بينما سجلنا 3.59% كأكبر نسبة لدى النسوة ذوات التعليم العالي، أما في الأقاليم الجغرافية فسجلت أدنى نسبة لدى نساء إقليم الهضاب العليا شرق بـ0.69%، مقابل 2.03% لدى نسوة إقليم شمال شرق، أما بخصوص مؤشر الثروة فقد سجلنا أعلى نسبة لدى النساء ذوات المستوى الأشد غنى بـ2.41%، مقابل 0.86% لدى نساء المستوى الفقير.

08- العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا:

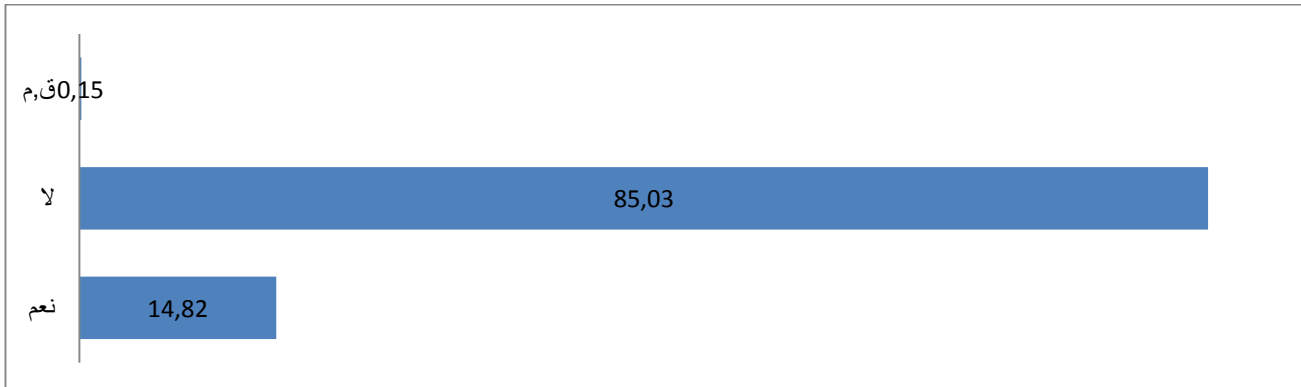
تم استفسار المستجوبات بخصوص معرفتهن بمكان أو مركز لإجراء اختبار الفيروس، وهو آخر سؤال ضمن المسح يخص مرض السيدا، واندرج تحته المتغير: HA27.

الجدول (4-39): توزيع المبحوثات حول العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا

التكرار النسبي %	التكرارات	العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا HA27
14.82	4542	نعم
85.03	26077	لا
0.15	47	قيم مفقودة (ق.م)
100	30667	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

الشكل (4-33): توزيع المبحوثات حول العلم بمكان لإجراء اختبار فيروس السيدا



المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-39) والشكل رقم (4-33) أن عدد النساء المجيبات على هذا السؤال هو 30667، منهن 14.82% فقط يعلمن بوجود مركز ومكان من أجل القيام باختبار للكشف عن فيروس السيدا، مقابل 85.03% منهن لا يعلمن ذلك، والمسؤولية هنا مشتركة بين المسؤولين خاصة الذين لهم علاقة مباشرة بمكافحة مرض السيدا، وكذا مختلف الشركاء كمسؤولي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية بالجزائر إضافة إلى الجمعيات والهيئات غير الحكومية الناشطة في هذا المجال هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم تكرار النساء بالأمر رغم ما يشكله من خطر على صحتهن وصحة أولادهن.

مؤشر المعرفة بأماكن إجراء الاختبار:

سنتعرف من خلال هذا المؤشر على معرفة النساء بمكان لإجراء اختبار الكشف عن فيروس السيدا، وهذا حسب الفئات العمرية، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، الإقليم الجغرافي، ومؤشر الثروة، ويرمز لهذا المؤشر بالرمز: 9.5، وليتحقق هذا المؤشر يجب أن يكون: $1=HA27$ مقسوما على إجمالي النساء في سن الإنجاب، وبعبارة أخرى هو الإجابة على سؤال واحد، حيث يمثل التصريح فيه ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة. فالمواقف الصحيحة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، أي الإجابة (1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 على مجموع النساء المستجوبات بين 15 و 49 سنة).

الجدول (4-40): مؤشر المعرفة بأماكن إجراء الاختبار

قيمة المؤشر	التكرار	المعرفة بأماكن إجراء الاختبار 9.5	المتغيرات
الفئات العمرية			
11,34	5134	582	19-15
16,84	5583	940	24-20
17,17	5517	947	29-25
15,32	4773	731	34-30
13,11	3813	500	39-35
14,97	3207	480	44-40
15,43	2638	407	49-45
14,96	30667	4588	المجموع
وسط الإقامة			
16,89	20362	3440	حضر
11,15	10304	1149	ريف
14,96	30667	4588	المجموع
المستوى التعليمي			
8.57	2998	257	بدون مستوى
9,11	4006	365	ابتدائي
11,01	9240	1017	متوسط
15,89	9114	1448	ثانوي
28,29	5309	1502	جامعي

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

14,96	30667	4588	المجموع
الإقليم الجغرافي			
18,63	10616	1978	إقليم شمال وسط
16,51	4785	790	إقليم شمال شرق
14,27	4464	637	إقليم شمال غرب
14,36	1783	256	إقليم الهضاب العليا وسط
8,91	4457	397	إقليم الهضاب العليا شرق
10,01	1628	163	إقليم الهضاب العليا غرب
12,58	2934	369	إقليم الجنوب
14,96	30667	4588	المجموع
مؤشر الثروة			
10,80	5085	549	الأشد فقرا
11,09	5942	659	الفقير
12,82	6289	806	المتوسط
15,64	6617	1035	الغني
22,87	6735	1540	الأشد غنى
14,96	30667	4588	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-40) أن نسبة النساء اللاتي يعرفن مكانا لاختبار فيروس السيدا منخفضة حيث بلغت 14.96% فقط، وهذا ربما يعود لنقص التوعية والتثقيف في هذا الجانب، وعدم التطرق للتعريف بمثل هاته الأماكن التي تعد فعالة وضرورية خاصة بالنسبة لمرض كالسيدا الذي يكمن علاجه في سرعة اكتشافه قبل استفحاله، تتباين بشكل طفيف بين مختلف الفئات العمرية، حيث سجلنا 11.34% كأدنى نسبة لدى الفئة العمرية 15-19 سنة مقابل 16.84% كأعلى نسبة لدى الفئة العمرية 20-24 سنة، أما بالنسبة لوسط الإقامة فالنسبة دائما

في صالح نساء الحضر بـ 16.89% مقابل 11.15% لنساء الريف ربما يعود ذلك لعدم وجود مراكز الاختبار في المناطق الريفية وصعوبة التنقل إلى المدن والمناطق الحضرية، وفيما يخص المستوى التعليمي فكلما زاد المستوى التعليمي للمرأة زادت معرفتها بأماكن ومراكز إجراء اختبارات الكشف عن الفيروس، فقد سجلنا عند النساء بدون مستوى نسبة 8.57% كأدنى نسبة مقابل 28.29% لدى النساء ذوات التعليم العالي كأعلى نسبة، أما بالنسبة للأقاليم الجغرافية فهي تتراوح بين 8.91% كأدنى نسبة عند نساء إقليم الهضاب العليا شرق وأعلى نسبة لدى النساء في إقليم شمال وسط 18.63%، أما بالنسبة لمؤشر الثروة فنسب المعرفة في ارتفاع كلما اتجهنا من المستوى الاقتصادي الأدنى إلى الأعلى منه وصولاً إلى مستوى الأشد غنى، كانت النسبة الأعلى عند النساء في المستوى الأشد غنى بـ 22.87%، أما النسبة الأدنى فسجلت لدى النساء في مستوى الأشد فقراً بـ 10.80%.

يتبين لنا من خلال الأسئلة والأرقام أعلاه والتي تخص المؤشرين الخامس والسادس، أن نسبة من يعلمن بمكان وموقع الاختبار منخفضة جداً ويعود هذا إلى أن معدل انتشار فيروس السيدا في الجزائر منخفض جداً، فمن المنطقي أن تكون نسب اللاتي خضعن للاختبار كذلك منخفضة جداً، لكن هذا لا يبررها تماماً، لأن الخضوع للاختبار وخاصة المبكر منه يساعد على مكافحة المرض قبل استفحاله وبلوغه مراحله الأخيرة التي تعتبر خطيرة جداً عادة ما تؤدي إلى الوفاة.

واستناداً إلى ما سبق ذكره من خلال تحليل جميع الأسئلة بما فيها المؤشرات الستة، نجد أن معرفة المرأة اتجاه مرض السيدا تتباين بين سؤال وآخر، حيث كانت مقبولة في المحاور الثلاثة الأولى والمتعلقة بطرق انتقال الفيروس والمفاهيم الخاطئة المرتبطة به، وكذا طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، وكذلك مواقف النساء اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وهي تعد غير كافية نظراً لما يشكله هذا المرض من خطورة خاصة في ظل الغموض الذي يشوبه، والذي يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإصابات نتيجة عدم الاهتمام وعدم البحث عن المعرفة اللازمة لاكتساب ثقافة صحية تكون حصناً منيعاً في وجه مثل هاته الأمراض

التي لا سبيل إلى علاجها سوى انتهاج سبل الوقاية، لذا ينبغي على صناع القرار سيما في الجانب الصحي وكذا مختلف الهيئات الناشطة في مجال مكافحة السيدا مضاعفة جهودها من أجل نشر الوعي الصحي لدى كافة أطراف المجتمع بكل مستوياته وبكل مناطقه عن طريق الحملات التحسيسية والتوعوية الميدانية خاصة في المناطق الريفية المعزولة، وعدم الاكتفاء بالقنوات التلفزيونية والشبكة العنكبوتية التي ليست في متناول الجميع، أما بالنسبة للمحاور: أربعة، خمسة وستة والمتعلقة بمعرفة موقع اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والقيام بالاختبارات وتلقي النصائح، فالنسب تعد منخفضة جدا ويعود ذلك ربما للمعدل المنخفض لانتشار الفيروس بالجزائر الذي يعطي مجالا للأمان وبالتالي عدم الإقبال على القيام بالاختبار الذي يمكن أن يؤدي إلى ما لا يحمد عقباه سيما إذا تعلق الأمر بالنساء الحوامل وبالتالي زيادة عوامل الخطر على صحتهن وكذا إمكانية نقل الفيروس إلى المواليد هذا من جهة، ومن جهة أخرى تؤثر وصمة العار التي تميز المرض حتى على مجرد التفكير في أخذ الاحتياطات والتدابير اللازمة ومنها القيام باختبار الكشف عن فيروس السيدا، حيث ممكن أن تتحول حياة المرأة إلى جحيم بمجرد مشاهدتها تخرج من المركز، ويلبس لها ثوب الجريمة وتصبح منبوذة من أفراد المجتمع حتى وإن كانت غير حاملة للفيروس، ومن هذا المنطلق يجب على السلطات وصناع القرار وكل المهتمين بمكافحة داء السيدا العمل على تغيير هاته النظرة السلبية، والعمل على جعله مجرد مرض ممكن أن يصيب أي إنسان، ليس شرطا أن يقوم بعلاقة غير شرعية، وبتحسن حالة المريض النفسية فإنه لا شك سيندمج في المجتمع وتتحسن حالته الاجتماعية وبالتالي تتحسن حالته الصحية ويصبح مهيئا لتلقي العلاج والاستفادة منه.

رابعاً: اختبار فرضيات الدراسة

عرفنا من خلال النقطة السابقة المتعلقة بتحليل أسئلة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات والتي تخص مرض السيدا، أن دراية المرأة اتجاه المرض تتباين بين محور وآخر، واستخلصنا أنها على قدر كاف من المعرفة ببعض جوانب المرض خاصة فيما يتعلق بطرق الانتقال والمفاهيم الخاطئة حوله، وأنها منخفضة في جوانب أخرى سيما ما تعلق بمعرفة أماكن الاختبار والقيام بالاختبار، ونظرا لخطورة المرض فإنها تعتبر عموماً غير كافية، ويجب العمل على زيادتها بانتهاج مختلف طرق التثقيف الصحي وحملات التوعية والتحسيس. ولتكون أكثر فعالية ونجاعة سنحاول معرفة هل هناك تأثير لبعض المحددات الديموغرافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، والمنطقة السكنية (وسط الإقامة) على هاته الثقافة، ومدى تأثير كل محدد عليها ليكون العمل التوعوي والتثقيفي أكثر تركيزاً وموجهاً إلى الفئات والمستويات التي ليس لها ثقافة ودراية بمختلف الجوانب المرضية لداء السيدا، قصد التوصل إلى نتائج يمكن من خلالها صياغة توصيات تساعد صناع القرار على اتخاذ التدابير اللازمة والضرورية للحد من انتشار المرض والسيطرة عليه قبل فوات الأوان.

1 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله:

استهدفت المبحوثات لغرض حساب مؤشر المعرفة الشاملة بطرق انتقال عدوى الفيروس، من خلال استفسارهن عن درايتهن الشاملة بطرق انتقال العدوى، وذلك بالإجابة على خمسة أسئلة، حيث الثلاثة أسئلة الأولى يمثل فيها التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة، فيما تكون الإجابة بلا "2" هي الصحيحة في السؤالين الأخيرين. أي الدراية الشاملة بطرق انتقال المرض تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، لا (2)، لا (2)، وباختصار الإجابة (1 1 1 2 2)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 2 2 على مجموع النساء المستجوبات).

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

تم استخراج معلمات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي حول معرفة المرأة الجزائرية بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، وكذا تأثير العوامل السوسيوديموغرافية عليها بالاعتماد على ملف المرأة (Femme) من قاعدة البيانات للمسح العنقودي لسنة 2012.

وظفنا لمعرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيوديموغرافية (وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي)، في المتغير التابع المتمثل في الدراية الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة، اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي الذي يفيد بالغرض عندما تكون المتغيرات المستقلة كيفية والمتغير التابع كيفي ثنائي الإجابة.

1-1 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال معرفة المرأة الشاملة بطرق انتقال المرض.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الجدول (4-41): معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a hh6	-,632	,041	236,299	1	,000	,531
Etape 1 ^a Constante	-1,486	,054	744,566	1	,000	,226

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (HH6) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -1.486 - 0.632(hh6).$$

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

Exp(B): قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار وهو يعبر عن المضاعف الذي تتغير به نسبة الترحيح (احتمال وقوع الحدث P إلى احتمال عدم وقوعه 1-P).

وبالعودة إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة وسط الإقامة $\text{Exp}(0.632)=0.531$ ، حيث تتضاعف بها قيمة الترحيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تحقيق المرأة للدراسة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله بالمضاعف 0.531 كلما انتقلنا من الريف إلى الحضر.

2-1 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال معرفة المرأة الشاملة بطرق انتقال المرض.

X_2 : المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-42): معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,686	,018	1495,442	1	,000	1,985
Constante	-4,731	,072	4313,260	1	,000	,009

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً

($\text{Sig}=0.000 < 0.05$)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -4.731 + 0.686(\text{welevel}).$$

وبالعودة إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة المستوى التعليمي $\text{Exp}(0.686)=1.985$ ، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تحقيق المرأة للدراسة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله بالمضاعف 1.985 كلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى مستوى أعلى منه مباشرة.

3-1 متغير مؤشر الثروة $windex5$:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P : احتمال معرفة المرأة الشاملة بطرق انتقال المرض.

X_3 : مؤشر الثروة $windex5$.

الجدول (4-43): معالم دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a $windex$,356	,014	691,824	1	,000	1,427
Constante	-3,488	,052	4559,709	1	,000	,031

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي ($wlevel$) دال إحصائياً

($\text{Sig}=0.000 < 0.05$)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -3.488 + 0.356(windex)$$

بلغت أسية معلمة مؤشر الثروة $\text{Exp}(0.356)=1.427$ ، وهي التي تتضاعف بها قيمة

الترجيح (احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع) حول تحقيق المرأة للمعرفة الشاملة بطرق انتقال فيروس

نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله بالمضاعف 1.427 كلما انتقلنا من مستوى معيشي

إلى مستوى أحسن منه.

وبناء عليه فإنه يمكننا القول أن المستوى التعليمي هو الأشد تأثيراً على دراية المرأة الشاملة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، ثم مؤشر الثروة الخمسي بتأثير أقل منه، أما وسط الإقامة فهو ذو تأثير بسيط.

2 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل:

استهدفت المستجوبات لغرض حساب مؤشر المعرفة الشاملة بطرق انتقال عدوى الفيروس من الأم إلى الطفل، من خلال استفسارهن عن درابتهن الشاملة بطرق انتقال العدوى في فترة الحمل، وأثناء الولادة، وفي فترة الرضاعة، وذلك بالإجابة على ثلاثة أسئلة، حيث يمثل التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في جميع أسئلة المحور.

أي الدراية الشاملة بطرق انتقال المرض من الأم إلى الطفل تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، نعم (1)، وباختصار الإجابة (1 1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 على مجموع النساء المستجوبات).

وتم توظيف اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا المؤشر لملاءمته للغرض، حيث سنتعرف من خلاله على مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيو- ديموغرافية (وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي)، في المتغير التابع المتمثل في معرفة المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

1-2 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال معرفة المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الجدول (4-44): معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a HH6	-,212	,022	93,335	1	,000	,809
Constante	-,168	,031	28,669	1	,000	,845

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (HH6) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -0.168 - 0.212(hh6).$$

Exp(B): قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار وهو يعبر عن المضاعف الذي تتغير به نسبة

الترجيح (احتمال وقوع الحدث P إلى احتمال عدم وقوعه 1-P).

وبالرجوع إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة وسط

الإقامة Exp (0.168)=0.809، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تحقيق المرأة

للدراية بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل بالمضاعف 0.809 كلما انتقلنا من

الريف إلى الحضر.

2-2 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال معرفة المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

X₂: المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-45): معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,232	,007	1002,422	1	,000	1,261
Etape 1 ^a Constante	-1,167	,025	2122,365	1	,000	,311

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{P}{1-P}\right) = -1.167 + 0.232 (\text{Welevel}).$$

وبالعودة إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة المستوى

التعليمي Exp(0.232)=1.261، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تحقيق المرأة

للدراية بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل بالمضاعف 1.261 كلما انتقلنا من

مستوى تعليمي إلى مستوى أعلى منه مباشرة.

2-3 متغير مؤشر الثروة windex5:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P: احتمال معرفة المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

X₃: مؤشر الثروة windex5.

الجدول (4-46): معالم دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a windex5	,096	,007	166,520	1	,000	1,100
Constante	-,747	,025	891,265	1	,000	,474

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير مؤشر الثروة (windex5) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -0.747 + 0.096(windex)$$

بلغت أسية معلمة مؤشر الثروة Exp(0.096)=1.100، وهي التي تتضاعف بها قيمة

الترجيح (احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع) حول تحقيق المرأة للمعرفة الشاملة بطرق انتقال فيروس

نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله بالمضاعف 1.100 كلما انتقلنا من مستوى معيشي

إلى مستوى أحسن منه مباشرة.

وعليه فإن متغير المستوى التعليمي هو الأشد تأثيراً على دراية المرأة بالطرق الثلاثة لانتقال

الفيروس من الأم إلى الطفل، يليه مؤشر الثروة وأخيراً متغير وسط الإقامة.

3 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على مواقف وسلوكيات النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة:

بغرض حساب مؤشر مواقف وسلوكيات النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، تم استجوابهن عن مواقفهن اتجاه المصابين بالفيروس، وذلك بالإجابة على أربعة أسئلة، حيث يمثل التصريح بـ: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في السؤالين الأولين والسؤال الأخير، فيما تكون الإجابة بلا "2" هي الصحيحة في السؤال الثالث. فالمواقف الصحيحة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، لا (1)، نعم (2)، أي الإجابة (1 2 1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات بـ: 1 2 1 1 على مجموع النساء اللاتي سمعن عن السيدا من بين إجمالي النساء في سن الإنجاب).

ولمعرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيو- ديموغرافية (وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي)، في المتغير التابع المتمثل في مواقف وسلوكيات المرأة الصحيحة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، تم توظيف اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا المؤشر لملاءمته للغرض.

3-1 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بالفيروس.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-47): معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a HH6	-,040	,047	,704	1	,401	,961
Etape 1 ^a Constante	-2,589	,067	1512,133	1	,000	,075

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (hh6) غير دال إحصائياً (Sig=(0.401>0.05)، وبالتالي فهو غير مؤثر على مواقف وسلوكيات النساء اتجاه المصابين بالفيروس.

2-3 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بالفيروس.

X₂: المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-48): معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,177	,018	101,066	1	,000	1,194
Etape 1 ^a Constante	-3,241	,066	2420,601	1	,000	,039

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً (Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{P}{1-P}\right) = -3.241 + 0.177 (\text{Welevel}).$$

ومنه فإن قيمة أسية معلمة المستوى التعليمي بلغت: $\text{Exp}(0.177)=1.194$ ، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو اكتساب المرأة لمواقف سليمة اتجاه المصابين بالفيروس بالمضاعف 1.194 كلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى مستوى أعلى منه مباشرة.

3-3 متغير مؤشر الثروة windex5:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P: مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بالفيروس.

X_3 : مؤشر الثروة windex5.

الجدول (4-49): معالم مواقف وسلوكيات النساء السليمة اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، واختبار مغنويتها بمتغير مؤشر الثروة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a windex	-,002	,016	,018	1	,893	,998
Etape 1 ^a Constante	-2,635	,055	2313,473	1	,000	,072

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير مؤشر الثروة (windex5) غير دال إحصائياً $\text{Sig}=(0.893>0.05)$ ، وبالتالي فهو غير مؤثر على مواقف وسلوكيات النساء اتجاه المصابين بالفيروس.

وعليه فإن متغير المستوى التعليمي هو المؤثر الوحيد على المواقف والسلوكيات السليمة للنساء المستجوبات اتجاه المصابين بالفيروس، ثم يأتي بعده ، أما وسط الإقامة، ومؤشر الثروة فهما غير مؤثران تماماً.

4 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة:

بغرض حساب مؤشر المعرفة الشاملة تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، تم استجوابهن عن تلقيهن نصائح واقتراح بخصوص أهمية القيام باختبار الكشف عن الفيروس في فترة ما قبل الولادة، وذلك بالإجابة على أربع أسئلة، حيث يمثل التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في جميع أسئلة المحور.

أي تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، نعم (1)، نعم (1) وباختصار الإجابة (1 1 1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنويات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 1 1 على عدد النساء بين 15 و 49 سنة اللاتي لديهن وادة حية في السنتين السابقتين للمسح).

ونظرا لملاءمة اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي للغرض، تم اعتماده لتتعرف من خلاله على مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيوديمغرافية (وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي)، في المتغير التابع المتمثل في تلقي الاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة.

4-1 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الجدول (4-50): معالم تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	HH6	-,766	,283	7,311	1	,007	,465
	Constante	-3,416	,370	85,124	1	,000	,033

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (HH6) دال إحصائياً

(Sig=0.007<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -3.416 - 0.766(hh6).$$

Exp(B): قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار وهو يعبر عن المضاعف الذي تتغير به نسبة الترجيح (احتمال وقوع الحدث P إلى احتمال عدم وقوعه 1-P).

وبالعودة إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة وسط الإقامة $\text{Exp}(0.766)=0.465$ ، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة بالمضاعف 0.465 كلما انتقلنا من الريف إلى الحضر.

4-2 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة.

X₂: المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-51): معالم تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,284	,092	9,528	1	,002	1,328
Etape 1 ^a Constante	-5,303	,333	253,837	1	,000	,005

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً

(Sig=0.002<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -5.303 + 0.284(\text{welevel}).$$

ومن خلال معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة المستوى

التعليمي $\text{Exp}(0.284)=1.328$ ، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو تلقي النساء

للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة بالمضاعف 1.328 كلما انتقلنا من

مستوى تعليمي إلى المستوى الذي يليه مباشرة.

3-4 مؤشر الثروة windex5:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P: احتمال تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة.

X₃: مؤشر الثروة windex5.

الجدول (4-52): معالم تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a windex5	,218	,087	6,206	1	,013	1,243
Etape 1 ^a Constante	-5,088	,310	269,618	1	,000	,006

نلاحظ من خلال جدول المخرجات أن متغير مؤشر الثروة (windex5) دال إحصائياً (Sig=0.013<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -5.088 + 0.218(windex)$$

بلغت أسية معلمة مؤشر الثروة Exp (0.218)=1.243، وهي التي تتضاعف بها قيمة الترحيح (احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع) نحو تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة بالمضاعف 1.243 كلما انتقلنا من مستوى معيشي إلى مستوى أحسن منه.

وعليه فإن متغير المستوى التعليمي هو الأشد تأثيراً على تلقي النساء للاستشارة واقتراح القيام بالاختبارات أثناء فترة ما قبل الولادة، يليه مؤشر الثروة، ثم وسط الإقامة بتأثير بسيط جداً.

5 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة:

استهدفت المستجوبات لغرض حساب مؤشر خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، وذلك بالإجابة على سؤالين، حيث يمثل التصريح ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة في كلا السؤالين.

أي أن خضوع النساء لاختبار فيروس نقص المناعة المكتسبة والحصول على نتيجة الاختبار تتمثل في الإجابات: نعم(1)، نعم (1)، وباختصار الإجابة (1 1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 1 على إجمالي النساء المستجوبات).

وتم توظيف اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا المؤشر لملاءمته للغرض، حيث سنتعرف من خلاله على مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيوديمغرافية (وسط الإقامة،

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي)، في المتغير التابع المتمثل في خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة.

1-5 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الجدول (4-53): معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a HH6	-,746	,102	53,085	1	,000	,474
Etape 1 ^a Constante	-3,235	,131	605,951	1	,000	,039

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (HH6) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -3.235 - 0.746(hh6)$$

وبالعودة إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة وسط

الإقامة Exp (0.746)=0.474، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ خضوع النساء

لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة بالمضاعف 0.474 كلما انتقلنا من الريف

إلى الحضر.

2-5 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة.

X₂: المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-54): معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة،

واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,493	,038	171,673	1	,000	1,637
Constante	-5,903	,151	1535,806	1	,000	,003

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً

(Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -5.903 + 0.493(\text{welevel}).$$

وبالرجوع إلى معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة المستوى

التعليمي Exp (0.493)=1.637، حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ خضوع النساء

لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة بالمضاعف 1.637 كلما انتقلنا من مستوى

تعليمي إلى المستوى الذي يليه مباشرة.

3-5 مؤشر الثروة *windex5*:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P: احتمال خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة.

*X*₃: مؤشر الثروة *windex5*.

الجدول (4-55): معالم خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة،

واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة

		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	<i>windex5</i>	,247	,031	63,591	1	,000	1,280
	Constante	-4,999	,116	1856,304	1	,000	,007

يتضح لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير مؤشر الثروة (*windex5*) دال إحصائياً

($\text{Sig}=0.00 < 0.05$)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -4.999 + 0.247(\text{windex})$$

ومن خلال معادلة الانحدار اللوجستي أعلاه نجد أن أسية معلمة مؤشر الثروة قد بلغت:

$\text{Exp}(0.247)=1.280$ ، وهي التي تتضاعف بها قيمة الترجيح (احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع)

نحو خضوع النساء لاختبار فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة بالمضاعف 1.280 كلما

انتقلنا من مستوى معيشي إلى مستوى أحسن منه.

وبناء على ذلك فإن متغير المستوى التعليمي هو الأشد تأثيراً على خضوع النساء لاختبار

فحص فيروس نقص المناعة ومعرفة النتيجة، يليه مؤشر الثروة، أما وسط الإقامة فكان تأثيره بسيطاً

جداً.

6 - اختبار تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية على معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة:

من أجل حساب مؤشر معرفة النساء لمكان اختبار فيروس نقص المناعة، تم سؤالهن عن معرفتهن بوجود أماكن ومراكز اختبار الكشف عن الفيروس، وذلك بالإجابة على سؤال واحد، حيث يمثل التصريح فيه ب: نعم "1" هو الإجابة الصحيحة. فالمواقف الصحيحة تتمثل في الإجابات: نعم(1)، أي الإجابة (1)، حيث يحسب المؤشر من خلال تحديد نسبة المجيبات بالشكل السابق إلى مجموع المعنيات بالسؤال (قسمة عدد النساء المجيبات ب: 1 على مجموع النساء المستجوبات بين 15 و 49 سنة).

ولمعرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيو- ديموغرافية (وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة الخمسي، في المتغير التابع المتمثل في معرفة مكان إجراء الاختبار، استعملنا اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا المؤشر نظرا لتحقيقه للهدف المنشود.

6-1 متغير وسط الإقامة hh6:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

بحيث:

P: احتمال معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة.

X₁: وسط الإقامة HH6.

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول (4-56): معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير وسط الإقامة

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a HH6	-,496	,037	182,515	1	,000	,609
Etape 1 ^a Constante	-1,106	,049	508,473	1	,000	,331

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير وسط الإقامة (HH6) دال إحصائياً

($Sig=0.000 < 0.05$)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -1.106 - 0.496(hh6)$$

ومنه نجد أن أسية معلمة وسط الإقامة هي على النحو التالي: $Exp(0.496)=0.609$

حيث تتضاعف بها قيمة الترجيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة بالمضاعف 0.609 كلما انتقلنا من الريف إلى الحضر.

2-6 متغير المستوى التعليمي welevel:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

بحيث:

P: احتمال معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة.

X_2 : المستوى التعليمي welevel.

الجدول (4-57): معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير المستوى التعليمي

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a welevel	,369	,014	682,778	1	,000	1,446
Etape 1 ^a Constante	-3,023	,054	3114,370	1	,000	,049

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

يتبين لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير المستوى التعليمي (welevel) دال إحصائياً (Sig=0.000<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -3.023 + 0.369(\text{welevel}).$$

ومن خلال معادلة نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أعلاه نجد أن أسية معلمة المستوى التعليمي هي كالتالي: Exp (0.369)=1.446، حيث تتضاعف بها قيمة الترخيح $\left(\frac{P}{1-P}\right)$ نحو معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة بالمضاعف 1.446 كلما انتقلنا من مستوى تعليمي إلى المستوى الأعلى منه مباشرة.

3-6 مؤشر الثروة windex5:

يكون نموذج الانحدار اللوجستي على الشكل:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

بحيث:

P: احتمال معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة.

X₃: مؤشر الثروة windex5.

الجدول (4-58): معالم معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة واختبار معنويتها بمتغير مؤشر الثروة

		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	windex5	,244	,012	408,396	1	,000	1,276
	Constante	-2,553	,045	3258,404	1	,000	,078

يتضح لنا من خلال جدول المخرجات أن متغير مؤشر الثروة (windex5) دال إحصائياً (Sig=0.00<0.05)، وكذلك قيمة الثابت، ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = -2.553 + 0.244(\text{windex})$$

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

ومن خلال معادلة الانحدار اللوجستي أعلاه نجد أن أسية معلمة مؤشر الثروة قد بلغت: $Exp(0.244)=1.276$ ، وهي التي تتضاعف بها قيمة الترجيح (احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع) نحو معرفة النساء بمكان اختبار فيروس نقص المناعة بالمضاعف 1.276 كلما انتقلنا من مستوى معيشي إلى مستوى أحسن منه مباشرة.

وبناء على ذلك فإن كل المتغيرات لها تأثير على مؤشر المعرفة بأماكن اختبار الكشف عن الفيروس بدرجات متفاوتة، يأتي في مقدمتها دائما المستوى التعليمي كأشدها تأثيرا، ثم يأتي بعده مباشرة مؤشر الثروة، وأخيرا وسط الإقامة.

وتأسيسا على ما تم ذكره من خلال هذا العنصر والمتعلق بمناقشة الفرضيات، لاحظنا تأثير المستوى التعليمي في كل المؤشرات المدروسة، أما مؤشر الثروة ووسط الإقامة فكان تأثيرهما في كل المحاور الأخرى ماعدا المحور الثالث المعنون بمواقف النساء اتجاه المصابين بفيروس نقص المناعة، مع ملاحظة التأثير البسيط في كل المحاور لمتغير وسط الإقامة، رغم أننا في دراستنا الوصفية وجدنا أن معرفة ودراية المرأة هي دائما لصالح نساء الحضر على حساب نساء الريف، وهذا يعود لعامل المستوى التعليمي، وبدرجة أقل لمؤشر الثروة، وإثباتا لذلك قمنا بدراسة المستوى التعليمي والمعيشي للنساء المستجوبات وهذا ما يتضح في الجدولين التاليين:

الجدول (4-59): المستوى التعليمي للنساء حسب وسط الإقامة

مستوى عالي	جامعي	ثانوي	مستوى متوسط	متوسط	ابتدائي	دون مستوى	
49.73	19,04	30,70	50.27	30	11,57	8,70	حضر
28.78	9,94	18,84	71.22	26,76	20,01	24,45	ريف

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4-59) أن المستوى التعليمي للنساء القاطنات بالمناطق الحضرية أحسن بكثير من مستوى النساء الريفيات، حيث أن نسبة نساء الحضر اللاتي لهن مستوى

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

التعليم الثانوي فأكثر هي 49.73%، مقابل 28.78% فقط للنساء الريفيات، بينما نسبة نساء الحضر اللواتي لا يتعدى مستواه التعليمي المتوسط هي 50.27%، مقابل 71.22% كاملة للنساء في الريف، ومما لا شك فيه أن لهاته الأرقام دلالة كبيرة، حيث انعكست على دراية المرأة اتجاه مرض السيدا، لهذا ينبغي على السلطات تركيز عملها في الأرياف أكثر خاصة فيما يخص التعليم الذي هو أساس من أسس تقدم الأمم وازدهارها، وذلك بتحسين ظروف التمدرس، وتقريب المنشآت التعليمية من المتمدرسين، وتوفير النقل اللائق، حيث عادة ما يقطع أبناء الأرياف الكيلومترات الكثيرة للاتحاق بأقسامهم الدراسية، وتصبح المأمورية أكثر في فصل الشتاء، مما يحول دون تحصيلهم العلمي، ويؤدي بهم في كثير من الأحيان إلى ترك مقاعد الدراسة، خاصة بالنسبة للفتيات، وهذه الصعوبات والعراقيل هي من مسببات التسرب المدرسي، كما ينبغي كذلك فتح مراكز وملحقات لمحو الأمية.

الجدول (4-60): المستوى المعيشي للنساء حسب وسط الإقامة

مستوى عالي	الأشد غنى	الغني	مستوى متوسط	المتوسط	الفقير	الأشد فقرا	
56.47	30,06	26,41	43.53	21,44	14,12	7,97	حضر
12.87	3,48	9,39	87.13	17,59	29,09	40,45	ريف

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012

يتضح من خلال أرقام الجدول (4-60) أعلاه التفاوت الكبير في المستوى المعيشي بين نساء الحضر ونظيرتهن في الريف، حيث أن ما نسبته 56.47% من نساء الحضر لهن مستوى معيشي مقبول إلى عال جدا، مقابل نسبة 12.87% فقط من نساء الريف يمتلكن هاته الميزة، بينما هناك 43.53% من نساء الحضر مستواه المعيشي متوسط وأقل، مقابل 87.13% كاملة لنساء الريف، وهي أرقام تكشف مدى شساعة الهوة بين نساء الريف ونظيرتهن في الحضر، وقد أثر هذا على دراية المرأة وثقافتها الصحية اتجاه مرض السيدا، ولمعالجة الأمر يجب على صناعات القرار

التفكير الجدي في خلق آليات للتشغيل تخص سكان الأرياف، ومنهم المرأة طبعاً، مما يضمن لها العيش الكريم، ويتيح لها رعاية نفسها وأسرتها الرعاية المثلى.

خامساً: مناقشة نتائج الدراسة في ظل الدراسات السابقة

تعتبر دراستنا الراهنة إضافة للدراسات التي حظي بها موضوع داء السيدا، ولقد توافقت مع جل الدراسات التي استعرضناها خلال الفصل الأول من حيث أن المعرفة والدراية بالمرض تعتبر غير كافية، ومتوسطة في جوانب كثيرة منه، حتى لدى فئة الطلبة، التي تعتبر نخبة المجتمع، وهذا ما خلصت له عدة دراسات على غرار دراسة محمد صالي بعنوان: **الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا، دراسة ميدانية لطلبة جامعة وهران**، كذلك دراسة جهاد كاظم العكيلي بعنوان: **الوعي الصحي عبر وسائل الاتصال - دراسة لقياس الوعي الصحي لدى طلبة جامعة بغداد بشأن مرض الايدز-**، مما يزيد من خطورة الوضع في ظل عدم وجود علاج شاف وواف، وإنما السبيل الأوحده للحد من انتشاره هو التسلح بقدر كاف من الثقافة والوعي الصحي سيما ما تعلق بطرق انتقال المرض والمفاهيم والسلوكيات الخاطئة المرتبطة به. كما تشترك مع أغلب الدراسات في كون أن عاملي المستوى التعليمي والمعيشي لهما الأثر البارز في ثقافة الأفراد، حيث كلما ارتفع ارتفع معهما مستوى الوعي والثقافة الصحية، وهو ما تجلّى من خلال دراسة فاطمة عبد الرزاق، دراسة **أماني أحمد حسن علي تحت عنوان: المعرفة والمواقف والسلوكيات تجاه مرض الايدز في محلية سواكن**، التي أضافت لهما السلوكيات والعادات الخاطئة الموروثة من الأسرة والمجتمع، دراسة **خاوص مليكة بعنوان: السيدا وإشكالية الاندماج الاجتماعي لفئة المتعاشين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في المجتمع الجزائري**، التي أضافت عامل الهجرة، وأخيراً دراسة محمد الصالح مسعي حمزة وعلي حمزة شريف بعنوان: **المحددات الديموغرافية لانتشار مرض الايدز في الجزائر-ولاية ورقلة أنموذجاً-**، الذي إضافة إلى المستوى التعليمي والمعيشي أضاف عناصر أخرى مؤثرة وهي الدين، الحالة الزوجية، السن، والجنس (نكر، أنثى)، وعليه فإن دراستنا الراهنة ومن خلال نتائج الدراسات السابقة ونتائجها المتحصل عليها، تتميز عنها في كون أنها حاولت

الفصل الرابع — عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

ملازمة مختلف المقاربات والجوانب المتعلقة بمرض السيدا، من خلال أسئلة المسح المتنوعة التي صاغها خبراء في المجال، وكذا من خلال تنوع العوامل المؤثرة على الثقافة الصحية، ولعل أهم ميزة هي كبر العينة حيث مست 38547 امرأة، موزعة على كافة أقاليم الوطن من الشمال إلى الجنوب ومن الشرق إلى الغرب، مما يجعلها تمثيلية يمكن تعميم نتائجها والعمل بالتوصيات المنبثقة عنها.

الخلاصة:

أردنا من خلال دراستنا هاته معرفة درجة وعي ودراية المرأة الجزائرية (15-49 سنة) بمختلف الجوانب المرضية لداء السيدا من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، والذي حوى في طياته عدة أسئلة تخدم هذا الموضوع، وهي أسئلة متنوعة قمنا بتقسيمها إلى ستة محاور أساسية، تطرقنا أولا إلى تحليل هاته الأسئلة دون الخوض في العوامل المؤثرة عليها، وتبين لنا أن المرأة الجزائرية تحوز على قدر كاف من الثقافة سيما في المحاور الثلاثة الأولى والمتعلقة بطرق انتقال الفيروس والمفاهيم الخاطئة المرتبطة به، وكذا طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، وكذلك مواقف النساء اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ومع ذلك ينبغي الحرص على تنميتها بزيادة الحملات التحسيسية والتوعوية للوصول إلى نسب أعلى من المعرفة تمكن المرأة من الحفاظ على صحتها، وذلك بتكريس مبدأ الوقاية خير من العلاج، خاصة في ظل عدم وجود العلاج لهذا المرض الفتاك، ونظرا لأن معدل انتشار المرض في الجزائر يعتبر من بين المعدلات المنخفضة جدا في العالم، ساهم ذلك في عدم معرفة كثير من النساء لمواقع اختبار الكشف عن الفيروس، وكذا عدم الإقبال على هاته الكشوفات وهو ما لاحظناه من خلال تحليل أسئلة المحور الرابع، الخامس والسادس.

في المرحلة الثانية حاولنا معرفة تأثير بعض العوامل المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى المعيشي، ووسط الإقامة على دراية المرأة بالجوانب المرضية، ومحاولة معرفة تأثير هاته العوامل على دراية المرأة، وخلصنا في الأخير أن لكل هاته العوامل تأثيرا على ثقافة المرأة خاصة عامل المستوى التعليمي الذي كان تأثيره واضحا وجليا في كل محاور البحث، وكانت النساء ذوات المستوى التعليمي الجامعي هن الأكثر دراية بمختلف جوانب المرض، وبدرجة أقل المستوى المعيشي الذي كان مؤثرا في كل المحاور ما عدا المحور الثالث، أما بالنسبة لعامل وسط الإقامة فقد كان تأثيره طفيفا في كل المحاور ما عدا المحور الثالث حيث لم يكن مؤثرا تماما، وهذا ما توصلت إليه أغلب الدراسات السابقة، ومن هذا المنطلق يمكننا القول بأنه إذا أردنا فعلا الرفع من

ثقافة المرأة الصحية في هذا الجانب، فإنه لا مناص من زيادة الاهتمام بالتعليم في جميع مراحله خاصة في الأقاليم والمناطق المتضررة، وكذا فتح مراكز وملحقات لمحو الأمية تخص فئات كبار السن، وكذا خلق فرص للشغل لتوفير حياة كريمة يستطيع من خلالها الفرد الاهتمام بجميع شؤونه بما فيها الصحية.

خاتمة

علمة

خاتمة عامة:

يعد مرض السيدا من الأمراض المنقولة جنسيا، ولعله من أخطرها، نظرا لعواقبه الوخيمة على الصحة البدنية والنفسية، ومما زاد في خطورته سرعة انتشاره، حيث لم تمر سوى أربع سنوات منذ اكتشافه سنة 1981 بالولايات المتحدة الأمريكية، حتى اكتسى طابع العالمية ومس جميع أقطار العالم، مما جعل الدول والحكومات تدق ناقوس الخطر، سيما في ظل تعذر إيجاد علاج ومصل شاف وواف لحد الساعة، رغم الأبحاث الكثيرة، ورغم التكاليف الباهضة المخصصة لها، لم تمكن من القضاء عليه وإنما استطاعت أن تخفف من حدته بواسطة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، شرط استعمالها المبكر لاكتشاف الفيروس، مما جعل منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة تضعه ضمن أولوية أولوياتها، تجسد ذلك من خلال إنشاء برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ONUSIDA، الذي وضع إستراتيجية تهدف إلى القضاء النهائي على السيدا بحلول سنة 2030، تتخللها عدة أهداف وغايات مرحلية، لكن في ظل الأرقام المسجلة حتى اليوم، صار الأمر يبدو مستحيلا، حيث سجل إلى غاية سنة 2020 حوالي 38 مليون شخص متعايش مع الفيروس بزيادة 1.5 مليون إصابة سنة 2020، والغاية المدرجة لهاته السنة كانت تستهدف تخفيض رقم حالات الإصابة الجديدة إلى 500 ألف، ونفس الأمر بالنسبة للوفيات التي بلغت 680 ألف سنة 2020 دائما.

وتقع أغلب الإصابات والوفيات ضمن إقليم إفريقيا الشرقية والجنوبية بحوالي 21 مليون شخص متعايش مع المرض إلى غاية سنة 2020، وتعد منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا كأقل المناطق المتضررة من الفيروس بحوالي 230 ألف شخص متعايش مع الفيروس، والجزائر واحدة من هاته البلدان التي تسجل معدل انتشار منخفض للفيروس، إلا أن ذلك لا يجعلها بمنأى عن خطر انتشاره، خصوصا في السنوات الأخيرة التي شهدت نزوحا كبيرا للأفارقة، إضافة إلى أن الجزائر تعتبر منطقة عبور وهمزة وصل بين القارة السمراء والقارة الأوربية، مما يزيد من خطورة الوضع، وحسب السيد: عادل زدام مدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص

المناعة البشرية/الإيدز بالجزائر، فإن الجزائر تسجل إلى غاية نهاية سنة 2019 حوالي 22 ألف شخص متعايش مع المرض، بزيادة حوالي 1900 إصابة جديدة خلال نفس السنة، هذا إذا ما استثنينا الإصابات غير المعلنة وغير المبلغ عنها، والتي تعد كثيرة باعتراف منظمة الصحة العالمية، وهذا في جميع الدول، منها العربية والإسلامية على وجه الخصوص بسبب وصمة العار التي تلازم المرض.

ويبقى السبيل الوحيد للتخفيف من وطأة المرض الصحية وتكاليفه الباهظة وغير المضمونة النتائج، هو الاهتمام بالتنقيف الصحي، من أجل اتخاذ سبل الوقاية الناجعة التي هي خير من ألف علاج في مثل هاته الأمراض، وتكشف دراستنا الراهنة التي أجريناها على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، والتي مست 38547 امرأة بين سني 15 و49 سنة، أن مرض السيدا لا يزال مبهما ويشوبه الكثير من الغموض حتى لدى فئة النخبة ذات المستوى الجامعي، وكمثال على ذلك بالنسبة للمحور الأول المعنون بمعرفة طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والمفاهيم الخاطئة حوله، فإن نسبة معتبرة من النساء الجامعيات يعرفن هاته الطرق، وعلى العموم يمكن القول أن دراية المرأة الجزائرية بالمرض تتفاوت بين الأقاليم الجغرافية للوطن، ويظهر هذا التفاوت جليا حسب وسط الإقامة، تحت تأثير عدة عوامل، والذي خلصنا إليه من خلال دراستنا هاته أن عاملي المستوى التعليمي والمستوى المعيشي هما العاملان الأكثر تأثيرا على دراية المرأة الجزائرية بجوانب المرض، وكان تفاوت الثقافة الصحية حسب وسط الإقامة بسيطا جدا.

وعليه ومن أجل زيادة الوعي لدى المرأة في الأقاليم الجغرافية والمناطق السكنية التي تشكو نقصا من هذا الجانب، ارتأينا أن تكون أغلب توصياتنا تتركز حول عاملي المستوى التعليمي والمستوى المعيشي، وهي كالتالي:

- ✓ العمل على تحقيق العدل والمساواة الاجتماعية بين جميع الأقاليم الجغرافية، خاصة تلك التي يعاني ساكنيها نقصا في الإمكانيات والمرافق، وذلك بتوفير ضروريات الحياة من صحة وتعليم ومناصب شغل.
- ✓ إحاطة المناطق الريفية بمزيد من العناية، وذلك بتحسين ظروفهم المعيشية الصعبة، بتوفير ضروريات العيش الكريم من مرافق صحية وتعليمية.
- ✓ عدد كبير من أبناء الأرياف يغادرون مقاعد الدراسة مبكرا، نتيجة لظروف التمدرس الصعبة، نظرا لبعدها عن المؤسسات التربوية عن المنازل، وعدم توفر النقل، إضافة إلى ظروف المعيشة الصعبة التي تجبر الكثيرين على ترك مقاعد الدراسة والبحث عن عمل لمساعدة عائلاتهم المتضررة، وعليه لا بد على السلطات معالجة هذا الأمر وتحسين ظروف التمدرس والمعيشة على حد سواء.
- ✓ ظروف التمدرس الصعبة في الأرياف والمناطق النائية تجعل الكثير من الفتيات يغادرن مقاعد الدراسة، لذا يجب التركيز على بناء المؤسسات التربوية بهذه المناطق، أو على الأقل توفير النقل اللائق.
- ✓ محاربة ظاهرة التسرب المدرسي التي أصبحت هاجسا يؤرق مسؤولي وزارة التربية نظرا للأرقام المخيفة التي صارت تسجلها، وذلك بإقامة دراسات جادة لمعرفة الأسباب والدوافع ومن ثمة وضع الحلول والاستراتيجيات اللازمة.
- ✓ العمل على تعليم الكبار، لتدارك بعضا من مخلفات التسرب المدرسي، وكذا الفئات التي لم تلتحق أصلا بالمدارس لظرف من الظروف، بإنشاء مراكز وملحقات لمحو الأمية للإناث والذكور.
- ✓ تفعيل برامج وآليات التشغيل وتوزيعها سيما لساكنة الأرياف، من أجل حياة كريمة تسمح لهم بممارسة حياتهم بشكل طبيعي، وتمكينهم من الاعتناء بصحتهم وصحة أسرهم.

- ✓ من خلال مشاركتنا الميدانية في التظاهرات التحسيسية والتوعوية داخل الإقامات الجامعية والخاصة باليوم العالمي لمكافحة السيدا الموافق للفتاح من ديسمبر من كل سنة، لمسنا نقصا ملحوظا على مستوى ثقافة هؤلاء الطلبة اتجاه مرض السيدا، لذا يجب الإكثار من مثل هذا النوع من المبادرات وعدم جعله محصورا في يوم واحد من كل سنة.
- ✓ القيام بخرجات ميدانية تستهدف الأرياف والقرى للتعريف بالمرض وأخطاره وطرق الوقاية منه.
- ✓ الاستغلال الأمثل لوسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي التي صارت متاحة للجميع، من أجل التعريف بالمرض.
- ✓ التعريف بمواقع الكشف عن الفيروس من خلال وسائل ومواقع التواصل الاجتماعي، والحث على زيارتها، فالاكتشاف المبكر يعني النجاة من مخالب المرض، أما إذا حدث العكس فالأمور ستتعدد وتصبح النجاة منه.
- ✓ إدراج الثقافة والتربية الجنسية ضمن مناهج التدريس، خاصة في مرحلة الثانوية من أجل إعداد شاب على قدر كاف من الثقافة الصحية والجنسية تجنبه الكثير من الأمور خلال هاته الفترة الحساسة من حياته.
- ✓ الالتزام بتعاليم ديننا الحنيف، الذي جعل حفظ النفس من الكليات الخمس لمقاصد الشريعة، وذلك من خلال حفظ الصحة الذهنية، النفسية والبدنية، وهو ما دلت عليه آيات وأحاديث كثيرة، تكرر خاصة لمبدأ الوقاية خير من العلاج، وقد ترجمها العديد من العلماء المسلمين إلى كتب تعنى بالصحة والوقاية، لعل من أشهرها كتاب الطب النبوي لابن القيم الجوزية.
- ✓ تفعيل دور الأئمة والخطباء والدعاة على المنابر في التعريف بالمرض وأخطاره.
- ✓ تفعيل الحوار داخل الأسرة للحديث عن المرض دون خجل وكسر ذلك الطابو الذي يميزه.

قائمة

المراجع المعتمدة

قائمة المراجع المعتمدة:

أ - كتب

1. ابن أمير الحاج، محمد بن محمد بن حسن: التقرير والتجبير في أصول الفقه، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، 1999.
2. إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، بيروت، لبنان، 1992.
3. أحمد عبد الكريم سلامة: الأصول المنهجية لإعداد البحوث العلمية، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.
4. أحمد محمد بدح و آخرون: الثقافة الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، 2015، ص 06.
5. الجبالي حمزة: الصحة العامة، دار أسامة للنشر، عمان، ط1، 2006.
6. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: علم اجتماع المرأة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998.
7. خالد أحمد الطراونة، مؤيد مهدي عبود: خصائص فيروس الإيدز وانتشاره، 1999.
8. سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان: الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعارف الجامعية، مصر ، 2004.
9. الطراونة خالد أحمد، عبود مؤيد مهدي: خصائص فيروس الإيدز وانتشاره، جامعة مؤتة، الأردن، 1999.
10. الطويل عثمان: التربية الجنسية في الإسلام للفتيات والفتيان، تقديم إبراهيم عرعراوي، دار الفرقان، 1992.
11. عبد الرحمن البدوي: مناهج البحث العلمي، ط3، الكويت، وكالة المطبوعات، 1977.
12. عبد الرحيم عبد الله: الأمراض المنقولة جنسيا، دار الشرق، القاهرة، مصر، ط1، 2009.
13. عبد الغني عماد: منهجية البحث في علم الاجتماع (الإشكاليات، التقنيات، المقاربات)، دار الطليعة، بيروت، لبنان، 2007.
14. فائز محمد الحديدي: ثقافة تربوية (التربية مبادئ و أصول)، دار أسامة للنشر، عمان، 2007.
15. القضاة عبد الحميد: الإيدز حقائق وأرقام، دائرة المكتبة الوطنية، الأردن، ط2، 2000.
16. مأمون سلامة: قانون العقوبات، القسم الخاص، ج2، دار الفكر العربي، 1983.
17. محمد بشير شريم: الثقافة الصحية، مكتبة الأسرة الأردنية (مهرجان القراءة للجميع، وزارة الثقافة، عمان الأردن، 2012.
18. محمد طه بدوي: المنهج في علم السياسة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2000.
19. محمد عبيدات: منهجية البحث العلمي، دار وائل، الأردن.
20. محمد علي البار: الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها، دار المنارة، جدة، ط2، 1987.
21. المناوي عبد الرؤوف: التوقيف على مهمات التعريف، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط1، 1990.
22. موريس انجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية (تدريبات عملية)، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصب للنشر، الجزائر، 2009.
23. نورالدين حاروش: الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012.

ب- الموسوعات والقواميس والمعاجم

24. أحمد بن فارس بن زكرياء أبو الحسن: معجم مقاييس اللغة، ج5، دار الفكر.
25. إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي: معجم عصر العولمة ، دار الثقافة للنشر ، مصر ، 2004.

قائمة المراجع المعتمدة

26. جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم: لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج 28، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1981.

27. جمال الدين محمد بن منظور: لسان العرب، مادة "ثقف"، ضبط نصه خالد رشيد القاضي، دار الأبحاث، الجزء 2 الجزائر ط 1.

28. المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، 1998.

ت - التقارير والنشرات والوثائق الرسمية

29. Ministere de la santé de la population et de la reforme hospitaliere, Office National Des Statistiques, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013.

ث - ندوات و ملتقيات

30. ثامر عبد المهدي محمود حتاملة: الطب النبوي وحفظ المجتمع من خلال التثقيف الصحي، بحث مقدم للمؤتمر الدولي في الطب النبوي أضنا تركيا من 07 إلى 10 أكتوبر 2015.

31. ماهر حامد الحولي: الطب الوقائي في الإسلام، بحث مقدم لليوم الدراسي بعنوان "الأمراض الوبائية معالجة طبية شرعية"، الجامعة الإسلامية، غزة، 2007.

ج - الأطروحات و الرسائل الجامعية

32. شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي - دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة-، رسالة دكتوراه، 2005-2006.

33. العيد بلالي: الوقاية الصحية في السنة النبوية، دراسة موضوعية، مذكرة ماجستير في العلوم الإسلامية، جامعة الجزائر (1)، 2010-2011.

34. محمد صالي: الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا، دراسة ميدانية لطلبة جامعة وهران، رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2010/2009.

ح - الدوريات و المجلات و الجرائد

35. ساعد أحمد اليميني: التربية الشرعية مقال منشور على موقع الألوكة الشرعية، alukah.net/sharia.

36. صالح محمد صالح: فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء، مجلة التربية العلمية، المجلد 5، العدد 4، ديسمبر 2002 كلية التربية، العريش، جامعة قناة السويس، مصر.

37. عبد الله علاء الدين كاظم وياور، أحمد عجيل: واقع التربية الجنسية في المدارس الثانوية (بنات) من وجهة نظر الطالبات والهيئة التدريسية، مجلة كلية التربية الأساسية جامعة بابل العدد 07، 2012، ص 290، الموقع: www.iasj.net/iasj.

38. قندلي رمضان: الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة و القانون، جامعة بشار، (الجزائر)، العدد 6 جانفي 2012.

39. محمد نوري- الثقافة الصحية للمجتمع ودور الإذاعة المحلية في تنميتها -إذاعة الاغواط نموذجاً -مجلة العلوم الاجتماعية العدد26 سبتمبر 2017.جامعة الاغواط، الجزائر .

40.مولاي مصطفى البرجاوي: التربية الجنسية في الإسلام قواعد وضوابط، مقال منشور على موقع الألوكة الاجتماعية، .alukah.net/social

خ- مراجع باللغة الأجنبية

41. Edward Burmelt Tylor, **Primitive culture , Researches into the development of Mythology**, Edition 2 New York Brentano's

42. Medically reviewed by Daniel Murrell, M.D. — Written by Rachel Nall, HIV and AIDS: A **timeline and history**, MSN, CRNA on December 4, 2018

د- مواقع الكترونية

43. La sante et la maladie concepts, determinants et – UNFPA Tunisie, P 2 WWW .unfpa – Tunisie .org

44. إذاعة BBC القسم العربي من الموقع: https://www.bbc.com/arabic/scienceandtech_aids_special2

45. الإذاعة الجزائرية: <https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article> ، بتاريخ: 2020/05/11.

46. برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمكافحة السيدا: www.unaids.org.fr

47. عادل حليم: **الثقافة الجنسية بدون إحراج**، من الموقع: Coptic-books.blogspot.com

48. منظمة التغذية والزراعة: <http://www.fao.org/3/J1418a/J1418a.htm>

49. منظمة الصحة العالمية من الموقع: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

50. منظمة الصحة العالمية: الصحة في أهداف التنمية المستدامة، موجز السياسة ، شنغهاي ، 2018، الموقع:

<https://www.who.int>

51. منظمة الصحة العالمية: فيروس العوز المناعي البشري-حقائق رئيسية- 30 نوفمبر 2020،

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

52. منظمة الصحة العالمية، 2011: www.who.int

53. موقع الأمم المتحدة: news.u.n.org/ar/story/2020

54. موقع منظمة الصحة العالمية: www.who.int/ar/news

55. موقع منظمة الصحة العالمية: كوفيد-19 يؤثر بشدة على إتاحة أدوية فيروس العوز المناعي البشري بسبب تعثر

الاستجابة للإيدز، <https://www.who.int/ar/news> ، تاريخ النشر: 2020/07/06.

56. موقع منظمة الصحة العالمية:مسودة الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة، فيروس العوز المناعي البشري 2016-

2021، صوب وضع حد لمرض الإيدز، الموقع، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>

57. و.لوتز: **المسوحات الصحية في المجتمعات المحلية دليل عملي للعاملين الصحيين**، منظمة الصحة العالمية ص 13.

من الموقع: <https://apps.who.int/iris/handle>

58. وكالة الأنباء الجزائرية: **وفيات أقل من سنة**، <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technolog> ، بتاريخ:

2020/12/01

تبين لنا من خلال دراستنا الراهنة والموسومة بمدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من خلال نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012، والذي مس 38547 امرأة ما بين سني 15 و49 سنة، ومن مختلف أقاليم الجمهورية بما فيهم سكان الريف والحضر، وبمختلف مستوياتهم الاقتصادية والتعليمية، أن المرأة الجزائرية تحوز على قدر كاف من الثقافة سيما في المحاور الثلاثة الأولى والمتعلقة بطرق انتقال الفيروس والمفاهيم الخاطئة المرتبطة به، وكذا طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، وكذلك مواقف النساء اتجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، لكن بالمقابل وجدنا عددا معتبرا من النساء يجهلن مواقع وأماكن الكشف عن الفيروس، والقلة القليلة فقط من قمن بالاختبارات وهذا يرجع ربما لكون الجزائر من البلدان التي تسجل معدلات منخفضة جدا للإصابة بالسيدا، وهذا ما سجلناه من خلال أسئلة المحور السادس المعنون بمعرفة موقع اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والقيام بالاختبارات، هذا كخطوة أولى، أما الخطوة الثانية فحاولنا معرفة تأثير بعض العوامل المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى المعيشي ووسط الإقامة على دراية المرأة بالجوانب المرضية، وتوصلنا في الأخير أن لكل هاته العوامل تأثيرا على ثقافة المرأة سواء بصفة كان واضحا كما هو الحال بالنسبة لعامل المستوى التعليمي، والمستوى المعيشي الذي كان تأثيره واضحا وجليا على جميع محاور البحث، وكانت النساء ذوات المستوى التعليمي الجامعي والمستوى المعيشي الأشد غنى هن الأكثر دراية بمختلف جوانب المرض، أما المستوى المعيشي أو مؤشر الثروة فكان أقل تأثيرا من المستوى التعليمي في كل المحاور ما عدا المحور الثالث حيث لم يكن مؤثرا تماما، أما وسط الإقامة فكان تأثيره بسيطا جدا في كل المحاور ما عدا المحور الثالث الذي لم يكن مؤثرا، ومن هذا المنطلق يمكننا القول بأنه إذا أردنا فعلا الرفع من ثقافة المرأة الصحية في هذا الجانب، فإنه لا بد من زيادة الاهتمام بالتعليم في جميع مراحلها خاصة في الأقاليم والمناطق المتضررة، وكذا فتح مراكز وملحقات لمحو الأمية تخصص فئات كبار السن، وكذا خلق فرص للشغل لتوفير حياة كريمة يستطيع من خلالها الفرد الاهتمام بجميع شؤونه بما فيها الصحية.

الكلمات المفتاحية: السيدا – السن – مؤشر الثروة – المستوى التعليمي – الإقليم الجغرافي – المنطقة السكنية – المسح العنقودي.

Abstract:

It has been shown through the recent study featured by the Algerian women's awareness of AIDS – and according to the multiple cluster survey of 2012, which was carried out on 38547 women aged 15-49, living in various regions of the republic territories either country side inhabitants or urban ones, from several economic and academic levels that she has got enough culture precisely in the first three chapters mainly linked with the virus transmitting ways, its mistaken notion; also the virus transmitting ways from the mother to her child; as well as the women's attitudes towards the AIDS affected persons.

On the other hand, dozens of ladies are found ignorant of the virus exploring sites. Few of them have been examined. That may be due to a minor number of the sixth chapter's questions which is entitled recognizing the AIDS test site, as well as the carried out tests at first.

Secondly, we've tried to know the impact of some factors such as the educational level, living standard, and living spot on the women's awareness of the disease.

Finally, we have reached to the point that all such factors have an impact on the woman's cultural level incorporated in both the academic level and obviously the living one throughout the whole research chapters. The women whose high university degree and high living standard have been the most conscious of the illness. The wealth index was less influential than the knowledge level via all chapters, except the third one in which it was completely missing; whereas however the residency spot factor has had a secondary effect in all chapters, barring the third one which was ineffective.

Thus if we truly want to raise the woman's health culture in this prospect, there should be great interest and concern for education at all its phases, especially in the most harmed areas. Moreover, it is important to open anti-illiteracy centers for the aged people, and create job opportunities to warrant a decent living so as to enable every body to care for themselves, and their health too.

Key words: AIDS – Age – Educational level – Wealth indicator – Geographical territory – Residency Environment – Cluster Survey.

الملاحق

الملحق رقم 01:

قسم استثمار المسح الخاصة

بأسئلة السيد

QUESTIONS		MODALITES		
DV1.				
Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. A votre avis, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :				
		Oui	Non	NSP
A. Si elle sort sans le lui dire ?	Sort sans lui dire	1	2	8
B.. Si elle néglige les enfants ?	Néglige les enfants	1	2	8
C. Si elle argumente avec lui ?	Se dispute	1	2	8
E. Si elle brûle la nourriture ?	Brûle la nourriture	1	2	8
F. Si elle manque de respect à ses parents (à lui)	Manque de respect	1	2	8
G. Si elle refuse de lui donner son salaire	Refuse de donner son salaire	1	2	8
H. Si elle refuse de quitter son travail	Refuse de quitter son travail	1	2	8

MODULE 11 : VIH / SIDA

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
HA1.	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée Sida ?	Oui	1	UN13
		Non	2	
		Ne sait pas	8	
HA2.	A votre avis, peut-on réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	Oui	1	
		Non	2	
		Ne sait pas	8	
HA4	A votre avis, peut-on réduire les risques de contracter le virus Sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	Oui	1	
		Non	2	
		Ne sait pas	8	
HA5	A votre avis, peut-on contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	Oui	1	
		Non	2	
		Ne sait pas	8	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES			PASSEZ A
HA6	A votre avis, peut-on contracter le virus du Sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du Sida ?	Oui	1			
		Non	2			
		Ne sait pas	8			
HA7	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du SIDA ?	Oui	1			
		Non	2			
		Ne sait pas	8			
HA8	Est ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à son bébé : A : Au cours de la grossesse ? B : Pendant l'accouchement ? C : en l'allaitant ?	A. Au cours de la grossesse	Oui	Non	NSP	
			1	2	8	
		B. Pendant l'accouchement	1	2	8	
		C. En l'allaitant ?	1	2	8	
HA9	D'après vous, si une enseignante a le virus du SIDA mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA10	Est ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du SIDA ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA11	Si un membre de votre famille est infecté par le virus du SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA12	Si un membre de votre famille contracte le virus du SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA13	<i>Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. Continuez avec HA14</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. Allez à HA24.</i>					
	<i>Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ?</i>					

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES			PASSEZ A
			Oui	Non	NSP	
HA15	Au cours d'une des visites prénatales pour votre grossesse de (nom), Avez-vous reçu des informations sur: [A] Les bébés qui attrapent le virus du SIDA par leur mère? [B] Les choses que vous pouvez faire pour éviter d'attraper le virus du SIDA? [C] La possibilité de faire un test pour le virus du SIDA? [D] Vous a-t-on proposé de faire un test pour le virus du SIDA?	Transmission mère enfant	1	2	8	
		La prévention	1	2	8	
		Possibilité de faire le test	1	2	8	
		Test VIH / Sida proposé	1	2	8	
HA16	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le virus du SIDA dans le cadre de vos soins prénatals ?	Oui	1		HA19	
		Non	2			
		NSP	8			
HA17	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1		HA22	
		Non	2			
HA18	Quel que soit le résultat, toutes les femmes qui ont effectué le test sont supposées recevoir des conseils après avoir reçu les résultats. Après avoir été testée, Avez-vous reçu des conseils ?	Oui	1		HA22	
		Non	2			
		NSP	8			
HA19	<i>Vérifiez MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, D ou B)?</i> <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement non assisté par un professionnel de la santé Allez à HA24					

HA20	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le virus du SIDA entre le moment où vous êtes venue pour l'accouchement mais avant la naissance du bébé ?	Oui	1		HA24
		Non	2		
HA21	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1		
		Non	2		
HA22	Avez-vous effectué un autre test du VIH/SIDA depuis celui que vous avez effectué au cours de votre grossesse ?	Oui	1		HA25
		Non	2		

HA23	Quand avez-vous effectué le test du VIH/SIDA pour la dernière fois ?	Il y a moins de 12 mois	1	WM11
		Il y a 12-23 mois	2	
		Il y a 2 ans ou plus ³	3	
HA24	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA ?	Oui	1	HA27
		Non	2	
HA25	Quand avez-vous effectué le test pour la dernière fois ?	Il y a moins de 12 mois	1	
		Il y a 12-23 mois	2	
		Il y a 2 ans ou plus	3	
HA26	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1	WM11
		Non	2	
HA27	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus du SIDA ?	Oui	1	
		Non	2	

WM11. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes __ : __
----------------------------	--------------------------------

WM12. L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?
Vérifiez la liste des membres du ménage du questionnaire ménage HL9 (page 2).

Oui. Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.

Non. Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.