

جامعة الحاج لخضر - باتنة
كلية الآداب والعلوم الإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا

لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل - تازولت -

دراسة ميدانية في علم الأوبئة السلوكية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم نفس الصحة

إشراف الأستاذ :
الدكتور: جبالي نورالدين
يوسف عدوان مساعدا

إعداد الطالبة :
القص صليحة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	امزيان الوناس
مقررا	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	جبالي نورالدين
عضوا	أستاذ محاضر بالمركز الجامعي الوادي	العيس اسماعيل

السنة الجامعية 2008 – 2009

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الحمد لله الذي بحمده تتم النعم والشكر للقائل في محكم تنزيله : (ولئن شكرتم لأزيدنكم)، والصلاة والسلام على نبينا وحبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد:

أتقدم بخالص الشكر إلى من تقصر كل كلمات الشكر و عبارات الثناء عن الوفاء بحقها، إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة بعبيع نادية المشرفة على الرسالة، التي غمرتني بحسن خلقها، وسعة علمها مما كان له الأثر الفعال في إخراج هذا العمل بهذه الصورة ، أسأل المولى أن ينفع بعلمها الواسع و أرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيها وما يليق بإسمها الذي كان لي عظيم الشرف أن أضعه على أطروحتي العلمية . كما لا يفوتني شكر الأستاذ يوسف عدوان على قبوله أستاذا مساعدا في إعداد أطروحتي والذي نهلت من فيض علمه وتوجيهاته فكان نعم الأستاذ، كما أتقدم بالشكر إلى أستاذتي الكرام في قسم علم النفس، وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور جبالي نور الدين على سعة صدره وعلى كل ما قدمه من توجيهات وآراء ساهمت في إظهار هذا العمل بهذه الصورة فكان دعمه نفسيا قبل أن يكون علميا ، والشكر موصول إلى الأستاذ الزميل بلاح ياسين الذي تتجسد في عطائه كل معاني الكرم والمروءة، له الشكر على ما منحني إياه من الوقت والجهد والإهتمام والأستاذ محمد ختاش وبهلول سارة في إدخال وتحليل ومعالجة النتائج. الى من سخر علمه في خدمة طلاب العلم العرب الأستاذ الفاضل سامر جميل رضوان على كل المعلومات القيمة التي أفادني بها .

كما أتقدم بالشكر إلى كل موظفي مؤسسة إعادة التأهيل تازولت ، لتشجيعهم لي على مواصلة مشواري التعليمي، وعلى تهيئتهم لكافة الظروف التي ساعدتني على تحقيق ذلك، إضافة إلى ما قدموه لي من خدمات جليلة لن أنساها ما حبيت.. خاصة السيد المدير بلواش عبد المالك، رئيس الاحتباس عطاء الله اليزيد، مسؤول العيادة الضابط السعيد العلواني نبيل أسال الله أن يحقق آمالهم. كما ولا يفوتني أن أشكر كل من تكرم وسمح بتطبيق الدراسة عليه من نزلاء المؤسسة وأخص بالذكر مرشدي القاعات للمساعدة في توزيع استبيانات الدراسة الأساسية و الإخوة : ليندة , سوفي صرهودة, ناصري صالح على تحمل عناء كتابة وإخراج الأطروحة في صورتها النهائية ومنصوري عبد الغاني ونوفل سعد الله على المساعدة في الترجمة .

وفي الأخير أتقدم بخالص الشكر إلى كل من ساهم برأي أو نصيحة أو مساعدة في هذه الدراسة.

الطالبة

فجزى الله الجميع خيرا الجزاء

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا , وهل تختلف هذه السلوكيات حسب السن, المستوى التعليمي, الحالة الاجتماعية والوضع الجرائية لدى عينة من نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , حيث تشكل هذه العينة فئة سكانية مهمة , معرضة بسبب طبيعتها إلى تبني سلوكيات خطر صحية خاصة , وقد إشمطت العينة على 520 فردا أختيروا بطريقة عشوائية طبقية .

ووفقا للمتغيرات السابقة فقد إتمدت الطالبة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على دراسة الإنتشار التي تعد الأساس الذي تقوم عليه جميع برامج الوقاية والتدخل , فتطبيق إجراءات التدخل والوقاية بأنواعها لمنع سلوكيات خطر معينة أو التخفيض من حدتها لا يمكن أن يتم دون توفر دلائل على نسب إنتشارها والفئات التي تنتشر ضمنها والخصائص الفردية المتعلقة بها , وقد إستخدمت الطالبة إستبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة المترجم والمعدل من طرفها , وبعد تحليل النتائج إنتهت الدراسة إلى أن سلوكيات الخطر الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هي بالترتيب:

1. عدم ممارسة النشاطات الرياضية

2. التدخين

3. المخدرات

4. السلوكيات الجنسية

وأن هذه السلوكيات تختلف حسب السن, المستوى التعليمي, الحالة الاجتماعية والوضع الجرائية. مما يدعو إلى ضرورة إعداد برامج فعالة للحد من إنتشار هذه السلوكيات وبالتالي منع الإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة ذات العلاقة بها.

Résumé de l'étude:

Études visant à identifier les comportements à risque liés à la santé est plus répandue, et si ces comportements diffèrent selon l'âge, le niveau d'éducation, état matrimonial et le statut pénal ; la situation auprès d'un échantillon de l'établissement pénitentiaire de réadaptation des détenus Tazoult, qui constitue l'échantillon de population est important, en raison de leur nature, sous réserve de l'adoption de comportements à risque liés la santé, notamment sur l'échantillon comprenait 520 personnes choisies au hasard de classe.

Selon les variables précédentes ont été adoptées demandant à la méthode d'analyse descriptive, qui est basée sur l'étude de la prolifération, qui est à la base de tous les programmes de prévention et d'intervention, les procédures de demande et de la prévention de tous les types d'intervention pour prévenir les risques de certains comportements ou à la réduction de l'intensité ne peut se faire sans la preuve de la propagation des taux et des catégories déployés, y compris les caractéristiques individuelles, et il a utilisé un questionnaire demandant de santé liés à des comportements à risque, tel que modifié par l'interprète de leur propre chef, et après analyse des résultats a conclu que la plus répandue des comportements à risque chez les détenus d'établissement de réadaptation Tazoult, respectivement:

1. Non-exercice des activités sportives
2. Tabac
3. Drouge
4. Les comportements sexuels

Ces comportements varient en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, l'état matrimonial et le statut pénal. Il s'agit de la nécessité de développer des programmes efficaces pour réduire la propagation de ces comportements et ainsi de prévenir l'incidence de nombreuses maladies chroniques qui y sont liées.

Summary of study:

Study aimed to identify risk behaviors related to health is more widespread, and whether these behaviors differ by age, educational level, marital status and status among a sample of the penal institution inmates rehabilitation Tazoult, which constitute the sample population group is important, because of their nature, subject to the adoption of risk behaviors health, especially on the sample included 520 individuals randomly-selected class.

According to the previous variables were adopted requesting the descriptive analytical approach which is based on the study of proliferation, which is the basis for all prevention and intervention programs, application procedures and the prevention of all kinds of intervention to prevent the risk of certain behaviors or reduction of intensity can not be done without evidence of spread rates and categories deployed, including individual characteristics, and he used a questionnaire requesting health-related risk behaviors, as amended by the interpreter of their own, and after analysis of the results concluded that the most prevalent risk behaviors among inmates of rehabilitation institution Tazoult, respectively:

1. Non-exercise activities, sports
2. Smoking
3. Drug
4. Sexual behaviors

These behaviors vary by age, educational level, marital status and penal status. It is the need to develop effective programs to reduce the spread of these behaviors and thus prevent the incidence of many chronic diseases related to it.

فهرس المواضيع

الصفحة	
أ	شكر وعرفان
ب ج د	ملخص الدراسة
1	فهرس المواضيع
5	فهرس الجداول
6	فهرس الأشكال
7	مقدمة
الفصل التمهيدي	
10	أولاً: الإشكالية
13	ثانياً: فرضيات الدراسة
14	ثالثاً: الدراسات السابقة
22	رابعاً: أهمية البحث
23	خامساً: أهداف البحث
23	سادساً: تحديد المصطلحات الرئيسية للدراسة
24	سابعاً: أبعاد الدراسة
الجانب النظري	
الفصل الأول	
سلوكات الخطر	
27	تمهيد
28	أولاً: الخطر وعوامل الخطر
28	1- الخطر
28	2- عامل الخطر
29	ثانياً: سلوك الخطر
29	1- أهمية السلوكات الصحية ودورها
31	2. الأسس النموذجية و المفاهيمية المفسرة للسلوك الخطر
31	1.2 أهم النماذج المفسرة للسلوك الخطر
32	أ- نموذج المعتقدات الصحية
34	ب- نظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط
37	ج- نظرية الدافع للحماية
40	د- النموذج العبر نظري
41	هـ- مقارنة سيرورة الفعل الصحي
44	2.2 الأسس المفاهيمية
44	أ- الوقاية
45	ب- تنمية الصحة
	ج- التفاؤلية الدفاعية و التفاؤلية الوظيفية

46	د- التنقيف الصحي
50	ملخص
53	الفصل الثاني علم الأوبئة السلوكية
	تمهيد
55	أولا- علم الأوبئة
56	1- تاريخ علم الأوبئة
56	2- تعريف علم الأوبئة
57	3- فروع علم الأوبئة
59	1-3 علم الأوبئة الوصفي
59	2-3 علم الأوبئة التحليلي
60	3-3 علم الأوبئة التطوري
60	4- علم الأوبئة كإستنتاج سببي
60	5- علم الأوبئة كأداة للصحة العامة
61	ثانيا: علم الأوبئة السلوكية
65	1- تعريف علم الأوبئة السلوكية
65	2- مراحل تدخل علم الأوبئة السلوكية
67	3- علم الأوبئة التقليدي و علم الأوبئة الحديث
67	4- الأسس المفاهيمية لعلم الأوبئة السلوكية
68	5- أنواع الدراسات
70	1-5 دراسة مجموعة
70	2-5 دراسة لائحة
70	3-5 دراسة نموذجية للعينة
70	4-5 الدراسات التجريبية
71	6- قياس العبء العالمي للأمراض و عوامل الخطر
72	7- نظام المراقبة: المراقبة خطوة بخطوة
74	ملخص
82	الفصل الثالث المؤسسة العقابية
	تمهيد
84	أولا: تطور فلسفة العقاب والإصلاح
85	ثانيا: السجن (المؤسسة العقابية)
88	1- تعريف السجن
88	2- المؤسسة العقابية
89	3- أنواع المؤسسات العقابية
91	1-3 المؤسسات العقابية المغلقة
91	2-3 المؤسسات العقابية المفتوحة
92	3-3 المؤسسات العقابية شبه مفتوحة

93	4-3- تصنيف المحكوم عليهم.....
94	ثالثا: المؤسسات العقابية في الجزائر
97	أ- تعريف المؤسسة العقابية في القانون الجزائري.....
97	ب - تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة
97	ج- أساليب رعاية المحكوم عليهم داخل المؤسسات العقابية الجزائرية
98	ج-1 الهدف الرقابي
99	ج-2 الهدف الإنساني
99	ج-2أ الرعاية الصحية
100	ج-2 ب التعليم والتكوين
102	ج-2 ج التهذيب الديني
103	ملخص
104	
	الجانب الميداني
	الفصل الرابع إجراءات الدراسة الميدانية
	تمهيد
107	أولا - استشارة المديرية العامة لإدارة السجون
107	ثانيا - مجتمع الدراسة
107	ثالثا: إجراءات التطبيق
108	1- الدراسة الاستطلاعية
108	1-1 المنهج.....
109	2-1 عينتها
109	3-1 خصائص العينة
109	4-1 أدواتها
111	5-1 كيفية الإجابة
113	6-1 كيفية التطبيق
114	7-1 المعالجة الإحصائية
114	8-1 خصائصها السايكومترية
114	2- الدراسة الأساسية
116	1-2 المنهج المستخدم
116	2-2 عينتها
116	3-2 خصائص العينة
116	4-2 أدواتها
119	5-2 كيفية التطبيق
119	6-2 تفرغ البيانات والمعالجة الإحصائية
119	
	الفصل الخامس
	عرض ومناقشة النتائج
	أولا- عرض و تحليل نتائج الدراسة.....

121	ثانيا- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
144	خلاصة وإستنتاجات.....
155	توصيات
158	البحوث والدراسات المقترحة.....
160	قائمة المصادر و المراجع
162	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	المحتويات
12	الجدول رقم (1) إحصائيات إنتشار الأمراض المزمنة في الخمس سنوات الأخيرة بين نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت
20	الجدول رقم (2) نتائج دراسة TAHINA
62	الجدول رقم (3) ملخص لمكونات الصحة العامة
67	الجدول رقم (4) الفرق علم الأوبئة التقليدي و علم الأوبئة الحديث
75	الجدول رقم (5) مراحل نظام المراقبة Stepwise approach لمراقبة الامراض المزمنة
77	الجدول رقم (6) عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة
79	الجدول رقم (7) خصائص عينة نظام المراقبة في الجزائر Stepwise
109	الجدول رقم (8) توزيع مفردات الدراسة الاستطلاعية حسب السن
110	الجدول رقم (9) توزيع مفردات الدراسة الاستطلاعية وفقا للحالة الاجتماعية
110	الجدول رقم (10) توزيع مفردات الدراسة الاستطلاعية وفقا للمستوى التعليمي
111	الجدول رقم (11) توزيع مفردات الدراسة الاستطلاعية وفقا للوضع الجزائية
117	الجدول رقم (12) توزيع مفردات الدراسة الأساسية حسب السن
117	الجدول رقم (13) توزيع مفردات الدراسة الأساسية وفقا للحالة الاجتماعية
118	الجدول رقم (14) توزيع مفردات الدراسة الأساسية وفقا للمستوى التعليمي
118	الجدول رقم (15) توزيع مفردات الدراسة الأساسية وفقا للوضع الجزائية
122	الجدول رقم (16) توزع تكرارات قيم مقياس كتلة الجسد لدى العينة
123	الجدول رقم (17) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الأول
124	الجدول رقم (18) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثاني
125	الجدول (19) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثالث
126	الجدول (20) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الرابع

128	الجدول (21) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الخامس
129	الجدول (22) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور السادس
130	الجدول (23) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور السابع
131	الجدول (24) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثامن
132	الجدول (25) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور التاسع
133	الجدول (26) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور العاشر
134	الجدول (27) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الحادي عشر
135	الجدول (28) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثاني عشر
136	الجدول (29) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثالث عشر
136	الجدول (30) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الرابع عشر
137	الجدول (31) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب السن
137	الجدول (32) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب السن
138	الجدول (33) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب السن
138	الجدول (34) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب السن
139	الجدول (35) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب الحالة الاجتماعية
139	الجدول (36) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب الحالة الاجتماعية
139	الجدول (37) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب الحالة الاجتماعية
140	الجدول (38) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب الحالة الاجتماعية
140	الجدول (39) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب المستوى التعليمي
141	الجدول (40) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب المستوى التعليمي
141	الجدول (41) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب المستوى التعليمي
142	الجدول (42) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب المستوى التعليمي
142	الجدول (43) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب الوضعية الجزائية
	الجدول (44) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب الوضعية الجزائية
143	الجدول (45) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب الوضعية الجزائية
143	الجدول (46) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب الوضعية الجزائية
143	الجدول (47) تكرارات ونسب وترتيب سلوكيات الخطر الأكثر انتشارا حسب نتائج الدراسة
144	

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان
34	1. الشكل التمثيلي لنموذج المعتقدات الصحية
35	2. الشكل التمثيلي لنظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط
39	3. الشكل التمثيلي لنظرية الدافع للحماية
43	4. الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي

مقدمة:

تحظى الجوانب النفسية والسلوكية والإجتماعية لصحة الإنسان بالإهتمام الكبير من طرف العاملين في شتى التخصصات والقطاعات خاصة في علم النفس والطب وعلم الأوبئة , حيث أدى الإنتشار المتزايد للأمراض المزمنة والخطيرة مثل:السكري, الأمراض القلبية الوعائية , السرطان والسيدا إلى البحث عن الأسباب الحقيقية وراء تحول هذه الأمراض إلى شبه أوبئة تحصد أرواح الكثيرين , رغم تحسن طرق الوقاية والعلاج والرعاية الصحية نتيجة لما تبذله الدول والحكومات وعلى الخصوص المنظمة العالمية للصحة في هذه المجالات , وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن الأمراض المزمنة تتسبب عن عوامل نفسية وإجتماعية متعددة فعلى سبيل المثال , تتضافر العادات الشخصية الصحية كنظام التغذية والتدخين في تطور أمراض القلب والسرطان, كما أن النشاط الجنسي من العوامل المهمة جدا في تطور مرض نقص المناعة المكتسبة , وهذا ما أدى إلى ظهور علم نفس الصحة الذي يسعى إلى دراسة العوامل السلوكية والنفسية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض بما في ذلك دراسة أساليب تشخيص وعلاج المشكلات الصحية وطرق الوقاية منها (عثمان يخلف 2001) والذي ترتبط أهدافه إرتباطا وثيقا بميدان علم الأوبئة السلوكية الذي يسعى هو الآخر إلى دراسة مدى مساهمة بعض سلوكيات الخطر في إنتشار الأمراض المزمنة . ولقد أدى هذا الاشتراك في الأهداف بين العلمين إلى ضرورة الإلمام ببعض الأمور الجوهرية بشكل أوسع ألا وهي الإحصائيات الدقيقة حول نسبة إنتشار المرض والعوامل المتسببة في نتشاره وحدتها, وذلك من أجل التقليل من إمكانية حدوثها أو تضاعفها , فالمعرفة بأن أمراض القلب هي المسبب الرئيسي في حدوث الوفاة في أعمار مبكرة – أي حدوث الموت قبل وصول الفرد إلى العمر المتوقع لحدوثه – أدت إلى تضافر الجهود على مستوى الأمم لتقليل العوامل التي تزيد من مخاطر الإصابة بين الأشخاص الأكثر قابلية لتطوير أمراض القلب . ويتضمن ذلك بذل الجهود لتقليل عدد المدخنين , وتغيير نظام التغذية , والإستراتيجيات المتبعة لتخفيف نسبة الكولسترول , وممارسة التمارين الرياضية , وفقدان الوزن (شيلي تايلور 2008) , وينبغي تبعاً لذلك أن تقوم السلطات الصحية بالتركيز على مراقبة عوامل الإختطار هذه بصورة متكاملة خاصة أن هناك ما يشير إلى عدم توافر معطيات دقيقة ومعتمدة وغياب نظم ترصد فعالة لهذه العوامل والأمراض التي تسببها في الكثير من الأقطار.

ولقد جاءت هذه الدراسة لمحاولة إضافة ولو الجزء القليل لهذا المجال محاولة البحث عن أهم سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى فئة سكانية مهمة , معرضة بسبب طبيعتها إلى تبني سلوكيات

خطر معينة ألا وهي فئة نزلاء المؤسسات العقابية, وكعينة عنها إتخذت الطالبة نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , حيث لاحظت أنه رغم تحسن ظروف الرعاية الصحية خاصة , وظروف السجن عامة , ورغم زيادة حجم الخدمات الطبية بشريا وماديا , إلا أن الأمراض المزمنة تبقى في زيادة واضحة .

ولقد حاولت الطالبة رغم ما لاقته من صعوبات أثناء إجراء الدراسة, الإلمام بكل ما يتعلق بموضوع الدراسة حيث إشتملت الدراسة على خمسة فصول توزعت بين الجانب النظري والتطبيقي , وقد شمل الجانب النظري بالإضافة إلى العناصر الأساسية والمتمثلة في : الإشكالية , الفرضيات , أهمية وأهداف البحث, الدراسات السابقة , تحديد المصطلحات, وأبعاد الدراسة على ثلاثة فصول , فصل خاص بسلوكيات الخطر وتناول تعاريف للخطر وسلوكيات الخطر , الأسس النموذجية والمفاهيمية لسلوكيات الخطر كالنظريات المفسرة له والمفاهيم ذات العلاقة به كالوقاية , تنمية الصحة , التفاؤلية الدفاعية والوظيفية والتثقيف الصحي , وتناول الفصل الثاني علم الأوبئة السلوكية , حيث إحتوى على تعاريف لعلم الأوبئة وأنواعه , وتعاريف لعلم الأوبئة السلوكية , مراحل تدخله , الفرق بين علم الأوبئة التقليدي والمعاصر, قياس العبء العالمي للأمراض المزمنة ونظام مراقبتها , وتناول الفصل الثالث المؤسسات العقابية من حيث تطور فلسفة العقاب والإصلاح , تعريف السجن والمؤسسات العقابية وأنواعها , معايير تصنيف المحكوم عليهم , المؤسسات العقابية في القانون الجزائري وأساليب رعاية المحكوم عليهم. أما الجانب التطبيقي فشمل فصلين الرابع والخامس, وقد إحتوى الفصل الرابع على إجراءات الدراسة الميدانية , حيث تم التطرق إلى الدراسة الإستطلاعية من خلال عينتها , أدواتها , كيفية تطبيقها , المعالجة الإحصائية ونتائجها (الصدق والثبات), ثم نستعرض الدراسة الأساسية من خلال منهجها, عينتها , أدواتها , كيفية التطبيق , جمع البيانات و معالجتها إحصائيا , وإنتهت الدراسة بالفصل الخامس الذي شمل عرض النتائج ومناقشتها والتوصيات والإقتراحات.

الفصل
التمهيد

أولاً: الإشكالية:

لقد أصبحت الجوانب النفسية والاجتماعية لصحة الإنسان تحظى بالاهتمام الكبير والواضح من طرف العلماء والعاملين في مجال الطب وعلم النفس وعلم الأوبئة..... الخ. وذلك لما لهذه الجوانب من أهمية في الحفاظ على الصحة والحد من حدوث الأمراض وانتشارها. وهذا ما دفع بهم إلى البحث عن مفهوم الصحة و مظاهرها بهدف توفير رعاية صحية مناسبة للأفراد وحمايتهم من المخاطر الصحية التي قد يتعرضون لها في حياتهم.

فقد كانت مساعي الصحة خلال القرنين التاسع عشر والعشرين موجهة إلى تخفيض أو إزالة المخاطر الصحية التي إرتبطت التحسينات فيها بموارد مياه الشرب وقوانين النظافة العامة إرتباطاً مباشراً بمكافحة الكائنات العضوية المسببة للكوليرا وأمراض الإسهال . فقد نجحت برامج التلقيح الجماعي في إستئصال الجدري من العالم وتم تخفيض مخاطر الأمراض المعدية مثل: الحمى الصفراء، الحصبة، الخناق على الأفراد ومجموعات سكانية بأكملها. وأدت هذه الإجراءات في نواحي عديدة إلى أن يصبح العالم اليوم مكاناً أكثر أماناً تجاه ما كان يعتبر في وقت من الأوقات أمراضاً مميتة أو مستعصية، لكن ذلك تزامن مع تزايد الإضطرابات والسلوكيات التي يمكن تفادي حدوثها مثل الأمراض القلبية، السكري، سرطان الرئة، الإفراط في شرب الكحول وغيرها من المخدرات وحوادث المرور.

وهذا ما يؤكد أن العالم اليوم بدأ يتحول إلى مكان أكثر خطورة ، فالكثير منا لا يزال يعيش بطريقة لا تخلو من الخطر سواء كنا مدركين لذلك الواقع أم لا ، ويتعلق الأمر وحسب ما توصلت إليه عدة دراسات بالأسباب الراهنة للأمراض والوفيات والعوامل الأساسية الكامنة وراءها ، وهي تبين كيف طرأ تبدل جوهري في أنماط حياة مجموعات سكانية بأكملها في العالم وتأثير تلك التبدلات على صحة الأفراد والتي ترجعها إلى عوامل سلوكية .

فعلى سبيل المثال هناك 25% من الوفيات الناتجة عن السرطان وعدد كبير من الوفيات الناتجة عن النوبات القلبية يمكن تجنب حدوثها عن طريق تعديل سلوك واحد فقط وهو التدخين ، كما أن إنقاص الوزن بنسبة 10 % لدى الذين تتراوح أعمارهم بين 35-55 يمكن أن يؤدي إلى خفض نسبة الإصابة بأمراض القلب بنسبة 20% (kannel et Eaker 1986) ، كما يمكن أن يقلل

من نسبة تليف الشرايين ، ومن سرطان المعدة والأمعاء ، والسكري والسكتات والنوبات القلبية .
(شيلي تايلور, 2008)

فحسب المنظمة العالمية للصحة فان أهم عشرة عوامل معروفة عالميا وإقليميا بتسببها لأكثر الأمراض إنتشارا هي: نقص الوزن، الممارسات الجنسية غير المأمونة، التدخين ، تناول الكحول، مياه الشرب غير المأمونة ، عدم التقيد بقوانين الصحة العامة والنظافة ، عوز الحديد ، الدخان المتصاعد من الوقود الصلب داخل الأبنية والمنازل وإرتفاع الكولسترول والسمنة , إن هذه العوامل مجتمعة تتسبب بما يفوق ثلث الوفيات أجمع.

وحسب المنظمة العالمية للصحة دائما فإن عددا صغيرا نسبيا من المخاطر يتسبب بعدد هائل من الوفيات المبكرة و يعود إليه الجزء الأكبر من عبء الأمراض المنتشرة عالميا , وعلى سبيل المثال فان 30% على الأقل من كافة الأمراض التي تعاني منها العديد من البلدان النامية مثل بلدان إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء وبلدان جنوب شرق آسيا يعود إلى أقل من 5 من المخاطر العشرة المذكورة آنفا, فنقص الوزن وحده يشكل السبب الرئيسي لوفاة 6 ملايين طفل سنويا في البلدان النامية، وتتسبب خمس مخاطر على الأقل في سدس مجموع الأمراض المنتشرة في البلدان الأكثر نموا مثل الصين, ويعود سبب معظم الأمراض المتفشية في معظم البلدان الصناعية المتطورة إلى التدخين ، الكحول ، ضغط الدم ، الكولسترول والسمنة ,بالإضافة إلى ذلك فان الأمراض القلبية الوعائية و هي السبب الأول للوفاة في العالم ينتج عن التدخين , إرتفاع ضغط الدم, الكولسترول أو عنها مجتمعة , وعموما يتسبب الكولسترول بأكثر من 4 ملايين وفاة مبكرة سنويا و التدخين بحوالي 5ملايين وفاة.

(المنظمة العالمية للصحة 2002)

وأثبتت دراسات المنظمات الدولية أن مرض السكري يصيب شخصاً بين كل 6 أشخاص ويوجد حوالي 200 مليون شخص مصاب بالسكري في العالم ، ومن المتوقع أن يصل إلى 350 مليون في عام 2025 , وأن أكثر من 70% من هؤلاء المرضى سيكونون من الدول النامية.

(خالد مرغلاني 2009-05-16)

أما بالنسبة للجزائر فإن الأمر لا يختلف عن باقي دول العالم ، وقد بلغ عدد الأشخاص الحاملين لفيروس السيدا سنة 2004 إلى 1657 و635 مصاب بالسيدا , والذي يمثل العدد

الإجمالي منذ إكتشاف أول حالة سنة 1985 , ومنذ هذا التاريخ فإن عدد الحالات في زيادة منتظمة رغم أن الجزائر يعتبر بلد إنتشار السيدا فيه قليل حسب ONU sida / oms والذي يقدر ب 0.01% (Ministre de la justice ;2006)

وحسب المعهد الوطني للصحة العمومية فقد بلغ عدد المصابين بارتفاع ضغط الدم 16,25% السكري 8,78% , الربو 3.75% , الأمراض القلبية الوعائية الأخرى 3,63% و هذا لدى الفئة العمرية من 35....70 سنة.

(Groupe Technique de l' INSP; 2008)

هذا التزايد في نسبة ظهور الأمراض هو الذي أثار فينا الفضول العلمي من خلال ملاحظة زيادة عدد الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة في الوسط العقابي حيث لاحظت الطالبة أنه رغم توفر وتطور طرق العلاج وتحسين الرعاية الصحية داخل الوسط العقابي ورغم كفاية الإمكانيات المادية والبشرية المخصصة لذلك والتي أثبت نجاعتها في التخلص من عديد الأمراض إلا أنه لوحظ تنامي وتزايد في عدد الحالات المصابة بالأمراض المزمنة, وهذا ما نلاحظه من خلال نسبة عدد الأفراد المصابين بها كل سنة في الجدول التالي:

الجدول (1) إحصائيات إنتشار الأمراض المزمنة في الخمس سنوات الأخيرة بين نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب التقارير السنوية لمصلحة الصحة والمساعدة الإجتماعية:

السنة	السكري	الربو	ارتفاع ضغط الدم	السرطان	الامراض القلبية
2004	28	09	27	00	24
2005	31	13	27	00	10
2006	34	45	40	00	02
2008	39	81	69	00	69

وهذا ما يدفعنا إلى التفكير في توجه آخر والذي أكدت الدراسات والبحوث العلمية دوره في نشأة هذه الأمراض , ألا وهو التوجه السلوكي الذي يعتبر من أهم التطورات التي حدثت في مجال الوقاية وتنمية الصحة في السنين الأخيرة (عثمان يخلف 2001)

وعلى العموم فإن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة أهم سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , وهل هذه السلوكيات مميزة لهذه الفئة حسب خصوصيتها أو أنها مماثلة لتلك المنتشرة لدى المجتمع.

و بالإعتماد على ما سبق تكون التساؤلات الفرعية لهذا البحث و التي نطرحها من خلال الدراسة النظرية و الميدانية لموضوع يصعب تحديد أبعاده بدقة كما يلي:

1 - ما هي سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت؟.

2- هل أن الوسط الذي يعيش فيه النزيرل (الوسط العقابي) يؤثر في سلوكاته أو أنها مشابهة لتلك الموجودة في المجتمع ؟

3- هل تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب : السن , الحالة الإجتماعية , المستوى التعليمي , والوضعية الجزائية؟

ثانيا: فرضيات الدراسة:

بالإعتماد على التساؤلات التي طرحت فإنه يمكننا صياغة الفرضيات التالية:

1. سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هي بالترتيب:

1. التدخين

2. عدم ممارسة النشاطات الرياضية

3. السلوكيات الجنسية غير الآمنة

4. المخدرات

2. تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب السن.

3. تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الحالة الإجتماعية.

4. تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب المستوى التعليمي.

5. تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشاراً لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الوضعية الجزائية.

ثالثاً: الدراسات السابقة:

1- في عام 1990 ، قام مورس وزملاؤه (Morris et all) بنشر نتائج دراسة تتبعية لعدد من المشاركين في بحوثه السابقة، وبلغ عددهم 9376 مشارك ممن تراوحت أعمارهم بين 45 و 64 سنة من غير المصابين بأمراض القلب آنذاك، وممن قام بقياس نشاطهم البدني في عام 1976 بواسطة إستبيان يحدد نشاطهم البدني خلال الأربعة أسابيع السابقة لإجراء القياس. ولقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين لديهم 8 فترات من النشاط البدني المرتفع الشدة بلغ معدل إصابتهم بأمراض القلب التاجية بمعدل 1.2 حالة لكل 1000 شخص في السنة، وفي المقابل إرتفعت حالة الإصابة بأمراض القلب التاجية لدى الذين لا يمارسون أي فترة نشاط بدني على الإطلاق لتصل لديهم إلى 8.5 حالة لكل 1000 شخص في السنة أي ضعفين ونصف معدل الإصابة لدى الممارسين.

وعندما تم تقسيم المشاركين في الدراسة إلى أربع مجموعات تبعاً لشدة ممارسة المشي، ظهر بوضوح أن الذين يمارسون المشي بصورة سريعة تتخفض لديهم حالات الإصابة بأمراض القلب التاجية كثيراً مقارنة بالذين يمارسون المشي بصورة بطيئة .
وأن هناك تدرج واضح في مستوى الوقاية من أمراض القلب التاجية تبعاً لمستوى النشاط البدني الممارس.

(Morris, J., Clayton, D., Everitt, M., Semmence, A., Burgess, E. 1990)

2- قام كل من علي كرار عثمان ومنصور النزهة بمسح حول التغذية على المستوى الوطني بالمملكة العربية السعودية بين سنة 1989 وسنة 1994 وكان احد أهدافه بحث مدى انتشار العوامل التي ثبت أنها تؤدي إلى الإصابة بالأمراض القلبية لدى الذكور البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة وهي: السمنة ، فرط كوليسترول الدم، فرط ثلاثي الغليسيريدي بالدم، السكري، ارتفاع ضغط الدم الانقباضي والانقباضي واشتملت العينة على 19598 شخص مثلوا 2837 أسرة والتي تمت زيارتها من طرف الفريق الطبي حيث تم تسجيل كل من: السن، الجنس،

الحالة الاجتماعية والاقتصادية ، المهنة ، السوابق العائلية للمرض وقد تم هذا في 12 منطقة بالعربية السعودية .

اشتمل الفحص الطبي الإكلينيكي على *des mesures anthropométrique* , علامات سوء التغذية , تسجيل ضغط الدم , مستوى الكوليسترول , مستوى السكر حيث تم أخذ كل هذه المعلومات من طرف مشاركين تم اختيارهم بالصدفة حسب الكثافة السكانية لكل منطقة . المعلومات النهائية خصت 13700 لكل الأعمار و بمجموع 6253 راشد من بينهم 2673 ذكر , 3590 أنثى.

الهدف من الدراسة : بما أن العربية السعودية تعد بلدا مختلفا بيئيا و بالتالي هناك إختلاف في نمط المعيشة و في خصائص الأغذية المستهلكة لسكان مختلف المناطق , فكان الهدف من الدراسة تحديد مدى انتشار عوامل الخطر لدى المصابين بالأمراض القلبية و إختبار إذا كان هناك إختلاف حسب المناطق .

النتائج :

تبين من خلال هذه الدراسة أن إنتشار السمنة كان يرتبط إيجابيا بسائر عوامل الإختطار الخمسة لأمراض الشرايين التاجية محل البحث , و لوحظ و جود تباين بين المناطق فيما يتعلق بإنتشار عوامل الإختطار المذكورة , و لقد أدت الخصائص البيئية في المملكة العربية السعودية إلى تباين أساليب المعيشة و أنماط إستهلاك الأغذية بين سكان المناطق المختلفة , الأثر الذي قد يكون سببا رئيسيا في تباين معدلات إنتشار عوامل إختطار الشرايين.

(AK Osman et M al Nozha .2000).

3- أجرى فريق من الباحثين دراسة في السجون الفنلندية , وكان الهدف منها تقييم الأهمية والإختلافات المرتبطة بتناول المخدرات المحظورة , المنومات , والمهدئات لدى عينة من نزلاء المؤسسات العقابية في فنلندا , أجريت الدراسة في شهري أكتوبر ونوفمبر 1995 , في أربعة سجون , ثلاثة منها مغلقة وواحد مفتوح , وواحد من بين السجون المغلقة للأحداث , تم توزيع إستمارات ذاتية الإستكمال لكل النزلاء بالمؤسسة المفتوحة , وفئة من الأحداث , كما تم إختيار فئة ممثلة من المؤسسات الباقيتين وهما من أكبر المؤسسات المركزية , تكونت العينة في مجملها من 354 فردا تم ملؤهم للاستبيانات و 75 رفضوا الإجابة , من بين النزلاء المستجوبين 27.7 %

أشاروا إلى أنهم تناولوا المخدرات المحظورة خلال تواجدهم الحالي في السجن, و 70.1% يتناولونها أحيانا , و 21.7% أشاروا أنهم بدؤوا تناولها في السجن وأن أكثر أنواع المخدرات المحظورة إنتشارا في السجن هي : القنب الهندي والمنبهات . كما أشار 19.2% إلى أنهم إستعملوا المخدرات عن طريق الوريد في لحظة من حياتهم, و 10.7% يستعملون المخدرات عن طريق الوريد حاليا في السجن , كما توصلت الدراسة إلى أن المخدرات المحظورة أكثر إنتشارا بين الشباب الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة.

(Korte T, Pykalainen J, Seppala T 1998)

4- لقد قام المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1999 بدراسة عرضية شملت طلبة الثانوية , طلبة التكوين المهني , طلبة جامعيين , عمال و بطالين من فئة عمرية بين 15-30 سنة , هدفها التعرف على معارف العينة حول التدخين, واشتملت العينة على 60% ذكور و 40% إناث , و بمختلف مستويات التعليم , متوسط , ثانوي وجامعي , لكن حسب المعهد فان العينة غير ممثلة للمجتمع الأصلي للفئة العمرية من 15-30 سنة . حيث إشتمل الإستبيان المطبق على سبعة أسئلة حول التدخين :

- هل هو خطر على الصحة ؟.
 - سوابق التدخين .
 - نتائجه .
 - أخطاره السرطانية.
 - خطره على الأم و جنينها.
 - منع التدخين.
 - كيفية محاربة التدخين.
- تم توزيع 300 استبيان ذاتي الإستكمال أعيد منها 147 في ولاية الجزائر و وهران , و 84 في ولاية بسكرة بالنسبة لجنوب البلاد أي بمجموع 231 إستبيان.
- و تمت هذه الدراسة في غضون 6 أشهر من نوفمبر 1998 إلى غاية افريل 1999 و تم تحليل البيانات عن طريق نظام – EPI –INFO على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية .
- و كانت النتائج كالآتي :

- الشباب عموماً على وعي تام بأن التدخين يمثل خطراً حقيقياً على الصحة (97%)
- 40% منهم حاولوا التدخين.
- فيما يخص آثار التدخين 97% من الشباب أكدوا أن التدخين يؤدي إلى الإصابة بالسرطان.
- من بين أنواع السرطان التي يمكن أن تتسبب فيها التدخين 89% من الشباب حددوا : سرطان الرئة و سرطان الحنجرة.
- 93% من الشباب أكدوا أن التدخين عند المرأة الحامل خطر على الأم و الجنين.
- أكثر من 80% صرحوا أن التدخين ممنوع في قاعات السينما و المكاتب و 69% صرحوا أن التدخين ممنوع في الأماكن العامة.
- و أكثر من واحد على ثلاثة من بين الشباب أكدوا على ضرورة منع التدخين في حدائق التسلية.
- بالنسبة لمحاربة التدخين واحد من بين ثلاثة من الشباب اقترحوا ضرورة تطوير التربية الصحية.
- 27% اقترحوا منع بيع و تصنيع السجائر.

(L'institut National de Santé Publique 1999)

5- قام كل من بشير القصير , و حيدر العتوم , سمير بطارسة , نائلة الجوهري سنة 2000 بالمشح الصحي العالمي بالإعتماد على طلبة المدارس في الأردن للسلوكات المهددة لصحة الطلبة و عوامل الوقاية منها و التي لها علاقة بأسباب المرض و الوفاة بين فئة الشباب و اليافعين, و التي تراوحت أعمارهم بين 13-15 سنة , كسلوكات التغذية , النظافة العامة , الصحة النفسية , النشاط البدني , عوامل الوقاية , السلوكات الجنسية المؤدية للإصابة بمرض الايدز , الأمراض الجنسية الأخرى , تعاطي التبغ بأشكاله و العنف , و كان الهدف من المشح توفير قاعدة بيانات دقيقة عن إنتشار السلوكات التي تهدد صحة الطلاب و عوامل الوقاية لمساعدة الدولة على تحديد أولوياتها و بناء برامجها , و تقديم المشورة لتوجيه الموارد نحو برامج و سياسات الصحة المدرسية و برامج صحة الشباب و معرفة الإتجاهات نحو إنتشار هذه السلوكات لإستخدامها في تقييم و تحسين مستويات الصحة المدرسية و صحة الشباب.

منهجية البحث :

دراسة وصفية لعينة ممثلة لطلاب الفصول الدراسية الثامن و التاسع و العاشر و قد تم إختيار 26 مدرسة حسب التمثيل النسبي لإعداد الطالب في المدارس, و إختيار 78 صفا عينة عشوائية بسيطة و كان حجم عينة الطلبة الذين تنطبق عليهم شروط المشاركة 2613 طالبا و طالبة و بلغ عدد الإستمارات التي عبئت 2457 مع خصوصية الطلاب بحرية المشاركة و بعدم كتابة أسمائهم و قد كانت نسبة الإستجابة الكلية للمدارس و الطلاب 95% , ثم جمعت المعلومات خلال يومي 23- 24 ماي 2003 و إرسال الاستمارات و أوراق الإجابة و نماذج المدارس و الصفوف إلى مركز رقابة الأمراض – أتلانتا بتاريخ 9 جوان 2004 لإدخال البيانات و تحليلها و إعادتها بعد ذلك إلى الأردن.

النتائج :

تبين من خلال تحليل الاستمارات أن 50.3% من العينة كانت من الإناث.

السلوكات التغذوية :

- 13.9% من الطلبة لديهم الاستعداد لزيادة الوزن.

- 32.6% من الطلبة يحاولون إنقاص الوزن.

- 10.3% من الطلبة يذهبون إلى مدارس جوعى.

- 11.4% من الطلبة يأكلون في مطاعم الوجبات السريعة.

- 27.8% من الطلبة يتناولون المشروبات الغازية.

- 16.4% من الطلبة يتناولون الحليب و مشتقاته.

النشاط البدني :

- 16% من الطلبة نشطين بدنيا مدة 60 د يوميا لمدة 7 أيام.

- 82.8% من الطلبة يشاركون بشكل غير كافي في الأنشطة الرياضية.

- 41.3% من الطلبة يمارسون أنشطة مثل استخدام الكمبيوتر و هم جلوس لمدة 3 ساعات فأكثر.

- 77.3% من الطلبة يستغرقون في الذهاب إلى المدرسة و العودة منها مدة اقل من 30د كل يوم خلال الأسبوع.

بالنسبة للسلوكات الجنسية التي تؤدي إلى الإصابة بفيروس السيدا و الأمراض المنقولة جنسيا :

- 97.1% من الطلبة سمعوا بمرض السيدا.
- 70.6% من الطلبة تم تعليمهم في الحصص حول الإصابة بفيروس HIV المسبب لمرض السيدا.
- 65.9% من الطلبة يعرفون بأنه يمكن للناس حماية أنفسهم عن طريق تجنب الاتصال الجنسي خارج إطار العلاقة الزوجية.

تعاطي التبغ :

- 19.9% من الطلبة تعاطوا التبغ بكافة أشكاله لمرة أو أكثر خلال 30 يوما الأخيرة.
- 12.6% من الطلبة دخن السجائر.
- 64.5% من الطلبة أفادوا بان أشخاصا قاموا بالتدخين بحضورهم خلال السبعة أيام الأخيرة.
- 51.7% من الطلبة أفادوا بأن أحد الوالدين أو ولي أمره يتعاطي التبغ بأشكاله.

(بشير القصير, حيدر العتوم, سمر بطارسة, نائلة الجوهري 2004)

6- وفي سنة 2000 أجرى مجموعة من الباحثين دراسة في سجنين من أكبر السجون في مدينة Sorocaba في البرازيل , هدفت إلى التعرف على عوامل الخطر المتعلقة بالإصابة بمرض السيدا , حيث إشتملت العينة على 1059 نزيلة, و تم جمع المعطيات المتعلقة بالخصائص الاجتماع ديمغرافية , السوابق الجزائية, العلاقات الجنسية واستهلاك المخدرات , وتوصلت الدراسة إلى أن:

- 115 نزيلة مصاب بالسيدا أي 12.6%.
- 66% أشاروا إلى أنهم قاموا بعلاقات جنسية مع نساء زائرات.
- 10% أشاروا إلى أنهم قاموا بعلاقات جنسية مع نزلآء آخرين.
- العوامل المتعلقة بالإصابة بالسيدا هي :

- السن اقل من 35 سنة.
- مكان الازدياد (Sorocaba).
- الدخول إلى السجن أكثر من مرة .

(Marins JR et Coll 2000)

6- وفي دراسة قام بها هزاع بن محمد الهزاع (وهي استنتاج لمجموعة دراسات قام بها الباحث في السنوات 2000 , 2001 , 2004) في المملكة العربية السعودية وكان الهدف منها التعرف على مدى انتشار الخمول البدني لدى جميع فئات المجتمع , حيث أجريت الدراسة على عينة من الذكور في مدينة الرياض وكانت النتائج كالتالي:

تراوحت نسبة الخمول البدني في متوسطها من حوالي 60 % لدى الأطفال والناشئة , إلى 71 % لدى الشباب من 18 – 24 لترتفع إلى أكثر من 80% لدى الذكور البالغين من 20 – 65. (هزاع بن محمد الهزاع 2004)

7- و في جوان 2005 أجرى المعهد الوطني للصحة العمومية تحقيق وطني حول الصحة و الذي دخل في الإطار العام لمشروع بحث حول تغير علم الأوبئة و النظام الصحي في دول شمال إفريقيا TAHINA و من أهدافه:

- تقدير عدد الوفيات لدى السكان .

- تقدير استعمال العلاجات .

- تقدير تردد عوامل الخطر عند الراشدين من 35 إلى 70 سنة .

و كانت المنهجية المستعملة مستوحاة من مؤشر النمو السكاني و الذي يسمح بتصنيف كل ولاية من خلال مؤشرات النمو الديمغرافي , الحالة الصحية , الرعاية الصحية , راحة السكان والحالة الاقتصادية . من خلال هذه المؤشرات تم إنشاء نماذج للولايات و التي لها نفس مستوى النمو الصحي و الاجتماعي ثم تم تقسيم 48 ولاية إلى 6 مجموعات STRATES و اشتمل التحقيق على عينة كلية مكونة من 4818 أسرة. 60.8 % في المدينة و 39.2% في الريف المجموع الكلي للأفراد المكونين لها 32463 بمعدل 50.5 ذكور, 49.5 إناث و توصل إلى النتائج التالية: الجدول رقم (2)

الريف	المدينة	الإناث	الذكور	
23.13	25.96	28.45	19.98	ارتفاع ضغط الدم
9.62	13.81	12.54	11.93	السكري
19037	22.30	30.08	9.07	السمنة
10.64	11.55	0.43	26.40	التدخين اليومي

(Groupe Technique de l'INSP 2008)

8- دراسة أجراها كل من ياسمين بنت جعفر , مصطفى عفيفي , فاطمة العجمي , خالد الوحشي بعنوان : تقصي معارف و مواقف و ممارسات طلاب المدارس الثانوية في عمان 2006, حيث قام الباحثون في إطار هذه الدراسة بتقصي ممارسة بعض السلوكيات المؤثرة سلبا على الصحة بين المراهقين العمانيين , و العوامل المرتبطة بهذه السلوكيات و ذلك في عينة وطنية ممثلة من طلبة المدارس الثانوية إشتملت على 1670 من الذكور و 1675 من الإناث و كان متوسط العمر للعينة 17.13 عاما , و تم سؤال هؤلاء المراهقين من خلال إستبيان ذاتي الإستكمال عن ستة سلوكيات محفوفة بالمخاطر و هي :

- التدخين في الوقت الراهن.

- تعاطي الخمر في وقت من الأوقات .

- الخضوع لضغوط الزملاء بتعاطي المخدرات غير المشروعة.

- قيادة السيارات بدون رخصة.

- القيادة بسرعة عالية.

- الاشتباك في مشاجرة عنيفة خلال الشهر السابق على دراسة المسح.

كما تم تقييم المتغيرات الديمغرافية والنفسية و الإجتماعية ذات العلاقة بالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر.

النتائج:

دللت النتائج على أن 4,6% من أفراد العينة هم مدخنين في الوقت الحاضر. 20% اشتبكوا في مشاجرة خلال الشهر السابق للمسح. 33,4% قادوا سياراتهم بدون رخصة قيادة , 33.9% يحبون القيادة بسرعة عالية . و كان الجنس الذكر و ضعف الثقة بالنفس هما أقوى العوامل المنبئة بانتهاج السلوكيات المحفوفة بالمخاطر.

(Y.A. Jaffer,1 M. Afifi,1 F. Al Ajmi1 and K. Alouhaishi 2006)

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة يمكن الخروج بما يلي:

- إن معظم متغيرات الدراسة تم تناولها سواء كلها أو معظمها من طرف الدراسات السابقة .
- كل الدراسات استخدمت الإستبيان كأداة لجمع المعلومات.
- ركزت الدراسات على السلوكيات الأكثر انتشارا دون الاختلافات حسب خصائص معينة.
- لا توجد دراسات تناولت متغيرات الدراسة لدى نزلاء المؤسسات العقابية حيث أن معظم الدراسات التي تناولت هذه العينة ركزت على:
- إنتشار المخدرات والعلاقات الجنسية فقط دون باقي السلوكيات , وفي المجتمعات الغربية أي أنها تختلف ثقافيا مع دراستنا الحالية.
- آثار الإيداع في السجن لمدة طويلة، وأثر ذلك على حجم الجريمة.
- الآثار النفسية للإيداع بالسجن.
- السجن كمجتمع له تنظيم خاص.

وهنا وجب لفت الإنتباه أن الدراسة الحالية ركزت على جوانب أخرى عكس هذه الدراسات , خاصة ما تعلق بالإختلاف في سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة حسب خصائص العينة , وربما تعد الأولى حسب علم الطالبة على المستوى العربي بعد الإطلاع على معظم الدراسات الخاصة بهذه الفئة .

رابعا: أهمية البحث:

« حدائة علم نفس الصحة وقلة الدراسات التي تناولت فئة المساجين خاصة من الناحية الصحية .
« لفت إنتباه عمال الصحة بقطاع السجون إلى إحدى جوانب العلاج التي رغم إغفالهم لها قد تكون من أحسنها - تغيير سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة- .
« تنبع أيضا أهمية الدراسة من كونها الأولى من نوعها حسب علم الطالبة في الجزائر وفي الوطن العربي التي تبحث مدى إنتشار سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى فئة خاصة من المجتمع الجزائري فئة المساجين.

« المساهمة في البرامج العلاجية التي تسعى إليها المديرية العامة لإدارة السجون بالتنسيق مع هيئات ومنظمات عالمية بسبب إنتشار سلوكيات معيقة لصحة السجين عكس ما تسعى إليه هاته الأخيرة.

« التكاليف الباهظة التي أصبحت ترهق كاهل الدولة في المجال الصحي دون الوصول إلى الحد أو خفض نسبة بعض الأمراض خاصة المزمنا منها.

خامسا: أهداف البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى إنتشار سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة كالتدخين ، المخدرات ، العادات الغذائية السيئة ، غياب التمارين الرياضية ، السلوكيات الجنسية غير الآمنة ... الخ لدى عينة من المجتمع الجزائري تأتي منه لتعود إليه ، حيث تشكل عينة الدراسة فئة سكانية مهمة معرضة بسبب طبيعتها الخاصة إلى تبني سلوكيات صحية معينة قد تكون مضرّة، الأمر الذي يحمل في طياته خطر تعرضها أكثر من غيرها إلى الإصابة بالأمراض المزمنا الناتجة عن تلك السلوكيات الصحية الخطرة المتبناة عن قصد أو دون قصد. ويقوم الأساس المنهجي للدراسة على أساس دراسة الإنتشار التي تعد الأساس الذي تقوم عليه جميع برامج الوقاية والتدخل الصحية ، فتخطيط وتنفيذ برامج الوقاية بمستوياتها الثلاثة ومنع أو تخفيض نسبة إنتشار ظاهرة معينة كأنماط السلوك الصحي الخطر التي تقود إلى الأمراض المزمنا لا يمكن أن يتم دون توفر دلائل على مدى إنتشار هذه السلوكيات والفئات العمرية التي تنتشر ضمنها وإرتباطها بأوضاع إجتماعية كالسجن.

سادسا: تحديد المصطلحات الرئيسية للدراسة:

إن تحديد المفاهيم يعتبر من أهم الخطوات التي يجب على الباحث التركيز عليها لأنها تساعد على التحديد وبدقة التعريفات التي يعتمد عليها في بحثه وذلك لتسهيل عملية البحث دون التشعب في أمور قد تذهب به إلى عدم التركيز على هدفه الرئيسي , و أهم المصطلحات المستخدمة في هذا البحث هي:

1. سلوك الخطر

يعرف (Choquet, Marcelli et Ledoux, 1993) سلوك الخطر بأنه سلوك يحتوي أخطار

على السلامة العضوية والنفسية. (Divier Desrichard 2004)

ويعرف Matarazzo وآخرين - 1984 سلوكات الخطر بأنها مرضية وتزيد احتمال الإصابة بالمرض مثل: التدخين، شرب الكحول، الإستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... الخ (Marillou Bruchon et Schweitzer 2002)

2. علم الأوبئة السلوكية: وهو علم يدرس مدى مساهمة بعض سلوكات الخطر كالتدخين

مثلا أو البدانة في حدوث وإنتشار أمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين

ومرض السكري والسرطان... الخ. (عثمان يخلف 2001)

3. النزيل (المحبوس):

كل شخص تم إيداعه بمؤسسة عقابية، تنفيذاً لأمر، أو حكم، أو قرار قضائي (م 7 ق ت س) وبهذا فإن نزلاء المؤسسات العقابية هم كل من يتعرض لتطبيق القانون وتوقيع العقوبة نتيجة لارتكابه فعلا إجراميا يعاقب عليه القانون لحماية المجتمع من خطر الفعل المرتكب، و لتحقيق ردع المجرم وردع بقية أفراد المجتمع، و نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هم الذين يقضون فترة عقوبتهم داخل أسوار المؤسسة أثناء إجراء الدراسة.

4. مؤسسة إعادة التأهيل:

وهي مخصصة لحبس المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة الحبس لمدة تفوق خمس سنوات وبعقوبة السجن. والمحكوم عليهم معتادي الإجرام والخطرين، مهما تكن مدة العقوبة المحكوم بها عليهم والمحكوم عليهم بالإعدام (م 28 ق ت س)

مؤسسة إعادة التأهيل تازولت وهي المؤسسة المتواجدة ببلدية تازولت والتي يقضي فيها المحكوم عليهم في جرائم معينة لفترات السجن المحكوم عليهم بها، وأيضا يمكن وضع المتهمين فيها حسب تقدير الجهات المختصة.

5. التعريف الإجرائي لسلوكات الخطر:

سلوكات الخطر هي كل السلوكات المتعلقة بالصحة والتي بإمكانها أن تؤثر سلبا على صحة السجين المتواجد بمؤسسة إعادة التأهيل تازولت. والتي تظهر درجات مرتفعة في الاستبيان الذي

قامت الطالبة الباحثة بإعداده والمكون من 75 عبارة مقسمة على 14 محورا تعبر عن 4 سلوكيات وهي التدخين ، قلة النشاط البدني ، السلوكيات الجنسية غير الآمنة والمخدرات:

سابعا: أبعاد الدراسة:

1 / البعد الجغرافي: تمت الدراسة بمؤسسة إعادة التأهيل تازولت والواقعة ببلدية تازولت ولاية باتنة.

2/ البعد البشري: النزلاء المتواجدين بمؤسسة إعادة التأهيل تازولت أثناء إجراء الدراسة.

3/ البعد الزمني: تمت الدراسة بعون الله في السنة الدراسية 2008/2009.

الجانب النظري

الفصل الأول

سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة

تمهيد:

لقد حدث تغيير كبير في نمط الأمراض في جميع الدول فبينما كانت الأمراض المعدية ونقص التغذية أكثر الأمراض إنتشارا أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفيات في العديد من دول العالم وتعتبر أمراض القلب , السرطان, السكري والسمنة... الخ أهم هذه الأمراض, ففي العقدين الأخيرين إزدادت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمطا غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابات بهذه الأمراض , وفي هذا السياق كشف Matarrazo 1980 في تقرير علمي هام حول الصحة السلوكية و آفاقه أن معظم المشاكل الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية وبالتالي بإمكان أي شخص تفادي تلك المشاكل إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة (عثمان يخلف 2001).

فالأمرض القلبية الوعائية مرتبطة إرتباطا وثيقا بالتدخين وشرب الكحول وإرتفاع نسبة الكوليسترول , غياب التمارين الرياضية , الضغط الدموي والإجهاد , أما بالنسبة للسرطان فيرجع إلى عوامل مثل التدخين , إستهلاك الكحول و التغذية غير المتزنة , 90% من هذه المتغيرات مطروحة من طرف Mekeown 1979 ونستطيع تعداد الأمثلة الدالة على العلاقة بين نمط الحياة والحالة الصحية. (Marilou Bruchou, Schweitzer 2002)

كما أن عددا من الدراسات العلمية في مجال الطب السلوكي تؤكد أن تجاهل الفرد للإرتباطات بين مشكلاته الصحية من جهة ونمط سلوكه من جهة أخرى من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل , حيث يعتبر هذا التوجه من أهم التطورات التي حدثت في مجال الوقاية وتنمية الصحة في السنين الأخيرة .

(Matarazzo 1984 et Jessor 1982)

أولاً: الخطر وعوامل الخطر

1- الخطر:

على الرغم من وجود تعريفات عدة لكلمة خطر ومخاطر إلا أن التعريف المعتمد في هذه الدراسة هو (إحتمال حدوث نتيجة معاكسة أو عامل يرفع ذلك الإحتمال) أي هو إحتمال ظهور حادثة ما - موت أو مرض - في وقت معين أو خلال زمن محدد, ومن الأخطار المدروسة في علم الأوبئة يمكن أن نذكر نسبة الوفيات - الحادث هو الموت - نسبة مرض ما أو إضطراب في الصحة جد محدد (Marcel Goldberg 1990)

إذن الخطر هو إحتمال حدوث ظاهرة في مجموعة سكانية خلال مدة زمنية .

(Sylvie Bastuji-Garin)

في الحقيقة هذا الإحتمال ليس نفسه لدى كل الأفراد فالسن، بعض المتغيرات الاجتماعية إقتصادية أو بعض المقاييس البيولوجية مثل الضغط الدموي بالنسبة للأمراض القلبية الوعائية هي عوامل تسمى عوامل الخطر (Marcel Goldberg 1990)

2 - عامل الخطر

هو خاصية متعلقة بإحتمال مرتفع لوقوع المرض , وهو تعريف إحصائي لا يسمح بتأكيد الدور

السببي (Sylvie Bastuji-Garin)

وترتبط أربعة من غير الأمراض السارية :الأمراض القلبية الوعائية , السرطان ,داء السكري و الأمراض الرئوية الإنسدادية المزمنة فيما بينها بعوامل إختطار (أي إحتمال وقوع خطر) مشتركة يمكن الوقاية منها و هي مرتبطة بنمط الحياة المتبع, و هذه العوامل هي التدخين، إتباع نمط غذائي غير صحي ،و الخمول البدني و لهذا يجب التركيز على مراقبة عوامل الخطر هذه بصورة متكاملة خاصة أن هناك ما يشير إلى عدم توافر معطيات دقيقة و معتمدة .

و بهذا فإن عوامل الخطر كل متغير مرتبط إحصائياً بحادثة مدروسة، و في مجال الصحة العامة قياس عوامل الخطر لدى مجموعة سكانية هدفه التنبؤ بإنتشار مرض ما في المستقبل في هذه المجموعة (المنظمة العالمية للصحة , 2001).

ثانيا: سلوك الخطر

لقد أثبتت العديد من الأبحاث في مجالات مختلفة منها: علم نفس الصحة، الطب السلوكي وعلم الأوبئة السلوكية... الخ أن جهل الأفراد للعلاقة بين المشكلات الصحية من جهة ونمط السلوك من جهة أخرى يمكن أن يعرضهم لمخاطر صحية في المستقبل فلا شك إذن أن للعوامل السلوكية دورا رئيسيا في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيدا لدور السلوك الفردي في نشأة هذه الأمراض أدرج الأطباء السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية (كارتفاع مستوى الكوليسترول أو ارتفاع ضغط الدم) من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع.

و سلوكات الخطر تعني وضع الذات في خطر ، خطر فسيولوجي للجسم أو للصحة (جروح ،مرض أو موت) وأيضا خطر نفسي وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ، ويمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا .

(Christophe Allanique 12.02.2008)

ويعرفها Matarazzo 1984 بأنها سلوكات ممرضة وتزيد احتمال الإصابة بالمرض : التدخين شرب الكحول, الإستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... الخ

(Marilou Bruchon et Schweitzer 2002)

وتسمى أيضا السلوكات الضارة بالصحة وهي السلوكات التي يمارسها الأفراد وتضر بصحتهم أو تسبب الأذى لمستقبلهم الصحي .

(شيلي تايلور , 2008)

1- أهمية السلوكات الصحية ودورها:

لقد إزدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الأفراد سواء كانت النفسية أو العضوية ,وأكدت أغلب هذه الأبحاث وجود ارتباط كبير بين سلوكاتنا الشخصية والحالة الصحية التي نتمتع بها، وبهذا فإن الأمراض التي نعاني منها ترجع في الغالب إلى سلوكاتنا وعاداتنا الصحية الغير سليمة ,وهذا ما أدى بمعظم دول العلم إلى التفكير في أن الأموال الطائلة والتكاليف الزائدة التي تصرفها في المراكز الصحية لن تفي بالغرض إذا لم يتقن أفرادها إلى أن المحافظة على صحتهم من واجبهم.

وهناك عدة تخصصات إجتمعت على ضرورة التركيز على هذا الارتباط (سلوك - صحة) كل حسب إتجاهه ومنها الطب السلوكي, الطب الوقائي, علم الأوبئة السلوكية, علم النفس المرضي الإجتماعي, علم النفس البيئي و الطب النفسي... الخ وبهذا أصبح السلوك أهم متغير يمكن التنبؤ به عن ظهور وتطور الأمراض وبالتالي التحكم فيها أو الوقاية منها, وسنحاول سرد بعض الدراسات التي تؤكد علاقة السلوك بالأمراض التي يعاني منها أصحاب هذا السلوك:

ففي دراسة قامت بها تايلور وزملائها (Taylor et all 1999) حول علاقة التفاؤل كسلوك فردي بصحة الجسم حيث تكونت العينة من 312 رجلا مصابا بالسيدا، و 238 غير مصاب وكشفت الدراسة عن نتيجة مهمة مفادها أن التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية والجسمية إذ أنه يساعد على التحكم النفسي في الإنفعالات عند المصابين بالمرض (احمد محمد عبد الخالق 1981)

وفي دراسة أجراها 250 باحث على 29 ألف شخص في 52 بلد، والتي تعتبر أهم دراسة علمية كبيرة تؤكد دور العوامل النفسية في أمراض القلب والشرابين في أنحاء عديدة من العالم ، بما فيها دول فقيرة وأخرى متوسطة الدخل ، وكشفت الدراسة على أن 90% من حالات جلطات القلب ترجع إلى عوامل سلوكية يمكن تحاشيها بما فيها التدخين ، إرتفاع ضغط الدم و السكري , وذكر البروفيسور اليميني مصطفى العبسي أن هذه الدراسة تتضمن رسالة قوية للأجهزة والمنظمات الصحية في دول العالم الثالث للعمل على إستهداف عوامل الخطر هذه (مصطفى العبسي 24 - 09 - 2008)

وفي دراسة أخرى قامت بها الباحثة حنان السيد بدر وفيليب مودي حول معتقدات الموظفين الحكوميين الذكور منهم - 1798 كويتي- حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين فكانت النتائج أن غير المدخنين يعتقدون أن التفكير في الصحة يأتي من خارج الشخص ، أي ضبط إجتماعي بالمقارنة مع المدخنين الذين يرون أنهم أكثر قدرة على التحكم في حياتهم , وكان غير المدخنين لديهم معتقدات أفضل عن مضر التدخين، بالإضافة إلى أن الدراسة أشارت إلى أن تدني مستوى التعلم وعدم الزواج هي عوامل خطيرة تؤدي إلى التدخين (حنان السيد بدر و فليب مودي 2005)

كما أن السمنة هي الأخرى والتي تعد ثاني أسباب الوفيات في أمريكا بعد التدخين تعتبر من نتائج السلوكات الصحية غير السليمة ، وجاء في تقرير الدراسة التي أجريت على مليون أمريكي أن

بعض الأشخاص قد يواجهون خطر الموت المبكر بسبب زيادة الوزن وأن هناك علاقة واضحة بين الزيادة المفرطة في الوزن وزيادة خطر الموت بأمراض القلب والسرطان (محمد الخرنجي 2001) ونتساءل من خلال هذه الأبحاث لماذا لا يفعل الأفراد ما هو مفيد بالنسبة لهم؟ لا يوجد جواب واضح لكن أحد الأسباب هو أن أكثرية سلوكيات الخطر تزودهم بلذة فورية مثل: تدخين سيجارة ، أكل كعكة... الخ , وأن نتائجها الضارة تظهر بعد مدة طويلة ومن بين الأسباب الأخرى التأثير الاجتماعي والذي يدفع بالفرد إلى تبني معايير وتطبيقات المجتمع. بعض السلوكيات الضارة تصبح عادات إذ يصبح من الصعب التخلص منها , وفي الأخير ربما الأفراد لا يكتسبون معلومات ومعارف حول أخطار واضحة لها علاقة بسلوكيات خطيرة ولا حول كيفية التخلص منها.

2. الأسس النموذجية و المفاهيمية المفسرة للسلوك الخطر

1.2 أهم النماذج المفسرة للسلوك الخطر (الأسس النظرية)

يعتمد أي باحث أو عامل في مجال علم نفس الصحة أثناء تفسيره لفهم السلوك المولد للمرض على أسس ونماذج علمية والتي يزخر بها التراث العلمي، وفي هذا المجال أقدم مجموعة من العلماء والباحثين في جميع التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية وبناء نماذج نظرية لتفسير سبب تبني الفرد لسلوكيات صحية دون أخرى ومن أهم هذه النماذج :

أ- نموذج المعتقدات الصحية le modèle des croyances envers la santé

1974 Rosenstock

ويعتبر النموذج الأول الذي استعمل لتفسير السلوكيات الصحية ويركز على نظرية الأهمية الذاتية المنتظرة L'utilité subjective attendue وتعتقد أن الفرد لا يقوم بسلوك ما إلا بعد التعرف على خيارات الفعل المحتمل (Carolina Werle et all) ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا إفتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة Bengel and Belz -Merk 1990 (سامر جميل رضوان 2002) .

وبهذا فقرار السلوك الصحي حسب هذا النموذج يعتبر عقلاني وفردى يركز على بعض المطالب الأساسية, ويعتقد أن الصحة قيمة مهمة و أن السبل للفعل مقبولة من طرف الفرد (Jenz et Becker 1984) وفي هذا المجال خمس متغيرات تؤثر على السلوك الصحي:

1- الهشاشة المدركة La Vulnirabilité Percue : الإدراك الذاتى لخطر التعرض لمشكل صحى, أي عندما يدرك الفرد ويقتنع مثلا أن عدم ممارسته للفعل الصحى الوقائى يعرضه لخطر الإصابة بالمرض.

2 - القساوة المدركة La Severité Percue : وهى الأحاسيس المتعلقة بقساوة المرض إذا ما أصيب به أو لم يعالج.

3 - الفوائد المدركة Les Bénéfices Percue :المعتقدات إتجاه نجاعة الأفعال أو الأعمال الموجهة للتخفيض من تهديد المرض.

4 - العوائق المدركة Les Barrieres Percue : يتعلق بالمظاهر الجسمية , النفسية والمادية التى يمكن أن تعيق الفعل الصحى.

5 - السبل للفعل أو نتائج الفعل: Les Pistes d' action ou Les Indicteurs d'action

قد تكون داخلية (أعراض المرض) أو خارجية (نصائح طبيب أو ممرض أو إشهار) (Carolina Werle et all)

فالمدخن الذى يعانى من السمنة لا يدرك أنه معرض لخطر الأزمة القلبية (إدراك إمكانية الإصابة) التى قد تؤدى إلى الموت فجأة (خطورة المرض) غير أن سلوك التوقف عن التدخين قد يرتبط فى ذهن المدخن بالمنافع التى سيجنيها (إنخفاض إحتمال الإصابة) فى مقابل التكاليف المترتبة عن السلوك وأهمها الآثار الجسدية والنفسية (Hagginson 1999)

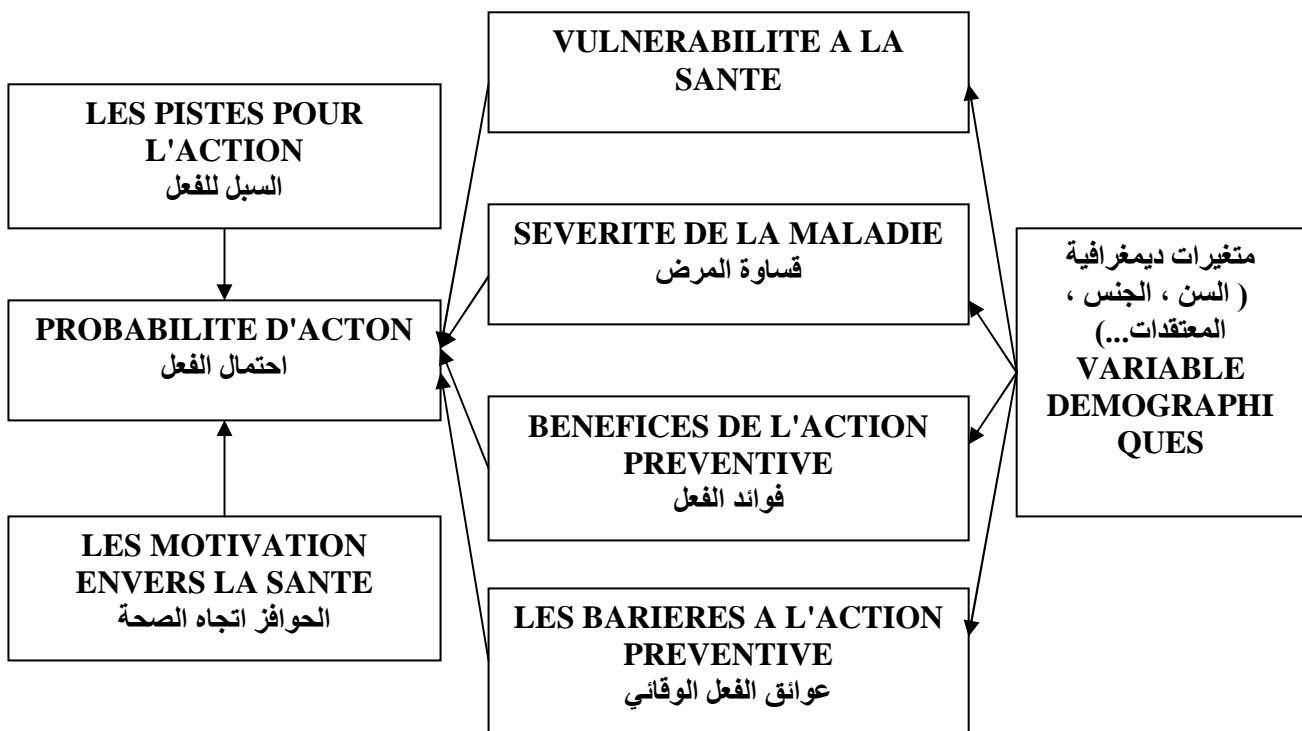
و يرى كل من Jenz et Becker 1984 أن معظم البحوث والدراسات التى إستعملت هذا النموذج النظرى للتنبؤ بالسلوكات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحى من جهة أخرى, أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول إستعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكات وقائية (عثمان يخلف 2002)

فإذا ما إعتبر المدخن مثلا أن صحته غير مهددة أو إعتقد أنه لن يؤثر على إحتمال إصابته بالسرطان إذا توقف عن التدخين فإنه لن يقلع عن التدخين (سامر جميل رضوان 2002)

ولعل ما يقترحه هذا النموذج المعرفي من أفكار هامة وتصورات عقلية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع إستراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية الخطيرة كمرض السيدا والسرطان مثلا أو سلوك الإدمان على المخدرات وأمراض القلب المختلفة التي تكاد تعرف كلها إنتشارا شبه وبائي في مجتمعاتنا هذه الأيام.

لكن النموذج لا يأخذ بعين الإعتبار الصعوبة المتعلقة بتغيير المعتقدات ولا يعطي إقتراحات لتغييرها، ويعتبر أن السلوك يفسر مباشرة بالمعتقدات دون الأخذ بعين الإعتبار دور الإتجاهات ولا يأخذ بعين الإعتبار إلا العوامل الفردية لحدوث الصحة، دون مراعاة دور العوامل الإجتماعية الذي يمكن أن تلعبه - مثل تأثير إستحسان الآخرين للسلوك - فحسب Zani 2002 الفرد يعتبر حسب هذا النموذج كموضوع يأخذ فقط قرارات وكأنه محرر من روابطه الإجتماعية دون عواقب عاطفية أو عقلية وفق منطق la nationalité microéconomique والتي تستند على الإستراتيجيات المعرفية لأقصى الفوائد وأقل أثمان.

الشكل التمثيلي لنموذج المعتقدات الصحية:



(Carolina Werle et all)

فائدة هذا النموذج هو الأخذ بعين الاعتبار المعتقدات والتصورات المشتركة للأفراد وهذا ما يميز النماذج البيوطبية والتي تحاول تعريف الصحة والمرض بكل موضوعية .

أبحاث متعددة أخذت بهذا النموذج لتطوير تبني سلوكيات وقائية ضد السيدا، الأمراض القلبية الوعائية، الكشف عن السرطان.... الخ، وتبني أنماط حياة صحية - القيام بنشاطات رياضية مثلا- كما أنه لهذا النموذج تأثير مهم في إعداد برامج وقائية مختلفة مثل: السل، السرطان و السيدا.

(Marilou Bruchou . Schweitzer 2002)

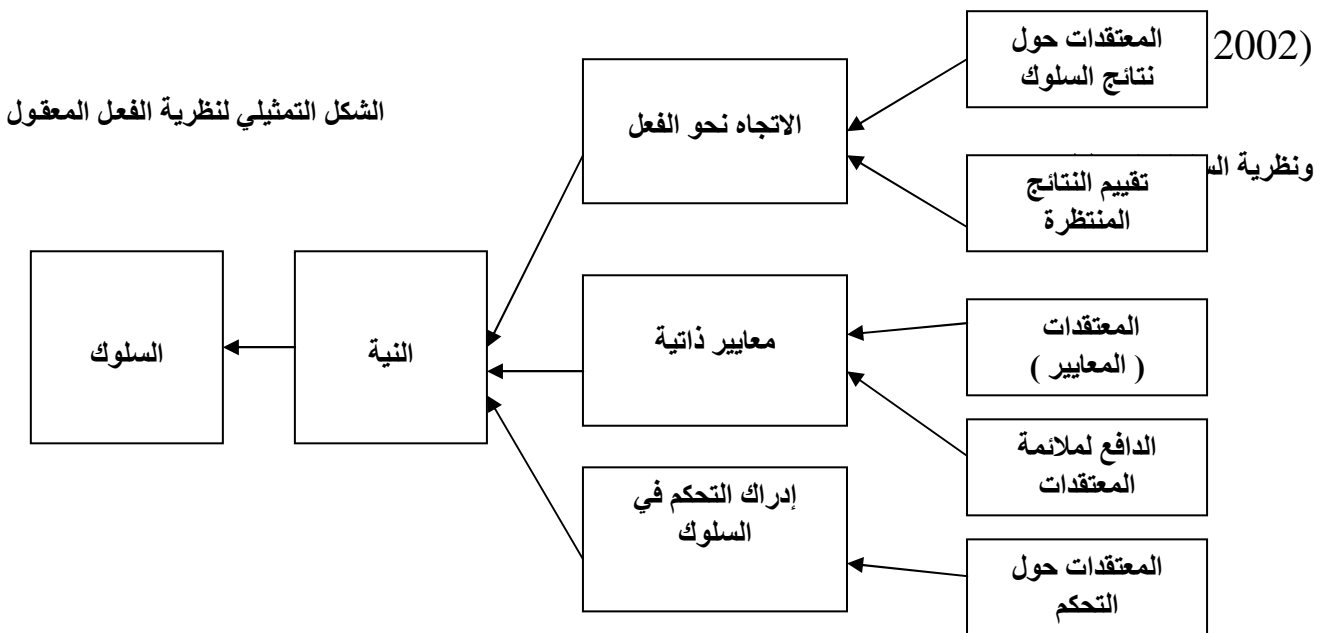
ب- نظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط

La théorie de l'action raisonnée / TAR / et comportement planifié /

TCP / Ajzen et Fishbein 1980

وهي نظريات عامة صممت حتى ندرك ونفهم العلاقة بين الإتجاهات والسلوك , هذه النظريات لما تطبق على السلوك الصحي تضم بعض حدود نموذج المعتقدات الصحية لكنها تضيف بعد قياسي une dimension normative وخاصة في نظرية السلوك المخطط التي أضافت بعد التحكم السلوكي une dimension de contrôle comportementale من طرف نموذج المعتقدات الصحية (Carolina Werle et all)

وتؤكد هذه النظرية أن قرارات الفرد المتعلقة بالسلوك الصحي تستند إلى تقييم عقلائي للمعلومات المتاحة لديه، وتربط بين المعتقدات والإتجاهات نحو الصحة وبين السلوك الفعلي بواسطة متغير وسيط هام هو النية أو المقصد السلوكي حسب النموذج التالي :



إذن تتحدد مقاصد أو نوايا الفعل من خلال عاملين :

- الإتجاه نحو السلوك المشكوك فيه.

- المعيار الذاتي أي من خلال ضغط التوقعات الناجمة عن الآخرين وتشكل القناعات المعيارية

والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج:

● القناعات الشخصية : تتجه نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات.

● القناعات المعيارية : وتقوم على التوقعات من جانب الأشخاص أو مجموعات الإطار

المرجعي للشخص (سامر جميل رضوان 2002)

وتضيف نظرية السلوك المخطط عامل إضافي مقارنة بنظرية الفعل المعقول ألا وهو الصعوبة أو

السهولة المدركة لتبني السلوك النوعي.

مثلا نية التوقف عن التدخين تابعة لإتجاهات الأشخاص حول هذا الفعل وهؤلاء الأشخاص يتأثرون

بمعتقداتهم حول نتائج التوقف عن التدخين (إذا توقفت عن التدخين إحتمال إصابتي بسرطان الرئتين

سوف ينقص) وبتقييمهم لنتائج هذا الفعل (أتمنى أن أكون بصحة جيدة) في حين إدراك نتائج الفعل

يؤثر في المقاصد إذا يجب على الأفراد الإعتقاد بالنتائج السلبية للتدخين. (- Gustave)

Nécolas Fisher 2002

وأخذت هذه النظرية بعين الإعتبار التحكم السلوكي المدرك لأنه ليست كل السلوكات تحت

تصرف الفرد وطبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لبندورا Bandura 1977/1986 فإن نية الفرد

من أجل القيام بسلوك صحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات

الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه, أي أنه على الشخص ألا يعتقد فقط أن التدخين مضر

بالصحة مثلا من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل

عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين

(سامر جميل رضوان 2002) .

الإنتقادات الموجهة لنظرية السلوك المخطط هي أنها ركزت على النسبة الضعيفة للمتغيرات

المفسرة من طرف النموذج في مجمله ، حتى وإن كان قد دمج متغير التحكم السلوكي الذي يمس

بطريقة واضحة التنبؤ بالمقاصد وبالسلوكات, خاصة في حالة الأفعال التي لا تخضع لمراقبة الفرد ,

إهمال تحليل العوامل التي تشرح تحول المعقدات إلى مقاصد وتحول المقاصد إلى سلوكات والعلاقة

بين إدراك الحكم ومشاكل الحكم الفعلي (الأخذ بعين الإعتبار التأثير المباشر للعوامل البنائية والإجتماعية الواسعة) هي أيضا حدود لهذه النظرية (Carolina Werle et all)
حسب زاني 2002 Zani التطورات الحالية لهذه النظرية تهتم بإمكانية دمج متغيرات أخرى للنموذج قريبة من السلوك وأيضا تحليل تأثير السلوك الماضي على السلوك الحالي ، دور القيم المعنوية (أي الانتصارات الفردية على ما هو صحيح أو خاطئ) الهوية الشخصية ، المعطيات العاطفية (لذة ، أو ألم) وأيضا المعطيات المعرفية.

ج- نظرية الدافع للحماية: PMT la théorie de la motivation a la protection

Rogers 1983

يقوم هذا النموذج المعرفي على المعلومات المهددة للصحة وإتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بأنماط السلوك الصحي ،ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين المركبات الأربعة:

- 1 - الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة .
- 2 - القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية .
- 3 - الفاعلية المدركة لإجراء ما , من اجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.
- 4 - توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتساهم هذه المركبات في تشكيل طلائع ممارسة السلوك الصحي، وإستنادا لنظرية الفعل المعقول يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل للسلوك الفعلي .

(سامر جميل رضوان. ريشكه 2007/07/12)

وكل واحدة من هذه المتغيرات تعطي مكانا لعمليات التقييم المعرفية الموافقة ، والتي ستصبح وسيط في تغيير الإتجاهات. والحافز إتجاه الحماية هو نتيجة عمليتين معرفيتين :

- 1 - تقييم التهديد : مقارنة بين القساوة المدركة للمرض و الهشاشة المدركة بالنسبة للمرض المدروس .

2 - تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

تقييم التهديد وتقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية (متغيرات الشخصية والتجارب السابقة) وبمصادر معلومات تأتي من المحيط (إقناع لفظي وتعلم

عن طريق الملاحظة) ، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد نتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار بدء, إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما.

هذه النظرية تأخذ في الحسبان متغير وسيط بين المعتقدات و السلوك و هو الحافز للحماية ، و المتغير المستقل نوعيا في الدراسات على نظرية الدافع للحماية هو مقدار المقاصد السلوكية(

(Carolina Werle et all). (Rogers et Prentice - Dunne

ولقد استعملت بتوسع للتأثير والتنبؤ بمختلف السلوكات الصحية مثل :

- تخفيض إستهلاك الكحول .

- إتباع أنماط حياة أكثر صحية .

- الإنضمام إلى أنظمة طبية .

- الحماية والكشف المبكر ضد السرطان .

- القيام بتمارين رياضية منتظمة .

من جهة أخرى تحليل دقيق أجري على أكثر من 65 بحثا تستعمل هذا النموذج PMT

(Rogers et Floyd et Prentice - Dunne 2002) دلت على أن العلاقات المقترحة من طرف

هذه النظرية قد أكدت ميدانيا .

وهذه الأبحاث المستعملة لنظرية الدافع للحماية ترى أن حافز الفرد للحماية من مرض ما تكون

قصوى إذا كان :

- التهديد على الصحة خطر.

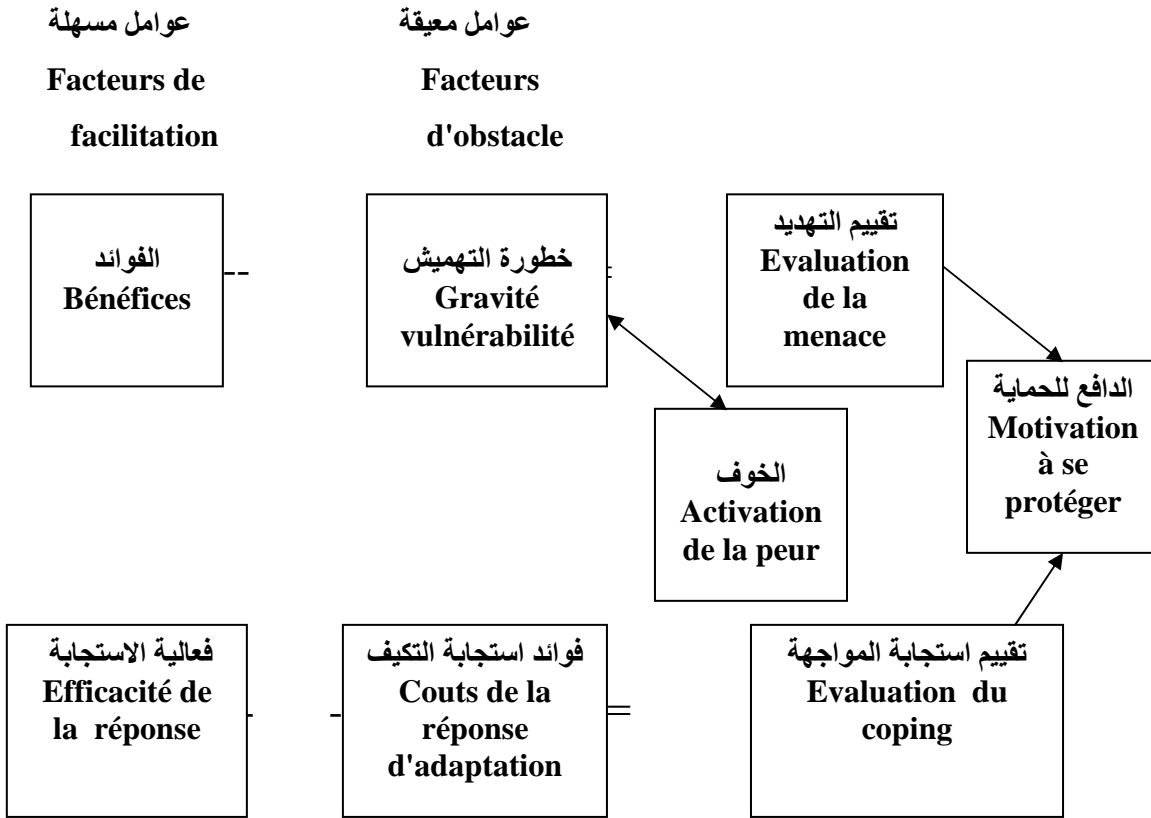
- الفرد يحس بالتهميش.

- الإستجابة تعتبر فعالة لإستبعاد التهديد .

- الفرد واثق من حظوظه للنجاح في تحقيق الإستجابة المكيفة والفوائد المتعلقة بالإستجابة المكيفة

مرتفعة نوعا ما.

الشكل التمثيلي لنظرية الدافع للحماية (1987 Rippeto et Rogers)



(Gustave – Nécolas Fisher 2002)

نتائج التهميش , القساوة , فعالية الاستجابة الوقائية , والفعالية الذاتية على سلوكات معينة دالة إحصائياً حتى وإن كانت معتدلة , هذه النتائج تختلف حسب نوع السلوك المراد تغييره مثلاً :

- بالنسبة لسلوكات التوقف عن نشاط خطير (التوقف عن التدخين مثلاً) المتغيرات المرتبطة بالقدرة على مواجهة التهديد وفعالية الاستجابة وثمر الإستجابة لها آثار أكبر في اتخاذ السلوك الوقائي .

- البدء في نظام غذائي مثلاً: يؤثر عامل آخر في نتيجة المتغيرات التفسيرية ألا وهو سن المستجوبين.

- بالنسبة للوقاية من السرطان , المتغيرات المتعلقة بتقييم التهديد تؤكد روابط جد قوية مع السلوكات أو مقاصد السلوكات على تلك المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد , أما بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الوقاية من التدخين فإن المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد لها آثار جد مهمة على السلوك على تلك المتعلقة بالتهديد.

- في الأبحاث حول الخضوع لنظام غذائي والقيام بتمارين رياضية ندرك وجود علاقة جد قوية بين المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد وذلك صحيح بالنسبة للوقاية من السيدا .

د- النموذج العبر نظري: Le Modèle Transthéorique

Diclemente et Prochasks 1994

ويعنى هذا النموذج بتحديد المراحل التي يمر الفرد من خلالها أثناء محاولته إحداث تغيير في سلوكه ، وبناء على ذلك يتم اقتراح أهداف علاجية وإجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة ، وهذا النموذج صمم أساسا لمعالجة اضطرابات الإدمان ، مثل التدخين ، تعاطي المخدرات وإدمان الكحول. كما طبق في تغيير عادات سلوكية أخرى مثل : أداء التمارين الرياضية ، والفحص الطبي المنتظم للتدخين (Rakowski et al .1993) ويمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الفرد لدى محاولته إحداث تغيير في سلوكه على النحو التالي:

1- مرحلة ما قبل العزم : la phase pré contemplative

وتحدث هذه المرحلة في الوقت الذي لا يكون فيه لدى الفرد أي نية لتغيير سلوكه، فكثير من الأفراد في هذه المرحلة لا يدركون حتى أن لديهم مشكلة ، مع أن المحيطين بهم يدركون وجودها مثال ذلك : مدمن الكحول الذي يغفل تماما عن المشكلة التي يسببها لأسرته. وأحيانا قد يبحث البعض في هذه المرحلة عن علاج للمشكلة ، ولكنهم- على الأغلب- يقومون بذلك لأنهم تعرضوا للضغوط من الآخرين ، وهم بذلك يشعرون بأنهم مكرهون على تغيير سلوكهم ، لذا فليس من المدهش أن يعود هؤلاء وأمثالهم إلى عاداتهم السابقة ، ونتيجة لذلك فإن إجراءات التدخل في سلوك هؤلاء لا تحقق ثمارها.

2- مرحلة العزم : la phase contemplative

في هذه المرحلة يشعر الأفراد بوجود المشكلة ويبدؤون في التفكير بها، لكنهم لا يلتزمون القيام بسلوك معين ، إن الكثير من الناس يضلون في مرحلة العزم لسنوات عديدة مثل: المدخن الذي يدرك تماما أن عليه أن يتوقف عن التدخين ، لكنه لا يلتزم بالتوقف بل يستمر بتحديد الإيجابيات والسلبيات التي يسفر عنها تغيير سلوكه ويستمر بإظهار المظاهر الايجابية المرتبطة بالمتعة التي يسببها الإستمرار في التدخين .

3- مرحلة التحضير: La phase de préparation

في مرحلة التحضير يعقد الأفراد العزم على تغيير سلوكهم دون أن يكونوا قد بدؤوا بعد في التغيير, وفي بعض الحالات يعود ذلك إما لأنهم لم يحققوا النجاح في السابق ، أو لأنهم يؤخرون القيام بذلك إلى حين تمكنهم من إنجاز أمر معين ، أو للتخلص من الضغوط التي يواجهونها في مرحلة ما , وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وجهدا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في السلوك .

4- مرحلة الفعل: la phase d'action

وفي هذه المرحلة يغير الفرد سلوكه خلال مدة معينة.

(شيلي تايلور 2008)

5- مرحلة الاحتفاظ: La phase du maintien

وهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الإبتكاس لمدة طويلة

(عثمان يخلف 2001) .

هـ - مقارنة سيرورة الفعل الصحي: l' approche du processus d'action de santé

Shwarzer 1992

و هو نموذج حاول دمج إستخدامات النماذج الإجتماع معرفية و العامل الزمني لتغيير السلوك المقترح من طرف النموذج العبر نظري.

هدف هذا النموذج هو تحديد الوضع السببي للمعتقدات على الفعالية الذاتية مقارنة بالمتغيرات المتعلقة بالصحة ويتمحور حول العلاقة بين المقاصد السلوكية والأفعال الحقيقية ويعتبر أن تبني ، ظهور أو المحافظة على السلوكات الصحية تتم عبر مرحلتين :

1هـ - مرحلة التحفيز: la phase de motivation عندها يختار الفرد تبني فعل أو خلق نية, وهذه

المرحلة تتأثر بثلاث معتقدات وهي :

ا/ إدراك خطر المرض أو شروط الصحة (إدراك الخطر) .

ب/ النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي (النتيجة المنتظرة من الفعل الوقائي).

ج/ إدراك الفعالية الشخصية.

2ه - مرحلة الفعل: **la phase d'action** عندما يكتب الأشخاص السلوك ويريدون تحديد شدة

المجهود لإستمراريته ، هذه المرحلة تنقسم إلى ثلاث خطوات:

ا/ تحضير مخطط الفعل ومراقبته.

ب/ الفعل.

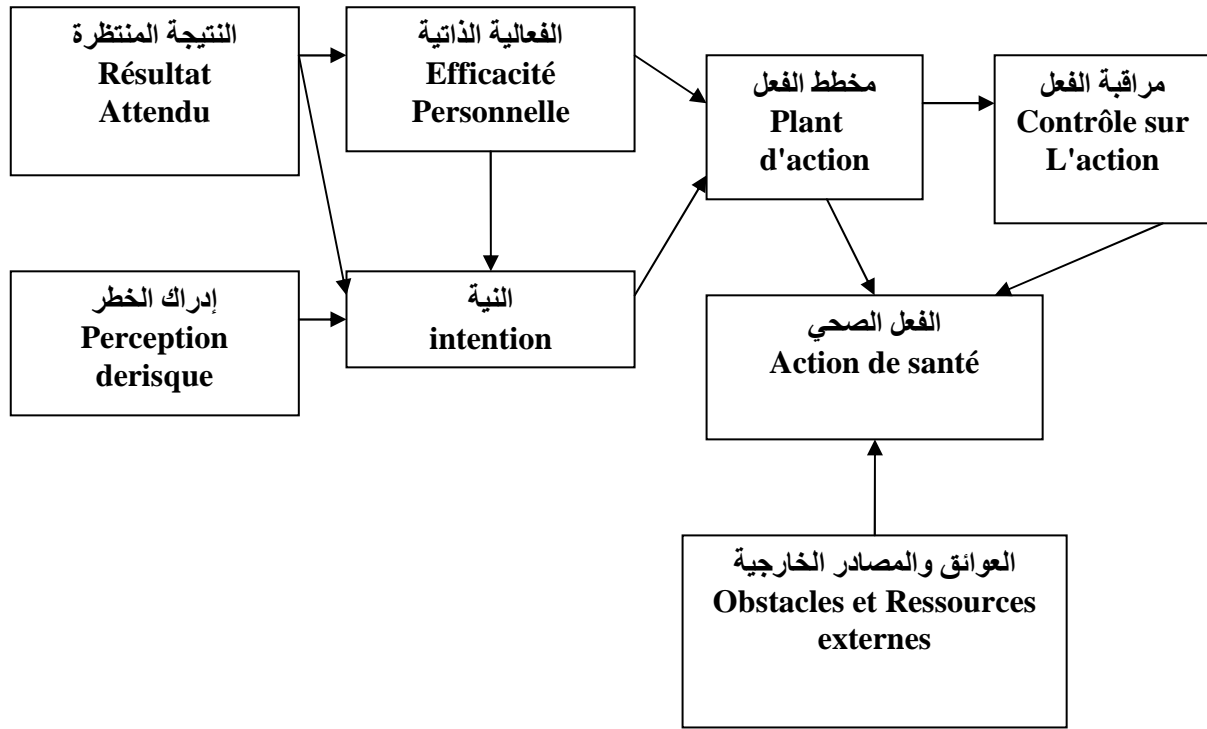
ج/ المحافظة على الفعل

هذه المرحلة تتأثر بمعوقات الفعل وأيضا بالفعالية الشخصية أو قدرة الفرد على الإستمرار في مواجهة التهديد أو الإستمرارية في القيام بالسلوك الوقائي عبر الزمن، هناك عدة دراسات أكدت أهمية هذا النموذج .

Schwarzer et Fuchs 1996 إختبروا هذا النموذج في دراسة حول التغذية المتزنة أجريت على 800 مواطن ببرلين الألمانية. وتجميع المعلومات تم عبر مرحلتين وبفارق 6 أشهر بينهما، في المرحلة الأولى قيست المتغيرات الآتية :

- الفعالية الشخصية .
- التوقعات الإيجابية مقارنة بنتيجة الفعل الوقائي.
- التوقعات السلبية مقارنة بنتيجة الفعل الوقائي.
- إدراك الخطر.
- السوابق السلوكية المتعلقة بالتغذية.
- القصد من الحصول على تغذية متزنة (متغير تابع).

في المجموعة الأولى الفعالية الشخصية فسرت 16 % من متغير النية للحصول على غذاء متوازن ، أما بالنسبة للمجموعة الثانية النية أضيفت كمتغير مفسر لسلوك الخطر خلال الأشهر الستة الأخيرة ، أوضحت النتائج وجود إختلاف حسب الجنس حيث كانت النية هي أحسن منبئ للسلوك بالنسبة للرجال، لكن بالنسبة للنساء الفعالية الذاتية. (Carolina Werle et all)



الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي 1992 Schwarzer

(Gustave.Nicolas Fisher 2002)

ويقوم إدراك الخطر على تقدير ذاتي لدرجة شدة الأمراض والقبالية الشخصية للإصابة الناجمة عن درجة محددة من التهديد (أخشى من إمكانية إصابتي في يوم من الأيام بسرطان الرئة) , مما يثير سيرورات معرفية مثل :البحث عن المعلومات حول الإجراءات المضادة الممكنة , أو تقييم التصرفات ونتائجها , ومثل هذه النتائج يمكن أن تكون معيقة للوقاية مثل (عندما أستمر في التدخين سوف يحبني أصدقائي) أو داعمة للوقاية (إذا ما توقفت الآن عن التدخين فسوف تسترد رثتي عافيتها بسرعة) إلا أن الإحساس بالخطر وتوقعات النتائج غالبا ما تبقى بدون فعالية إذا لم تتوافق مع توقعات الكفاءة (إنني متأكد من قدرتي على رفض السجارة حتى عندما يلح علي الآخرين في ذلك) أو (إنني متأكد من أنه على الرغم من أعراض الحرمان فإني أملك القوة من أجل التوقف عن التدخين) .

(رالف شفارتز 1994)

2.2 الأسس المفاهيمية

أ- الوقاية :

إن أسباب إختلال وتدهور حالة الفرد الصحية تغيرت بتغير المجتمعات فبينما كان السبب الرئيسي للوفيات في بداية القرن 20 يعود إلى الأمراض المعدية والأوبئة الناتجة عنها, أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفيات في عصرنا هذا, ويعود الدور الأساسي في السيطرة على الأمراض المعدية إلى إجراءات الوقاية التي كانت تقوم بها الدول المعرضة لذلك والمتمثلة في التلقيح ، التغذية الصحية ، المضادات الحيوية و النظافة ... الخ.

ولا يزال للوقاية دور هام جدا في حماية مجتمعاتنا اليوم من خطر الأمراض المزمنة خاصة منها السكري ، أمراض القلب والسيدا... الخ

ولذا فقد مورست الوقاية منذ نشأتها بهدف تجنب المرض وفي هذا السياق نشأت المرافق الصحية العامة التي تحولت في مجرى التاريخ إلى الشكل المؤسسي مستخدمة ضمن إجراءاتها تقديم المعارف الطبية , وقد شكلت كل من الجائحة والوقاية من المخاطر الصحية الكامنة ومعالجة الأمراض العناصر الأساسية لهذه المرافق الصحية العامة .

والوقاية ليست عبارة عن مجال تصرف محدد وإنما هي أقرب لأن تكون تسمية جامعة للتصرفات التدخلية من أجل ضمان الصحة وهي لا تتجه إلى الأمراض الواضحة القابلة للتشخيص ، وإنما تحاول إعاقة ظهور الإضطرابات والأمراض بطريقة نوعية وغير نوعية وهذه المحاولة لإعاقة ظهور الإضطرابات والأمراض تتم من خلال الفرضية الأساسية القائلة أن الأمراض مرتبطة بعمليات نمو مرضية لاتكتمل في صورتها النهائية وفق قانونية طبيعية وإنما يتم التأشير عليها باعتبارها سيرورة تفاعلية بين الشخص والمحيط.

ومن هنا فالوقاية ترتبط بصورة وثيقة بأسباب وعوامل الخطر التي تقود إلى حدوث الإضطراب

(سامر جميل رضوان 2008)

وتشكل الإجراءات الوقائية ثلاث إستراتيجيات مختلفة :

2. الوقاية الأولية : تعمل على منع حدوث المرض والإضطرابات الصحية الأخرى, وذلك من

خلال إجراءات التربية الصحية وتعديل السلوك الصحي والإجراءات الوقائية الأخرى .

3. الوقاية الثانوية: وهي إستراتيجية وقائية تعمل على منع إنتشار الأمراض والإضطرابات الصحية الأخرى من خلال التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة التي غالبا ما تستهدف المجموعات الهشة .

4. الوقاية من الدرجة الثالثة : وهي تعمل على تقليل المضاعفات الصحية أو العجز الناجم عن الأمراض والإعاقات التي قد تصيب الفرد وذلك من خلال التأهيل الفعال والخدمات الصحية والنفسية و الإجتماعية المناسبة .

(عثمان يخلف 2001)

ب- تنمية الصحة:

منذ الثمانينات ترسخ مفهوم جديد في مجال الصحة ألا وهو تنمية الصحة بدل تسمية الإجراءات الوقائية الأولية الذي طورته منظمة الصحة العالمية, حيث عرف هذا المفهوم كتطور وقائي يهدف الى التوكيد الأحادي الجانب للإجراءات القائمة على السلوك ، ويقوم على تنمية شروط حياتية صحية .

وتتمية الصحة تعمل على تسهيل حماية وتحسين الحالة الصحية لأفراد منطقة ما :تزيد طول العمر، تحسن نوعية الحياة، تقي وتنقص أثار الأمراض على الأشخاص المصابين وعلى العلاجات المقدمة لهم .

تحسين العوامل البيئية



وتتدخل على مستويين:

تغيير العوامل السلوكية



والتدخلات السلوكية هدفها الأساسي تحسين نمط حياة الأفراد و الذي يقتضي بعض الأفعال لتغيير تصوراتهم، معتقداتهم و اتجاهاتهم وذلك لزيادة معارفهم ومعلوماتهم حول أخطار، أسباب ونتائج الأمراض .

نستنتج إذا أن الأفراد يأخذون قرارات أساسية وأن معارفهم هي أصل أفعالهم.

(Marilou Bruchon.Schweitzer.2002)

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن تنمية الصحة تهدف الى الوصول الى بناء صحي للمحيط الإجتماعي والطبيعي, وتهدف في الوقت نفسه الى إكتساب كل إنسان الكفاءات اللازمة لتحسين

صحته الشخصية ، ويتم تقويم الصحة بأنها واحدة من شروط متعددة من أجل تحقيق نوعية مثلى من الحياة .

فهي تشكل حسب تحديد منظمة الصحة العالمية إجراءات ذات أولوية قصوى ولا يقصد هنا التخلص من أنماط السلوك الخطرة فحسب وإنما إكتساب أنماط سلوك صحية عامة وهذا الإكتساب يشترط وجود تحديد إيجابي لمفهوم الصحة.

وتهدف تنمية الصحة إلى جعل الناس في وضع يمارسون فيه الضبط على صحتهم ودعم الوضع الصحي . (رالف شفارتز 1994)

ح- التفاولية الدفاعية و التفاولية الوظيفية:

يعد مفهوم التشاؤم والمفهوم المقابل له التفاؤل من المفاهيم النفسية الحديثة والتي دخلت إطار البحث المكثف في مجال علم النفس الصحة والتخصصات النفسية الأخرى .

وقد عرفه Scheier et carver 1992 بأنها التوقعات المعممة للنتيجة أي التوقعات للعلاقات المدركة بين التصرف والنتيجة (سامر جميل رضوان , ريشكه 2007/07/12) وقد تكون هذه التوقعات ايجابية (تفاؤل) أو سلبية غير ملائمة (تشاؤم).

ومن هنا نستطيع أن نقول أن الأمر هنا يتعلق بالكيفية التي يدرك من خلالها الأفراد الأحداث , والمواقف المختلفة و يقيمونها فيها ، حيث يساهم أسلوب الإدراك في تطور المرض وازدياده سوءا أو تراجعها , ويعد مفهوم التفاؤل غير الواقعي ذو علاقة وثيقة بمفهوم التشاؤم والتفاؤل .

وتعرف Tayler et Brown 1988 التفاؤل غير الواقعي بأنه شعور الفرد بقدرته بالتفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع أو مظاهر تؤدي إلى هذا الشعور , مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة , وبالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما قد يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض كالسيديا على سبيل المثال , وذلك كما ظهر من دراسة تايلور وزملائها 1992 Tayler et all حيث يعتقدون أن التوقعات غير الواقعية للأفراد إزاء أحداث المستقبل (وخاصة في الأمور الصحية) قد تدفع بهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد (بدر محمد الأنصاري 2001) .

فكيفية تصرفنا تجاه المخاطر الصحية يتعلق بمدى إعتقادنا بأنه بوسعنا تقدير هذه المخاطر وبالتالي التأثير فيها ويدخل في ذلك التصورات الذاتية حول إنتشار وشدة وإحتمال ظهور الأعراض وحول إرتباطها بعوامل الخطر , وكذلك حول قابلية الأمراض للشفاء من جهة ومن جهة أخرى

هناك المعارف حول القابلية الفعالة لتجنب الأضرار الصحية وحول الموارد الواقية لدى الشخص ذاته وعدم القابلية للإصابة (الحصانة) وكذلك على إستطاعة الفرد الذاتية في منع أو تصحيح السيرورات المرضية .

وفي دراسة أجراها Weinstein 1982 على التفاؤل غير الواقعي المتعلق بالقابلية للمشكلات الصحية يذكر في مقدمته : يحث الناس دائما على أن يحموا أنفسهم من المرض والحوادث والأخطار البيئية وحتى إذا لم تكن الإحتياطات والتدابير الوقائية الواجب إتباعها معروفة جيدا فإن المعلومات عنها متاحة عادة , ومع ذلك فكثيرا ما يفشل الناس في إتباع هذه التدابير الوقائية والإحترازاات فهم يعانون من المرض ويتعرضون للأذى البدني والآلام النفسية والتي كان بالإمكان تجنبها (بدر محمد الأنصاري 1998)

ولقد قدم Weinstein تعريفا للتفاؤل غير الواقعي كما يلي (يعتقد الناس أن الحوادث السلبية يقل إحتمال حدوثها لهم بالمقارنة إلى الآخرين ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية يزداد إحتمال حدوثها لهم بالنسبة الى الآخرين) .

ويذكر Weinstein 1982 دراسة قدمت لمائة طالب جامعي من الجنسين قائمة تضم 45 مشكلة صحية تشتمل على عنصرين فرعيين , الأمراض وأسباب الوفاة مثل : الإدمان، الإنتحار، الصرع، أزمة قلبية، القرحة، سرطان الرئة، إتهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامين، عدوى الكلى، تصلب الشرايين، ضربة الشمس، الربو , وتلي كل مشكلة مقياس تقدير من سبع نقاط يضم الإختيارات الآتية :

أقل من المتوسط بكثير، أقل من المتوسط ، أقل من المتوسط قليلا، المعدل نفسه لبقية طلاب جامعتك من جنسك نفسه، أعلى من المتوسط قليلا، أعلى من المتوسط، أعلى من المتوسط كثيرا , ويقوم كل طالب بوضع تقدير فرص إصابته بهذه المشكلات الصحية والمشكلات المهددة للحياة وفرص زملائه في الجامعة نفسها , وكشفت الدراسة أن لدى الطلاب تفاؤلا متحيزا مرتفعا وعدوا فرصة إصابتهم بالمشكلة الصحية أقل من فرصة أقرانهم , كما ظهر أن العوامل التي تزيد في التفاؤل غير الواقعي هي: إمكانية التحكم في المرض أو سبب الوفاة كما يدركها الطلاب , نقص الخبرة السابقة , وبينت الدراسة أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض إحتمالات خطر الإصابة بالأمراض. كما أن نتيجة تمرکزنا حول ذاتنا فإن أي عامل يؤثر في إعتقادنا عن إحتمال إصابتنا بمرض ما يترتب عليه أخطاء في الأحكام المقارنة التي نصدرها عن إحتمال وقوعنا في هذا الخطر

, ومثال ذلك أن نقص الخبرة بمشكلة صحية قد يجعلنا نشعر أنها لا يحتمل أن تحدث لنا بحيث يصبح احتمال وقوعنا تحت هذا الخطر أقل من المعدل .

ففي دراسة لـ 1995 Strecher Krenter et Kobrin والتي أجريت بهدف التعرف على التفاؤل غير الواقعي لمدخني السجائر تجاه إصابتهم بأمراض القلب أو السرطان أو أزمة قلبية وذلك على عينة من المدخنين قوامها 2785 مدخن في ولاية شمال كارولينا الأمريكية , وقد تم توجيهه إستبيان عن مدى احتمال إصابتهم بالسرطان وبعض أمراض القلب مقارنة بغيرهم من غير المدخنين والمدخنين, وقد كشفت النتائج أنه على الرغم من أنهم يعتقدون بأنه يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى غير المدخنين إلا أنهم يعتقدون بأنه يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى المدخنين منهم. (بدر محمد الأنصاري 2001)

وفي دراسة قامت بها Taylor et al 1992 هدفت الى معرفة العلاقة بين التفاؤل وإستراتيجيات التغلب على الضغوط والتوافق والسلوك الصحي والتي شملت 550 فردا من الذكور وهم من نزلاء مصحة في لوس أنجلس الأمريكية لمعالجة مرض نقص المناعة المكتسب (السيدا) بواقع 312 مفحوصا مصابا بالسيدا ، و 238 غير مصاب بالفيروس تراوحت أعمارهم بين 18-50 عاما وكشفت النتائج عن عدم إرتباط التفاؤل بالسلوك الجنسي الذي يعرض صاحبه للإصابة بمرض السيدا , حيث تبين أن كلا من الأفراد المتفائلين وغير المتفائلين في هذه الدراسة يسلكون سلوكا جنسيا لا يسبب لهم الإصابة بالسيدا إلا قليلا . (بدر محمد الأنصاري 1998)

إدراك الخطر و التفاؤلية الدفاعية :

يصعب علينا القيام بسلوك صحي لو أننا لا نستطيع إدراك أخطار مختلفة على الحياة, فإدراك خطر ما أو خبرة القابلية الذاتية للإصابة تحدد نقطة الإنطلاق إلى جانب نقاط أخرى لدوافع السلوك الوقائي , وكما رأينا سابقا فنموذج القناعات الصحية تطرق الى القابلية للإصابة المدركة كعامل سببي للسلوك الصحي . فالأشخاص لا يقومون بسلوك صحي ما إلا بعد إدراكهم للخطر الجدي للمرض وأنهم مهددون شخصيا وإقتناعهم بفاعلية إجراءات الشفاء التي يمكن أن يقوموا بها من جانبهم , إن إدراك الخطر ينتج كوظيفة للأهمية المدركة لحدث ما وإحتمال ظهوره المدرك, ويعتبر الإنتشار المدرك لمرض ما كاشفا لدرجة شدته وخصوصا عندما لايعرف الإنسان أي شيء عن هذا المرض , فقد قام كل من يموت وديتو وكرويلة 1986 بتصنيع عامل خطر وقاموا بالإيحاء إلى أن هذا الخطر منتشر بدرجة عالية وبدرجة قليلة في نفس الوقت , وذلك من خلال قيامهم بتغيير عدد

المرضى الموهومين في المجموعة المرجعية ، إذا لم يكتشف شخص ما عامل الخطر هذا أثناء ذلك عند أغلب الأشخاص الآخرين (إنتشار منخفض) فإنه لن يقدر الخطر بصورة جدية ، إنما إذا إكتشف أن الآخرين يملكون عامل الخطر هذا (إنتشار عالي) فان تقديره للخطر طبيعيا أي أقل تهديدا ، إلا أن التجربة لم تفصل بين درجة الشدة والقابلية للإصابة بصورة مستقلة عن بعضهما .

وكما تخضع درجة الشدة للإدراك المشوه كذلك أيضا فإن القابلية للإصابة غالبا ما تخضع لإدراك مشوه إذا كان على الشخص أن يشير إلى الاحتمال الشخصي لحصول خطر ما عند إعتقاده أنه أقل قابلية للإصابة من الآخرين فإنه يقلل من أهمية الخطر ببساطة ، فإذا كانت فرصة الإصابة بنوع محدد من أنواع السرطان تبلغ 3% فقط، إذا فلماذا سيكون الشخص ذاته ضمن هذه النسبة ؟ ولماذا يتخذ إجراءات وقائية عندما يبدو أن نسبة الخطر ليست عالية ، فالمدخن الذي لا يريد إدراك خطر إصابته بالسرطان عال بنفس درجة المدخنين الآخرين يكون هنا خاضعا لتشوّه معرفي وهو النزعة التفاؤلية أو التفاؤلية اللا واقعية. (رالف شفارتزر 1994)

وأخيرا نقول أن التفاؤلية الغير واقعية لها تأثير غير مباشر على تبني سلوكيات الخطر ممزوجة بعزو سببي (صحتي لها علاقة بالحظ ، القدر) مع أنه في مقال لـ Carver et Scheier 1994 ردا على مقال لـ Schwarzer أوضحنا أنه لا يوجد أي بحث أثبت العلاقة بين التفاؤلية غير الواقعية (الدفاعية) ومشاكل صحية حقيقية (الأبحاث الموجودة أوضحت وجود علاقة عكسية) .

(Marilou Bruchon.Schweitzer.2002)

ذ- التثقيف الصحي:

إن فكرة التثقيف الصحي موجودة منذ القدم , فقد وجد الحكماء والأطباء عبر العصور أن الهدف ليس مداواة المرض فحسب وإنما حفظ الصحة والرفي بها هو الأهم ، إذن فما هو التثقيف الصحي ؟

د1- تعريف التثقيف الصحي :

هو عملية التعلم والتعليم ، والتي من خلالها يغير المتعلمون من سلوكهم الصحي وذلك للوصول الى حالة صحية أفضل. (عصام الصفدي وآخرون 2001)

ويشمل مجموع التدخلات (نشاطات تربوية جوارية، نشاطات إتصال، إعلام الناس، توفير أدوات بيداغوجية وإعلامية للعاملين) والتي هدفها تقوية مهارات السكان لإكتساب إختيارات ملائمة للصحة. (Laurence Dumas 2006)

وقد يخطئ من يظن أن عملية التثقيف الصحي سهلة وبسيطة تهدف الى نشر المعلومات الصحية عن طريق المنشورات ووسائل الإعلام ، ولكن التثقيف الصحي من أصعب الأشياء لأنه يهدف إلى تغيير السلوك وليس فقط نشر المعلومات . إذن إن المعرفة لا تؤدي بالضرورة إلى تغيير السلوك والدليل على ذلك أن الأطباء يعرفون ضرر التدخين ولكن يبلغ نسبة المدخنين بينهم حوالي 40 – 60 % .

إذا فالتثقيف الصحي هو ذلك الجزء من الرعاية الصحية الذي يعني تحسين السلوك, وهو مجموعة من الخبرات المنظمة والمصممة لتسهيل التبني الإرادي للسلوكات المعززة لصحة الأفراد والجماعات والمجتمع .

2د - تعريف عملية تغيير السلوك الصحي:

وهي عملية تحسين أو تعديل لعدة سلوكيات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تثقيفاً أو غيره ، وكمثال على ذلك في حالة مرض تليف الكبد الذي تتم معالجته طبياً وعن طريق تغيير سلوك المريض . فمن السهل تشخيص ووصف وتناول الدواء لكن من الصعب تغيير سلوك شخص ما أدمن على التدخين أو المخدرات أو قلة النشاط الحركي, وهنا يتجلى الدور الفعال للتثقيف الصحي لمساعدة مثل هؤلاء الأشخاص للتعرف على مشاكلهم الصحية وحلها وممارسة قدر كبير من السيطرة عليها , وذلك بتمكينهم من إكتساب المهارات اللازمة لإتخاذ القرار المناسب بشأن صحتهم , وبهذا فقد أثبتت عدة دراسات أن عملية تغيير السلوك الصحي تقلل من حدوث الأمراض وحدوث المضاعفات الناتجة عن الأمراض.

فقد توصلت عدة دراسات أن نمط حياة الإنسان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحدوث المرض والوفاة كما بينت أيضاً أن الوفيات المبكرة تعود في المقام الأول إلى: حوادث السيارات ثانياً: أمراض القلب، ثالثاً: حوادث أخرى (منزلية , رياضية) ورابعاً: الأمراض التنفسية وسرطان الرئة, وهذه كلها يمكن تجنبها بتغيير سلوك المجتمع عن طريق التثقيف الصحي، فعلى سبيل المثال يمكننا التقليل من حالات سرطان الرئة عن طريق زيادة التوعية بأضرار التدخين. (سارة بنت محمد المسعد، 23- 06 - 2007)

حيث يعتبر التدخين أكبر مشكل (WindIe and WindIe 1999) والذي هو السبب الأول للوفيات في م أ (مركز المراقبة والوقاية من الامراض - CDC - 1994) كما يعتبر السبب الأول في الإصابة بالعديد من الأمراض مثل الأمراض القلبية ، وأمراض الرئة الإنسدادية وأيضاً العديد

من أنواع السرطان (CDC - 1994 . 2002) وفي الوقت الحالي التدخين مسؤول عن 31 % من مجمل أنواع السرطان المؤدية للوفاة (الجمعية الأمريكية للسرطان ACS 2006) كما يعتبر سلوك خطر لتطور العديد من هذه الأمراض .

(Michael J. Zvolensky and Jasper A. J. Smits 2008)

أما بالنسبة لداء السكري فان تثقيف المصاب به بكيفية التحكم في معدل السكر في الدم وكيفية التعامل مع أمراض الإرتفاع والإنخفاض فإننا نضمن أن يعيش حياة طبيعية وأن يتجنب المضاعفات مستقبلا من الفشل الكلوي و بتر الأطراف مما يكلف الدولة تكاليف إضافية لعلاجها ويرهق طاقة المستشفيات, وكما هو الحال مع مريض الربو فمع تثقيفه بمرضه وكيفية التعامل معه والبعد عن المثبرات فإننا بذلك نقلل من عدد مرات ذهابه الى الطوارئ عندما تفاجئه أزمة الربو التي قد ينجو منها وقد يفقد حياته أثناء ذهابه إلى المستشفى بسبب عدم علمه بكيفية معالجة نفسه ، ولهذا فالتثقيف الصحي أثر فعال في زيادة وعي المجتمع بأهم المشكلات الصحية مما يساعد على الوقاية منها والتحكم أكثر فيها.

3د - أهداف التثقيف الصحي :

- تقويم العادات والسلوكات غير المرغوبة وإستبدالها بعادات وسلوكات صحية.
- تغيير مفاهيم الناس وقيمهم فيما يتعلق بالصحة والمرض ومساعدتهم على إدراك مفهوم الصحة الحديث، بحيث يساهموا في الفعاليات الصحية بأنفسهم ودون تحريك خارجي .
- أن تصبح الصحة هي غاية المجتمع ككل وذلك بإدراك أهمية الحفاظ عليها .
- رفع مستوى الخدمات الصحية قصد جلب الأفراد لها والإستفادة منها فعليا .

(عصام الصفدي وآخرون 2001)

وفي الأخير كل تدخل تثقيفي موجه لشخص ما هدفه تغيير سلوك صحي ما يجب التركيز فيه على العوامل التي تفسر هذا الأخير لدى الفئة التي يعيش فيها هذا الشخص Godin 1991 هذا الفهم يسمح بإختيار طريقة التدخل الأكثر فعالية وذلك بتعريف محتوى الوسيلة حتى نمس النقاط الحساسة للفئة المستهدفة, إذن يجب في البداية تعريف العوامل النفس إجتماعية التي تفسر تبني أو عدم تبني سلوك ما لدى فئة معينة.

(Gustave.Nicolas Fisher 2002)

خلاصة:

من خلال العناصر التي عرضناها عن حقيقة علاقة سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة بالإصابة بالأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا في عصرنا هذا, يمكن القول أنه يجب التركيز على فهم وتحليل هذه السلوكيات والعوامل الكامنة وراءها. وذلك لأن تفشي هذه الأمراض ووصولها إلى مستويات وبائية يفرض على المجتمعات بأكملها بذل الجهود من أجل وضع حد لإنتشارها والتقليل من فداحة المشاكل الصحية والموت المبكر الذي تسببه ، ولا يتم هذا إلا بتضافر الجهود بين كل النظم الصحية , وهذا ما يتبين من الخبرات المترجمة في مكافحة هذه الأمراض عالميا لأن نجاح البرامج الوقائية يقتضي إتخاذ قرارات وسن تشريعات مناسبة تمكن الأفراد والمجتمع من إتباع أنماط حياتية صحية.

الفصل الثاني

علم الأوبئة السلوكية

تمهيد:

لقد أدى الإرتفاع المذهل للأمراض المزمنة إلى ضرورة تكافل جهود كل العاملين في جميع القطاعات خاصة التي لها علاقة من قريب أو من بعيد بالصحة, من أجل محاولة دراسة هذه الأمراض من كل الجوانب فردية كانت , إجتماعية , إقتصادية أو بيئية ... الخ, وذلك لوضع طرق تدخل ووقاية وعلاج فعالة , وبالتالي وضع حد لهذا الإرتفاع , مما أدى إلى مجموعة من التغيرات في المناهج والطرق المستعملة لذلك , خاصة إذا تعلق الأمر بعلم الأوبئة الذي كان يهتم في وقت مضى بانتشار وتحديد الأمراض والحالات المتعلقة بالصحة في المجموعات السكانية , وهاهو ينتقل نتيجة هذا الإرتفاع المذهل للأمراض المزمنة إلى دراسة الفرد بدل المجتمع ودراسة السلوكيات المتسببة في الأمراض بدلا من المرض في حد ذاته.

أولا- علم الأوبئة

1 - تاريخ علم الأوبئة:

إن علم الأوبئة هو أيضا قديم قدم الطب فهبو قراط (460، 337 ق.م). يقول (توجد علاقة بين المرض و المحيط، كمية الماء، المناخ و العادات الغذائية) لكنه لم يبرر أي شيء. لكن تقديم مناهج كمية في الطب و البيولوجيا يرجع إلى John Graunt 1662 م و الذي يعتبر كمؤسس لعلم الأوبئة و لقد درس معطيات الوفيات في لندن و أرجع الاختلافات الحقيقية إلى الجنس والتغيرات المناخية، و نشر سنة 1662 الملاحظات الطبيعية و السياسية المتعلقة بسجلات الوفيات .

أعمال William fan (المسؤول عن الإحصائيات الطبية في إنجلترا عام 1899) و التي تم من خلالها تتبع هذه الدراسة الإحصائية للوفيات و أخذ بعين الاعتبار بعض عوامل الخطر (نوع العمل، الحالة الاجتماعية و الوضعية الإجتماعية... إلخ) . فيما بعد المعاصر John Snow 1854 لاحظ من خلال الوباء الخطير للكوليرا الذي عرفته لندن أن شارع Broad street كان أكثر تضررا، فدرس عدد الوفيات و قدم خريطة الحالات ووصل إلى فرضية مفادها أن الكوليرا إنتقلت من بئر للماء بهذا الشارع و أوصى بإزالتها الأمر الذي أدى إلى نهاية الأزمة، و إعتبر ذلك بمثابة فتح جديد في علم الصحة العامة و لربما يمكن إعتبارها الظاهرة المؤسسة لعلم الأوبئة .

أثرت التجارب حول الإنسان أيضا في ظهور علم الأوبئة ففي Lind 1747 إهتم بداء الحفر la scorbut و أنجز إحدى أول التجارب على الإنسان و توصل إلى أن إستهلاك الحمضيات يحمي من هذا المرض، قسم البحارين المرضى إلى فوجين و حدد لهم عدة علاجات فشفي فقط البحارين الذين تناولوا البرتقال و الليمون و سبب المرض لم يعرف إلا في القرن 19 عند إكتشاف نقص فيتامين C الذي يسبب داء الحفر .

وفي Jenner 1796 قام بأعمال حول الجدري la variole و لقح لطفل قيح أيدي امرأة مصابة بـ (cow-pax)

1915 Goldberger لقح دم مصاب بداء الذرة pellagre لكي يثبت أنه ليس مرض معدي .

هذه التجارب أعطت معارف مهمة حول سبب الأمراض المدروسة أكثر من المناهج الوبائية حيث يعتبر Fletcher 1905 أول مكتشف (من خلال تجاربه) للعلاقة بين الأرز و مرض béribéri .

عرف علم الأوبئة في النصف الأخير فقط من القرن 20 على أنه علم مؤسس كما تراه معاهد اليوم (Mac-Mahon and pugh 1970) و بمبادئه العلمية المتطورة (Kleinbaum et al 1982 , Rothman 1986 , Mac Mahon and Pugh) خصوصا من خلال مجموعة من الدراسات المهمة :

- الدراسة المشهورة (Framingham heart study) و التي إنطلقت سنة 1949 هدفها دراسة عوامل الخطر القلب الوعائية cardio-vasculaire (Dawber et all) (Kannel et all 1970 McKee et all 1971, 1957)
- الدراسة التجريبية (essai sur le vaccin SALK) سنة 1954 و التي خصت حوالي مليون تلميذ (Lambert and Markel 2000) ... الخ

لكن رغم الدراسات العديدة التي أجريت خلال النصف الثاني من القرن 20 لا يزال علم الأوبئة علم جديد و لا تزال مفاهيمه القاعدية تنتابها بعض الملاحظات في تعريفها خاصة إذا تعلق الأمر بمفهوم السببية و الذي هو أحد أعمدة علم الأوبئة و الذي أثار و لا يزال يثير عدة نقاشات . (عبد الرحمان الأقرع 2007, 2001, Alain Levêque)

2 - تعريف علم الأوبئة :

LA SIENCE DE CE QUI S'ABAT SUR LE PEUPLE = { EPIS
DEMOS
LOGOS

لقد اشتقت كلمة إبيديولوجي من الكلمة الإغريقية (إيبّي) و معناها فوق أو على , و ديموس و معناها الشعب أو الناس , و لوجوس و معناها علم , و عليه يكون معناها الإصطلاحي العلم الذي يتعلق بمجموع الناس و من هنا يستنبط من هذا المفهوم أنه علم خاص بالبيئة , و لكن هناك أيضا الأوبئة البيطرية و علم أوبئة النباتات و علم الأوبئة الميكروبية و غيرها (عبد الرحمان الأقرع 2007)

من خلال هذا التعريف المصدري، نستطيع القول أن تعاريف علم الأوبئة جد متعددة و توضح صعوبة وضع هذا العلم الفتي في مجموع المنطلقات العلمية الموجودة، فعلم الأوبئة هو ذلك العلم الذي يدرس تكرر و توزيع المشاكل الصحية (في الزمان و المكان) و كذلك دور العوامل التي تحددها لدى تجمعات سكانية معينة (Marcel gold berg 1990)

وتعرفه Taylor 1967 بأنه دراسة الصحة و المرض لدى مجموعة سكانية معرفة. ويعرفه Mac Mahon et Pugh 1970 بأنه دراسة إنتشار و تحديد تردد الأمراض لدى الأشخاص، أما Maris 1975 فيعرفه بأنه العلم القاعدي للطب الوقائي و الجوارى. (Alain Levêque 2001)

أما Jenicek فيعرف علم الأوبئة بأنه تفكير و منهج خاص بعمل موضوعي في الطب و العلوم الأخرى للصحة , يطبق في وصف ظواهر صحية ، شرح الأسباب، و البحث على طرق تدخل الأكثر فعالية (Jenicek et Cléroux 1983)

أما المنظمة العالمية للصحة فتعرف علم الأوبئة بأنه دراسة إنتشار الأمراض والإعاقات في الشعوب الإنسانية و التأثيرات التي يحدثها هذا الإنتشار.

أما J; M Last فيعرفه في قاموس علم الأوبئة Dictionary of épidémiology على أنه دراسة إنتشار المحددات و الحالات المتعلقة بالصحة و المرض والحوادث لدى مجموعة سكانية معينة وتطبيق هذه الدراسة لمراقبة المشاكل الصحية , وبالتالي فهو يشمل:

- " الدراسة" وتشمل المراقبة ، الملاحظة ، إختبار الفرضيات ، تحليل الأبحاث و التجارب.

- " الإنتشار" و يتم بالتحليل عبر الزمان ، المكان و فئة الأشخاص المصابين .
- "المحددات " هي كل العوامل الفيزيولوجية ، البيولوجية ، الإجتماعية ، الثقافية و السلوكية.

- "الحالات المتعلقة بالصحة والحوادث" وتشمل الأمراض , أسباب الوفاة والسلوكات مثل: التدخين, إتباع حمية وقائية , توفر واستعمال المرافق الصحية .
- "عينة محددة " وهم الأشخاص الذين يحملون نفس الخصائص مثل تحديد أفراد معينين.
- "التطبيق والمراقبة " الأعمال الواضحة لعلم الأوبئة من أجل تنمية ، حماية و الحفاظ

على الصحة (Alain Levêque 2001)

ولهذا السبب كثيرا ما يشار على علم الأوبئة كعلم أساسي للصحة العامة , لأنه يستعمل أدوات و طرق لوصف التوزيع وتحديد حوادث الصحة بالنسبة لمجموعة معينة وهذه الأدوات أو الطرق تستعمل لوصف عدة أنواع من المشاكل الصحية.

وبهذا فان علم الأوبئة هو علم متخصص بدراسة العناصر التي تتعلق بالصحة والمرض على مستوى المجتمع ,و يعتبر أساس الإنطلاق من أجل التأثيرات الإيجابية في الصحة العامة و الطب الوقائي, كما و يعتبر حجر الزاوية في الوسائل العلمية الخاصة بالأبحاث المتعلقة بالصحة العامة و يقوم في الأساس على مبدأ الطب المبني على تحليل الظاهرة و تحديد المسار العلاجي المثالي للممارسة السريرية.

و تدرج أعمال علماء الأوبئة المختصون لملاحظة ظاهرة تفشي المرض إلى تصميم الدراسة و جمع المعلومات و تحليلها بما يشمل تطوير نماذج إحصائية لإختبار الفرضيات و كتابة النتائج, و يعتمد علماء الأوبئة في أعمالهم على علوم أخرى كعلم الأحياء لفهم مجريات المرض و آلياته, و العلوم الاجتماعية و علم النفس و الطب من أجل فهم أفضل لعوامل الخطر القريبة و البعيدة.

3 - فروع علم الأوبئة

لقد أصبح من المعروف أن لعلم الأوبئة مجموعة من الفروع, هذه الفروع تتميز بطبيعة الأسئلة التي تحاول إيجاد أجوبة لها وأيضا المناهج التي تستعملها للوصول إلى ذلك وهي :

1-3 علم الأوبئة الوصفي: l'épidémiologie descriptive

موضوعه دراسة تكرار و توزيع المشاكل الصحية لدى السكان , هدفه الأساسي وضع النسب و ذلك لتحديد العلاقة بين عدد الأشخاص الذين تتوفر فيهم الشروط بالنسبة للعدد الحقيقي للمجتمع الأصلي , هذه النسب تستعمل لدراسة تكرار ظهور المشاكل الصحية حسب خصائص الأشخاص (السن، الجنس، الوظيفة، الإنتماء الجغرافي حسب مستويات مختلفة، مناطق، بلديات أو قطاعات) و تطورها في الزمان.

2-3 علم الأوبئة التحليلي: l'épidémiologie explicative

هدفه البحث عن أسباب المشاكل الصحية و يدرس دور التعرض إلى عوامل بإمكانها المساهمة في ظهور الإصابات ويعمل على المقارنات التالية:

- مقارنة تردد الإصابة لدى مجموعات من الأفراد مختلفين يظهر من هذه العوامل.
- مقارنة تردد الإصابة و شدة الظهور بين الأشخاص المرضى و الأشخاص غير المرضى.

3-3 علم الأوبئة التطوري: l'épidémiologie évaluative

يركز على الأعمال الصحية في مجموعة ما , موضوع توظيف علم الأوبئة هنا هو كل ما يتعلق بصفة السكان الموت (الوفيات)، الأمراض (نسبة الإصابة) مهما كانت حادة أو مزمنة , متنتقلة أو لا , نتائج الأمراض (عدم القدرة ، الإعاقات) و خصوصا عوامل الصحة الجيدة (الإنجازات ، التكيف)

و تهدف كل هذه الدراسات إلى الربط بين التعرض لعوامل (كالكحول , التدخين , العناصر البيولوجية ،المواد الكيماوية والضغط النفسي) و بين المرض و الموت الناجمين عن التعرض لهذه العوامل ، ويعتبر تحديد العلاقة السببية بين التعرض لهذه العوامل و ما ينتج عنه من المجالات الهامة في علم الأوبئة ، حيث يستخدم علماء الأوبئة المعاصرون (المعطيات المرضية) كأداة هامة , و يستخدم مصطلح المثلث الوبائي لوصف العلاقة بين العامل المرضي، المتلقي (المريض) و البيئة ليستخدم في بعد لتحليل تفشي الوباء.

4- علم الأوبئة كإنتاج سببي

بالرغم من أن علم الأوبئة قد أستعرض في فترة ما كتجميع للأدوات الإحصائية المستخدمة في إلقاء الضوء على الربط بين التعرض للعوامل المرضية من جهة و بين النتائج الصحية المترتبة عنها من جهة أخرى, إلا أن فهما أعمق لدور هذا العلم بدأ منذ إكتشاف العلاقة السببية، فحقل هذا العلم متشعب و معقد إذ يرتبط بعلاقة مع علم الأحياء، علم الاجتماع ، الرياضيات ، الإحصاء، علم السلالات و علم النفس و عليه يصعب إيجاد معطيات غاية في الدقة.

فعلماء الأوبئة يعتكفون على تسخير ركام المعلومات المجمع و حيزا كبيرا من النظريات البيو- طبية و النفس إجتماعية بطرق متكررة من أجل خلق نظرية أو نشر أخرى أو لإختبار فرضية ما ، و لإعطاء بيانات علمية حول ما إذا كانت علاقة ما سببية و كيفية كونها سببية , مع تحري الدقة في كل ذلك (عبد الرحمن الأقرع 2007)

5- علم الأوبئة كأداة للصحة العامة

نرى دائما و نسمع و نقرأ هذين المصطلحين مع بعض, مما يصعب أحيانا تحديد مكان كل واحد , مجاله و دوره بطريقة منفصلة لكن السؤال الذي يطرح نفسه لماذا غالبا ما يكونان دائما مرتبطين و كيف يمكن فصلهما و كيف يكملان بعضهما, الأول يكمل الثاني و الثاني يستفيد من الأول.

الصحة العامة

يرتبط علم الصحة العامة بالعلوم الأخرى إرتباطا وثيقا مما جعل الكثير من علماء الصحة العامة يعتبرونه علما من العلوم الأخرى ويؤكدون أهمية دراسة العلوم الأخرى كأساس ضروري لدراسة الصحة العامة .

و الصحة العامة كما يعرفها Winslow 1920 هي علم وفن حفظ الصحة ومنع حدوث المرض وإطالة الحياة وتنمية الصحة وتطورها وزيادة كفاءاتها من جميع النواحي وذلك بجهود منتظمة من طرف المجتمع , بالإشتراك مع مختلف الجهات الصحية وذلك للوصول إلى الأهداف الصحية التالية :

- توفير بيئة صحية.
 - السيطرة على الأمراض المتنقلة والمعدية.
 - تثقيف الفرد والمجتمع صحيا.
 - تنظيم وتوفير الخدمات الصحية والتمريضية للمجتمع والعمل على التشخيص المبكر للأمراض وتوفير الخدمات العلاجية والوقائية (عثمان يخلف 2001)
- وعلى هذا أصبح علم الصحة العامة يعني (تشخيص وعلاج المجتمع) وهذا ما دعى العاملين في مجال الصحة العامة إلى دراسة تركيب المجتمع (بهاء الدين إبراهيم سلامة 2001) .

وبالنظر إلى مصطلح الصحة العامة نجد أنه يتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة وثانيهما هي الناس أو أفراد المجتمع, وهذا ما يؤكد على ضرورة دراسة الناس والأفراد حتى يمكن تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، وفي الواقع فإن هذا الاتجاه يكتسب أهمية كبرى نتيجة تحول صورة المشاكل الصحية إلى الأنواع التي لايمكن علاجها إلا

بالمشاركة الإيجابية من جانب الناس مثل أمراض سوء التغذية والأمراض المعدية لذا يعرفها
last 2001 بأنها :

(مجال تدخل جهودات منظمة للمجتمع من أجل الوقاية من المرض ، تنمية الصحة ،
وعلاج الأمراض في أحسن الظروف) (Alain Levéque1994)
والصحة العامة تحتوى على الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الإجتماعية
ومكافحة الأمراض المعدية وتنظيم خدمات الطب والتمريض والعمل على التشخيص المبكر
للأمراض مع تعليم أفراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الإجتماعية, وذلك بمجهودات منظمة
للمجتمع من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة والكفاية , ليتمكن كل مواطن من
الحصول على حقه المشروع في الحياة .

الجدول (3) ملخص لمكونات الصحة العامة

01 - الصحة الشخصية التغذية النظافة النوم الراحة الرياضة العناية بالعينين العناية بالأسنان الكشف الطبي	02 - صحة البيئة مياه الشرب تصريف الفضلات التهوية الإضاءة الضوضاء
03 - الطب الوقائي للفرد الصحة الشخصية	04 - الطب الوقائي للمجتمع صحة البيئة الطب الوقائي للفرد

إذن المكونات الرئيسية للصحة العامة هي: الصحة الشخصية ، صحة البيئة ، الطب الوقائي
للفرد ، الطب الوقائي للمجتمع ، فضلا عن العديد من الإجراءات التي نوجزها فيما يلي :
- الدراسات الإستقصائية في مجال الأوبئة .

- التربية الصحية للمواطنين (بهاء الدين سلامة، 2001)

أما علم الأوبئة ومن خلال التعريف المقدم من طرف last 2001 فهو مجال علمي الذي
يدرس حالات الصحة و محدداتها في المجتمعات السكانية (Alain Levêque 2001)

وهو أيضا دراسة إنتشار الأمراض و الإعاقات في المجموعات السكانية وظيفته الأساسية تحديد العوامل التي تؤثر في هذا الإنتشار .

إن علم الأوبئة هو أحد فروع البحث في علم الصحة العامة , فهو يتبع إذن خطوات المنهج العلمي: تعريف المشكل , وضع الفرضيات , تحديد طريقة البحث الموافقة و تحليل النتائج .

(Sylvie Bastuji Garin)

وبهذا فإن علم الأوبئة ذو قطبين:

- من جهة قطب يقترب من الصحة العامة أي قطب عملي و تقريرى هدفه الأساسي البحث عن حجج منطقية و علمية في مجال الصحة العامة و هذا القطب يتعلق بالمقاربة التقليدية لعلم الأوبئة و هذا ما نستطيع قراءته في أغلبية مؤلفات علم الأوبئة على أنه (العلم القاعدي للصحة العامة).

- ومن جهة أخرى قطب قريب جدا من البحث الأساسي و الذي هدفه قبل كل شيء فهم الأمراض و آلياتها مع إستعمال الإكتشافات الجديدة (الكيمياء الحيوية ، الوراثة... الخ) و هذا هو علم الأوبئة الحديث و الذي يهدف إلى إستقصاء عدد لا بأس به من الأمراض و توضيح عوامل الخطر الفردية الأكثر أهمية (الأمراض القلبية الوعائية ،سرطان الرئة، القرحة المعدية و السكري ... الخ) (Alain Levêque 2001)

إن علم الأوبئة يعرف كعلم أساسي للصحة العامة و الصحة الإجتماعية لأنه يزودنا بالمعلومات و البيانات لتوجيه العمل الصحي و الوقائي , فعلماء الأوبئة يستعملون طرق علمية لتحليل الصحة في المجموعات السكانية , هذه التحاليل يمكن أن تطبق في برامج للمراقبة و الوقاية من الأمراض داخل هذه المجموعات.

فعلم الأوبئة هو العلم الجوهرى المشكل لكل مفاهيم الصحة العامة (الأمراض المعدية، الأمراض المزمنة، أمراض الطفولة و الأمومة، التنظيم العائلي و المراكز الصحية... الخ).

ناقش كل من 1985 Mausner and Kraner كيفية إستخدام علم الأوبئة لصالح الصحة العامة , الوقاية و مراقبة البرامج.

علم الأوبئة يهتم بتكرار و نوع الأمراض و الإعاقات في المجموعات السكانية و العوامل التي تؤثر في إنتشارها و هذا يتضمن التوزيع العشوائى للمرض (الوباء) في وسط المجتمع و في مجموعات سكانية مميزة و هذا ما يحتم التفكير في برامج للوقاية و المراقبة.

(De Randy M. Page, Galen E. Cole, Thomas C. Timmreck1995)

و نظرا لطرق الإستقصاء الوبائي السريعة المعروفة بالمنهجية الإحصائية التي تتخذ عينات من المرضى في المجموعة السكانية المتضررة فإنها غالبا ما تلجأ إلى علاج سهل و فعال عن طريق عقاقير فعالة لكنها باهظة الثمن , و إذا ما تم التصدي لذلك من قبل الجهات المختصة في مكافحة المرض فإنه سرعان ما يعاود الظهور نظرا لغياب إستراتيجية عامة في الإستئصال الكلي له.

و إعتقاد منهجية الاستقصاء الوبائي السائدة بدون ربطها بالعوامل السلوكية , الديمغرافية , الثقافية و الإجتماعية سيكون مجرد صورة جزئية لتشخيص المرض و بالتالي بات البحث عن إقتراح مقاربات في إشراك الناس و المجتمع بأهمية الصحة . وهذا ما أدى بعلم الأوبئة إلى التحول من علم الأوبئة التقليدي إلى علم الأوبئة المعاصر , فبعدما كان علم الأوبئة يهتم بدراسة إنتشار الأمراض لدى المجموعات السكانية أصبح يهتم بإنتشارها ومحدداتها لدى الفرد.

ثانيا: علم الأوبئة السلوكية

رغم أن مصطلح علم الأوبئة السلوكية behavioral épidémiology أستخدم في المؤلفات منذ 1970 إلا أنه لم يحدد بوضوح. وعلم الأوبئة السلوكية هو الإطار المقترح لتحديد تسلسل منهجي من الدراسات حول السلوكيات المتعلقة بالصحة , مما يؤدي إلى تدخلات موجهة إلى السكان تستند إلى أدلة واضحة.

1- تعريف علم الأوبئة السلوكية

يمكن إعتبار علم الأوبئة السلوكية مجموع الأبحاث التي تهدف إلى دراسة إنتشار وأسباب المرض والحالات المتعلقة بالصحة لدى مجموعة سكانية كما أنها تختلف عن الأبحاث في الحالات الإكلينيكية.

وزيادة على ذلك فعلم الأوبئة السلوكية يهتم بالأبحاث التي لها هدف واضح لفهم والتأثير في أنماط السلوك الصحي وجزء من أولوياته هو الوقاية من المرض وتنمية الصحة لدى المجموعات السكانية.

(James F. Sallis, Neville Owen and Michael J. Fotheringham 2000)

وعلم الأوبئة السلوكية هو دراسة العوامل السلوكية (نمط الحياة) أو (النفسية) المؤدية إلى الصحة أو المرض لدى مجموعة سكانية معينة. (Psychology 407) ويتضمن التحقيق في عوامل نمط الحياة التي لها علاقة بظهور الأمراض مثال عن هذه العوامل لنمط الحياة: التدخين, نمط الحياة الرتيب, التغذية, وعلاقتها بظهور الأمراض لدى السكان (Robert Friis, 2009).

إذن من خلال هذه التعاريف و إن كانت جد مختصرة نستنتج أن علم الأوبئة السلوكية هو نتيجة نمو سريع للأمراض المسماة أمراض التحضر ألا وهي الأمراض المزمنة, و التي شهدت إنتشارا كبيرا في الآونة الأخيرة مما إستدعى البحث عن أساليب و مناهج تساهم في الحصول على معارف للتأكد من الأسباب الكامنة و راءها, و لهذا نشأ علم الأوبئة السلوكية أو ما يسمى بعلم أوبئة عوامل الخطر أو علم الأوبئة الحديث.

فعلم الأوبئة السلوكية يحتوي على مفهومين:

● العلاقة بين السلوك و المرض

● الدراسة الوبائية للسلوك في حد ذاته

و بهذا فإن علم الأوبئة السلوكية هو التعرف على السلوكات المرتبطة بالمرض، كدراسة العلاقة بين التدخين و سرطان الرئة، بين إستهلاك الكحول و حوادث المرور، بين العلاقات الجنسية و الأمراض المتنقلة عبر الجنس، حيث أنه عندما يتم تحديد العلاقة بين السلوك و المرض (العلاقة السببية) يمكن التخلص من السلوك (سنوات التدخين، تكرار السياقة في حالة السكر، تعدد العلاقات الجنسية) مهمة جدا و مستعملة بتكرار للربط بين السلوك و المرض.

و هذا المفهوم لعلم الأوبئة السلوكية يتماشى بالتوازي مع علم الأوبئة البيئي أو المحيطي و الذي هو دراسة العلاقة بين المرض و الظروف البيئية و أيضا يتفق مع علم الأوبئة التقليدي و الذي هو دراسة توزيع الأمراض و محدداتها.

المفهوم الثاني لعلم الأوبئة السلوكية و هو حديث العهد و يتمثل في تطبيق مناهج علم الأوبئة لدراسة توزيع و محددات السلوك و الذي له علاقة بالمرض .

الخطوة الأولى لعلم الأوبئة السلوكية هي دراسة العلاقات بين السلوك و المرض , إذن هي الدراسة الوبائية للسلوك في حد ذاته كالتدخين مثلا, و ثانيا دراسة من يدخن و لماذا يدخن, و

بالنسبة للعاملين في الصحة العامة كيف يمكن مساعدة الأفراد للتخلص من التدخين أو لكي لا يدخنوا.

بالنسبة للخمول أو عدم ممارسة نشاطات رياضية هو دراسة من هو الخامل؟ ولماذا هو خامل؟ وكيف يمكن مساعدته ليصبح نشطا, هذا المفهوم الثاني لعلم الأوبئة السلوكية يحمل نفس معنى وبائية السرطان أو وبائية الأمراض المعدية وهو دراسة توزيع و محددات السرطان و الأمراض المعدية الذي يختلف عن مفهوم علم الأوبئة التقليدي في التركيز على محددات و توزيع السلوك وليس المرض في حد ذاته .

(J O Mason and K E Powell 1995)

2- مراحل تدخل علم الأوبئة السلوكية :

1. تحديد العلاقة بين السلوك و الصحة

2. إنشاء مقاييس للسلوك

3. تحديد تأثيرات السلوك

4. تقييم التدخلات لتغيير السلوك

5. تجسيد الأبحاث في الواقع

و الأبحاث الأكثر نضجا إهتمت بالمرحلة الأخيرة

(James F. Sallis, Neville Owen and Michael J. Fotheringham 2000)

3- علم الأوبئة التقليدي و علم الأوبئة الحديث: (Neil Pearce;1996)

علم الأوبئة الحديث	علم الأوبئة التقليدي	
العلم	الصحة العامة	- الحافز - motivation
الفرد/عضو/نسيج/خلية/الأجزاء الدقيقة	السكان	- مستوى الدراسة - Level of study
سياق حر	تاريخي/ ثقافي	- محتوى الدراسة - Context of study
التجارب الاكلينيكية	الديمغرافيا/علم الاجتماع	- المخططات - paradigms
ايجابية	واقعية	- زاوية الفهم - Epistemological - approach
من الأسفل إلى الأعلى (تنازلي)	من الأعلى إلى الأسفل (بنيوي)	- استراتيجيات التدخل - Epistemological - strategy
الفرد (في اتجاه التيار)	السكان (عكس التيار)	- مستوى التدخل - Level - of - intrvention

الجدول رقم (4) الفرق علم الأوبئة التقليدي و علم الأوبئة الحديث

4- الأسس المفاهيمية لعلم الأوبئة السلوكية :

إن لكل علم مفاهيم و مصطلحات أساسية يعتمد عليها لتحقيق أهدافه و مفاهيم علم الأوبئة

السلوكية هي:

1-4- الإصابة بالمرض مقابل الوفاة Morbidité contre la mortalité

2-4- الإصابة مقابل الانتشار Incidence Prévalence والذي يهتم ب:

4-2-أ- الظهور (حالات جديدة) : النسبة عند كل إصابة جديدة بالمرض أو عامل الخطر.

L'incidence (nouveaux cas) Taux au cours de laquelle de nouveaux cas (d'une maladie ou d'un facteur de risque) se produisent.

4-2-ب- الانتشار (كل الحالات):

إجمالي العدد المعلوم (المشخص) للحالات (خصوصا : المرض ،عامل الخطر،
الخصائص المتعلقة بالمرض أو بعدمه) في زمن محدد وتساوي (نسبة الإصابة X مدة
المرض).

Prévalence: (Tous les cas) Le nombre total de connu (diagnostic)
des cas (d'une maladie en particulier, des facteurs de risque,
caractéristique de la pensée ou liés à la maladie ou de la non-
maladie) à un point particulier dans le temps. (X = taux d'incidence
de la durée de la maladie)

4-3- نسبة الخطر النسبي : Relative Risk Ratio

يمثل قياس العلاقة الدالة لعامل خطر نوعي أو خاصية تمثل سبب لمرض معين أو
إضطراب ، و تحدد بالمقارنة بين نسبة عدد الأفراد الذين يملكون عامل خطر مثل ارتفاع ضغط
الدم و المصابين بمرض معين أو يعانون من مرض معين مثل أمراض القلب أو النوبات القلبية
و مقارنتهم بالذين لا يملكون هذه العوامل (لديهم ارتفاع ضغط دم عادي) أو بمن يعانون من هذا
المرض أو يعانون من مشاكل صحية.

Relative Risk Ratio: Représente une mesure de l'importance relative
d'un facteur de risque spécifique ou une caractéristique comme une
cause d'une maladie ou un trouble.. Elle est déterminée en comparant la
proportion ou le pourcentage de personnes qui partagent un facteur
particulier (comme l'hypertension artérielle) qui développent une
maladie ou souffrent d'une maladie spécifique critère (comme une
maladie cardiaque ou crise cardiaque) - par rapport à celles qui ne
partagent pas ce facteur (ils ont une tension artérielle normale) et qui est
également de développer la maladie ou la santé ventilation.. Il est ensuite

indiqué que le rapport du pourcentage de ceux qui ont le facteur de risque ou qui ont la caractéristique de la maladie (divisé par), le pourcentage de ceux qui n'ont pas le facteur et souffrent de la maladie..

(Psychology 407)

إن النموذج الإبيديميولوجي هو نموذج إحتمالي (Probabiliste) إذا كان الخطر عموما مرتبط بمفهوم سلبي فهو أساسي و مهم في علم الأوبئة و المقاربة الكلاسيكية للصحة العامة, لأنها تعتمد على إنتشار الخطر أكثر من علم الأوبئة و جانب الصحة العامة الذي يهتم بالوقاية من الأمراض و الذي يميز مقاربات علاجية في الطب و هذا الجانب الذي يرى أنه يجب ألا ننتظر من الخطر أن يكون فعلي حتى نتحقق من وجوده.

و علم الأوبئة يهتم في نفس الوقت بعوامل الخطر و الأسباب .

و الخطر المتعلق (Le risque relatif) أي تأثير المرض على المعرضين مقارنة بتأثيره على غير المعرضين, إلا أنه و في الغالب وسيلة لتحديد الأسباب أحسن من قياس الخطر.

(Yves Coppieters, Florence Parent, Raphaël Lagasse, Danielle Piette 2004)

5- أنواع الدراسات : les types d'études

1-5 دراسة مجموعة:

مجموعة من السكان (سكان عاديون) الذين يحملون نفس الخصائص مثلا الآباء المدمنون على الكحول , و يتم متابعتهم عبر الوقت لتحديد إذا كانوا يشتركون في بعض النتائج الصحية كالإصابة بسرطان الكبد ،أي نفس المجموعة يتكرر إختبارها مرة أخرى و مع ذلك نفس الأشخاص قد لا يكونون قد أختبروا في ذلك الوقت .

Cohort Study: Groupes (échantillons de la population) de personnes qui partagent la même caractéristique (par exemple, les pères alcooliques) sont suivies dans le temps, afin de déterminer si il existe des résultats de santé (par exemple, de devenir alcooliques eux-mêmes, de développer un cancer du foie,Le même échantillon de population est de nouveau au fil du temps, bien que les mêmes individus mai à ne pas (et probablement ne sera pas) l'échantillon à ce moment-là.

2-5- دراسة لانحة :

تشبه دراسة المجموعة و تتطلب إختبار نفس الأشخاص الأصليين طول مدة معينة.

Panel Study: Similaire à l'étude de la cohorte, il faut que les mêmes sujets originaux suivent dans le temps à l'évaluation future de chaque point. Un exemple: le tabagisme des parents et des petits États insulaires en développement ...

3-5- دراسة نموذجية للعينة:

إختبار مجموعات مختلفة من الأشخاص (من السكان العاديين) في نفس الوقت في حين أن الدراسات الطويلة هي إختبار نفس المجموعة أو الأشخاص طوال مدة معينة لتحديد عوامل الخطر المتعلقة بالمرض , المشاكل الصحية أو الوقاية من المرض.

Cross Sectional Studies: Examiner les différents groupes de sujets dans un échantillon de population à un moment (alors que les études longitudinales suivent le même groupe de sujets dans le temps) afin de déterminer les facteurs de risque de maladie et de la santé ou la ventilation de la prévention des maladies

4-5- الدراسات التجريبية:

كثيرا ما تختبر متغيرات ما من أجل تغيير النتائج الصحية وذلك للتمكن من ضبطها أو التخلص منها .

Experimental Studies: souvent de manipuler des variables en vue de modifier les résultats de santé.

(Psychology 407)

ومن خلال ما سبق نرى أن علم الأوبئة السلوكية هو نموذج يعتمد على تعدد العوامل في تحليله لأسباب المرض , فهو بذلك لا يعتمد على عامل أو آخر لتحديد مرض ما وإنما يجب دراسة كل العوامل , نموذج علم الأوبئة هذا يركز على بعض الجوانب العلمية, والتي لا يجب البحث فيها عن سبب مهم و كافي لحادثة ما, و فكرة السبب تم التخلي عنها لفائدة عوامل الخطر بالنسبة للتأثير السلبي , عموما حدوث مرض ما يرجع إلى عدة عوامل خطر, و لا يعتبر أي

عامل من هذه العوامل مهم وكافي لكن كل واحد يرفع من احتمال حدوث التأثير , مفهوم تعدد العوامل للعلاقة السببية موجود في علم الأوبئة منذ 40 سنة و يتجلى واضحا بالرجوع إلى مصطلح تشابك الأسباب {شبكة الأسباب} LA TOILE DES CAUSES .

(Lilienfeld et Lilienfeld, 1980; Last, 2001; Susser, 2001)

هذا المفهوم أستعمل عبر الزمن، مثلا لتوضيح العلاقة بين التدخين و سرطان القصابات الهوائية في الولايات المتحدة الأمريكية منذ العشرينيات تحقيقات وبائية أوضحت الدلالة الإحصائية لهذه العلاقة رغم أنها لم تتقبل من طرف الهيئات العلمية والعاملين بالصحة إلا سنة 1964 .

في هذه المقاربة المتعددة العوامل ، الفرد يبقى وحدة تحليل مميزة في مركز شبكة الأسباب رغم تطور المقاربات البديلة, مثل النماذج البيئية المتعددة المستويات ،علم الأوبئة المعاصر يبقى مميز بالبحث عن عوامل الخطر الفردية رغم أن بعض علماء الأوبئة غير مباليين بهذه الخصوصية أو الفردية للخطر.(Pearce, 1996 ; Diez Roux, 1998 ;Rockhill, 2001) (Patrick Peretti-watel 2004)

6- قياس العبء العالمي للأمراض و عوامل الخطر :

إن الارتفاع الكبير لنسبة الأمراض المزمنة خصوصا في البلدان المتقدمة دفع بهذه البلدان إلى ضرورة التعامل مع الطلب المتزايد على الموارد الصحية وذلك بالتخطيط الإستراتيجي الذي من شأنه أن يزيد من وتيرة التنمية الصحية والنجاح في تحقيق الأهداف الصحية أو يقلل من تكاليف بلوغ تلك الأهداف , وهذا يعني أنه يتوجب على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض والإصابات و عوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها, و كيف يمكن أن يؤدي إعتقاد سياسات و إجراءات تدخلية متنوعة إلى تغيير ذلك العبء ومن هنا تصبح المسألة هي كيفية تقييم الأهمية النسبية للمخاطر الصحية وما يترتب عليها من نتائج في مختلف الفئات الديموغرافية من السكان , ففي عام 1992 أصدر البنك الدولي تكليفا بإجراء أول دراسة للعبء العالمي للأمراض بغرض تقديم تقييم شامل لعبء الأمراض منذ عام 1990 , و قد شملت تلك الدراسة العالم ككل حيث غطت ثماني مناطق لكي تتمكن تلك الدراسة من الخروج بتوصيات لبلدان تمر بمراحل مختلفة من التنمية فيما يخص إتخاذ مجموعة من الإجراءات التدخلية في

مختلف التجمعات السكانية (Jamison et Jardel 1994) , و على الرغم من أن المحاولات السابقة لقياس الأنماط العالمية لأسباب الوفاة كميًا قدمت إسهامًا قيمًا أول الأمر في بناء قاعدة بيانات إلا أنها كانت محصورة في مجموعة واسعة النطاق من أسباب الوفاة .

و لقد نشرت طرق و نتائج العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 على نطاق واسع والتي نتج عنها العديد من المساهمات المتعلقة بعبء الأمراض (Lopez و c.d1997 Murray 1996a.b.c) ومن بين المبادئ الأساسية الموجهة لتقييم عبء الأمراض ذلك المبدأ الذي مفاده أن جميع مصادر البيانات الصحية تقريبًا تتضمن معلومات مفيدة , شريطة فحص مصداقيتها و شموليتها بعناية، و من الممكن كذلك التوصل إلى تحذيرات متسعة داخليًا للوبائيات الوصفية العالمية الخاصة بالحالات الرئيسية إذا ما إجتمع إتباع الطرق السليمة مع أمانة الباحث و الآراء الصادرة عن الخبرة , و لإعداد تحذيرات متسقة داخليًا عن معدل حدوث إنتشار ما يقرب من 500 من العواقب المترتبة على الأمراض و الإصابات محل الدراسة وكذلك مدة دوامها و معدلات الوفاة الناتجة عنها تم إعداد نموذج رياضي لإستخدامه في دراسة العبء العالمي للأمراض عام 1990 من أجل تحويل البيانات الجزئية المتعلقة بمعدل وقوع الأمراض و الإصابات إلى وصف معمق للمعايير الوبائية الأساسية في كل منطقة حسب الفئة العمرية.

(Majid Ezzati : Colin D. Mathers ; Alan D. Lopez et all)

وفي سنة 2000 التجمع العالمي للصحة 53 تبنى قرار مهم حول الوقاية و مراقبة الأمراض المزمنة بهدف مساعدة الدول الأعضاء لخفض التكاليف المتعلقة بنسبة الإصابة , الإعاقات و الوفيات المبكرة بسبب هذه الأمراض , و كان لهذه الإستراتيجية 3 أهداف أساسية:

- 1- إعداد قائمة بالأوبئة البارزة للأمراض المزمنة وتحليل محدداتها الإجتماعية , الإقتصادية , السلوكية و السياسية.

2- خفض مستوى تعرض الأشخاص و السكان لعوامل الخطر المشتركة للأمراض المزمنة .

3- تحسين العلاجات المقدمة للمصابين بالأمراض المزمنة .

ولهذا فقد إستحدثت المنظمة العالمية للصحة نظام لمراقبة هذه الأمراض و هو وظيفة أساسية للصحة العامة على المستوى العالمي , هذا النظام المسمى “de l’OMS Stepwise” هدفه تزويد الدول بمناهج ووسائل مماثلة تسمح لها بتحسين إمكانياتها بتطبيق هذا النظام .

التركيبية الأساسية لهذا النظام تسمح بجمع أكبر عدد ممكن من المعطيات عن الأمراض المزمنة و عوامل الخطر المتعلقة بها , هذه العملية تسمح للدول باستعمال المعطيات النهائية لإتخاذ القرارات.

(Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R 2001)

7- نظام المراقبة: المراقبة خطوة بخطوة: une approche pas-à-pas (Stepwise approach)

هو عبارة عن نظام مراقبة يوفر إطار لمراقبة عوامل الخطر و نسبة الإصابة و الوفيات المتعلقة بالأمراض المزمنة (MNT) ويتم ذلك من خلال :

الجدول (5) مراحل نظام المراقبة **Stepwise approach** لمراقبة الامراض المزمنة:

المرحلة الثالثة نسبة الوفيات حسب الجنس والسن وسبب الوفاة (شهادة وفاة) Taux de mortalité par âge, sexe et cause de décès (certificat de décès)	المرحلة الثانية نسبة الوفيات حسب الجنس والسن Taux de mortalité par âge et sexe (autopsie verbale)	المرحلة الأولى نسبة الوفيات حسب الجنس Taux de mortalité par sexe	الامراض المزمنة MNT الوفيات Décès (<i>passé</i>)
ظهور وانتشار الامراض النوعية Incidence ou prévalence de maladies spécifiques	نسبة الامراض الاساسية في 3 فئات: الامراض المتقلبة , الامراض المزمنة , الجروح Taux et pathologies principales en trois groupes: maladies transmissibles, MNT et blessures	الاستشفاء في عيادات ومستشفيات حسب السن والجنس Admissions dans des cliniques ou des hôpitaux, selon l'âge ou le sexe	الامراض (الحاضر) Maladies (<i>present</i>)
استمارات ومقاييس فيزيائية مباشرة ومقاييس بيوكيميائية Questionnaires plus mesures physiques directes plus mesures biochimiques	استمارات ومقاييس فيزيائية مباشرة Questionnaires plus mesures physiques directes	تقرير حول عوامل الخطر يعتمد على استمارات Rapport sur les facteurs de risque basé sur des questionnaires	عوامل الخطر (المستقبل) Facteurs de risque (<i>futur</i>)

(Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R 2001)

إذ (**Stepwise approach**) هو عبارة عن سياق والذي يبدأ بجمع المعطيات حول الأخطار الأساسية بإستعمال إستمارات في المرحلة الأولى I , ويواصل بمقاييس تعتمد على فحوصات فيزيائية بسيطة في مرحلة II , ثم يتبع بجمع عينات من الدم من أجل التحاليل البيوكيميائية في المرحلة III , و على كل الدول إستعمال نفس الأسئلة كما عليها ألا تستعمل المعلومات من أجل متابعة النتائج داخل البلد و لكن ليتم مقارنتها بالدول الأخرى, لهذا يجب أن تكون الإستمارات و المناهج المستخدمة بسيطة .

مكونات نظام المراقبة:

من مبادئ هذا النظام أن معطيات قليلة بنوعية جيدة مهمة جدا أحسن من معطيات كثيرة بنوعية رديئة أو غياب تام للمعطيات والخصائص الأساسية لهذا النظام تتراوح بين مختلف المستويات لتقدير الخطر و هي:

- 1- جمع المعلومات بواسطة إستبيان (مرحلة I)
- 2- جمع المعلومات عن طريق فحص فيزيائي (مرحلة II)
- 3- إجراء تحاليل بيوكيميائية للدم (مرحلة III)

ولقد توصلت المنظمة العالمية للصحة عن طريق عدة دراسات وتحليلات وبائية خاصة في مجال الأمراض المزمنة إلى حصر عوامل الخطر التي يمكن التحكم فيها والتي كانت السبب في الإصابة المستقبلية بالأمراض المزمنة و هي حسب إرتباطها بالأمراض المزمنة كالتالي:

الجدول رقم (6) عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة

الشروط Condition				عامل الخطر Facteur de risque
أمراض تنفسية Maladies** respiratoires	السرطان Cancer	السكري Diabète	أمراض قلبية وعائية Maladies Cardio- vasculaire*	
×	×	×	×	التدخين Tabac
	×		×	الكحول Alcool
×	×	×	×	التغذية Nutrition
×	×	×	×	غياب التمارين الرياضية Inactivité physique
×	×	×	×	السمنة Obésité
		×	×	ارتفاع الضغط الدموي Pression sanguine augmentée
	×	×	×	نسبة السكر Glycémie
	×	×	×	نسبة الدهون Lipidémie

* y compris maladies cardiaques, maladies cérébrovasculaires, hypertension

* تشمل أمراض القلب, أمراض الأوعية الدماغية, وارتفاع الضغط الدموي .

** y compris maladies pulmonaires obstructives chroniques et asthme

** تشمل أمراض الرئة الإنسدادية المزمنة والربو.

إذن نظام المراقبة **Stepwise** يعد من البرامج التي تساعد على مراقبة الأمراض المزمنة في مختلف الدول وبالتالي المساهمة الفعالة في سياسة الوقاية والتدخلات الأولية للرعاية الصحية .

ولقد إعتمدت كثيرا من الأبحاث المتعلقة بعبء الأمراض و التي أجريت على مدى العقد الماضي على الجهود المنهجية والتجريبية التي جعلت من دراسة العبء العالمي للأمراض تطورا كبيرا في مجال إحصائيات الصحة العالمية, ولم يكن التقدم في مجال تطوير القاعدة الوبائية لتقييم عبء الأمراض الناتجة عن العديد من الأمراض و الإصابات ذات الأهمية يسير على وتيرة واحدة وذلك على الرغم من التحسينات الضخمة في البيانات و الطرق المتاحة للتقييم , و على الرغم أيضا من بعض التقدم الذي تحقق في البيانات و فهم وبائيات بعض الأسباب الرئيسية لسوء الصحة مثل فيروس داء السكري , وعلى الرغم من ذلك فلا يزال الوصول إلى تقديرات أكثر موثوقية لأعباء الأمراض على مستوى العالم يواجه العديد من التحديات المنهجية و التجريبية .

لكن بفضل الإستخدام واسع النطاق لمفاهيم عبء الأمراض بين الهيئات الوطنية والدولية , منذ أن نشرت النتائج الأولى لدراسات المنظمة العالمية للصحة و الإهتمام المتزايد في تحسين الدراسات الوبائية الوصفية الأساسية للأمراض, الإصابات وعوامل الخطر من قبل البلدان والهيئات , تم وضع الأسس لتقييم الصحة السكانية المستقبلية , وكلما زاد إنتشار البرامج والسياسات الرامية إلى تحسين الصحة على مستوى العالم كلما زادت الحاجة إلى تقييمات شاملة موثوق بها وقابلة للمقارنة ليتسنى القيام بمتابعة دورية للصحة في العالم لمدى نجاح أو عدم نجاح التدابير الساعية إلى تعزيز الصحة وتقليل عبء الأمراض.

(Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R 2001)

والجزائر مثلها مثل باقي دول العالم قامت بتطبيق هذا النظام من خلال الدراسة الحديثة سنة 2003 حيث أجريت الدراسة في أكبر ولايتين من ولايات الجزائر سطيف و مستغانم , وشملت 4156 فردا من الجنسين , وتراوح السن بين 25 – 65 سنة , حيث إحتوت عينة ولاية سطيف

على 1996 فردا , وولاية مستغانم على 2140 فردا, وكانت خصائص العينة الكلية كما يلي:
(OMS 2003)

المجموع	النسبة %	الإناث العدد	النسبة %	الذكور العدد	السن (السنوات)
1427	36,6	917	31,3	510	34 -25
1212	29,3	735	29,3	477	44-35
927	21,4	536	24,0	391	54-45
570	12,8	320	15,4	250	64-55
					الوسط
1565	36,9	925	39,3	640	المدينة
2571	63,1	1583	60,7	988	الريف
					الولاية
1996	48	1205	48,6	791	سطيف
2140	52	1303	51,4	837	مستغانم
4136	100	2508	100	1628	المجموع

الجدول رقم (7) خصائص عينة نظام المراقبة 2003 في الجزائر Stepwise

وكانت النتائج الخاصة بنسبة إنتشار التدخين, الكحول, السكري, إرتفاع ضغط الدم وعدم القيام بالنشاطات الرياضية كالآتي:

1- التدخين :

- المدخنين الحاليين 12,8 % وتوجد فروق بين الذكور والإناث.
- سن بداية التدخين 18 سنة بالنسبة للذكور , 19 سنة بالنسبة للإناث.
- معدل سنوات التدخين 22 سنة بالنسبة للذكور , 20 سنة بالنسبة للإناث.
- معظم المدخنين يدخنون سجائر مصنعة (85,1 %) .
- متوسط السجائر المستهلكة في اليوم 15,3 %.

2- الكحول :

- 51 % صرحوا بأنهم يستهلكون الكحول وهذه النسبة تتزايد حسب السن حيث تتجاوز 3,7 % بالنسبة للفئة العمرية 25-34 سنة , 6,3% بالنسبة للفئة العمرية 55-64 سنة , وأعلى نسبة إستهلاك سجلت لدى الفئة العمرية 45-54 سنة حيث بلغت 7% .
- متوسط سن المستهلكين للكحول 43 سنة , وهي أكثر إنتشارا عند الذكور مقارنة بالإناث (12,9% مقابل 0,2 %) أي 52 مستهلك مقابل مستهلكة واحدة.
- لا توجد فروق دالة حسب مكان الإقامة , لكن إستهلاك الكحول يختلف حسب ولاية إقامة المستجوبين وهي مرتفعة بالنسبة للمقيمين في مستغانم حيث بلغت 6,9 % و 3,3 % بالنسبة لولاية سطيف.

3- السكري :

- 8,9 % قاموا بإجراء تحاليل السكري خلال 12 شهرا الماضية.
- 2,9 % صرحوا بأنهم مصابين بداء السكري وأعلموا من طرف طبيب أو مختص.
- 1,1 % تحت العلاج بالأنسولين .
- 1,8 % تحت العلاج بالأقراص خلال الأسبوعين الأخيرين للدراسة.
- 2 % يتبعون حمية .

4- إرتفاع ضغط الدم:

- من بين المستجوبين 447 أي 10,8 % صرحوا بأنهم مصابين بإرتفاع ضغط الدم .
- أكثر من النصف حوالي 58,5% من المستجوبين أكدوا أن آخر مرة تم فيها قياس ضغط الدم كان خلال 12 شهرا الماضية , 32,2 % خلال الفترة من سنة إلى خمس سنوات , و 9,3 % أكثر من خمس سنوات.
- من بين الحالات المصابة بإرتفاع ضغط الدم 9,1 % صرحوا بأنهم أعلموا من طرف طبيب أو مختص أنهم مصابون خلال 12 شهرا الماضية .
- تبين أن نسبة المصابين تزداد بزيادة السن , حيث تجاوزت 2% بالنسبة للفئة العمرية 25-34 سنة , و 31,4% بالنسبة للفئة العمرية 55-64 , وهي جد مرتفعة لدى الإناث 13,3 % مقارنة بالذكور 7 %.
- كما تبين أن 6,6% تحت العلاج بالأدوية خلال الأسبوعين الأخيرين للدراسة .

- 6,3% يتبعون حمية.

5- عدم القيام بالنشاطات الرياضية:

- معدل الخمول la sédentarité 25,6% وهو أكثر عند النساء (30,6%) مقارنة بالرجال (16,3%).

- حسب السن هذا الخمول يزداد مع السن , تجاوز 23,5% بالنسبة للفئة العمرية 25-34 سنة , 22,6% بالنسبة للفئة العمرية 35-44 سنة , 25,6% بالنسبة للفئة العمرية 45-54 سنة , و 32,2% بالنسبة للفئة العمرية 55-64 سنة.

- في الوسط الريفي تقدر ب 31,5% عكس المدينة ب 14%.
- في مستغانم قدرت ب 34,1% عكس مدينة سطيف ب 15,3%.

- معدل الزمن الكلي للجلوس 333,68 دقيقة في اليوم (حوالي 5 ساعات في اليوم)

- معدل وقت القيام بنشاطات معتدلة في الأسبوع 1104,67 دقيقة (حوالي 18 ساعة)

خلاصة:

إن علم الأوبئة السلوكية ورغم أنه علم فني إلا أنه إستطاع وفي هذه الفترة الوجيزة أن يضع أسس وأن يعتمد على طرق إحصائية تهدف إلى الكشف الدقيق عن مظاهر و أنماط السلوك الخطرة و العوامل المصاحبة لها للمساهمة في برامج التنمية و الوقاية الصحية. وقد يكون لهذا العلم أكثر فعالية و مصداقية إذا تم الإستعانة بمناهجه وطرقه الإحصائية في دراسة مجموعات مميزة, أو كما يطلق عليها مجموعات الخطر , لأن العمل مع هذه المجموعات يساعد على التعرف المبكر على هؤلاء الناس وهذا ما يؤدي إلى الوقاية أو إلى إبعاد العادات الضارة بالصحة التي يمكن أن تساهم في زيادة قابليتهم للإصابة بالأمراض , وهذا ما يتيح المجال للإستخدام الفعال للمبالغ التي ترصد في سبيل تحقيق الرفاء الصحي فعندما يكون عدد المعرضين للمخاطر الصحية محدودا فإنه لا يكون من الضروري تطبيق نظام تدخل يشمل كل فرد في المجتمع و عوضا عن ذلك يكون من المنطقي تحديد الأفراد الذين يتوافر لديهم عوامل تمهد لتعرضهم لخطر تطوير الاضطرابات الصحية.

الفصل الثالث

المؤسسات العقابية

تمهيد:

لقد ظل المجرم والجريمة عبر العصور من المواضيع التي حاول العديد من الباحثين تناولها كظاهرة إجتماعية ونفسية تستحق الدراسة نظرا لأهميتها وللتزايد الكبير لحجم الظاهرة , حيث أصبح يودع في السجون كل عام عدة ملايين من البشر في جميع أنحاء العالم , وذلك جراء الأفعال التي يرتكبونها وتعتبرها المجتمعات التي يعيشون فيها إجرامية.

وتكاد تكون الجريمة الشغل الشاغل لجميع المجتمعات وكذا المجرم الذي حاول العديد من الباحثين تناوله بالدراسة خاصة من الناحية النفسية والإجتماعية والسلوكية , ونظرا لتغير النظرة الإجتماعية والسياسات العقابية للمجرم فقد بات من الضروري دراسة المجرم من الناحية الصحية خاصة إذا تعلق الأمر بالناحية العضوية التي أصبحت المسعى الأول للمنظمات والهيئات الصحية العالمية , لأن المجرم هو إبن المجتمع يأتي منه ليعود إليه , وبالتالي أصبحت ضرورة تناول هذا الجانب مهمة جدا نظرا لظهور سلوكات وعوامل خطر متعلقة بالوسط العقابي كالمخدرات والسلوكات الجنسية غير الآمنة والتي تعد من بين الأسباب المؤدية إلى الإصابة بأمراض مزمنة معينة كالسيدا مثلا.

أولاً: تطور فلسفة العقاب والإصلاح:

من خلال الرجوع إلى الأدبيات التاريخية التي كتبت في هذا المجال يتبين أن الحضارات التاريخية كانت تنظر إلى الجريمة على أنها عمل شيطاني وأن مرتكبها إنسان تقمصته الجان , وبالتالي كان رد فعل المجتمع تجاه الجريمة وتجاه مرتكبها هو توقيع عقوبات بالغة القسوة والشدة رغبة منهم في التخلص من الشيطان.

ونظراً لأن الفكر البشري السائد في تلك العصور لم يصل إلى إدراك مفهوم العقوبة كوسيلة للتأهيل وإعادة التكيف مع المجتمع , فقد إتصفت العقوبة بكونها عقوبة بدنية في معظمها , ذلك النوع من العقوبة أدى إلى إنتفاء الحاجة إلى المؤسسات العقابية المعروفة في وقتنا الحاضر كمؤسسات عقابية سالبة للحرية, حيث لم يكن سلب الحرية ضمن ثقافة المجتمع السائدة في ذلك الوقت , وإنما كانت المؤسسات العقابية عبارة عن أماكن للإيواء أو تحفظ لمن حكم عليهم بعقوبات بدنية لحين تنفيذ تلك العقوبات والتي كانت تأخذ شكل الطقوس ويتم تنفيذها في مناسبات محددة (سعود بن ضحيان الضحيان 2001)

وإمتد هذا الإعتقاد في القرون الوسطى التي فسرت الجريمة بأنها إنتهاك القانون الإلهي (بالمفهوم الكنائسي) نتيجة لتأييد الأرواح الشريرة أو إتباع مسالك الشيطان وخرق تعاليم الكنيسة , فالجريمة كانت إنتهاكا للقانون الكنائسي قبل أن تكون إنتهاكا للقانون الإنساني وكان السلوك الإجرامي يفسر على أنه فساد للغريزة الإنسانية أو عدم الإنصياع لتعاليم الكنيسة, أو مس من الجن , أو خلل خلقي أو أخلاقي لدى الأفراد , وهكذا لم يكن هدف هذه المرحلة التأهيل أو الإصلاح وإنما تركز على إيقاع الألم الشديد على الجاني كوسيلة لعلاج من الجريمة وتخليصه من تأثيرها وتطهيره من الذنوب , ومن هذا المنطلق إتسمت العقوبات بالقسوة والوحشية خلال العصور القديمة والمتوسطة وإتسمت السياسة الإصلاحية بالشدّة والعنف بإقرار العقوبات القاسية وتوسيع مجالات تطبيقها والوحشية في تنفيذها بدافع الإنتقام , وتمثلت العقوبات في بتر الأعضاء, الحرق, الكي , تشويه الجسد, دفن الأحياء وتحطيم العظام... الخ. وهنا تلاشت كل معاني الإصلاح والتأهيل خلال هذه الفترة فقد كان إصلاح الجاني يعني إذاقته الألم الشديد بدافع الإنتقام لطرد الروح الشريرة من نفسه.

ومع تطور التفكير البشري تغيرت نظرة المجتمعات وخاصة في أوروبا لمفهوم العقاب , فحجز الجاني دون مصاحبة ذلك للعقوبة البدنية كان من أهم التحولات التي ظهرت في العصور

الوسطى وتؤكد هذا الإتجاه مع النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي , والتي كانت في أساسها نظريات فردية ترتبط بتقدم العلوم البيولوجية والطبيعية وأن الوراثة تلعب دورا في إتجاه الفرد نحو الجريمة وأن تلك الخصائص تبدو على تكوينه وشكله وملامحه.

وفي النصف الثاني من القرن 18 زادت الدراسات التي تبحث عن مسببات السلوك الإجرامي وأجريت دراسات عديدة على التوائم وبدأت محاولات مكثفة لفهم المقصود بالبيئة الإجتماعية وكيف أنها تضع بصماتها على شخصية الفرد ونفسيته وبالتالي على سلوكياته , وظهرت خلال هذه الفترة تصنيفات متنوعة لأنواع المجرمين ومنها المجرم بالميلاد , المجرم بالعاطفة والمجرم بالصدفة... الخ (نجوى عبد الوهاب حافظ 2003).

ولقد كان للأديان السماوية دورا مهما في ظهور التفكير الجديد والذي يقر أهمية الإنسان كإنسان دون إعتبرات أخرى , وساهمت في رقي البشر وتكوين أنماط حضارية خاصة في نوعية التفكير المجتمعي , مما أدى إلى حدوث نقلة نوعية في مفهوم العقاب حيث لم يعد السجن عقوبة لردة فعل فردية وإنما هو عقاب المجتمع لمن يخرج عن سلطته وذلك عن طريق القوانين المقررة من طرف المجتمع ذاته.

ومع إزدهار النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي التي وضعها العلماء ظهرت مدارس عديدة لتفسير هذا السلوك ومنها : المدرسة الإقتصادية التي ترد هذا السلوك لعوامل ومسببات إقتصادية , ومنها المدرسة الجغرافية التي ربطت السلوك الإجرامي بعوامل المناخ والموقع... الخ . كما تعددت أيضا مدارس علم النفس الإجتماعي حتى ظهر علماء الإجرام الإجتماعيين والتي ساهم بها علماء الإجتماع في الأساس , وأكدت بوجه عام على أثر العوامل الإجتماعية والظروف البيئية (البيئة الإجتماعية) على السلوك الإجرامي.

ولقد ساهم التطور الاجتماعي في إحداث تغيير واضح في إتجاهات ومفاهيم العملية العقابية حيث ظهر تحول كبير فيها , وكان أهم تغيير هو التحول من العقاب كهدف بحد ذاته إلى محاولة إصلاح من إقترب عملا يخالف ما هو مقر في المجتمع.

حيث ظهرت حركات الإصلاح الاجتماعي للسجون التي تزعمها بيكاريا BEKARYA و1764 وحذا حذوه آخرون مثل جون هيوارد بينتام وغيرهم , وذلك بالدعوة إلى إلغاء أساليب التعذيب وشتى أنواع العقوبات البدنية في معاملة المجرمين وإحلال فكرة التهذيب والإصلاح محل فكرة الزجر والردع (سعود بن ضحيان الضحيان 2001).

وكان من نتيجة جهود هذه الجماعات قيام أول إصلاحية في فيلادلفيا لإصلاح المجرمين , وكانت تتضمن مباني صحية وذلك سنة 1817 , كما نشطت جماعات الإصلاح الإجتماعي في بداية القرن 19 وامت كثيرا من الدول , وتطورت إلى مفهوم العقاب بأنه لم يشرع للإنتقام بل وضع من أجل غرض أسمي وهو الحد من كثرة الجرائم وإصلاح حال المجرم . وهكذا تطورت النظرة إلى المجرم التي كانت تستهدف عقابه أشد العقاب تكفيرا عن جرمه , وأخذت في إعتبارها إتجاهات جديدة للعوامل الإجتماعية والبيئية عند تقدير الفعل الإجرامي وهنا ظهرت الحاجة إلى الرعاية والتأهيل أثناء فترة العقوبة حتى يتم إعداد المذنب لحياة كريمة بعد قضائه مدة العقوبة .

وعلى ضوء ما سبق يمكن القول أن هناك فروقا واضحة بين السجون من فترة زمنية إلى أخرى , حيث ظلت السجون بمفهومها القديم ونظرتها العقابية حجر عثرة أمام أي جهود لتطوير سلوكيات المجرم وإصلاحه , إلى أن ظهرت حركات المصلحين الإجتماعيين من خلال أبحاثهم وكتاباتهم الداعية إلى ضرورة تغيير وظيفة السجن بشكل إيجابي , الأمر الذي شكل تحولا كبيرا إيجابيا في فلسفة السجن وأهدافه حتى أصبحت السجون في العصر الحالي بمثابة مراكز للتدريب , التأهيل والإصلاح بما يعود على السجين بالنفع – الذي تغير إسمه بدلا من ذلك ليصبح نزيلا – فهو يستحق إعطاؤه الفرصة لإثبات حسن سلوكه ورجوعه إلى الطريق الصحيح بالشكل الذي يمنحه فرصة الإندماج الإجتماعي , وكل ذلك يتم من خلال فلسفة إصلاحية جديدة بالتعليم والتدريب المهني والعمل المنتج بالدرجة الأولى , وغير ذلك من البرامج الإصلاحية والتأهيلية داخل المؤسسات الإصلاحية , وهكذا تحولت السجون إلى بيوت للإصلاح بدلا من أن تكون أماكن للعقاب .

ثانيا: السجن (المؤسسة العقابية)

1- تعريف السجن

وردت الإشارة إلى كلمة السجن في القرآن الكريم في قصة سيدنا يوسف (عليه السلام) عند قوله تعالى (يَا صَاحِبِي السَّجْنِ أَرْبَابٌ مُتَفَرِّقُونَ خَيْرٌ أَمْ اللَّهُ الْوَاحِدُ الْقَهَّارُ) سورة يوسف (الآية 39) , وكانت هذه الآية حول رؤيا لسيدنا يوسف (عليه السلام) , وقوله تعالى أيضا (قَالَ رَبِّ السَّجْنِ أَحَبُّ إِلَيَّ مِمَّا يَدْعُونَنِي إِلَيْهِ...) سورة يوسف (الآية 33) .

ومعنى السجن في اللغة هو الحبس، والحبس معناه المنع، ومعناه الشرعي هو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غير ذلك (مصطفى شريك 13-05-2009)

والسجن هو المكان الذي يؤدي فيه المذنب عقوبة الحبس لمدة معينة، وذلك تنفيذاً لحكم قضائي أو لقرار سلطوي و السجن مؤسسة لها هدف عقابي، وهذه المؤسسة كذلك لها أنظمة و لوائح و يقوم على إدارتها أفراد إختصاصيون، و تقوم فلسفة العقوبة بالإيداع في السجن على أساس أن المذنبين هم أشخاص قاموا بخرق القانون و بالتالي فهم يمثلون شكلاً من أشكال الخطر على المجتمع و أنه تلزم حمايته من شرورهم من جهة، و من جهة أخرى ردعهم بحرمانهم بعقوبة السجن التي هي أساساً عقوبة مانعة للحريّة. (محمد شحاتة ربيع، جمعة سيد يوسف، معتز سيد عبد الله 1994).

وهو تلك المؤسسات المعدة خصيصاً لإستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية وسالبة لها وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والإعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي وفي أجواء طليقة، والحيلولة دون ممارسة أي نشاط ما، وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم وتسميات مثل الإصلاحيات، مراكز التأديب، دور الإصلاح، التهذيب أو التقويم، مؤسسات إعادة التربية أو غير ذلك من التسميات (إسحاق إبراهيم منصور، 1989)

إن إختلاف أهداف ووظائف السجن كانت و ما زلت مقترنة بفلسفة العقوبة و هدفها في المجتمع، و السجن كمؤسسة إجتماعية هو الذي يحول أهداف ووظائف العقوبة إلى واقع تنفيذي و الطرق و الأساليب المتبعة في إدارة المؤسسات العقابية (السجون) هي التي تنجح أو تفشل أهداف المجتمع من العقوبة.

إن الفرق الذي تكون عليه المؤسسات العقابية (السجون) و ما يجب أن تكون عليه بالنظر إلى الأهداف و فلسفة المجتمع في ذلك هو الذي يحدد الفشل أو النجاح و مفتاح ذلك نوعية الإدارة و التسيير في هذه المؤسسات.

2- المؤسسة العقابية:

عندما ظهرت النظريات الحديثة التي تنادي بالحد من قسوة العقوبات و ربطها بهدف معين في الدفاع الاجتماعي وظهر الإهتمام بشخص المحكوم عليه , عندئذ دعت الضرورة إلى تعديل نظام السجون.

ويرتبط إصلاح المؤسسات العقابية بحركة الكويكرز QUAKERS في الولايات المتحدة و في ولاية بنسلفانيا حيث صدر قانون عام 1682 يتضمن مجموعة من الأفكار التقدمية من حيث ضرورة الفصل بين الكبار والأحداث , وبين الرجال والنساء , وتطبيقا لهذه الأفكار أنشأ في فلاديلفيا سجن روعي فيه الفصل بين المجرمين الخطرين والمجرمين غير الخطرين حسب خطورة الجريمة المرتكبة أو بساطتها , ثم عممت التجربة في ولايات عدة وأنشأ سجنان جديان في عام 1818 و 1829 يطبقان فكرة العزل التام بين المسجونين , فكان لكل سجين زنزانية خاصة يأوي إليها دون السماح إليه بالإختلاط بغيره من المساجين أو التدخين أو القراءة وهذا النظام يعرف بنظام بنسلفانيا (جلال الدين عبد الخالق 1999).

لكن يبدو أن هذا النظام يصطدم بطبيعة البشر حيث أن العزل يدمر نفسية المحكوم عليهم وبالتالي لا يحقق أي إصلاح أو تقويم بالإضافة إلى ارتفاع تكاليفه .
(أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية 1999).

من أجل هذا وجد نظام آخر يعرف بنظام الأوبرن عام 1823 (نسبة إلى سجن أوبرن AUBURN في ولاية نيويورك) يقوم على فكرة الجمع بين المسجونين لا العزل , فهم يجتمعون للعمل والطعام وأداء الفرائض الدينية بشرط إلتزام الصمت المطبق وتحريم القراءة والكتابة أو متابعة برامج التدريب أو التأهيل (جلال الدين عبد الخالق 1999).

لكن هذا النظام لم يخلو هو الآخر من المساوئ حيث أنه يتيح فرصة الإختلاط بين المحكوم عليهم فيتأثر الأقل إجراما بالأكثر خطورة , وبهذا يتحول السجن إلى مدرسة إجرامية بالإضافة إلى فرضه العمل بصمت على المحكوم عليهم بهدف تحقيق الربح , وفي صورة جماعية لا تراعي الفروق بين الأشخاص وهذا ما يساعد على التدهور الخلقي والنفسي والاجتماعي .

من أجل هذا وجد نظام آخر وهو النظام الأيرلندي أو النظام المتدرج , وفيه يمر المحكوم عليه بعقوبة سالبة للحرية طويلة الأمد بمراحل متتابعة , ففي المرحلة الأولى يطبق على السجين نظام العزل نهارا وليلا , وفي المرحلة التالية يعزل ليلا ويختلط بالمسجونين الآخرين نهارا , ثم

تسمح له بالزيارات والمراسلات ويمكن أن يشارك في إدارة السجن تطبيقاً لمبدأ " الإدارة الذاتية للسجن " كما يسمح له بالعمل خارج السجن نهاراً والعودة إليه ليلاً , وفي المرحلة الأخيرة يطبق على المحكوم عليه نظام الإفراج الشرطي , وإنتقال المحكوم عليه من مرحلة إلى أخرى مرهون بسلوكه وبالدرجات التي يحصل عليها , فهذه الدرجات تكشف على مدى قدرته على تمثيل البرامج الإصلاحية وإستيعابها (أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية 1999).

وتميزت الفترة ما بين 1904 و1935 بتقدم كبير في نظم السجون , إذ إختفى نظام العمل الصامت ليحل محله نظام العمل الجماعي حيث يباح الخطاب والتراسل والتزاور داخل المؤسسات وخارجها , كما ركزت إدارة السجون على التأهيل المهني والحرفي فضلاً عن التأهيل النفسي والإجتماعي قصد إعادة التعاطف بين الفرد والمجتمع. (جلال الدين عبد الخالق 1999).

ثم بدأت مرحلة أخرى جوهرية بعد عام 1935 و هي مرحلة تصنيف المحكوم عليهم , و على هذا الأساس قسمت السجون المختلفة و أختير أسلوب المعاملة الملائم داخل السجن الواحد , و بهذا ضمت المؤسسات العقابية عدداً من الأخصائيين في مختلف النواحي الطبية, النفسية, الاجتماعية, الثقافية و الدينية.

و هكذا تحولت رسالة المؤسسة العقابية من السلبية إلى الإيجابية , و من العقاب إلى تعديل السلوك و إكساب المهارات المهنية و رفع مستويات التعليم لدى نزلاء المؤسسات العقابية , إن هذا العمل يعني أن المؤسسة العقابية تجاوزت حد وقاية المجتمع من الخارجين على نظمه إلى المساهمة إيجابياً في تقدم المجتمع بتخريج أكبر عدد ممكن من نزلائه إلى الحياة الإجتماعية مهنيين تعليمياً و مهنياً و ثقافياً و إجتماعياً و صالحين بدنياً و عقلياً و نفسياً لإستعادة أماكنهم السابقة في عملية الإنتاج في المجتمع .

4- أنواع المؤسسات العقابية :

لقد إرتبط تنوع السجون بالهدف المراد تحقيقه من تطبيق العقوبة فحينما لم تكن لعقوبة الحرمان من الحرية – السجن – هدف سوى التكتيل بالمحكوم عليه و الإضرار به ردعاً له و زجراً لغيره إهتمت السجون ووضعت نظمها وفقاً لما يحقق هذا الهدف , غير أنه و لما إتجه هدف العقوبة إلى التأهيل بدلاً من الإيلاء وفقاً لسياسات علمية متعددة بات من الضروري التغيير في أنواع السجون و نظمها مما يساعد على تحقيق هدف التأهيل .

و لهذا فقد إهتمت الدول بإنشاء أنواع متعددة و مختلفة من المؤسسات العقابية بالنظر إلى تعدد فئات المجرمين تعددا يتطلب إيداع كل فئة في النوع الذي يناسبها , و يوزع المحكوم عليهم على هذه المؤسسات وفقا لإختلافهم إما في السن , الجنس , نوع الجزاء أو هدف العقوبة ... الخ و تختلف المعايير المعتمدة في التقسيم من دولة إلى أخرى . إلا أن علماء العقاب يتفقون على تقسيم المؤسسات العقابية إلى:

1-3 المؤسسات العقابية المغلقة:

و تمثل الصورة التقليدية (الأزلية القديمة) للسجون و تكاد يومنا هذا تحتفظ بخصائص السجون في العصور القديمة (نظير فرج مينا , 1993)

وتقوم المؤسسات العقابية المغلقة على فكرة عزل المحكوم عليهم عن المجتمع نظرا لخطورتهم ،ويتطلب تطبيق هذه الفكرة أن يكون طابع هذه المؤسسات الرقابة المشددة و التحفظ على المحكوم عليهم وفرض الجزاءات التأديبية بقصد تنفيذ العقوبة عليهم بحزم وإتباع أساليب دقيقة في الحراسة لحفظ الأمن والنظام داخله (جلال الدين عبد الخالق 1999).

و من الواضح أن هذه المؤسسات تصلح في الحالات التي يكون الهدف من العقاب فيها هو الردع و الزجر قبل أن يكون هو الإصلاح , و يودع في هذه المؤسسات المحكوم عليهم بعقوبات مانعة للحرية طويلة المدة كما يودع فيها المجرمون الخطرون كالمعتادين على الإجرام و العائدين له فهي تشعرهم برهبة العقوبة الأمر الذي يحقق الردع الخاص, أي منع المحكوم عليهم من العودة إلى إرتكاب الجريمة, و لقد كانت هذه المؤسسات هي النموذج الذي إتخذته السجون في صورتها الأولى حينما كان المحكوم عليهم يودعون في الحصون و القلاع القديمة, و لا تزال أغلب الدول تحرص على وجود هذا النوع من المؤسسات العقابية الذي يخصص لأخطر المجرمين.

2-3- المؤسسات العقابية المفتوحة:

يرى بعض علماء العقاب أن المؤسسات العقابية المفتوحة تمثل ميلاد عصر عقابي جديد تسود فيه روح جديدة و تختفي تدريجيا الأساليب القديمة التي لا تفيد في التأهيل و لا يثبت أن لها دورا ملموسا في تحقيق أغراض العقوبة السالبة للحرية.

و تقوم المؤسسات المفتوحة على فكرة الثقة في المحكوم عليه , و هي تتميز بأنها بغير أسوار و قضبان أو أقفال و الحراسة فيها ضعيفة ذلك أن نزلاتها يحترمون النظام و لا يحاولون الهرب منها إقتناعاً منهم بجدوى وجودهم فيها (جلال الدين عبد الخالق 1999).

فهي تعتمد على أساليب معنوية تتمثل في إقامة علاقة بينهم و بين إدارة المؤسسة العقابية على أساس الثقة فيهم مما يشعرهم بالمسؤولية فيحول دون إخلالهم بهذه الثقة و على أساس إقتناعهم بجدوى سلب الحرية بإعتبارها وسيلة لإصلاحهم, وتقع المؤسسات المفتوحة عادة في المناطق الريفية حتى يقوم النزلاء بأعمال الزراعة والصناعة المتصلة بها , ولا يمنع ذلك من إنشاء بعض الصناعات والحرف المستقلة عن الزراعة والتي تساعد على تدريب كل من المحكوم عليهم على نوع العمل الذي يميل إليه ويطمح إليه بعد خروجه , غير أنه بالنسبة لمعيار الإيداع في المؤسسات المفتوحة فقد ظهر إختلاف في تحديد الضابط الذي يمكن الإعتماد عليه في الإيداع (فوزية عبد الستار 1985).

و يرى البعض أنه يحول إليها المحكوم عليهم قبل إنتهاء عقوبتهم بفترة كافية من المؤسسة المغلقة التي يكون قد أمضى فيها أغلب المدة المحكوم بها عليه, وذهب رأي آخر إلى ضرورة الأخذ بمعيار مادي , وفقاً لمدة العقوبة المحكوم بها , طويلة أم قصيرة فإن كانت قصيرة يودع بالمؤسسة المفتوحة وإلا ففي المغلقة .

أما أصحاب المعيار الشخصي فيرون ضرورة الإعتماد على الدراسة و الملاحظة لشخصية المحكوم عليه ومن النتيجة يمكن الحكم عليه جديراً بالثقة أم لا بغض النظر عن مدة العقوبة و هو الرأي الأقرب إلى الصواب تماشياً مع الإصلاحات المعاصرة للمؤسسات العقابية .

3-3- المؤسسات العقابية شبه مفتوحة:

يعتبر هذا النوع من المؤسسات بأنه يتوسط النوعين السابقين فهو في طرازه المادي كالمؤسسة المغلقة فتحيط به الأسوار ولكن تخفف حراسته, أو كالسجن المفتوح فتختفي أسواره و لكن تشدد حراسته , و يمنح نزلاؤه قدراً متوسطاً من الثقة, و قد تأخذ صورة السجن المستقل أو أجنحة مستقلة في سجن معلق (جلال الدين عبد الخالق 1999).

ويودع في هذه المؤسسات المحكوم عليهم الذين تدل دراسة شخصيتهم على أن القيود الشديدة لا تجدي في إصلاحهم, كما أنهم لا يوحون بالقدر من الثقة الذي يمكن إيداعهم في مؤسسة مفتوحة.

ويطبق فيها غالبا النظام التدريجي ، فيودع المحكوم عليه أول الأمر في درجة تشدد فيها الحراسة نسبيا ثم ينتقل إذا أثبت حسن سلوكه وجدارته بالتخفيف إلى درجة تقل فيها الحراسة حتى ينتهي به الأمر إلى درجة أقرب ما تكون إلى المؤسسة المفتوحة .

ويوجد فيها أيضا قسم تشدد فيه الحراسة والرقابة وتوضع القضبان على نوافذه والأقفال على أبوابه على شكل المؤسسة المغلقة ، ويخصص لمن يوقع عليه جزاء تأديبي إذا أخل بالنظام المفروض عليه .

مما لا شك فيه أن نظام هذه المؤسسات يكفل الردع العام لما يفرضه من صور الحراسة المعقولة وأيضا يحقق الردع الخاص من خلال إتباع النظام التدريجي الذي يبعث في المحكوم عليه الثقة في نفسه ويبث فيه روح التجاوب مع برامج الإصلاح والتأهيل إلى حد كبير، حيث يسمح نظام هذا النوع من المؤسسات بنقل المحكوم عليه في الفترة الأخيرة من مدة عقوبته إلى المؤسسات المفتوحة حيث يتم تأهيله فيها ، غير أن لهذا النوع من المؤسسات عيب واحد متمثلا في احتمال هروب المساجين من جراء تخفيف نظام الحراسة فيه (إسحاق إبراهيم منصور 1991).

3-4- تصنيف المحكوم عليهم:

يختلف العلماء في تحديد مفهوم التصنيف فذهب رأي بعضهم إلى أن التصنيف هو وضع المحكوم عليه في المؤسسة الملائمة لمقتضيات تأهيله وإخضاعه في داخلها للمعاملة التي تتفق مع هذه المقتضيات ، وإتجه الرأي في المؤتمر الجنائي والعقابي الدولي الثاني عشر الذي عقد في لاهاي عام 1958 إلى تعريف التصنيف بأنه تقسيم المحكوم عليهم إلى فئات معينة وفقا للسن الجنس، العود، الحالة العقلية والاجتماعية ، وتوزيعهم وفقا لذلك على مختلف المؤسسات العقابية حيث تتم تقسيمات أخرى فرعية .

وإتجه كثير من العلماء إلى تعريف التصنيف بأنه: مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تهدف إلى التنسيق بين التشخيص ، وخطط التنفيذ العقابي والتطابق الفني لبرامج المعاملة وذلك في مواجهة كل حالة على حدا ، فهو وسيلة للملاءمة بين إحتياجات الفرد المتميزة وبرامج المعاملة والتصنيف ، كذلك هو منهج ومجموعة من الإجراءات التي يمكن بواسطتها توجيه أساليب المعاملة بطريقة فعالة نحو علاج وتقويم المحكوم عليهم ويتميز بالتالي عن التشخيص والتوجيه والتدريب وأساليب المعاملة بوجه عام (محمد صبحي نجم 1988).

و الواقع أن هذه التعريفات ليست متعارضة لكن يكمل كل منها الآخر، فتقسيم المحكوم عليهم إلى فئات وفقا للسن، الجنس، مدة العقوبة، السوابق القضائية، حكم الإدانة و طبيعة العقوبة ثم إجراء تقسيمات أخرى فرعية داخل كل فئة من تلك الفئات كل ذلك يتم وفقا لمنهج معين يحتوي في حد ذاته تنسيقا بين التشخيص و التوجيه و أساليب المعاملة حتى يمكن تطبيقها على كل حالة أثناء فترة تنفيذ العقاب وفقا لما يقتضيه إصلاح وتأهيل المحكوم عليه .

وفي ضوء كل هذا يمكن أن نعرف التصنيف بأنه مجموعة الإجراءات التي تتبع لدراسة حالة المسجون ومعرفة العوامل التي أثرت على تطوير شخصيته لإعتبار ذلك وسيلة ضرورية يمكن بواسطتها إستخدام هذه المعلومات كقاعدة لبرنامج كامل يقصد به تحسين حالته، وإعداده للإندماج الإجتماعي وهذا البرنامج يوضع موضع التنفيذ ويتغير كلما إقتضت الظروف ذلك. (جلال الدين عبد الخالق 1999).

❖ معايير التصنيف:

على الرغم من حداثة فكرة التأهيل لنزلاء المؤسسات العقابية والقائمة على تحقيق التصنيف العلمي للنزلاء، إلا أن الفصل بين طوائف المحكوم عليهم ليس بجديد، فقديمًا كان التصنيف يتم إستنادا إلى أسس تملئها طبيعة الأشياء، كالفصل بينهم على أساس الجنس أو السن مثلا، بيد أن البحث العلمي قد كشف عن ضرورة التعويل على أسس أخرى مثل: نوع الجريمة، مدة العقوبة، والحالة الصحية للمحكوم عليه، ومن أهم معايير التصنيف لنزلاء المؤسسات العقابية مايلي:

(1)- الجنس:

يعد الفصل بين النساء والرجال تصنيفا تقتضيه طبيعة الأشياء، ودفعنا لنشوء العلاقات الجنسية غير المشروعة بين المحكوم عليهم، ومن ثم كان من أقدم معايير التصنيف ويتبع ذلك بضرورة إيثار النساء بمؤسسات عقابية خاصة، أو بأبنية خاصة بهن منفصلة تماما عن الرجال (سعود بن ضحيان الضحيان 2001).

(2)- السن:

فضلا عن تقسيم المجرمين إلى أحداث وبالغين، يقسم البالغون فيما بينهم إلى من هم في مرحلة الشباب ومرحلة النضج، حيث تشمل المرحلة الأولى من تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والخامسة والعشرون، والثانية تشمل من لهم بين الخامسة والعشرين والخمسين .

وتتضح أهمية هذا التصنيف في أنه يؤدي إلى إبعاد التأثير السيئ للناضجين على الشبان ، فضلا عن أن إختلاف نفسية كل طائفة تجعل أساليب المعاملة الملائمة لكل منها مختلفة ، فالشبان أكثر إستجابة وتقبلا للمبادئ والقيم الجديدة وأكثر تفتحا للمستقبل وأملا فيه .

(3)- نوع الجريمة:

ينهض التصنيف القائم على هذا المعيار على التفرقة بين صور متعددة للجرائم مثل: التفرقة بين مرتكبي الجرائم العمدية وغير العمدية , لإعتبار أن أطراف الطائفة الأولى يكونون أكثر عداء للمجتمع , أما أفراد الطائفة الثانية فيقعون في هاويتها دون قصد. (جلال الدين عبد الخالق 1999).

(4)- السوابق (سوابق الجاني):

مما لا شك فيه أن سوابق الجاني تصلح معيارا هاما من معايير التصنيف , حيث يتم تصنيف المحكوم عليهم إلى طوائف المبتدئين الذين ارتكبوا الجريمة للمرة الأولى , والعائدين الذين عادوا إلى ارتكاب الجريمة مرة أخرى والمعتادين على الإجرام , فالمبتدئون يكونون أكثر مرونة وأكثر تقبلا للتأثير الصالح فتوجه إليهم معاملة عقابية خاصة (فوزية عبد الستار 1985).

(5)- مدة العقوبة :

يقصد بمدة العقوبة كمعيار لتصنيف المحكوم عليهم ضرورة الفصل بين المحكوم عليهم بعقوبات طويلة الأمد عن أولئك المحكوم عليهم بعقوبات قصيرة المدة , وإيثار أفراد الطائفة الأولى بمعاملة عقابية وبرنامج إصلاح وافيين , ذلك أن طول المدة إنما يسمح بتلك المعاملة بل تقتضيها نظرا لخطورة أفرادها عن أفراد الطائفة الثانية .

(6)- حكم الإدانة :

يعني هذا المعيار تقسيم نزلاء المؤسسات العقابية إلى ثلاث طوائف : المحكوم بإدانتهم , والمحبوسين إحتياطيا , والخاضعون لنظام الإكراه البدني.

(7)- الحالة الصحية:

يفرق ضمن هذا المعيار بين الأصحاء والمرضى , أما بالنسبة للطائفة الثانية فيتم الفصل بينهم على أساس نوع المرض سواء كان عضويا أو نفسيا , وترتد الحكمة من ذلك إلى خشية إنتشار العدوى من المريض إلى سواه , فضلا على أن المريض يحتاج إلى معاملة يغلب عليها الجانب العلاجي (جلال الدين عبد الخالق 1999).

كما يدخل في هذه الطائفة المتقدمون في السن والمدمنون , وتظهر أهمية هذا التصنيف في أن المرض قد يكون أحد العوامل الدافعة إلى السلوك الإجرامي , وعلاجه يعني الإعداد للتكيف مع المجتمع مستقبلا , و في هذا المضمار فإن الفكر العقابي الحديث يوحى بالتوسع في إنشاء سجون متخصصة وذلك لكي يمكن أن توضع مختلف طوائف المحكوم عليهم في مؤسسات تستجيب لمقتضيات الهدف العقابي وتطبيق برامج المعاملة المعدة حسب فئات السجناء .
(مختار فليون 1990)

ثالثا : المؤسسات العقابية في الجزائر

أ- تعريف المؤسسة العقابية في القانون الجزائري :

يعرف قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للسجون المؤسسة العقابية بأنها مكان للحبس تنفذ فيه وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية , والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية والإكراه البدني عند الإقتضاء .

وتأخذ المؤسسة العقابية شكل البيئة المغلقة أو شكل البيئة المفتوحة , يتميز نظام البيئة المغلقة بفرض الانضباط , وإخضاع المحبوس للحضور والمراقبة الدائمة .

تقوم مؤسسة البيئة المفتوحة على أساس قبول المحبوس مبدأ الطاعة دون لجوء المؤسسة العقابية إلى إستعمال أساليب الرقابة المعتادة وعلى شعوره بالمسؤولية تجاه المجتمع الذي يعيش فيه (م 25 ق ت س) .

إذن المؤسسة العقابية هي تلك الأماكن التي تقوم السلطة العامة بإنشائها خصيصا لتنفيذ العقوبات السالبة للحرية على المحكوم عليهم بها , كالسجن والحبس والإعتقال وهو ما يمس المتهمين في بعض الحالات القانونية , ويطلق عليها تسميات مختلفة : كالسجون , مؤسسات إعادة التربية , إصلاحيات ... الخ .

ب- تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة :

تصنف المؤسسات المغلقة والمراكز المختصة إلى :

ب-1 المؤسسات:

❖ مؤسسة الوقاية: بدائرة إختصاص كل محكمة, وهي مخصصة لإستقبال المحبوسين مؤقتا والمحكوم عليهم مؤقتا بعقوبة سالبة للحرية لمدة تساوي أو تقل عن سنتين (2), ومن بقي منهم لإنقضاء مدة عقوبتهم سنتان (2) أو أقل والمحبوسين لإكراه بدني.

❖ مؤسسة إعادة التربية: بدائرة إختصاص كل مجلس قضائي, وهي مخصصة لإستقبال المحبوسين مؤقتا والمحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية تساوي أو تقل عن خمس (5) سنوات, ومن بقي منهم لإنقضاء عقوبة خمس (5) سنوات أو أقل والمحبوسين لإكراه بدني.

❖ مؤسسة إعادة التأهيل: وهي مخصصة لحبس المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة الحبس لمدة تفوق الخمس (5) سنوات وبعقوبة السجن, والمحكوم عليهم معتادي الإجرام والخطرين, مهما تكن مدة العقوبة المحكوم عليهم و المحكوم عليهم بالإعدام.

يمكن أن تخصص بالمؤسسات المصنفة في الفقرة (2) و(3) من هذه المادة أجنحة مدعمة أمنيا, لإستقبال المحبوسين الخطرين الذين لم تجد معهم طرق إعادة التربية المعتادة ووسائل الأمن العادية.

ب-2 المراكز المختصة:

❖ مراكز متخصصة للنساء: مخصصة لإستقبال النساء المحبوسات مؤقتا والمحكوم عليهن نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها, والمحبوسات لإكراه بدني.

❖ مراكز متخصصة للأحداث: مخصصة لإستقبال الأحداث الذين تقل أعمارهم عن ثماني عشر (18) سنة, المحبوسين مؤقتا, والمحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها (المادة 28 ق ت س)

ح- أساليب رعاية المحكوم عليهم داخل المؤسسات العقابية الجزائرية:

لقد إهتمت منظمة الأمم المتحدة بالمعاملة الإنسانية لجميع البشر بما في ذلك المسجونين, وقد أنشأت عددا من القوانين الدولية لحماية وضمان حقوق الإنسانية والحريات الأساسية وتتضمن القواعد الدنيا النموذجية لمعاملة المسجونين التي أصدرتها الأمم المتحدة بعض القوانين التي لها طبيعة أساسية, وتتكون من مبادئ وهي معدة في حد ذاتها للتطبيق في كل مكان وزمان, وصكوك الأمم المتحدة لحقوق الإنسان التي تلتها هذه القواعد ثم تبنائها المؤتمر الأول

(جنيف) حول الوقاية من الجريمة ومعاملة السجناء الذي إنعقد في 30-08-1955 وأقرها من قبل المجلس الإقتصادي والإجتماعي في قراره رقم 663 بتاريخ 31-07-1957 ورقم 2076 المؤرخ في :13-05-1977 (الأمم المتحدة 1993)

والمشرع الجزائري إلترزم بتطبيق كل القواعد التي جاء بها هذا القرار وتوسع في تجسيدها وأضاف العديد من الأحكام المفسرة والمفصلة لها , ولم يكتفي بهذا بل قام بإصدار العديد من المراسيم التطبيقية والتنظيمية والقرارات التي تعمل على تنفيذ بعض المبادئ والأحكام العامة المنصوص عليها في قانون تنظيم السجون , وإصدار قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الإجتماعي المعدل والمتمم للأمر 02/72.

والنظرة الحديثة لرعاية المسجونين تركز على الإهتمام بهم ورعايتهم بكافة الوسائل الممكنة مما يوفر لهم طاقات كبيرة وقوة مؤثرة تساعد على إصلاحهم وإعادة توازنهم النفسي والإجتماعي , وبحيث يشعر السجين أن هناك من يهتم به ويرعاه ويبذل كل ما في وسعه في سبيل تغييره وإصلاحه , ومن هنا كانت الحكمة في الإتجاه الجديد الذي قام في السنوات الأخيرة حول جدوى رعاية المحكوم عليهم بمختلف الأساليب التعليمية , التهذيبية , المهنية و الاجتماعية إلى آخره من الأساليب العلاجية والتأهيلية ويتضح فيما يلي :

ج-1 الهدف الرقابي:

يمسك بكل نيابة سجل لتنفيذ الأحكام الجزائية , يخصص في كل مؤسسة عقابية سجل للحبس (م 11 ق ت س) , وتنفذ العقوبة السالبة للحرية بمستخرج حكم أو قرار جزائي يعده النائب العام أو وكيل الجمهورية يوضع بموجبه المحكوم عليه في المؤسسة العقابية (م 12 ق ت س) , والهدف من هذا الأخير (السجل) تحديد أسباب الإجرام عند المحكوم عليه ومعرفة شخصيته , أهليته , مستواه الذهني , الأخلاقي والمهني حتى يتسنى توجيهه الصحيح للمؤسسات المختصة .

تخضع المؤسسات العقابية والمراكز المختصة للنساء والمراكز المختصة للأحداث إلى مراقبة دورية يقوم بها قضاة كل في مجال إختصاصه (م 33 ق ت س) .

ج-2 الهدف الإنساني:

منع الحبس الإنفرادي كقاعدة عامة بحيث أن المعمول به هو الحبس الجماعي سيما في مؤسسة الوقاية وإعادة التربية , وأما في مؤسسات إعادة التأهيل وإعادة التقويم فهناك تدرج في

الأنظمة بين ثلاث أطوار (إنفرادي ليل نهار , طور مزدوج أي الوضع الإنفرادي في الليل فقط , ثم الطور الجماعي) , وهذا في حد ذاته وسيلة للتقويم ويشمل هذا الهدف :

ج-12 الرعاية الصحية :

الحق في الرعاية الصحية مضمون لجميع فئات المحبوسين (م 57 ق ت س) ويستفيد المحبوسين من الخدمات الطبية مجانا في مصحة المؤسسة العقابية , وعند الضرورة في أي مؤسسة إستشفائية أخرى أو عيادة عمومية الأقرب , ويتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفسي عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه , وكلما دعت الضرورة لذلك (م 58 ق ت س).

وتقدم الإسعافات والعلاجات الضرورية للمحبوس , وتجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحاليل للوقاية من الأمراض المتقلة والمعدية تلقائيا (م 59 ق ت س).

وتساهم الرعاية الصحية في المؤسسات العقابية إسهاما فعالا في تأهيل المحكوم عليهم وإعدادهم لمواجهة الحياة في المجتمع بعد الإفراج عنهم , كما تساهم الوقاية وهذا بإتخاذ الاحتياطات اللازمة للحيلولة بين المحكوم عليهم , وبين إصابتهم بمرض معد , إذ يمثل ذلك خطرا كبيرا على بقية زملائه , وربما إمتد إلى خارج المؤسسة , ويتخذ مدير المؤسسة مع الطبيب وإذا إقتضى الأمر مع السلطات العمومية المؤهلة , كل التدابير الضرورية للوقاية من ظهور وإنتشار الأوبئة , أو الامراض المعدية بالمؤسسة العقابية (م 62 ق ت س) .

وتتعدد جوانب الوقاية الصحية فتشمل إستلزام شروط معينة في ذات المحكوم عليه , ثم في غذائه الذي يقدم إليه , وفي مقدار ونوع الرياضة البدنية التي يجب أن يمارسها .

وثمة شرط ينبغي توافره في الهيكل المادي للمؤسسة يتمثل في وجوب تجنب إزدحام النزلاء , وهو ما يستلزم أن تخصص أماكن للنوم وأخرى للتعليم والعمل والتهذيب والترفيه , وينبغي أن تعد إعدادا يسمح بدخول الشمس والهواء , وأن يكون لكل محكوم عليه سريره المزود بالغطاء الكافي . وهناك عناية كبيرة يجدر توجيهها إلى دورات المياه بحيث تخصص على نحو يتمكن به النزلاء من قضاء حاجاتهم على نحو كريم , حيث نص قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين على وجوب وإلزامية النظافة على نزلاء المؤسسة العقابية لأنها تؤدي إلى الحرص على صحتهم وترقيتها وهذا بالمحافظة على قواهم البدنية والعقلية وال نفسية والسهر على أماكن حبسهم والمراقبة المستمرة لشروط الصحة والسلامة في مباني المؤسسات

العقابية , حيث يسهر طبيب المؤسسة على مراعاة قواعد الصحة والنظافة الفردية والجماعية داخل أماكن الإحتباس .

وعلى طبيب المؤسسة العقابية أن يتفقد مجموع الأماكن بها , ويخطر المدير بكل معاينة للنقائص أو كل الوضعيات التي من شأنها الإضرار بصحة المحبوسين (م 60 ق ت س) .

كما تقتضي الرعاية الصحية في مرحلة الوقاية ضرورة الإهتمام بتغذية المحكوم عليهم على نحو يدرأ عليهم إحتمال إصابتهم بمرض معين , وعليه يجب أن ينطوي هذا الغذاء على قدر كبير من القيمة الغذائية , كما ينبغي أن يقدم بكمية تكفي لإشباعهم وأن يكون ذلك في آنية خاصة ومواعيد منتظمة { يجب أن تكون الوجبة الغذائية للمحبوسين متوازنة وذات قيمة غذائية كافية (م 63 ق ت س) } وعلى أطباء المؤسسة التحقق من توافر هذه الشروط , وإذا كانت الحالة الصحية لأحد المحكوم عليهم تستوجب نوعا من الغذاء , فإنه يجب تقديمه بناء على رأي الطبيب , وكذلك يجب أن تهيأ لكل منهم وسيلة التزود بالماء الصالح للشرب , ويتعين على كل محبوس يرغب في الإضراب عن الطعام أو يرفض العلاج أن يقدم إلى مدير المؤسسة العقابية تصريحاً مكتوباً يبين فيه أسباب الإضراب أو رفض العلاج , يوضع المحبوس المضرب عن الطعام في النظام الإنفرادي كإجراء وقائي , وإذا تعدد المضربون , يعزلون عن غير المضربين ويوضعون تحت المتابعة الطبية (م 64 ق ت س) .

وينبغي أيضا أن يمكن المحكوم عليه من ممارسة التمرينات الرياضية لما لها من فائدة كبيرة بالنسبة لصحتهم ويرتبط بذلك وجوب السماح لهم بالخروج إلى الساحات كل يوم إذا سمحت حالة الطقس بذلك.

على الطبيب أن يقوم بالتنسيق مع إدارة المؤسسة بما يلي:

❖ بالنسبة للنزول :

1. إيجاد أماكن خاصة لإستقبال النزلاء داخل المؤسسات العقابية , حيث يتم توقيع الكشف الطبي عليهم بمجرد دخولهم , وإذا تبين وجود أي مرض معد يتم عزل المرضى عن بقية النزلاء لمواصلة علاجهم .
2. تطعيم النزلاء ضد الأمراض المعدية في الأوقات المناسبة التي يتم تحديدها مع مصالح الصحة.

3. تعقيم الأماكن التي يرتادها النزلاء كالغرف ودورات المياه وأماكن ممارسة الأنشطة بالمعقمات والمبيدات .

❖ معاينة الجوانب التالية:

1. كمية الغذاء ونوعيته وإعداده .
2. مدى إتباع القواعد الصحية والنظافة في السجن ولدى السجناء .
3. حالة المرافق الصحية والتدفئة والإضاءة والتهوية في السجن .
4. مدى التقيد بالقواعد المتعلقة بالتربية البدنية والرياضية .

ج-2 ب التعليم والتكوين :

يلعب التعليم دورا كبيرا في تأهيل المحكوم عليهم من عدة وجوه , فهو يستأصل من شخصيته أحد العوامل التي دفعته إلى الجريمة وهو الجهل مما قد يحول بينه - مستقبلا- وبين العود إلى ارتكابها , فضلا عن هذا فهو يرتفع به إلى مستوى ذهني وإجتماعي كبير يباعد بينه وبين التفكير في سلوك يؤدي إلى الجريمة , ويحرص على حسم مشاكله بالطريق المطابق للقانون , وقد تفتنت النظم العقابية عامة وقانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين خصوصا إلى هذه الأهمية فنصت المادة (94 ق ت س) بأنه تنظم لفائدة المحبوسين دروس في التعليم العام والتقني والتكوين المهني والتمهين والتربية البدنية , وفقا للبرامج المعتمدة رسميا , مع توفير الوسائل اللازمة لذلك . بالنسبة للمحكوم عليهم الذين لهم مستوى دراسي كافي الحق في مزاولة تعليم عام في مؤسسات إعادة التربية ومؤسسات إعادة التأهيل , تقيم هذه الدراسة في نهاية كل سنة وتتوج بمنح شهادات الدراسات الابتدائية (م 101 من الأمر 72 - 02) أما بالنسبة لمحكوم عليهم دون المستوى الثانوي فإن هذا التعليم العام يكون أيضا تقنيا منظما بداخل المؤسسة أو عن طريق المراسلة (م 102 من الأمر 72 - 02) , ومن بين الضمانات التي يمكن الإشارة إليها في الأخير هو أنه يحضر حضرا باتا تدوين أي ملاحظة على الشهادات التي يمكن أن يحصل عليها المحكوم عليهم تفيد تبيان وضعيتهم الجزائية أو بأنهم حصلوا على هذه الشهادة بالسجن (م 105 من الأمر 72 - 02) .

ويتم التكوين المهني داخل المؤسسة العقابية , أو في معامل المؤسسات العقابية , أو في الورشات الخارجية , أو في مراكز التكوين المهني (م 95 ق ت س) .

وهناك إمكانية متابعة برامج الإذاعة والتلفزة , والإطلاع على الجرائد والمجلات , وتلقي المحاضرات في المجال التربوي والثقافي والديني (92 ق ت س) .

ج-2 ج التهذيب الديني :

قد يكون إنعدام أو ضعف الوازع الديني عاملا إجراميا بالنسبة لبعض المحكوم عليهم , ويكون للتهذيب الديني في هذا المجال الفصل في استئصال أحد العوامل الإجرامية . ويقصد بالتهذيب الديني غرس المبادئ والقيم الدينية التي تحض على الخير وتنتهي عن الشر وتذكر بالله سبحانه وتعالى وبقدرته وعدله وعقابه على الشر وثوابه على الخير ، وقبوله توبة التائبين متى صدقت توبتهم وخلصت نيتهم في عدم ارتكاب الجرائم والآثام في المستقبل . ويتولى هذه المهمة رجال الدين الذين يعينون من قبل الإدارة العقابية بالإضافة للشروط العامة التي يجب أن تتوفر فيهم كشرط الكفاءة في معاملة النزلاء وجذبهم والتأثير في عقولهم وأن يكونوا قدوة حسنة في أقوالهم وأفعالهم.

ووسائل التهذيب الديني تتمثل في إلقاء المحاضرات والمناقشات الجماعية والإجابة على إستفسارات النزلاء وإقامة الشعائر الدينية، ويمكن لرجل الدين الإنفراد بالمسجون إن طلب ذلك وكان ضروريا كما يجب أن تزود مكتبة المؤسسة بكتب ومجلات دينية للإطلاع والإستفادة منها (علي عبد القادر القهوجي 1988).

خلاصة:

لم تعد مهمة المؤسسات العقابية هي إحتجاز السجين خلف الأسوار لقضاء فترة العقوبة المحكوم عليه بها , بل أصبحت تلك المؤسسات وسيلة من الوسائل الفعالة في تأهيل السجين علميا ومهنيا ورعايته صحيا بهدف أن يعود للمجتمع شخصا صالحا , لم يرتدع بالعقوبة فقط بل أصبح مؤهلا للتعايش مع المجتمع , يعمل على الحفاظ على القيم وأمن الآخرين , وقد إتبع إدارة المؤسسات العقابية الوسائل العلمية لإصلاح السجين نفسيا وتأهيله للحياة الكريمة بعد خروجه من السجن وقضاء فترة العقوبة , إضافة إلى قيامها بتوفير الحياة الإنسانية اللائقة للسجين وفق الأعراف الدولية.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

إن لكل دراسة ميدانية جانبها النظري , والذي هو أساسها للتعرف على متغيرات البحث وأسسها النظرية , لكن لن يكتمل إلا بوجود الجانب التطبيقي الذي يهدف إلى التحقق من كل ما جاء في الجانب النظري , ويشمل الجانب التطبيقي عموماً على إجراءات الدراسة التي نبدأها بالدراسة الإستطلاعية من خلال منهجها , عينتها , أدواتها , كيفية تطبيقها , المعالجة الإحصائية ونتائجها (الصدق والثبات) , ثم نستعرض الدراسة الأساسية من خلال منهجها , عينتها , أدواتها , كيفية التطبيق وجمع البيانات , معالجتها إحصائياً , نتائجها ووصولاً إلى مناقشتها .

أولاً - إستشارة المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين:

الإجتماعي للمحبوسين , وذلك بإرسال طلب الموافقة على إجراء الدراسة داخل المؤسسة وهذا يعد من بين أهم الصعوبات التي واجهتها الطالبة حيث إستغرق هذا الأمر مدة ثلاثة أشهر.

ثانياً - مجتمع الدراسة :

لقد تم إجراء الدراسة بمؤسسة إعادة التأهيل تازولت وهي من بين أكبر مؤسسات إعادة التأهيل على المستوى الوطني , تتواجد في دائرة تازولت والتي تقع على بعد 13 كلم من مقر ولاية باتنة , تستقبل النزلاء المحكوم عليهم بعقوبة سجن أكثر من خمس سنوات , لها طاقة إستيعاب 2500 نزيل, تحتوي على عدة مصالح أهمها :

1- مصلحة متخصصة في التقييم والتوجيه ومهامها :

- دراسة شخصية المحبوس
- تقييم خطورة المحبوس
- إعداد برنامج فردي لإعادة التربية والإدماج لكل محبوس
- إقتراح توجيه المحبوس إلى المؤسسة المناسبة لدرجة خطورته.

2- مصلحة الصحة والمساعدة الاجتماعية ومهامها :

- تنظيم التكفل الصحي والنفساني للمحبوسين.
- السهر على تنفيذ إجراءات الوقاية من الأوبئة والأمراض.
- تنظيم ومراقبة وتقييم نشاط الموظفين التابعين للمصلحة.
- التكفل بالمشاكل الإجتماعية للمحبوسين.

3- مصلحة إعادة الإدماج ومهامها:

- تنفيذ مقررات لجنة تطبيق العقوبات الخاصة ببرامج إعادة إدماج المحبوسين .
- متابعة برامج تعليم وتكوين المحبوسين.
- تنظيم محاضرات ذات طابع ديني وثقافي.
- تسيير المكتبة.
- إذاعة برامج تلفزيونية وإذاعية ومتابعة النشاط الإعلامي.
- تنظيم ورشات العمل التربوي.
- تنسيق أنشطة إعادة الإدماج الإجتماعية للمحبوسين في الهيئات المختصة .

(مرسوم تنفيذي رقم 109-06 مؤرخ في 8 صفر 1427 الموافق 8 مارس 2006 يحدد كيفية تنظيم المؤسسة العقابية وسيرها)

- ويتكون مجتمع الدراسة من جميع النزلاء المتواجدين بالمؤسسة أثناء إجراء الدراسة والذين قضوا على الأقل مدة 12 شهرا بها , وتم إستبعاد الفئات التالية :
- النزلاء الجدد بالمؤسسة (مدة الإقامة اقل من 12 شهرا)
 - النزلاء المستفيدين خلال 12 شهرا الماضية من إجازة (لإستبعاد العلاقات الجنسية خارج السجن)
 - النزلاء المضطربون عقليا.
 - النزلاء الأجانب (ذوي الجنسيات غير الجزائرية) وذلك حتى لا تتأثر نتائج الدراسة بمتغير الجنسية أو الثقافة.

ثالثا: إجراءات التطبيق

1- الدراسة الاستطلاعية:

- تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ستواجه الباحث في تطبيق أداة البحث كما أنها تساعد على :
- جمع المعلومات حول مكان ومجتمع الدراسة .
 - التعرف على مدى ملائمة أداة الدراسة وكذلك دراسة الخصائص السايكومترية لها .
 - تحديد كيفية إختيار العينة .

1-1 المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية: ترى الطالبة أن المنهج الوصفي أنسب لأنه عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة , وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية ومعبرة يمكن تفسيرها.

2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية: تكونت العينة الإستطلاعية من 70 نزيلا من نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , تم إختيارهم بطريقة عرضية حيث تراوحت أعمارهم بين 20 و 81 سنة بمتوسط حسابي قدره 34.69 وإنحراف معياري قدره 10.90.

3-1 خصائص العينة الاستطلاعية:

أ- السن: يوضح الجدول رقم (8) توزيع مفردات الدراسة وفقا للسن:

فئة العمر	التكرار	النسبة المئوية %
40-20	55	78.6 %
61-41	13	18.6 %
81-62	02	02.8 %
المجموع	70	100 %

نلاحظ من الجدول أعلاه أن من العينة 55 فردا أي 78.6 % كانت أعمارهم تقع بين 40-20 سنة وتمثل أكبر نسبة بالنسبة للعينة ككل, وأن 13 من العينة أي 18.6 % كانت أعمارهم تقع بين 41-61 سنة, وأن 02 من العينة أي 2.8 % كانت أعمارهم تقع بين 62-81.

ب- الحالة الاجتماعية:

يوضح الجدول رقم (9) توزيع مفردات الدراسة وفقا للحالة الاجتماعية:

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
أعزب	52	74.28
متزوج	18	25.71
المجموع	70	100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 52 من العينة أي 74.28 % غير متزوجين, و أن 18 من العينة أي 25.71 %متزوجين, أي أن نسبة الغير متزوجين ثلاثة أضعاف المتزوجين تقريبا.

3- المستوى التعليمي:

يوضح الجدول رقم (10) توزيع مفردات الدراسة وفقا للمستوى التعليمي:

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
1.42	1	أمي
11.42	8	ابتدائي
52,85	37	متوسط
24.28	17	ثانوي
10	7	جامعي
100	70	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 1 من العينة أي 1.42 % من العينة أمي , و أن 8 من العينة أي 11.42 % مستوى ابتدائي, و أن 37 من العينة أي 52,85 % مستوى متوسط, و أن 17 من العينة أي 24.28 %مستوى ثانوي, و أن 7 من العينة أي 10 % مستوى جامعي, وبالتالي غالبية أفراد الدراسة حاصلين على مستوى تعليمي متوسط.

ج- الوضعية الجزائية:

يوضح الجدول رقم (11) توزيع مفردات الدراسة وفقا للوضعية الجزائية:

النسبة %	التكرار	الوضعية الجزائية
67.14	47	ابتدائي
32.85	23	انتكاسي
100	70	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 47 من العينة أي 67.14 % ابتدائيين أي يدخلون السجن لأول مرة, وأن 23 من العينة أي 32.85 % انتكاسيين أي أنهم دخلوا السجن أكثر من مرة.

4-1 أدوات الدراسة الاستطلاعية :

بعد الإطلاع على الدراسات السابقة وأدبياتها إتمدت الطالبة في الدراسة على إستبيان السلوكيات الصحية الخطرة **BEHAVIORAL HEALTH RISKS** وقد تم إختيار هذا الإستبيان نظرا لإحتوائه كل المتغيرات التي تهتم الباحثة, وهو عبارة عن إستبيان لقياس السلوكيات الخطرة المتعلقة بالصحة , أستخدم لأول مرة في دراسة بتمويل من مركز المراقبة والوقاية من الأمراض المزمنة (CDC) بجامعة بنسلفانيا , حيث وضع هذا المركز جهاز أو نظام سنوي لمراقبة خطر العوامل السلوكية (BRESS) منذ 1995 إلى غاية 2008 وإتمدت الطالبة على النسخة المطبقة في سنة 2000, فرغم كثرة عباراته وبنوده إلا أنها بسيطة تمس كل السلوكيات اليومية للفرد والمتعلقة بالصحة . ويحتوي الإستبيان في النسخة الأصلية على 136 عبارة موزعة على 21 محورا قامت الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية ثم تم إختيار معظم البنود والتي تراها تخدم البحث وتم إستبعاد البعض الآخر والذي لا يخدم أهداف البحث مثل البند الخاص بصحة النساء لأن مجتمع البحث يحتوي الذكور فقط ولا يهدف البحث إلى دراسة الفروق بين الجنسين , و البند الخاص بالسرطان نظرا لحساسية الموضوع بالنسبة لهذه العينة , حيث تم الإعتناء على 14 بندا ب 75 عبارة , ثم قامت الطالبة بإحداث تغييرات على بعض العبارات وإختياراتها ومحاولة تكييفها مع مجتمع الدراسة وخصوصياته , وبعدها تم عرض الإستبيان على مجموعة من الأساتذة من قسم علم النفس وهم : الدكتور جبالي نور الدين, غضبان احمد, قادري , عبدوني عبد الحميد, وذلك من أجل إبداء آرائهم حول النقاط التالية :

- مدى مناسبة وشمولية متغيرات البيانات الأولية .
 - مدى ملائمة الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
 - مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.
 - مدى إنتماء كل العبارة لمحورها.
- وفي ضوء الملاحظات التي أبدتها الأساتذة, قامت الطالبة بإجراء التعديلات التي إتفق عليها معظم الأساتذة بحذف وتعديل صياغة بعض العبارات حتى تزداد أداة الدراسة وضوحا وملاءمة لقياس ما وضعت لأجله.

ويحتوي الإستبيان في صورته المعدلة على ما يلي:

1- متغيرات ديمغرافية: وشملت بيانات شخصية وهي:

- السن
- الحالة الاجتماعية
- المستوى التعليمي
- الوزن والطول
- الوضعية الجرائية

2- متغيرات الدراسة الأساسية: وشملت البيانات الأساسية وتكونت من 75 سؤالا

توزعت على 14 محورا وهي:

المحور الأول : الحالة الصحية

وإشتمل على أربع عبارات أعدت لمعرفة الآراء حول هذا المحور.

المحور الثاني: الوعي حول الضغط الدموي

وإشتمل على عبارتين

المحور الثالث: ضغط الدم المرتفع

وإشتمل على خمس عبارات

المحور الرابع: مرض السكري

وإشتمل على ثلاثة عشر عبارة

المحور الخامس: صحة الأسنان

وإشتمل على ثلاث عبارات

المحور السادس: التدخين

وإشتمل على خمس عبارات

المحور السابع: السيدا

وإشتمل على ثمان عبارات

المحور الثامن: الربو

وإشتمل على ثلاث عبارات

المحور التاسع: الوقاية من التدخين

وإشتمل على خمس عبارات

المحور العاشر: التمارين الرياضية

واشتمل على تسع عبارات

المحور الحادي عشر: - الفواكه والخضر

واشتمل على ستة عبارات

المحور الثاني عشر: مراقبة الوزن

واشتمل على خمس عبارات

المحور الثالث عشر: المخدرات

واشتمل على ثلاث عبارات

المحور الرابع عشر: التربية الصحية

واشتمل على أربع عبارات

5-1 كيفية الإجابة: قسمت بنود الإستبيان إلى عبارات , وأمام كل عبارة مجموعة من البدائل حيث يختار المفحوص واحدة من هذه البدائل التي تنطبق على سلوكه , مع العلم أن البدائل تختلف من عبارة إلى أخرى.

6-1 كيفية التطبيق: لقد قامت الطالبة بالإشراف على تطبيق الأداة تطبيقا جماعيا , وذلك أثناء جلسات التثقيف الصحي الموجهة إلى النزلاء , حيث تم هذا في مجموعتين صباحا ومساءً أين تم شرح الهدف من الإستبيان وطريقة الإجابة , وتراوحت مدة الجلسة بين ساعتين إلى ساعتين ونصف.

7-1 المعالجة الإحصائية: بعدما تم جمع البيانات من أفراد العينة الإستطلاعية , تم تفرغها في الحاسب الآلي , ثم تمت معالجتها بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) , حيث تم القيام بمجموعة من الأساليب الإحصائية وهي :

- التكرارات والنسب المئوية في خصائص العينة .

- المتوسط والانحراف المعياري.

- معادلة لوشي للتأكد من صدق الأداة.

- معامل الارتباط بيرسون للتأكد من ثبات الأداة.

8-1 الخصائص السايكومترية لاداة الدراسة الاستطلاعية:

أ- **الصدق:** تكون الأداة صادقة إذا كانت صالحة لقياس ما وضعت لقياسه (مقدم عبد الحفيظ 1993) , وقد تم التحقق من صدق الأداة الظاهري وذلك بعرضها على ثمانية محكمين , تم إختيارهم من بين ذوي الكفاءة والخبرة والمعرفة في المجالات التالية : علم النفس , علم الأوبئة والعاملين في قطاع السجون (أطباء) { الملحق رقم 1 قائمة بأسماء المحكمين ودرجاتهم العلمية ووظائفهم } وطلب منهم الإشارة إلى إذا ما كانت العبارة تقيس أو لا تقيس ما وضعت له وتقديم ملاحظات من حيث وضوحها ومناسبتها للسلوك المراد قياسه , ثم تم قياس صدق كل عبارة بواسطة معادلة لوشي حيث:

$$ص = \frac{\frac{ن}{2} - م}{\frac{ن}{2}}$$

❖ $ن - م$ يمثل عدد المحكمين الذين إعتبروا أن العبارة تقيس ما وضعت لأجله.

❖ $ن$ يمثل العدد الكلي للمحكمين .

ولكي تكون العبارة صادقة يجب أن تكون $ص \leq 0.5$ (الملحق رقم 2 جدول يبين قيمة ص لكل عبارة وللأداة).

وتراوحت ص لكل العبارات بين 0.5 و 1 في حين قدرت ص للأداة ب 0.80 وهذا يعني أن الأداة صادقة وهي بالتالي تقيس ما وضعت لأجله.

ب- **الثبات:** يقصد بثبات الإختبار مدى الدقة أو الإتساق أو إستقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (مقدم عبد الحفيظ 1993) , ولقد تم حساب تقدير ثبات أداة الدراسة عن طريق إعادة الإختبار للتأكد من ثبات الإستبيان بإعادة توزيعه على أفراد العينة الإستطلاعية وقوامها 70 فردا من مجتمع الدراسة . وذلك بعد 15 يوما من التوزيع الأول , وقد تم حساب معامل الارتباط بين الاختبارين حسب معامل الارتباط بيرسون, إذ بلغ معامل الارتباط (0.80)

ونظرا لقيمة معامل الارتباط المرتفعة فإن الإستبيان يظهر ثباتا عاليا وهذا ما حفز الطالبة على تطبيقه.

2- الدراسة الأساسية:

1-2 المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن سلوكيات الخطر الصحية الأكثر إنتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , لذا ترى الطالبة أن المنهج الوصفي التحليلي أنسب لأنه عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية وعبره يمكن تفسيرها .

(محمد عبيدات , محمد أبو نصار, عقلة مبيضين 1999)

كما أنه يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيراً كلفيا وكفيا , فالتعبير الكففي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها , أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات إرتباطها مع الظواهر الأخرى , فهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كفا عن طريق جمع البيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة Fraenkle et Wallen 1993 (سامي ملحم 2000)

2-2 عينة الدراسة الأساسية: تكونت عينة الدراسة الأساسية من 720 فردا أختيروا بطريقة

عشوائية طبقية نظرا لأن المؤسسة مقسمة إلى فئات معينة , حيث أخذت الطالبة هذا التقسيم بعين الإعتبار وتم أخذ 30 % من كل فئة , فكان المجموع الكلي للعينة 720 فردا , لكن بعد توزيع الإستبيان ثم جمعه لم تتحصل الطالبة إلا على 544 نسخة وتم إستبعاد 24 نسخة لأنها غير كاملة الإجابة , فكان المجموع النهائي للعينة 520 فردا , حيث تراوحت أعمارهم بين 18 و 81 سنة بمتوسط حسابي قدره 34.18 وإنحراف معياري قدره 10.76.

3-2 خصائص العينة الأساسية:

تنتم عينة الدراسة بمجموعة من الخصائص حددتها نوعية المتغيرات الديمغرافية التي تناولتها الدراسة , ويمكن توضيحها فيما يلي :

أ- السن: يوضح الجدول رقم(12) توزيع مفردات الدراسة وفقا للسن :

النسبة المئوية %	التكرار	فئة العمر
22.5	117	26-18
41.3	215	35-27
21.3	111	44-36
14.8	77	-45
100	520	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 117 من العينة أي 22.5% كانت أعمارهم تقع بين 18-26, و 215 من العينة أي 41.3% كانت أعمارهم تقع بين 27-35 (وتمثل أكبر نسبة) , وأن 111 من العينة أي 21.3% كانت أعمارهم تقع بين 36-44, و 77 من العينة أي 14.8 % كانت أعمارهم تقع بين 45 فأكثر.

ب- الحالة الاجتماعية: يوضح الجدول رقم (13) توزيع مفردات الدراسة وفقا للحالة الاجتماعية:

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
67.7	352	أعزب
32.3	168	متزوج
100	520	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 352 من العينة أي 67.7 % غير متزوجين , و أن 168 من العينة أي 32.3 % متزوجين , أي أن معظم أفراد العينة غير متزوجين.

ج- المستوى التعليمي: يوضح الجدول رقم (14) توزيع مفردات الدراسة وفقا للمستوى التعليمي :

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
4.2	22	أمي
15	78	ابتدائي
48.5	252	متوسط
22.7	118	ثانوي
9.6	50	جامعي
100	520	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 22 من العينة أي 4.2 % أميين, و أن 78 من العينة أي 15 % مستوى ابتدائي, و أن 252 من العينة أي 48.5 % مستوى متوسط, و أن 118 من العينة أي 22.7 % مستوى ثانوي, و أن 50 من العينة أي 9.6 % مستوى جامعي. وبالتالي غالبية أفراد الدراسة حاصلين على مستوى تعليمي متوسط.

د- الوضعية الجزائرية: يوضح الجدول رقم (15) توزيع مفردات الدراسة وفقا للوضعية الجزائرية:

النسبة %	التكرار	الوضعية الجزائرية
64.61	336	ابتدائي
35.4	184	انتكاسي
100	520	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 336 من العينة أي 64.61 % ابتدائيين أي يدخلون السجن لأول مرة, وأن 184 من العينة أي 35.4 % انتكاسيين أي أنهم دخلوا السجن أكثر من مرة.

4-2 أدوات الدراسة الأساسية: إستخدمت في الدراسة الأساسية نفس الأداة التي تم إستخدامها في الدراسة الإستطلاعية وهو الإستبيان المعد من طرف الطالبة (الملحق رقم 3 الإستبيان المطبق في صورته النهائية)

5-2 كيفية التطبيق:

نظرا لكبر حجم العينة وطول الإستبيان إستعانت الطالبة في تطبيق الاستبيان بمرشدي القاعات , وهم من ذوي السيرة الحسنة من بين النزلاء, ويتمتعون بمستوى تعليمي مقبول يتم إختيارهم للسهر على إدارة القاعة المتواجدين بها, والسهر على الحياة اليومية لزملائهم , حيث قامت الطالبة بشرح هدف الدراسة , طريقة تطبيق الإستبيان , شرح العبارات , طريقة الإجابة ل 26 مرشدا , والذين قاموا بدورهم بالشرح لزملائهم كل في قاعته . ثم تم جمع الإستبيانات بعد يومين , فمن بين 720 إستبيان موزع حصلت الطالبة على 544 إستبيان تم إستبعاد 24 كانت غير كاملة الإجابة , فكان العدد الإجمالي لإستبيانات التي خضعت للتحليل 520 إستبيانا .

6-2 تفريغ البيانات والمعالجة الإحصائية :

بعد جمع البيانات تم تفريغها في الحاسب الآلي ومعالجتها بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية), حيث تم القيام بمجموعة من الأساليب الإحصائية وهي:

1. التكرارات والنسب المئوية في خصائص العينة .
2. الانحراف والمتوسط الحسابي .
3. التكرارات والنسب المئوية لانتشار السلوكات.
4. معادلة BMI لحساب كاشف كتلة الجسم.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

سيتم الإقتصار في عرض النتائج على عرض النتائج المتعلقة بالمسألة الرئيسية لهذه الدراسة والمتعلقة بسلوكيات الخطر الأكثر إنتشارا المتعلقة بالصحة .

أولا- عرض و تحليل نتائج الدراسة:

1- عرض نتائج الفرضية الاولى : ومفادها نتوقع أن سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هي بالترتيب:

- 1- التدخين
- 2- قلة النشاط البدني
- 3- السلوكيات الجنسية غير الآمنة
- 4- المخدرات

وفي أول خطوة قامت الطالبة بحساب كاشف كتلة الجسم (BMI) Body Mass Index من أفراد العينة والتي تحسب وفق الطول والوزن حيث أن :

$$\text{BMI} = \frac{\text{الوزن}}{\text{الطول}^2}$$

وإستخلصت الطالبة منها قيم توزع دليل كتلة الجسم. ويقدم الجدول (18) عرضاً للنتيجة المستخلصة وقد استخدم هنا التقسيم المعمول به في تقييم مقياس كتلة الجسد والمتضمن الفئات التالية : تحت الوزن الطبيعي BMI > 20 ، وزن طبيعي BMI = 20 إلى 25 ، خفيف السمنة BMI = 26 إلى 30 ، متوسط السمنة BMI = 31 إلى 35 ، شديد السمنة BMI < 35. وحيث أن 35 فردا من العينة لا يعرفون الطول والوزن وبالتالي سيتم حساب النسبة بالنسبة إلى 485.

الجدول (16) توزع تكرارات قيم مقياس كتلة الجسد لدى العينة:

فئة الوزن	BMI	العدد	النسبة %
تحت الوزن الطبيعي	< 20	38	7.83
وزن طبيعي	25 – 20	289	59.58
خفيف السمنة	30 – 26	137	28.24
متوسط السمنة	35 – 31	18	3.71
شديد السمنة	> 35	3	0.61

نلاحظ من الجدول (16) أنه يغلب على وزن العينة كونه طبيعياً إذ قدر بـ **59.58%**، وأنه لوحظ في هذه الدراسة وجود أشخاص شديدي السمنة بنسبة **0.61%**، كما وأن نسبة الأشخاص الواقعين متوسطي السمنة كانت قليلة جداً بنسبة **3.71%**، أما نسبة السمان بشكل طفيف فقد مثلت **28.24%** وهي مرتفعة نوعاً ما، ومن الملاحظ هنا التكرار المئوي المنخفض للأشخاص الواقعين تحت حدود الوزن الطبيعي، إذ قدرت بـ **7.83%**.

المحور الأول: الحالة الصحية

يقدم الجدول (17) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الأول:

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
9.2 4.0 12.7 38.7 27.7 7.7	48 21 66 201 144 40	1. ممتازة. 2. جيدة جدا. 3. جيدة. 4. معتدلة. 5. ضعيفة 6. لا اعرف / غير متأكد.	1- هل ترى أن صحتك على العموم
47.1 37.1 15.8	245 193 82	1. عدة أيام. 2. ولا يوم. 3. لا اعرف / غير متأكد	2- فكر الآن في صحتك الجسدية من حيث المرض و الحوادث. كم يوم خلال 30 يوم الماضية كانت صحتك الجسدية ليست على ما يرام؟.
59.0 29.0 11.90	307 151 62	1. عدة أيام. 2. ولا يوم. 3. لا اعرف / غير متأكد.	3- بخصوص صحتك النفسية. بما في ذلك القلق الاكتئاب والمشاكل الانفعالية. كم يوم خلال 30 يوم الماضية كانت صحتك النفسية ليست على ما يرام؟
49.2 31.9 18.8	256 166 98	1. عدة أيام. 2. ولا يوم. 3. لا اعرف / غير متأكد.	4- خلال 30 يوما الماضية ما هو عدد الأيام التي كان فيها تدهور صحتك الجسدية أو العقلية سببا في عدم القيام بنشاطك العادي مثل الاهتمام الشخصي أو الراحة؟.

نلاحظ من الجدول (17) أن 38.7 % من العينة يرون أن صحتهم معتدلة على العموم, وأن 9.2 % صحتهم ممتازة. في حين يرى 27.7 % أن صحتهم ضعيفة. أما فيما يخص الصحة الجسدية يرى 47.1 % أنها لم تكن على ما يرام خلال 30 يوما الماضية , في حين يرى 37.1 % أنها كانت على ما يرام , أما فيما يخص الصحة النفسية فيرى 59 % أنها لم تكن على ما يرام خلال 30 يوما الماضية , في حين يرى 29 % أنها كانت على ما يرام , ويرى 49.2 % انه خلال 30 يوما الماضية دام تسبب تدهور صحتهم الجسدية أو العقلية في عدم القيام بالنشاط العادي مثل الإهتمام الشخصي , العمل أو الراحة عدة أيام في حين يرى 31.9 % انه ولا يوم تسبب تدهور صحتهم الجسدية أو العقلية في عدم القيام بالنشاط العادي مثل الإهتمام الشخصي , العمل أو الراحة.

المحور الثاني: conscience hyper tensionnelle الوعى حول الضغط الدموي

يقدم الجدول (18) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثاني:

النسبة النوية %	التكرار	البدائل	العبارة
14.8	77	1. خلال 6 أشهر الماضية (شهر إلى 6 شهر الماضية)	5- منذ متى قيس ضغط دمك من طرف طبيب أو ممرض أو أي مختص؟.
9.4	49	2. خلال السنة الماضية (6 أشهر إلى 12 شهر الماضية).	
6.2	32	3. خلال السنتين الماضيتين (سنة إلى سنتين الماضيتين).	
5.2	27	4. خلال 5 سنوات (سنتين إلى خمس سنوات ماضية).	
3.8	20	5. خلال خمس سنوات أو أكثر.	
50	262	6. أبدا.	
10.2	53	7. لا اعرف / غير متأكد.	
13.1 81.9 4.8	68 426 25	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد	6- هل أعلمت من طرف طبيب أو ممرض أو أي مختص بأنك تعاني من ضغط الدم؟.

يشير 50% من المفحوصين إلى أنهم لم يقوموا بقياس ضغط الدم لديهم , و هذه النسبة مرتفعة مقارنة بنسبة الذين قاموا بقياس ضغط الدم لديهم خلال السنة الماضية والتي قدرت ب 9.4 % , ويشير 13.1% من المفحوصين إلى أنهم قد أعلموا من طرف طبيب أو ممرض أو أي مختص بأنهم يعانون من ضغط الدم في حين أشار 81.9% أنهم لم يعلموا.

المحور الثالث: ضغط الدم المرتفع

يقدم الجدول (19) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثالث:

النسبة النسبية % المنوية	التكرار	البدايل	العبارة
13.3 83.5 3.1	69 434 16	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	7- خلال 12 شهر الماضية هل أخبرك طبيب أو ممرض أو مختص أن ضغط دمك مرتفع؟
6.7 5.8 2	35 30 1	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	8- إذا كان نعم هل تتناول حالياً أدوية الضغط المرتفع التي وصفها لك الطبيب بصفة منتظمة؟
6.3 90 3.5	33 468 18	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	9- كولسترول الدم عبارة عن مادة دسمة في الدم هل سبق لك أن قمت بفحوصات حول تلك المادة في دمك؟
3.1 3.1 2.9 9.2 76.3 5.2	16 16 15 48 397 27	1. منذ السنة الماضية (شهر إلى 12 شهر الماضية). 2. منذ السنتين الماضيتين (سنة إلى سنتين مضت). 3. منذ 5 سنوات ماضية (سنتين إلى 5سنوات مضت). 4. منذ أكثر 5سنوات مضت. 5. أبداً ولا مرة 6. لا اعرف / غير متأكد.	10- منذ متى تم مراقبة كمية الكولسترول الموجودة في دمك؟
8.7 86.3 4.4	45 449 23	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	11- هل سبق لك وان أخبرت من طرف طبيب أو أي مختص أن نسبة الكولسترول في دمك مرتفعة؟

يشير 13.3% من المفحوصين إلى أنهم قد أخبروا من طرف طبيب أو ممرض أو أي مختص بأن ضغط دمهم مرتفع خلال 12 شهر الماضية وبمقارنة هذه النسبة بالنسبة السابقة في الجدول (18) نستنتج أن 0.2% تم إعلامهم قبل سنة , في حين أشار 83.5% أنهم لم يتم إخبارهم بذلك , ويتناول 6.7% أدوية الضغط المرتفع التي وصفها لهم الطبيب بصفة منتظمة في حين أشار 5.8% بأنهم لا يتناولون أدوية الضغط المرتفع التي وصفها لهم الطبيب بصفة منتظمة, أما بالنسبة للكولسترول فأشار 6.3% بأنه سبق لهم أن قاموا بفحوصات حول هذه المادة وهي تقريبا مساوية لنسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم لان هذه الفحوصات ضرورية لدى هذه

الفئة , في حين أشار 90 % بأنه لم يسبق لهم أن قاموا بفحوصات حول هذه المادة وهي نسبة مرتفعة جدا , وأشار 3.1 % أنه تم مراقبة كمية الكولسترول الموجودة في دمهم خلال السنة الماضية (شهر إلى 12 شهر الماضية) وهي نفسها بالنسبة للذين تم مراقبة كمية الكولسترول الموجودة في دمهم منذ السنتين الماضيتين (سنة إلى سنتين مضت) , في حين أن 76.3 % لم يتم مراقبة كمية الكولسترول الموجودة في دمهم نهائيا وهي نسبة مرتفعة جدا , وأشار 8.7 % أنه سبق لهم أن أخبروا من طرف طبيب أو أي مختص أن نسبة الكولسترول في دمهم مرتفعة وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحجم العينة أي تقريبا العشر.

المحور الرابع: مرض السكري DIABETE

يقدم الجدول (20) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الرابع:

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبارة
8.1	42	1. نعم.	12- هل سبق لك وان أخبرت من طرف الطبيب انك مصاب بداء السكري؟
90.8	472	2. لا.	
0.6	3	3. لا اعرف / غير متأكد.	
0.38	2	18 > 2	13- اذا كان نعم كم كان عمرك لما أخبرت انك مريض بداء السكري؟.
0.57	3	18 - 26	
0.76	4	27 - 35	
1.53	8	36 - 44	
1.53	8	45 فأكثر	
3.26	17	2. لا اعرف / غير متأكد	
4.8	25	1. نعم.	14- هل تستعمل حاليا دواء السكري ؟
0.6	3	2. لا.	
2.69	14	3. لا اعرف / غير متأكد	
4.2	22	1. عدة مرات في اليوم.	15- إذا كان نعم كم مرة تستعمل الدواء؟.
0.57	3	2. عدة مرات في الأسبوع.	
0	0	3. استعمال مضخات الأنسولين.	
0	0	4. لا اعرف / غير متأكد.	
13.3	69	1. نعم.	16- هل سمعت ب hémoglobine gluquée
80.4	418	2. لا.	
6.0	31	3. لا اعرف / غير متأكد	
6.7	35	1. عدة مرات.	17 - خلال السنة الماضية كم مرة زرت الطبيب أو مختص بسبب السكري؟
85.4	444	2. ولا مرة.	
4.4	23	3. لا اعرف / غير متأكد	
3.1	16	1. عدة مرات	18- خلال السنة الماضية كم مرة فحصك طبيب أو مختص بسبب hémoglobine gluquée ؟
85.4	444	2. ولا مرة	
7.9	41	3. لا اعرف / غير متأكد	

13.3 77.1 4.8	69 401 25	1. عدة مرات 2. ولا مرة 3. لا اعرف / غير متأكد	19- خلال السنة الماضية كم مرة فحص الطبيب أو مختص رجلك بسبب التهابات أو رضوض؟
4.0 9.2 4.0 5.6 71.7 5.2	21 48 21 29 373 27	1. في الشهر الماضي (0 إلى شهر مضى) 2. في السنة الماضية (بين شهر إلى 12 شهر مضت) 3. في السنتين الأخيرتين (بين سنة إلى سنتين مضت) 4. في السنتين الماضيتين أو أكثر. 5. أبدا. 6. لا اعرف / غير متأكد.	20- متى كان لك فحص العينين بسبب الحساسية للضوء؟
34.2 23.1 13.8 11.2 8.7 9.0	178 120 72 58 45 47	1. دائما احدد وأتعرّف 2. معظم الأحيان احدد وأتعرّف 3. في بعض الأحيان احدد وأتعرّف 4. عادة لا احدد ولا أتعرّف 5. لا احدد ولا أتعرّف 6. لا اعرف / غير متأكد	21- كيف تقيم رؤيتك في تحديد أو التعرف على الأشياء أو الأشخاص عن بعد.؟
20.6 11.7 23.3 9.8 26.0 8.7	107 61 121 51 135 45	1. دائما محدودة. 2. معظم الأحيان محدودة. 3. في بعض الأحيان محدودة. 4. عادة لا تكون محدودة. 5. ولا مرة تكون محدودة. 6. لا اعرف / غير متأكد	22- كم مرة تكون رؤيتك محدودة في القراءة بصفة عامة؟
19.8 14.4 23.1 10.4 24.0 8.1	103 75 120 54 125 42	1. دائما محدودة. 2. معظم الأحيان محدودة. 3. في بعض الأحيان محدودة. 4. عادة لا تكون محدودة. 5. ولا مرة تكون محدودة. 6. لا اعرف / غير متأكد	23- كم مرة تكون رؤيتك محدودة في مشاهدة التلفزيون؟
9.6 1.0 1.9 82.7 4.6	50 5 10 430 24	1. منذ السنة الماضية (شهر إلى 12 شهر مضت). 2. منذ 3سنوات الماضية (سنة إلى 3سنوات مضت). 3. 3سنوات أو أكثر مضت. 4. أبدا أو لا مرة. 5. لا اعرف / غير متأكد	24- ما هي آخر مرة تحصلت على فحوصات فيما يخص مرض السكري؟

أشار 8.1 % أنه سبق لهم وأن أخبروا من طرف الطبيب أنهم مصابون بداء السكري. معظم الحالات كان سن الإصابة لديها من 27 إلى 45 سنة, ومن بين هذه الحالات 4.8 % تستعمل حاليا دواء السكري, و 4.2 % تستعمل الدواء عدة مرات في اليوم, في حين لا توجد أي حالة تستعمل مضخات الأنسولين. كما أشار 80.4 % من العينة أنهم لم يسمعوا بـ hémoglobine gluquée وهي نسبة مرتفعة جدا, أما بالنسبة لزيارة الطبيب أو مختص بسبب السكري أشار 6.7 % أنهم قاموا بذلك وهي تقريبا نفس العينة التي تم إخبارها بأنها مصابة بداء

السكري , أما بالنسبة لفحص الرجلين بسبب إتهابات أو رضوض من طرف الطبيب فأشار 13.3 % أنهم قاموا بذلك , أما بالنسبة لفحص العينين بسبب الحساسية للضوء فأشار 13.2 % أنهم قاموا بذلك خلال السنة الماضية, وأشار 8.7 % أنهم لا يحددون ولا يتعرفون عن الأشياء عن بعد, و20.6 % تكون رؤيتهم دائما محدودة في القراءة بصفة عامة, و19.8 تكون رؤيتهم دائما محدودة في مشاهدة التلفزيون وهي نسب تقريبا متساوية , وأشار 9.6 % أنهم تحصلوا على فحوصات فيما يخص مرض السكري خلال السنة الماضية .

المحور الخامس: صحة الأسنان La santé orale

يقدم الجدول (21) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الخامس

النسبة المئوية %	التكرار	البدائل	العبارة
55.6	289	1. منذ سنة مضت.	25- متى زرت لأخر مرة
13.3	69	2. منذ سنتين مضت.	طبيب الأسنان لأي سبب
5.4	28	3. منذ 5 سنوات مضت.	كان؟
10.2	53	4. منذ 5 سنوات وأكثر مضت.	
13.8	72	5. ولا مرة.	
1.7	9	6. لا اعرف / غير متأكد.	
50.2	261	1. 5 أو أقل.	26- كم من الأسنان
22.3	116	2. 6 أو أكثر لكن ليس كلهم.	نزعت بسبب التسوس أو
6.7	35	3. جميع الأسنان.	مرض آخر؟
17.7	92	4. ولا واحدة.	
3.1	16	5. لا اعرف / غير متأكد.	
8.8	46	1. منذ السنة الماضية (1 إلى 12 شهر مضت).	27- منذ متى تم تنظيف
6.7	35	2. منذ السنتين الماضيتين (سنة إلى سنتين مضت).	أسنانك عند طبيب ؟
5.0	26	3. منذ الخمس سنوات الماضية (سنتين إلى 5 سنوات مضت).	
4.8	25	4. منذ 5 سنوات مضت وأكثر .	
70.4	366	5. ولا مرة.	
4.2	22	6. لا اعرف / غير متأكد.	

لقد أشار 55.6 % أنهم زاروا لأخر مرة طبيب الأسنان ولأي سبب كان منذ سنة مضت, ومن بين أفراد العينة هناك 50.2 % نزعوا 5 أو أقل من الأسنان بسبب التسوس أو مرض آخر, في حين هناك 70.4 % لم يقوموا ولا مرة بتنظيف أسنانهم عند طبيب الأسنان .

المحور السادس: التدخين
يقدم الجدول (22) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور السادس

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
77.9 18.3 3.8	405 95 20	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد	28- هل تناولت في حياتك على الأقل 100 سيجارة (100 سيجارة = 5 علب) ؟.
46.5 15.8 37.7	242 82 196	1. كل يوم 2. أحيانا 3. لا أدخن	29- هل تدخن حاليا؟
39.0 39.61 10 11.3	203 206 أكثر من 10 سجانر 52 اقل من 10 سجانر 59	1. أنا لا أدخن حاليا 2. عدد السجانر 3. لا اعرف / غير متأكد.	30- ما هو معدل أو متوسط السجانر التي تدخن في اليوم؟.
47.5 35.6 1.9	247 185 10	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	31- هل أقلعت عن التدخين لمدة يوم أو أكثر خلال 12 شهرا الماضية؟
4.6 1.0 2.1 5.2 19.0 18.5 30.2 14.4 4.6	24 5 11 27 99 96 157 75 24	1. منذ الشهر الماضي (0 إلى شهر مضى). 2. منذ 3 شهور الماضية (1 إلى 3 شهور مضت). 3. منذ 6 أشهر مضت (3 إلى 6 شهور مضت). 4. منذ السنة الماضية (6 إلى 12 شهر مضت). 5. منذ 5 سنوات الماضية (1 إلى 5 سنوات مضت). 6. منذ 15 سنة الماضية (5 إلى 15 سنة مضت). 7. منذ 15 سنة مضت أو أكثر. 8. لم أدخن يوما. 9. لا اعرف / غير متأكد	32- منذ متى وأنت تدخن يوميا؟.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 77.9 % تناولوا في حياتهم على الأقل 100 سيجارة, وأن 46.5 % يدخنوا في اليوم اقل من 10 سجانر, في حين أشار 35.6 % أنهم لم يقلعوا عن التدخين لمدة يوم أو أكثر خلال 12 شهرا الماضية, و 30.2 % يدخنون منذ 15 سنة مضت أو أكثر.

يقدم الجدول (23) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور السابع

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
5.2	27	1. عالية أو مرتفعة.	33- ما هي في رأيك
8.3	43	2. متوسطة.	احتمالات انتقال فيروس
20.0	104	3. ضعيفة.	السيدا لك؟.
41.5	216	4. لا توجد حظوظ.	
24.8	129	5. لا اعرف / غير متأكد.	
11.9	62	1. نعم.	34- هل حصلت على
87.5	455	2. لا.	وشم خلال 12 شهرا
0.4	2	3. لا اعرف / غير متأكد.	الماضية؟
12.9	67	1. نعم.	35- هل قمت بأي علاقة
87.1	453	2. لا.	جنسية خلال 12 شهرا
		3. لا اعرف / غير متأكد.	الماضية؟.
6.0	31	1. نعم.	36- هل قمت بفحص
93.1	484	2. لا.	من اجل فيروس السيدا
0.8	4	3. لا اعرف / غير متأكد.	في حياتك؟.
4.0	21	1. نعم.	37- هل قمت بفحص من
95.4	496	2. لا.	اجل الفيروس خلال 12
0.57	3	3. لا اعرف / غير متأكد.	شهر الماضية؟.
36.84	7	1. الخوف بعد أيام تحسيسية	38- ما هو السبب الذي
31.57	6	2. أيام تحسيسية	دفعك للفحص؟.
10.52	2	3. علاقات جنسية	
10.52	2	4. فحص إجباري	
5.26	1	5. فضول	
5.26	1	6. وقاية	
52.63	10	1. نعم.	39- هل تحصلت على
44.36	9	2. لا.	نتائج الفحص؟
		3. لا اعرف / غير متأكد.	
100	10	1. نعم.	40- هل تحدثت مع
		2. لا.	أخصائي حول نتائج
		3. لا اعرف / غير متأكد.	الفحص؟

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 5.2 % يرون أن احتمالات إنتقال فيروس السيدا لهم عالية وأن 11.9 % حصلوا على وشم خلال 12 شهرا الماضية، و12.9 % قاموا بأي علاقة جنسية خلال 12 شهرا الماضية، و4 % فقط قاموا بفحص من اجل فيروس السيدا خلال 12 شهر الماضية

0.4% بسبب علاقات جنسية و 1.4% بسبب الخوف و 1.2% بسبب أيام تحسيسية أو تكوين , من بينهم (أي من بين 19 فردا) 52.63% تحصلوا على نتائج الفحص وتحديثوا مع أخصائي حول نتائج الفحص.

المحور الثامن: الربو

يقدم الجدول (24) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثامن

النسبة المئوية %	التكرار	البدائل	العبارة
11.0	57	1. نعم.	41- هل أخبرك الطبيب
88.1	458	2. لا.	في يوم ما أنك مريض
1.0	5	3. لا اعرف / غير متأكد.	بالربو؟.
7.7	40	1. خارج السجن	42- في حالة الإجابة
3.1	16	2. داخل السجن	بنعم متى أصبت بمرض
0.19	1	3. لا اعرف/ غير متأكد	الربو؟
8.3	43	1. نعم.	43- هل ما زلت مريض
2.5	13	2. لا.	بالربو؟.
0.19	1	3. لا اعرف / غير متأكد.	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 11% من العينة تم إخبارهم في يوم ما أنهم مرضى بالربو وأن 3.1% أصيبوا داخل السجن و8.3% لا يزالوا مرضى.

المحور التاسع: الوقاية من التدخين

يقدم الجدول (25) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور التاسع

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
89.4	465	1. نعم.	44- خلال 30 يوم
8.7	45	2. لا.	الماضية هل دخن أي
1.7	9	3. لا اعرف / غير متأكد	أحد إمامك؟.
45.2	235	1. غير مسموح في الأماكن العمومية.	45- ما رأيك في
19.0	99	2. مسموح في بعض الأماكن العمومية.	التدخين بالأماكن
11.7	61	3. مسموح في جميع الأماكن العمومية.	العمومية عموماً؟.
20.0	104	4. ليس لدي رأي رسمي.	
3.7	19	5. لا اعرف / غير متأكد.	
48.5	252	1. غير مسموح في الأماكن العمومية.	46- ما رأيك في
18.7	97	2. مسموح في بعض الأماكن العمومية.	التدخين داخل القاعة
14.4	75	3. مسموح في جميع الأماكن العمومية.	الجماعية؟.
15.4	80	4. ليس لدي رأي رسمي.	
2.5	13	5. لا اعرف / غير متأكد.	
22.11	115	1. نعم.	47- هل استعملت أي
70	364	2. لا.	مادة للتوقف عن
1.2	6	3. لا اعرف / غير متأكد.	للتدخين؟.
10.4	54	1. نعم.	48- هل تستعمل هذه
11.7	61	2. لا.	المواد دانماً؟.
1.3	7	3. لا اعرف / غير متأكد.	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 89.4 % تم التدخين أمامهم خلال 30 يوم الماضية, و 15.4 % ليس لديهم رأي رسمي حول التدخين داخل القاعة الجماعية, و 70 % لم يستعملوا أي مادة للتوقف عن التدخين.

المحور العاشر: التمارين الرياضية

يقدم الجدول (26) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور العاشر

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
50.8 48.8 0.2	264 254 1	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد	49- خلال الأشهر الماضية هل شاركت في نشاطات أو تمارين رياضية مثل المشي(السير)، الجري، كرة القدم من اجل الرياضة؟
1.9	10	1. النشاط (حدد النوع). 2. لا اعرف / غير متأكد.	50 - إذا كان نعم أي أنواع الرياضات أو النشاطات التي قمت بها خلال الشهر الماضي؟
15.16 26.23	84 اقل من 500 متر 121 أكثر من 500 متر	1. المسافة بالمتر. 2. لا اعرف / غير متأكد.	51- ما هي المسافة التي تمشي/تجري/عادة؟
21.9	114	2. لا اعرف / غير متأكد.	
30.2 18.5 5.0	157 96 26	1. عدد المرات في الأسبوع. 2. عدد المرات في الشهر. 3. لا اعرف / غير متأكد.	52- كم مرة في الأسبوع أو في الشهر قمت بهذا النشاط خلال الشهر الماضي؟
13.7	89 اقل من أو يساوي ساعة 111 أكثر من ساعة 71	1. عدد الساعات والدقائق 2. لا اعرف / غير متأكد.	53 - و عندما تقوم بهذا النشاط ما هو الوقت الذي تستغرقه في القيام به ؟
12.5 87.1 0.2	65 453 1	1. نعم. 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	54 - هل هناك نشاط أو رياضة أخرى شاركت فيها خلال الشهر الماضي؟
0.6	3	1. نوع النشاط (حدد). 2. لا اعرف / غير متأكد	55 - إذا كان نعم ما هو النشاط الجسدي والذي مارسته عدى المذكورين أعلاه الذي أعطاك راحة خلال الشهر الماضي؟
67.0 38.0 09.0	35 20 5	1. عدة مرات في الأسبوع. 2. عدة مرات في الشهر. 3. لا اعرف / غير متأكد.	56- كم مرة قمت بهذا النشاط خلال الشهر الماضي؟
53.0 69.0 0.2	28 اقل من أو يساوي ساعة 36 أكثر من ساعة 1	1. عدد الساعات والدقائق. 2. لا اعرف / غير متأكد	57- و عندما تقوم بهذا النشاط ما هو الوقت الذي تستغرقه ؟

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 48.8 % لم يشاركوا في نشاطات أو تمارين رياضية مثل المشي(السير)، الجري، كرة القدم من اجل الرياضة خلال الأشهر الماضية .

المحور الحادي عشر: الفواكه والخضر: خلال 12 شهر الماضية

يقدم الجدول (27) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الحادي عشر

النسبة المئوية %	التكرار	البدايل	العبرة
5.2	27	1. عدة مرات في اليوم..	58- كم مرة تشرب عصير الفواكه ؟
18.1	94	2. عدة مرات في الأسبوع	
26.7	139	3. عدة مرات في الشهر	
15.6	81	4. عدة مرات في السنة	
29.8	155	5. لا أشرب أبدا	
4.6	24	6. لا اعرف / غير متأكد	
2.7	14	1. عدة مرات في اليوم..	59- كم مرة تأكل الفواكه ؟
23.5	122	2. عدة مرات في الأسبوع	
40.4	210	3. عدة مرات في الشهر	
17.5	91	4. عدة مرات في السنة	
11.5	60	5. لا أكل أبدا	
4.2	22	6. لا اعرف / غير متأكد	
2.1	11	1. عدة مرات في اليوم..	60- كم مرة تأكل الخس (السلطة) ؟
14.2	74	2. عدة مرات في الأسبوع	
39.0	203	3. عدة مرات في الشهر	
16.5	86	4. عدة مرات في السنة	
21.0	109	5. لا أكل أبدا	
7.1	37	6. لا اعرف / غير متأكد	
2.9	15	1. عدة مرات في اليوم..	61- كم مرة تأكل البطاطا ؟
36.2	188	2. عدة مرات في الأسبوع	
38.1	198	3. عدة مرات في الشهر	
7.9	41	4. عدة مرات في السنة	
11.0	57	5. لا أكل أبدا	
4.0	21	6. لا اعرف / غير متأكد	
1.5	8	1. عدة مرات في اليوم..	62- كم مرة تأكل الجزر؟
25.0	130	2. عدة مرات في الأسبوع	
29.8	155	3. عدة مرات في الشهر	
13.1	68	4. عدة مرات في السنة	
27.3	142	5. لا أكل أبدا	
3.3	17	6. لا اعرف / غير متأكد	
2.7	14	1. عدة مرات في اليوم..	63- كم مرة تتناول وجبات الخضر؟
28.1	146	2. عدة مرات في الأسبوع	
41.5	216	3. عدة مرات في الشهر	
10.8	56	4. عدة مرات في السنة	
13.1	68	5. لا أكل أبدا	
3.8	20	6. لا اعرف / غير متأكد	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 29.8 % لم يشربوا عصير الفواكه خلال 12 شهر الماضية و 15.6 % شربوا عصير الفواكه خلال 12 شهر الماضية عدة مرات في السنة, وأن 23.5 %

أكلوا الفواكه خلال 12 شهر الماضية عدة مرات في الأسبوع, و 11.5 % لم يأكلوا الفواكه خلال 12 شهر الماضية, وأشار 21 % أنهم لم يأكلوا الخس خلال 12 شهر الماضية و 11 % لم يأكلوا البطاطا خلال 12 شهر الماضية و 27.3 % لم يأكلوا الجزر خلال 12 شهر الماضية و 13.1 % لم يتناولوا وجبات الخضر خلال 12 شهر الماضية.

المحور الثاني عشر: مراقبة الوزن

يقدم الجدول (28) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثاني عشر

النسبة المئوية %	التكرار	البدائل	العبرة
23.8	124	1. نعم .	64- هل تحاول الآن تخفيض الوزن؟
70.8	368	2. لا.	
5.4	28	3. لا اعرف /غير متأكد.	
65.4	340	1. نعم .	65- هل تحاول الآن الاحتفاظ بوزنك ؟
28.3	147	2. لا.	
6.0	31	3. لا اعرف /غير متأكد.	
9.2	48	1. نعم .	66- هل تتبع حمية غذائية (رجيم) من اجل تخفيض الوزن؟
89.6	466	2. لا.	
1.2	6	3. لا اعرف /غير متأكد.	
12.7	66	1. نعم .	67- هل تمارس رياضة من اجل تخفيض الوزن؟
85.4	444	2. لا.	
1.7	39	3. لا اعرف /غير متأكد.	
4.8	25	1. نعم تخفيض الوزن	68- خلال 12 شهر الماضية هل نصحك طبيب أو ممرض أو أخصائي فيما يخص وزنك؟
8.8	46	2. نعم زيادة الوزن	
3.3	17	3. نعم الاحتفاظ بالوزن الحالي	
81.5	424	4. لا	
1.3	7	5. لا اعرف /غير متأكد.	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 23.8 % يحاولون الآن تخفيض الوزن و 65.4 % يحاولون الآن الاحتفاظ بوزنهم. 9.2 % يتبعون حمية غذائية (رجيم) من اجل تخفيض الوزن. 12.7 % يمارسون رياضة من اجل تخفيض الوزن. 4.8 % نصحهم الطبيب بتخفيض الوزن و 8.8 % نصحهم الطبيب بزيادة الوزن و 3.3 % نصحهم الطبيب الاحتفاظ بالوزن الحالي.

المحور الثالث عشر: المخدرات

يقدم الجدول (29) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الثالث عشر

النسبة المئوية %	التكرار	البدائل	العبرة
56.9 41.3 1.3	296 215 7	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	69- هل تناولت المخدرات في كامل حياتك ؟
13.1 86.3 .6	68 449 3	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	70- هل تناولت المخدرات خلال 12 شهر الماضية ؟
52.3 8.5 2.9	272 44 15	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	71- إذا كان نعم هل توقفت عن تعاطي المخدرات ؟

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 56.9 % تناولوا المخدرات في كامل حياتهم وأن 13.1 % تناولوها خلال 12 شهر الماضية وأن 52.3 % توقفوا عن تعاطيها و 8.5 % لم يتوقفوا عن تعاطيها.

المحور الرابع عشر: التربية الصحية

يقدم الجدول (30) تكرارات ونسب انتشار عبارات المحور الرابع عشر

النسبة المئوية %	التكرار	البدائل	العبرة
30.8 67.3 1.7	160 350 9	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	72- هل تستفيد من برنامج لترقية الصحة داخل السجن؟ مثلا المشي تمارين أو نشاطات لتخفيف من القلق محادثات من اجل الإقلاع عن التدخين جلسات التنقيف الصحي؟
13.8 84.8 1.3	72 441 7	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	73- هل شاركت في نشاطات رياضية ممولة من طرف السجن؟
35.6 52.9 11.5	185 275 60	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	74- هل يقوم السجن ببرنامج مثل هذه النشاطات الرياضية للحفاظ على الصحة؟
21.2 70.0 8.8	110 364 46	1. نعم 2. لا. 3. لا اعرف / غير متأكد.	75- هل يوفر السجن برامج لتخفيف القلق ؟

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 30.8 % أشاروا أنهم استفادوا من برنامج لترقية الصحة داخل السجن وأشار 84.8 % أنهم لم يشاركوا في النشاطات الرياضية الممولة من طرف السجن كما

أشار 52.9 % أن السجن لا يقوم ببرمجة مثل هذه النشاطات الرياضية للحفاظ على الصحة ,
وأشار 70 % أن السجن لا يوفر برامج لتخفيف القلق.

2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية:

و التي مفادها : "تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة
إعادة التأهيل تازولت حسب السن"
أ- عدم ممارسة النشاطات الرياضية:

يقدم الجدول (31) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب السن

النسبة المئوية %	التكرار	السن
18.50	47	26-18
40.94	104	35-27
20.47	52	44-36
20.07	51	-45

نلاحظ من الجدول أعلاه أن عدم ممارسة النشاطات الرياضية بنسبة أكبر لدى الفئة 35-27 في
حين تكاد تكون متساوية لدى الفئات الأخرى .

ب- التدخين:

يقدم الجدول (32) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب السن

النسبة المئوية %	التكرار	السن
20.24	49	26-18
42.97	104	35-27
18.59	45	44-36
18.18	44	-45

نلاحظ من الجدول أعلاه أن التدخين ينتشر أكثر لدى الفئة العمرية 35-27 حيث
بلغت 42.97 % في حين تكاد تكون متساوية لدى الفئات الأخرى .

ج- المخدرات:

يقدم الجدول (33) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب السن

النسبة المئوية %	التكرار	السن
27.94	19	26-18
41.17	28	35-27
23.52	16	44-36
7.35	5	-45

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار المخدرات كان أكثر لدى الفئة العمرية 35-27 حيث بلغت 41.17 % في حين تكاد تكون متساوية لدى الفئتين 26-18 و44-36 وكانت منخفضة لدى الفئة 45 فأكثر.

د- العلاقات الجنسية:

يقدم الجدول (34) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب السن

النسبة المئوية %	التكرار	السن
23.88	16	26-18
37.31	25	35-27
19.40	13	44-36
19.40	13	-45

نلاحظ من الجدول أعلاه أن العلاقات الجنسية تنتشر أكثر لدى الفئة العمرية 35-27 حيث بلغت 37.31 % في حين كانت متساوية لدى الفئتين 44-36 و45 فأكثر , وبلغت 23.88 % لدى الفئة العمرية 26-18 .

3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

و التي مفادها: "تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الحالة الاجتماعية"

أ- عدم ممارسة النشاطات الرياضية:
يقدم الجدول (35) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
أعزب	158	62.20
متزوج	96	37.79

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة عدم ممارسة النشاطات الرياضية أكثر لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين حيث بلغت 62.20 % في حين بلغت لدى المتزوجين 37.79 %.

ب- التدخين:
يقدم الجدول (36) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
أعزب	159	65.70
متزوج	83	34.29

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار التدخين أكثر لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين حيث بلغت 65.70 % وهي بالتقريب ضعف نسبة الانتشار لدى المتزوجين.

ج- المخدرات:
يقدم الجدول (37) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
أعزب	50	73.52
متزوج	18	26.47

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار تعاطي المخدرات أكثر لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين حيث بلغت 73.52 % في حين بلغت لدى المتزوجين 26.47 % .

د- العلاقات الجنسية:

يقدم الجدول (38) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
61.19	41	أعزب
38.80	26	متزوج

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار العلاقات الجنسية أكثر لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين حيث بلغت 61.19 %، في حين بلغت لدى المتزوجين 38.80 %

4- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة:

و التي مفادها: "تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب المستوى التعليمي"

أ- عدم ممارسة النشاطات الرياضية:

يقدم الجدول (39) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
3.93	10	أمي
15.35	39	ابتدائي
48.81	124	متوسط
25.19	64	ثانوي
9.44	24	جامعي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية كان أكبر لدى ذوي المستوى التعليمي متوسط حيث بلغت 48.81 % ثم تليها فئة ذوي المستوى التعليمي ثانوي حيث بلغت 25.19 %، كما بلغت 15.35 % لدى ذوي المستوى التعليمي ابتدائي تليها فئة ذوي المستوى التعليمي جامعي ب 9.44 % والأميين ب 3.93 %.

ب- التدخين:

يقدم الجدول (40) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
4.95	12	أمي
18.59	45	ابتدائي
50	121	متوسط
19	46	ثانوي
7.43	18	جامعي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار التدخين مرتفعة لدى ذوي المستوى التعليمي متوسط حيث بلغت 50 أي النصف , في حين كانت متساوية لدى الفئتين ابتدائي و ثانوي , أما لدى الجامعيين فبلغت 7.43 % ولدى الأميين 4.95 % وهي أدنى نسبة.

ج- المخدرات:

يقدم الجدول (41) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
5.88	4	أمي
26.47	18	ابتدائي
44.11	30	متوسط
17.64	12	ثانوي
5.88	4	جامعي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار المخدرات كان أكبر لدى ذوي المستوى التعليمي متوسط حيث بلغت 44.11 % ثم تليها فئة ذوي المستوى التعليمي ابتدائي ب 26.47 % ثم فئة ذوي المستوى التعليمي ابتدائي ب 17.64 % , وكانت متساوية لدى ذوي المستوى التعليمي جامعي و أمي .

د- العلاقات الجنسية:

يقدم الجدول (42) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
5.97	4	أمي
17.91	12	ابتدائي
40.29	27	متوسط
23.88	16	ثانوي
11.94	8	جامعي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار العلاقات الجنسية كان أكبر نسبة لدى ذوي المستوى التعليمي متوسط حيث بلغت 40.29 % ثم تليها فئة ذوي المستوى التعليمي ثانوي حيث بلغت 23.88 % وكانت أقل لدى فئة الجامعيين والأمينين.

5- عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة:

و التي مفادها: " تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الوضعية الجزائئية".

أ- عدم ممارسة النشاطات الرياضية:

يقدم الجدول (43) تكرارات ونسب انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية حسب الوضعية الجزائئية

النسبة %	التكرار	الوضعية الجزائئية
66.14	168	ابتدائي
33.85	86	انتكاسي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار عدم ممارسة النشاطات الرياضية كانت أكبر لدى الابتدائيين , وقدرت نسبة الانتشار ب 66.14 % , في حين كانت أقل بين الانتكاسيين و قدرت ب 33.85 %.

ب- التدخين:

يقدم الجدول (44) تكرارات ونسب انتشار التدخين حسب الوضعية الجزائية

الوضعية الجزائية	التكرار	النسبة %
ابتدائي	148	61.15
انتكاسي	94	38.84

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار التدخين كانت أكبر لدى الابتدائيين , وقدرت نسبة الانتشار ب 61.15 % , في حين كانت أقل بين الانتكاسيين و قدرت ب 38.84 %.

ج-المخدرات:

يقدم الجدول (45) تكرارات ونسب انتشار المخدرات حسب الوضعية الجزائية

الوضعية الجزائية	التكرار	النسبة %
ابتدائي	41	60.29
انتكاسي	27	39.70

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار المخدرات كانت أكبر لدى الابتدائيين , وقدرت نسبة الانتشار ب 60.29 % , في حين كانت أقل بين الانتكاسيين و قدرت ب 39.70 %.

د- العلاقات الجنسية:

يقدم الجدول (46) تكرارات ونسب انتشار العلاقات الجنسية حسب الوضعية الجزائية

الوضعية الجزائية	التكرار	النسبة %
ابتدائي	41	61.19
انتكاسي	26	38.80

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة انتشار العلاقات الجنسية كانت أكبر لدى الابتدائيين , وقدرت نسبة الانتشار ب 61.19 % , في حين كانت أقل بين الانتكاسيين و قدرت ب 38.80 %.

ثانياً- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

1/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى :

إن البيانات المحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى باستخدام التكرارات والنسب تبين أن السلوكيات الأكثر انتشاراً لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هي بالترتيب:

يقدم الجدول (47) تكرارات ونسب وترتيب سلوكيات الخطر الأكثر انتشاراً حسب نتائج الدراسة :

السلوك	رقم العبارة	التكرار	النسبة	الترتيب
عدم ممارسة النشاطات الرياضية	49	254	48.8	1
التدخين	29	242	46.5	2
المخدرات	70	68	13.1	3
السلوكيات الجنسية	35	67	12.9	4

أ- **عدم ممارسة النشاطات الرياضية:** إن المشاركة في النشاط البدني مدة كافية خلال فترة الحياة والمحافظة على وزن طبيعي تعد من أفضل الطرق لمنع إنتشار العديد من الأمراض المزمنة بما فيها أمراض القلب الوعائية والسكري, والمشاركة في النشاط البدني تساعد أيضاً في السيطرة على الوزن, وخفض الزيادة في ضغط الدم, وضمان صحة خلايا و مكونات الدم, وخفض الدهون وتعزيز الصحة النفسية. وإن حوالي 60% من شعوب العالم لا تحصل على النشاط البدني بشكل كافٍ, وغالباً ما تستمر أنماط النشاط البدني المكتسبة في فترة الطفولة والمراهقة خلال فترة الحياة, كما يستمر سلوك الكسل والراحة الذي يتبناه الشخص في عمر الشباب فيما بعد, حيث نلاحظ من خلال تحليل النتائج أن 48.8 % لا يقومون بأي نشاطات رياضية مثل: المشي , الجري أو كرة القدم وهذا ما يدل على أن نصف العينة تقريباً حاملين بدنياً وهذا ما يختلف مع دراسة هزاع بن محمد الهزاع, رغم أن خصائص العينة متقاربة (ذكور, عينة من المجتمع العربي الإسلامي) لكن تقترب النسبة من نسبة إنتشار الخمول البدني بين سكان دول العالم التي تصل إلى حوالي 60 % (هزاع بن محمد الهزاع 2004) وهي ثلاثة أضعاف نسبة إنتشار الخمول حسب نتائج دراسة نظام المراقبة للمنظمة العالمية

للصحة في الجزائر والتي بلغت فيها النسبة لدى الذكور 16,3 % , والخموم البدني يؤثر مباشرة على صحة الفرد والمجتمع، وله إرتباط وثيق بالعديد من المشكلات الصحية مثل السمنة وإرتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسكري، والتي إرتفعت معدلات حدوثها وإنتشارها إرتفاعا ملحوظا في مختلف دول العالم خصوصا في الآونة الأخيرة نتيجة للسلوكات والأنماط المعيشية الخاطئة و نلاحظ من خلال الجدول (16) أن 148 أي 30.51 % وزنهم فوق الطبيعي ولهذا علاقة بنسبة الخموم البدني , كما أن نسبة الإصابة بداء السكري وإرتفاع ضغط الدم مرتفعة بالمقارنة بحجم العينة حيث بلغت على التوالي : 8.1 % , 13.3 % وهي مرتفعة مقارنة بنتائج دراسة نظام مراقبة الأمراض المزمنة للمنظمة العالمية للصحة في الجزائر والتي بلغت على التوالي: 2,9 % و 10,8 % , وواقعا ربما تكون النسب مقبولة وذلك لخصوصية العينة, ولعدم توفر الإمكانيات المادية والبشرية التي تساعد هذه الفئة على ممارسة النشاطات الرياضية , حيث نرى أن البناء المعماري للمؤسسات العقابية الجزائرية قديم ولا يخضع للأساليب الحديثة التي تسمح للنزول بممارسة النشاطات الرياضية , فالعمران الإعتقالي يجب أن يدمج جميع الأنشطة وأن ينظم ترتيبها في المكان , كما يجب أن يكون مشابهة للحياة الحرة لأن لجميع الأنشطة والخدمات المتواجدة داخل السجن أثر تربوي قوي , والتنظيم المجالي والعقلاني لجميع الأنشطة داخل السجن يؤثر على المعتقلين (وزارة العدل 2004) , وهذا ما تسعى إليه إدارة السجون فعلاوة على غلق بعض المؤسسات القديمة التي لم تعد تفي بالغرض المتوخى من التوجه التحديثي, فهناك مشروع يتضمن بناء مؤسسات عقابية جديدة, تأخذ في الإعتبار مقاييس الهندسة المعمارية العصرية, وتراعى فيها المعايير الحديثة بما يسمح بإستحداث ظروف إحتباسية أفضل, وبما يوفر الفضاءات الضرورية للنشاطات التربوية.

(وزارة العدل 2004)

ب- التدخين:

يمكن إعتبار ظاهرة التدخين من أكثر ظواهر تعاطي المواد المؤثرة نفسياً إنتشارا وذلك لوجود تسامح إجتماعي إلى حد ما مع هذه الظاهرة أكثر من غيرها , ولسهولة الحصول على السجائر وعدم إرتباط التدخين بطقوس وأماكن خاصة بالإضافة إلى عدم تجريم التدخين وفقاً للقانون, إن وجود نسبة مقدارها 46.5 % من عينة النزلاء الذين يدخنون حالياً و 39.61 % يدخنون أكثر من 10 سجائر في اليوم وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالنتائج المتحصل عليها في

دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية (2005) والتي قدرت ب 26.40 % رغم أن خصائص العينة متقاربة , لكن بمراعاة خصوصية عينة الدراسة أي النزلاء وعلى إعتبار أن التدخين يمكن أن يحقق وظائف عدة في حياة الفرد ، وأن السلوك الخطر وممارسته يمتلكان جاذبية خاصة لإحداثه الشعور النفسي والفيزيائي التعويضي بسرعة أكثر من أنماط السلوك الصحي الأخرى التي تحتاج من جهتها إلى الصبر والجهد والمثابرة ، ولا تحقق الأثر المرغوب بسرعة (سفارتزر 1994) يمكن إعتبار النسبة مقبولة لأن النزيل وبالمقارنة بباقي المواد المؤثرة نفسيا يبقى التدخين السلوك الوحيد المقبول قانونيا , لكن بالرجوع إلى نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم وقلّة النشاط البدني وإرتفاع نسبة السمنة يصبح التدخين وبهذه النسبة عامل خطر يجب إعطاؤه أهمية كبرى في برامج الرعاية المنصوص عليها في قانون السجون , وعلى العاملين بالصحة ضرورة الإهتمام أكثر بهذا السلوك و تزويد النزلاء بالمعرفة والمهارات حول مكونات التبغ ، وأثاره السلبية على الصحة وكيفية قول لا للتدخين. وتعتبر ملاحظة الأثر الذي يمكن أن يؤديه نمط سلوك محدد من الدوافع التي تدفع بالآخرين لتجريب هذا النمط من السلوك وفقاً لمبدأ التعلم النظري كما أوضحتها نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا في التعلم وفق النموذج حيث أشار 89.4 % إلى أنه تم التدخين أمامهم خلال 30 يوماً الماضية , ويظهر هذا جليا في القاعات دون الزنازن نظرا للإحتكاك الدائم بين النزلاء ولحرية التدخين, ومن جهة أخرى تشير الدراسات إلى أن إجراءات الوقاية الموجهة للتدخين على شكل توعية حول المخاطر الصحية المترتبة على التعاطي لا تلاقي الفاعلية والتقبل المرجوين ، بسبب المبالغة في التركيز على الإجراءات المتمركزة حول الفرد وإستبعاد ظروف الحياة التي يحدث السلوك الخطر في سياقها وعدم المراعاة الكافية للدوافع المؤيدة والمعارضة للسلوك الصحي لذا وجب التركيز أيضا على ظروف السجن وطرق تعامل النزيل مع المواقف الضاغطة (الخطوة الثانية لعلم الأوبئة السلوكية :دراسة من يدخن , لماذا يدخن , و بالنسبة للعاملين في الصحة العامة كيف يمكن مساعدة الأفراد للتخلص من التدخين أو لكي لا يدخنوا), ويمكن القول أن التوقعات غير الواقعية للنزلاء إزاء أحداث المستقبل (وخاصة في الأمور الصحية) قد تدفع بهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد وبالتالي ممارسة سلوكيات خطر كالتدخين . كما أن إدراك المختصين في علم نفس الصحة يتجه بشكل متزايد إلى إعتبار أن بعض العادات الضارة بالصحة تتطور استجابة لخبرة القلق التي يتعرض لها الأفراد في المواقف الاجتماعية , فالقلق

الاجتماعي يمكن أن يعمل بوصفه قرينة للعادات التكيفية , مسببا إتباع طرق بديلة للتعامل مع القلق , ولهذا يحتاج الأفراد إلى تعلم طرق بديلة في التعامل مع هذا القلق في الوقت الذي يقومون فيه بتغيير العادات الضارة بالصحة .
(شيلي تايلور 2008) .

وهنا يمكن اعتبار النسبة المرتفعة للمدخنين بين النزلاء تعود إلى القلق الذي يعيشه النزيل كنتيجة على عدم القدرة على التكيف داخل الوسط المغلق , وهناك عدد من البرامج التي صممت لتغيير العادات الضارة بالصحة تتضمن إما تدريب المهارات الإجتماعية أو التدريب التوكيدي , أو كليهما كجزء من برنامج التدخل , إذ يتم تدريب الأفراد على إتباع طرق يمكن أن تساعدهم في التعامل مع القلق الإجتماعي .

ج- المخدرات:

يعتبر تعاطي أو تجريب تناول المخدرات مهما كانت طبيعتها (ولقد تعدت الطالبة وضع مصطلح المخدرات وإبقائه مفتوحا دون تحديد طبيعة هذه المخدرات أو نوعها , أي كل ما يتناوله النزيل معتبرا إياه مخدرا) من أخطر السلوكات لما لها من تأثيرات نفسية وصحية وإجتماعية وإقتصادية ضارة ومدمرة , وبالتالي فهي تستحق عناية خاصة من حيث معرفة مدى الإنتشار وتوزعه بغية إعداد البرامج النفسية الوقائية والإرشادية المناسبة من أجل منع إستفعال هذه الظاهرة , ومن الملفت للنظر هنا وجود نسبة إنتشار تثير القلق لتعاطي المخدرات حيث أشار 13.1% من النزلاء أنهم تناولوا المخدرات خلال 12 شهرا الماضية , وأن 8.5% لم يتوقفوا عن تعاطيها بعد وهذا ما يتناقض مع دراسة (Korte T, Pykalainen J, Seppala T (1998), حيث تعتبر هذه النسبة منخفضة مقارنة بالنتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة , بالرغم من أنه هناك صعوبة في تحديد مدى مشكلة تعاطي المخدرات بين النزلاء , إذ أن كثيرا من المتعاطين الذين يشكل سلوكهم مشكلة ينجحون في إخفاء ذلك على الأقل لفترة من الزمن , عن طريق تناول المخدرات في أوقات معينة أو في أماكن محددة , أو تناول الأدوية الموصوفة إلى المرضى عن طريق شراءها بالتبادل بأدوات شخصية كالألبسة أو إستبدالها بالسجائر ... الخ , فقد يتمكن النزيل من تناول المخدرات من دون أن يعرقل ذلك بشكل واضح ما يقوم به من نشاطات يومية , ومن الواضح هنا أن هناك مشكلات أثناء العمل مع هذه الفئة (النزلاء المدمنين) باعتبارها معرضة لتطویر الإضطرابات الصحية , فالأفراد لا يدركون

دائماً خطورة وضعهم على الشكل الصحيح , وعموماً يميل معظم الناس إلى أن يكونوا متفائلين بشكل غير واقعي بخصوص إمكانية تعرضهم للمخاطر الصحية , فهم يميلون إلى اعتبار أن ما يقومون به من سلوكيات غير صحية أمر عام يشترك به كثير من الناس , في حين يميلون إلى إدراك سلوكهم الصحي بأنه أمر يميزهم عن غيرهم , فهنا مثلاً يميل المدمنون إلى المبالغة و التضخيم في عدد الآخرين المدمنين , وعندما يدرك الفرد أن الآخرين يشاركونه في ممارسة السلوكيات الضارة بالصحة , فإن ذلك قد يقلل من إدراكه المخاطر التي قد تعرضه إليها هذه السلوكيات , فكثير من النزلاء يبدؤون تناول المخدرات للتخفيف من المشاعر السلبية المتعلقة بالسجن , كما يمكن التجريب ولو لفترة قصيرة أن يخفف من القلق والكآبة وعدم القدرة على التكيف مع الأوضاع الجديدة للسجن , كما أن الإقدام على تناول المخدرات يحدث جزئياً للتخفيف من الضغط , فالأفراد الذين يتعرضون للكثير من الأحداث السلبية في الحياة , والضغوط المزمدة (طول مدة السجن بالنسبة للنزلاء) , ويتلقون القليل من المساندة الاجتماعية هم أكثر عرضة لتطوير سلوك تعاطي المخدرات من الآخرين الذين لا يتعرضون إلى هذه الظروف (شيلي تايلور 2008). وعلى الرغم من أن نسبة الذين أشاروا إلى أنهم لا يزالون يتناولون المخدرات تبدو منخفضة إلا أنها تعتبر دالة , إذا ما اعتبرنا أنه توجد عينة كانت متحفظة في الإجابة على هذا البند لسبب أو لآخر فمقدار الضرر الناجم عن ممارسة نمط سلوك معين يحدد مدى خطورته أكثر من مؤشر النسبة المئوية لإنتشاره , لذا وجب البدء المبكر جداً في برامج التوعية المباشرة وإعداد البرامج التربوية الوقائية منها والإرشادية المناسبة ونشر المعرفة العلمية حول مخاطر التعاطي وإتاحة الإمكانيات السلوكية البديلة الأكثر صحة وفاعلية , خاصة في المراحل الأولى للدخول إلى السجن.

د. السلوكيات الجنسية:

لقد قتل مرض السيدا أكثر من 25 مليوناً من الناس منذ عام 1981 ويقدر عدد الناس الذين يعيشون بعدوى مرض الإيدز حسب إحصاءات عام 2005 بـ 40.3 مليوناً , وفي ذلك العام وحده لاقى 3.1 مليوناً من الناس حتفهم بسبب الإيدز وأن 4.9 مليوناً من الناس قد أصيبوا بالمرض (بشير القصير. حيدر العتوم. سمر بطارسة . نانلة الجوهري 2004)

وتوحي التقديرات الحالية أن ما يفوق 90 % من إصابات فيروس العوز المناعي البشري المتفشية في إفريقيا عام 2001 سببها الممارسات الجنسية غير الآمنة (المنظمة العالمية للصحة 2002).

إن وجود نسبة مقدارها 12.9% من النزلاء أشاروا إلى أنهم قاموا بعلاقات جنسية خلال 12 شهرا الماضية , وبالنظر إلى شروط إختيار العينة أي أن النزيل لم يستفد من إجازة خلال هذه المدة , فهذا يعني أن هذه العلاقات كانت مثلية أي بين النزلاء , وهذا أكبر دليل على زيادة الخطر, لأن هذه الفئة (النزلاء) تعتبر من مجموعات الخطر أي أن إحتمال الإصابة بالسيدا مثلا سيكون مرتفعا مقارنة بفئات أخرى. كما أن النسبة موافقة للدراسة السابقة (Marins JR et Coll 2000) والتي قدرت بها نسبة النزلاء الذين أشاروا إلى أنهم قاموا بعلاقات جنسية مع نزلاء آخرين 10 % رغم إختلاف الدراستين ثقافيا, لكن لا يمكن الإعتقاد على هذه النسبة فقط لأن سلوك العلاقات الجنسية داخل السجن يبقى من الأمور التي تحتاج إلى تقصٍ علمي, لكن رغم هذا تبقى النسبة مرتفعة تحتاج إلى ضرورة البدء ببرامج التوعية والإرشاد المتعلقة بمخاطر هذه السلوكات , ولعل التدخلات التي تأخذ بعين الإعتبار المستوى الثقافي والموجهة إلى جماعات معينة كالنزلاء تصيب الهدف بصورة أفضل, إذ تشير الدراسات إلى أن عملية تزويد الجماعات ذات الخطورة العالية بالمعلومات الكافية , قد أثبتت فعاليتها في تغيير سلوك المشاركين, خصوصا في المجتمعات التي تفتقر إلى المعلومات (شيلي تايلور 2008), وهذا ما نلاحظه من الجدول (23) حيث أن 31.57% من العينة التي أجرت الفحص حول السيدا كانت الأيام التحسيسية الموجهة إلى النزلاء بالمؤسسة سببا في قيامهم بالفحوص , ولهذا فإن التنقيف الصحي يعد من أهم طرق التدخل التي تساعد على تغيير السلوكات المضرة بالصحة , مع أن معرفة تفاصيل المرض , تسمح لنا فقط بإمتلاك الأساس الذي تبنى عليه أساليب التدخل الفعال , فإضافة إلى المعرفة من واجب الفرد أن ينظر لنفسه على أنه قادر على التحكم بسلوكه أو نشاطه المرتبط بالخطورة , وذلك عن طريق تغيير المعتقدات المتعلقة بهذا النوع من السلوكات , لأن الجهل بخطورة الإصابة بعدوى فيروس السيدا يزيد من الممارسات ذات الخطورة حيث أشار 36.84% إلى أنهم قاموا بالفحص نتيجة الخوف الذي إكتسبوه من الأيام التحسيسية.

وبعد هذا التحليل نرى أن توقعات الطالبة حول ترتيب سلوكيات الخطر الأكثر إنتشارا في مؤسسة إعادة التأهيل تازولت لا يتطابق مع الواقع , وهي تظهر بعد تحليل النتائج كما يلي:

5. عدم ممارسة النشاطات الرياضية

6. التدخين

7. المخدرات

8. السلوكيات الجنسية

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

و التي مفادها : " تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب السن".

نرى أن هذه الفرضية قد تحققت من خلال النتائج المتحصل عليها , حيث نلاحظ من الجدول (31) أن نسبة إنتشار سلوك عدم ممارسة النشاطات الرياضية كانت أكثر لدى الفئة 27-35 وهي تتناقص مع السن أي أكثر من 35 سنة, وهذا ما يتناقض مع نتائج الدراسة السابقة (STEPS OMS; Algérie 2003) رغم التشابه في خصائص العينة خاصة الثقافية (من المجتمع الجزائري) , أما نظريا فهذه النسبة تعتبر مقبولة لدى هذه الفئة لأن عموما الشباب في هذه المرحلة يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة إلى الآخرين ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى الآخرين, أي أن التفاؤلية الغير واقعية هي السبب الذي يدفع بهذه العينة الإستغناء عن كثير من السلوكيات الصحية , حيث نرى السلوكيات الأربعة تنتشر بنسب أكبر لدى هذه الفئة , وتكاد تكون متساوية لدى الفئات الأخرى إلا في سلوك تعاطي المخدرات وربما يعود هذا حسب نظرية السلوك المخطط إلى المعتقدات المعيارية أي معتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون أن عليه القيام به , وبدافعته للإمتثال لهذه المرجعيات المعيارية (شيلي تايلور 2008) , أي أن هذه المرحلة من العمر في المجتمع الجزائري لا زالت تخضع في سلوكياتها إلى ما يجب أن يكون عليه الفرد حسب ما يراه الآخرون, خاصة إذا ما تعلق الأمر بسلوك كالمخدرات , وتشير نتائج الدراسات الطولية التي أجراها كل من كانديل ولوغان (Kandel & Logan,1984) حول إستهلاك

مجموعة من المواد القانونية وغير القانونية المؤثرة نفسياً أن إستهلاك الكحول والتبغ والمواد النفسية يبدو خلال فترة الحياة تغيرات تتعدل بصورة منهجية مع التقدم في السن. ويحتاج تفسير إنتشار التعاطي لدى عينة النزلاء إلى تقص أدق وأشمل لإعادة إثبات هذه النتيجة, وأي تفسير لهذه النتيجة هنا يظل مجرد تخمينات قد لا تعكس الواقع الحقيقي, فقد يكون الأمر مرتبطاً بخصائص سحب العينة, أو أن النزلاء كانوا حذرين في الإجابة. ومن هنا نستنتج أن هذه الفئة تعتبر فئة معرضة للخطر أكثر من الفئات العمرية الأخرى وبالتالي يجب إعداد برامج تدخل ورعاية صحية تأخذ في الحسبان خصائص هذه العينة للوصول إلى نتائج أكثر مصداقية للوقاية من خطر السلوكيات المتبناة من طرفها والحد من أي مضاعفات لها أو للأمراض الناتجة عنها.

3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

و التي مفادها: "تختلف سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشاراً لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الحالة الإجتماعية"

نرى أن هذه الفرضية قد تحققت من خلال النتائج المتحصل عليها , حيث نرى أن السلوكيات الأربعة كانت أكثر إنتشاراً لدى العازبين مقارنة بالمتزوجين, ونلاحظ أنه لا توجد دراسات تناولت الإختلاف في سلوكيات الخطر حسب الوضعية الإجتماعية , ولكن ربما يعود هذا الإختلاف إلى المساندة الإجتماعية التي يتلقاها النزير المتزوج من طرف عائلته الصغيرة وأبنائه والتي تشعره بإحساس بتقدير الذات, وإحساس بالإحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المعنوي الذي يستمد من الآخرين في بيئته الإجتماعية, إذ أن هذا السند العاطفي يساعد على التفاعل الفعال مع الأحداث الضاغطة والتي تمثل هنا تجربة السجن , فحسب Cobb 1976 تعمل المساندة الإجتماعية على تعميق التوافق النفسي والإجتماعي للأفراد وتنمي روح الإنتماء لديهم , حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة إجتماعية قوية و متماسكة يمكن أن توفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة, وأنهم كذلك موضع حب وعناية وإحترام وتقدير من طرف الذين يحيطون بهم (عثمان يخلف 2001).

أما بالنسبة لغير المتزوجين فربما تعود زيادة إنتشار السلوكيات الأربعة لدى هذه الفئة إلى فقدان قيمة الذات داخل السجن , حيث أن الأعزب يحس بنقص في قيمة الذات مما يدفعه إلى البحث

عن سلوكات تعيد له هذه القيمة بين زملائه , كما أن للعزو السببي الذي يتبناه الأعزب في أن الآخرين بما فيهم السجن والمسؤولين عنه هم السبب في تنبيه سلوكات خطر معينة خاصة إذا تعلق الأمر بالتدخين , المخدرات والعلاقات الجنسية والتي قدرت نسبتها على التوالي : 65.70% و 73.52% و 61.19% وهي جد مرتفعة مما يحث على ضرورة التدخل السريع لمختلف القطاعات والهيئات للتكفل بهذ الفئة , وأي تفسير لهذه النتيجة هنا يظل مجرد تخمينات قد لا تعكس الواقع الحقيقي, فقد يكون الأمر مرتبطاً بخصائص سحب العينة , كما أن هذه النسبة قد تكون ناتجة عن الحياة الإجتماعية خارج السجن (متبناة قبل الدخول إلى السجن) ولهذا وجب إعداد دراسات أخرى تركز على السلوكات المكتسبة أو الناتجة عن السجن .

4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

و التي مفادها: "تختلف سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب المستوى التعليمي"

نرى أن هذه الفرضية قد تحققت من خلال النتائج المتحصل عليها , حيث نرى أن السلوكات الأربعة كانت أكثر إنتشارا لدى الحاصلين على مستوى تعليمي متوسط وهذا ما يتفق مع دراسة حنان السيد بدر وفيليب مودي والتي أشارت إلى أن تدني مستوى التعلم من عوامل الخطر التي تؤدي إلى التدخين حيث نلاحظ من خلال الجدول (40) أن 73.54% من المدخنين مستواهم التعليمي لا يتعدى المتوسط , وهذا ما ينطبق على باقي السلوكات , لكن نلاحظ من الجدول (44) أن إنتشار السلوكات الجنسية كان يزداد بزيادة المستوى التعليمي أي كانت النسبة أكبر بين الفئات التعليمية : المتوسط, الثانوي والجامعي . لكن بالرجوع إلى خصائص العينة نلاحظ عند المقارنة بين نسبة إنتشار السلوكات لدى فئة معينة وحجم هذه الفئة بالنسبة للعينة ككل أن نسب إنتشار السلوكات متقاربة , لكن هذا لا يعني أنه لا توجد إختلافات وهذا ما يستدعي ضرورة إجراء دراسات لكل فئة على حدى .

5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

و التي مفادها "تختلف سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت حسب الوضعية الجزائية".

نرى أن هذه الفرضية قد تحققت من خلال النتائج المتحصل عليها , حيث نرى أن السلوكات الأربعة كانت أكثر إنتشارا لدى الابتدائيين , وكانت نسب الانتشار متقاربة وربما

يعود هذا إلى عدم قدرة المسجون الذي يدخل السجن لأول مرة على التكيف مما يجعله يلجأ إلى سلوكيات تولد لديه الراحة في الحين خاصة إذا ما تعلق الأمر بالتدخين والمخدرات , في حين أن المتعود على السجن والظروف الضاغطة أصبح بإمكانه التغلب عليها دون اللجوء إلى السلوكيات التي قد تؤثر على راحته النفسية والعضوية , كما يمكن أن يكون للفعالية الذاتية دورا في قيام المبتدئين بهذه السلوكيات , حيث أن إعتقاد النزير خاصة في الأيام الأولى للدخول إلى السجن بأنه غير قادر على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوكيات محددة والذي يرجع إلى صعوبة تقبل الوضع الجديد (السجن) , سوف يمنعه من محاولة التوقف عن هذه الممارسات , مع أنه يعلم تماما أن هذه الممارسات مجازفة يمكن أن تؤثر بالإضافة إلى السجن على حالته الصحية , وقد بينت الأبحاث أن الفعالية الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطرق معينة قد تصل إلى حد الإمتناع عن التدخين, ضبط الوزن , ممارسة التمارين الرياضية وتغيير النظام الغذائي (شيلي تايلور 2008), لذا يتجه إدراك المختصين في علم النفس بشكل متزايد إلى إعتبار أن بعض العادات الضارة بالصحة تتطور إستجابة لخبرة القلق التي يتعرض لها الأفراد في المواقف الاجتماعية , فالقلق الاجتماعي يمكن أن يعمل بوصفه قرينة للعادات اللاكيفية , مسببا إتباع طرق بديلة للتعامل مع القلق . وبالنتيجة فقد يحتاج الأفراد إلى طرق بديلة في التعامل مع هذا القلق في الوقت الذي يقومون فيه بتغيير العادات الضارة بالصحة .

وهناك العديد من البرامج التي صممت لتغيير العادات الضارة بالصحة تتضمن إما تدريب المهارات الاجتماعية أو التدريب التوكيدي أو كليهما , كجزء من برنامج التدخل , إذ يتم تدريب الأفراد على إتباع طرق يمكن أن تساعدهم في التعامل مع القلق الاجتماعي.

وهنا يجب على المختصين النفسانيين والاجتماعيين العاملين بقطاع السجن التركيز على هذه الطرق في التعامل مع النزلاء المبتدئين , وقد يكون لهذا دورا أكبر في الحماية من جميع المخاطر الصحية , وخصوصا التقليل من ظاهرة العود. وهنا كان من الصعب إيجاد الأسباب الحقيقية الكامنة وراء تبني هذه السلوكيات لعدم توفر دراسات تناولت هذه الفئة وبهذه المتغيرات كما أن هذه النتائج قد تكون لها علاقة بخصائص العينة.

خلاصة وإستنتاجات:

تعد دراسة سلوكيات الخطر من أهم المواضيع التي إهتمت بها العديد من العلوم ومن أهمها: علم نفس الصحة وعلم الأوبئة السلوكية , لما لها من أهمية ودور في الإصابة بالأمراض المزمنة وفي التعقيدات التي قد تسببها للفرد . فدور العوامل السلوكية في تطور الأمراض أصبح واضحا , وبذلك فالتعديل الناجح لهذه السلوكيات يحقق الفائدة للأفراد كالتقليل من عدد الوفيات , إمكانية تأخير حدوث الوفاة, زيادة عدد السنوات التي يتمتع بها الفرد بحياة خالية من التعقيدات المرضية, وكذا المساهمة في تخفيض النفقات المادية في مجال علاج الأمراض.

ومن بين أهم أهداف علم نفس الصحة كذلك التركيز على الفئات المعرضة لخطر الإصابة سواء بوجود عوامل خطر بيولوجية (كالوراثة) , أو وجود عوامل تساهم في ظهور المرض وتطوره كالوضعيات الضاغطة , وهذا ما جعل الطالبة تتجه إلى فئة المساجين كونها من الفئات المعرضة إلى مجموعة من الإضطرابات الصحية نتيجة الضغوط وإهمال بعض السلوكيات من طرفها ولخصوصية معظم المؤسسات العقابية الجزائرية . وقد تمثل الهدف من الدراسة في التعرف على سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر إنتشارا لدى عينة من نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت , والبحث عن الإختلافات في سلوكيات الخطر حسب متغيرات : السن , المستوى التعليمي , الحالة الاجتماعية والوضعيات الجزائية. والهدف من هذا الفهم للسلوكيات الخطرة والخصائص المتعلقة بها, هو مراعاتها وأخذها بعين الإعتبار عند إعداد برامج التدخل والوقاية بأنواعها للحد من مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة ومضاعفاتها .

فمن خلال التعرض إلى الأسس النظرية للدراسة والتطرق إلى الجانب الميداني من خلال جمع البيانات وتحليلها , توصلت الطالبة إلى النتائج التالية :

سلوكيات الخطر الأكثر إنتشارا في مؤسسة إعادة التأهيل تازولت هي بالترتيب كما يلي:

1. عدم ممارسة النشاطات الرياضية

2. التدخين

3. المخدرات

4. السلوكيات الجنسية

كما أن هذه السلوكيات تختلف حسب السن , المستوى التعليمي , الحالة الاجتماعية والوضعيات الجزائية.

وبما أن الهدف الرئيسي للدراسة الحالية هو تقصي سلوكيات الخطر الأكثر إنتشاراً في عينة من نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل تازولت بهدف تقديم معارف قاعدية يمكن الإستناد عليها في أثناء وضع خطط وبرامج الوقاية من مخاطر هذه السلوكيات , بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تساعد النتائج الحالية في وضع تصورات بحثية لاحقة حول العلاقات والأسباب الكامنة خلف هذه السلوكيات وإشتقاق إستراتيجيات وقائية هادفة وموجهة لمجموعات محددة من النزلاء بهدف التقليل من إنتشارها إلى أدنى حد ممكن , وبالتالي تجنب خطر الإصابة بالأمراض المزمنة , بأشكالها المختلفة فيما بعد , وما يميز هذه الدراسة تعاملها مع فئة سكانية مهمة , معرضة بسبب طبيعتها إلى ممارسة أشكال مختلفة من السلوك الخطر .

وعلى الرغم من أن حجم العينة كان كبيراً نسبياً إلا أن الطالبة ارتأت في هذا البحث الإقتصار على النظرة الإجمالية كخطوة أولى , ومن الجدير بالذكر أن مثل هذا النوع من الأبحاث يتجاوز قدرة الأفراد منفردين على التنفيذ, إذا ما أردنا أن نأخذ جميع أبعاد الظاهرة بعين الإعتبار , ومن هنا كان أحد أهداف هذا البحث لفت نظر المؤسسات المعنية لهذه الظاهرة بغية وضع إستراتيجية أو خطة بحث واسعة لتنفيذ مثل هذا النوع من البحوث , ودراسة العلاقات بين المتغيرات الإجتماعية والنفسية .

وبغض النظر عن المساوئ الطرائقية للإستبانات في الكشف الدقيق عن مظاهر وأنماط السلوك الخطرة والميل إلى التحريف (المتعمد وغير المتعمد) والمرغوبية الإجتماعية في أثناء الإجابة فإنها تبقى الطريقة الوحيدة في دراسات الإنتشار للكشف عن ممارسة إنسان ما لنمط سلوك معين من خلال سؤاله المباشر . ويعتبر هنا أسلوب إختيار العينات والتخطيط الدقيق لبرنامج البحث من العوامل المساهمة في خفض المساوئ الطرائقية للإستبانات , وهي تقدم مؤشرات أقرب للواقع وتمكن من التعامل العلمي المنظم مع الظاهرة موضوع البحث , وأفضل من حالة العشوائية .

ومن هنا فقد تمت مناقشة النتائج في ضوء ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة من معطيات بإعتبارها يمكن أن تقدم مؤشراً تقريبياً حول مدى الإنتشار ضمن المجتمع الأصلي وتعبيراً عن مدى الحاجة إلى برامج إرشادية ووقائية هادفة , حيث يمكن الإستخلاص من النتائج المعروضة

هنا معرفة أفضل للعينة الهدف وطبيعتها وخصائصها, وبالتالي المساعدة في تخطيط إعداد برامج إرشاد ووقاية هادفة ومدعمة علميا.

توصيات :


من خلال النتائج المتحصل عليها توصي الطالبة بما يلي:

- إقامة قواعد المعلومات الأساسية بما في ذلك تقييم ورصد الأمراض المزمنة، ومستوى التعرض لعوامل الخطر مثل: التدخين, الأنماط الغذائية غير الصحية, السمنة, الخمول البدني ومحدداتها بين النزلاء، واستنباط آلية لإنشاء نظام فعال للترصد والمراقبة.
- يجب على كل القطاعات, وعلى رأسها وزارة العدل والصحة أن تلعب دورا اكبر في صياغة سياسات للوقاية من المخاطر تشتمل على دعم أكبر للأبحاث العلمية, وتحسين أنظمة المراقبة, وتوفير طرق أفضل للوصول إلى المعلومات الضرورية.
- التركيز على حملات التثقيف الصحي, لما لها من أهمية في تغيير المعتقدات الصحية لدى الأفراد وبالتالي تغيير السلوكيات الخطرة.
- إعداد دورات تكوينية للعاملين في الصحة بالمؤسسات العقابية حول سلوكيات الخطر, التثقيف الصحي, طرق التدخل والوقاية بأنواعها.
- مراعاة أهداف الاندماج الاجتماعي في بناء المؤسسات العقابية, مثل تخصيص مساحات خاصة للقيام بالتمارين الرياضية.
- فتح قطاع السجن على الجامعة والبحث العلمي.
- تصميم برامج تثقيفية حول فيروس ومرض السيدا, وبرامج تثقيف الأقران وتعميمها في جميع المؤسسات العقابية.
- مراجعة برامج فعاليات النشاط البدني للنزلاء والاستعانة بأكبر عدد ممكن من المرربين الأكفاء والمؤهلين, والتعاون مع وزارة الشباب للمشاركة بالأيام الوطنية و السباقات.
- المبادرة بإنشاء شكل من الحوافز لتشجيع النزلاء على المشاركة في حصص النشاط البدني.
- إعداد برامج فعالة للتكفل بالمدمنين وذلك لتجنب الطرق الغير قانونية للحصول على المخدرات داخل السجن.
- نقل السجناء والمصابين بأمراض مزمنة قريبا من عائلاتهم لما للمساندة الاجتماعية دورا في التخفيف من حدة هذه الامراض.

- مراجعة تجارب الدول الإسلامية في الخلوة الشرعية بين النزلاء وزوجاتهم, للحد من أثر العلاقات الجنسية داخل السجن.
- يجب أن تكون النوافذ من الإتساع بحيث تمكن السجناء من إستخدام الضوء الطبيعي في القراءة والعمل، وأن تكون مركبة على نحو يتيح دخول الهواء النقي سواء وجدت أم لم توجد تهوية صناعية.
- مراعاة الحد الأدنى من النزلاء في القاعة الواحدة, وتجنب الإكتظاظ لما له من دور في زيادة الإحتكاك بين النزلاء وبالتالي زيادة خطر العلاقات الجنسية.
- تشجيع الفحص الارادي بين النزلاء للكشف عن فيروس السيدا.

- البحوث والدراسات المقترحة:

- استكمالاً للجهد الذي بذل في الدراسة الحالية, ترى الطالبة ضرورة إجراء مزيد من الدراسات في هذا المجال , وتقترح ما يلي:
- اثر برامج التنقيف الصحي على معارف ومدارك الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة في السجن ودورها في التخفيض من عوامل الخطر.
- انتشار كل سلوك من السلوكيات المتناولة في الدراسة الحالية, وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة ذات العلاقة بها (مثل: التدخين وعلاقته بالإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى نزلاء المؤسسات العقابية, السلوكيات الجنسية غير الآمنة وعلاقتها بالإصابة بالسيدا لدى نزلاء المؤسسات العقابية... الخ).
- استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة (دراسة مقارنة بين النزلاء الابتدائيين والانتكاسيين)
- نوعية الحياة لدى المصابين بالسكري داخل السجن.
- استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالمعتقدات الصحية لدى المدمنين.
- السلوكيات المكتسبة أثناء فترة السجن وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة داخل السجن .



المراجع

المراجع العربية :

1. احمد محمد عبد الخالق 1981: التفاؤل وصحة الجسم، دراسة عاملية مجلة العلوم الاجتماعية العدد 1 الكويت ص 48.
2. إسحاق إبراهيم منصور 1989: الموجز في علم الإجرام والعقاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط3 ص163.
3. إسحاق إبراهيم منصور 1991: علم الإجرام و علم العقاب، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر الطبعة الثانية ص 179-182.
4. الأمم المتحدة 1993: حقوق الإنسان مجموعة صكوك دولية المجلد الأول نيويورك ص 337.
5. المنظمة العالمية للصحة 2002: التقرير الخاص بالصحة في العالم جنيف ص8.
6. بدر محمد الأنصاري 1998: التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات لجنة التأليف والتعريب والنشر الكويت ص 26-27.
7. بدر محمد الأنصاري 2001: إعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة والطالبات في الكويت مجلة دراسات نفسية مجلد 11 ع 2 رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية , مصر ص 194 - 243.
8. بشير القصير. حيدر العتوم .سمر بطارسة . نائلة الجوهرى 2004: السلوكات المهددة لصحة الطلبة وعوامل الوقاية ، المسح الصحي العالمي بالاعتماد على طلبة المدارس في الأردن في الفئة العمرية (13-15) سنة في الأردن.
9. بهاء الدين إبراهيم سلامة 2001: الصحة والتربية الصحية دار الفكر العربي القاهرة ص 25-27.
10. جلال الدين عبد الخالق 1999: الجريمة والانحرافات الحدود والمعالجة دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ص 221-226 .
11. حنان السيد بدر و فليب مودي 2005: معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين مج 11 العدد 1, 2 .
المجلة الصحية للشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية.
12. خالد مرغلاني 2009: حوار عن مرض السكر 12- 05- 2009

<http://www.islamlight.net/index.php?option=content&task=view&id=9017>

13. سارة بنت محمد المسعد: تغيير السلوك الصحي يقلل من الامراض ويزيد من الإنتاجية 23-06-2007

<http://www.alriyadh.com/2005/12/15/section.clinic.html>

14. سامر جميل رضوان 2002: الصحة النفسية دار المسيرة الأردن ط1 142-143.

15. سامر جميل رضوان. كونراد ريشكه السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان

<http://de.geocities.com/psychoarab/Gesund> 2007/07/12

16. سامر جميل رضوان 2008: علم النفس الإكلينيكي في مرحلة الطفولة واليافع

نماذج من الاضطرابات النفسية منشورات دار الكتاب الجامعي-الإمارات العربية المتحدة ص1-4.

17. سامي ملحم 2000: مناهج البحث في التربية وعلم النفس, دار المسيرة للنشر والتوزيع ط 1 ص 324.

18. سعود بن ضحيان الضحيان 2001: البرامج التعليمية والتأهيلية في المؤسسات الإصلاحية, أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ط1 الرياض ص 17-33 .

19. سفارتسر رالف ترجمة سامر جميل رضوان 1994: التفأولية الدفاعية والوظيفية كشرطين للسلوك الصحي مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس- لبنان . المجلد العدد 18، 76-77.

20. شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكرا طعمية داود 2008: علم النفس الصحي ط1 دار الحامد عمان الأردن .

21. عبد الرحمن الأقرع 2007: الصحة العامة تاريخ وتعريف 24-07-2007 <http://www.zahrawy.net/vb/showthread.php?t=111>

22. عثمان يخلف 2001: علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة دار الثقافة الدوحة ط 1 ص 3-38.

23. عصام الصفدي , مروان أبو حويج, عادل العماد 2001: العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية , ط1 دار المسيرة عمان ص 169.

24. علي عبد القادر القهوجي 1988: علم الإجرام وعلم العقاب , الدار الجامعية للطباعة والنشر بيروت ص 323.
25. فوزية عبد الستار 1985: مبادئ علم الإجرام دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت ط5 ص 316-330.
26. محمد الخرنجي 2001: سمين نشيط أم ... نحيف خامل؟ مجلة العربي 507 الكويت ص 156.
27. محمد شحاتة ربيع , جمعة سيد يوسف , معتز سيد عبد الله 1994: علم النفس الجنائي دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة ص 359-360 .
28. محمد صبحي نجم 1988: المدخل إلى علم الإجرام و علوم العقاب ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ط 2 ص 87.
29. محمد عبيدات , محمد أبو نصار, عقلة مبيضين 1999: منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات الجامعة الأردنية ص 46.
30. مختار فليون 1990: دراسة حول قواعد تصنيف السجناء بالمؤسسات العقابية جامعة الدول العربية تونس 1990 ص 18.
31. مركز الدراسات والبحوث أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية 1999: النظم الحديثة في إدارة المؤسسات العقابية والإصلاحية الرياض ص 200-207 .
32. مرسوم تنفيذي رقم 109-06 مؤرخ في 8 صفر 1427 الموافق 8 مارس 2006 يحدد كفايات تنظيم المؤسسة العقابية وسيرها.
33. مصطفى العبسي العوامل السلوكية والنفسية المؤدية لأمراض القلب في الدول الغنية والفقيرة <http://www.sabanews.net/ar/news77433.htm> 24-09-2008
34. مصطفى شريك : نظام السجون في الجزائر نظرة على قانون السجون الجديد , <http://www.startimes2.com/f.aspx?t=15927570> 13-05-2009
35. مقدم عبد الحفيظ 1993: الإحصاء والقياس النفسي والتربوي ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ص 146.
36. نجوى عبد الوهاب حافظ 2003: رعاية الجمعيات الأهلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ط1 الرياض ص 15-17 .

37. نظير فرج مينا 1993: الموجز في علمي الإجرام والعقاب ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ط2 ص 186-188.
38. هزاع بن محمد الهزاع 2004: النشاط البدني في مجابهة الامراض المزمنة: دور قديم ازداد قوة وأهمية في وقتنا الحاضر المجلة العربية للغذاء والتغذية 2004, ملحق 5, ص 141-161
39. وزارة العدل 1979 الأمر رقم 02 /72 المؤرخ في 10 فيفري 1972 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين ، الجزائر.
40. وزارة العدل 2004: الملتقى الدولي حول عصرنة السجون في الجزائر ,الديوان الوطني للأشغال التربوية ص 16 – 56 .
41. وزارة العدل 2005: قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين ط3 الديوان الوطني للأشغال التربوية.
42. قياس Majid Ezzati : Colin D. Mathers ; Alan D. Lopez et all العباء العالمي للأمراض وعوامل الخطر، 1990-2001 المنظمة العالمية للصحة ص 1-13.

43. Ajzen Icek constructing: a TPB questionnaire conceptuel and méthodological considération , septembre 2002 , révisé
january 2006 P1
44. AK mm et Osman Al-Nozha 2000: Risk factors of coronary artery in different regions of Saudi Arabia; Eastern Mediterranean Health Journal Volume 6, Issue 2/3 , 2000, Page 465 -474
45. Alain Levéque 2001 : Traumatismes et Epidémiologique ; Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES p 32-37
46. Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R 2001 : Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles L'Approche "STEPwise" de L'OMS. OMS Genève p 05-14
47. Bureau of Health Statistics 2000: Behavioral Risks of Pennsylvania Adults; Pennsylvania Department of Health http://www.dsf.health.state.pa.us/health/lib/health/brfss/pa2000/brfss_questionnaire_2000.pdf 08-05-2007
48. Carolina Werle et all : les déterminants des comportements de santé préventive : revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire
49. Christophe Allanic : Les conduites à risque des Adolescents <http://psychologue.nantes.free.fr/conduites-risque2.php>
12-02-2008
50. De Randy M. Page, Galen E. Cole, Thomas C. Timmreck 1995: Basic Epidemiological Methods and Biostatistics A Practical

51. Groupe Technique de L'INSP 2008 : Transition épidémiologique et système de santé enquête nationale de santé le Fascicule de la santé ; revue médicale le N10 mars 2008 p 13
52. Gustave – Nicolas Fisher 2002: Traité de psychologie de la santé ; Dunod paris p 31
53. Institut National de santé 1999: jeunes et tabac cellule de communication (OMS)
54. J O Mason and K E Powell 1995: Physical activity, behavioral epidemiology, and public health. Public Health Rep. Mar–Apr; 100(2): 113–115.
55. Jaffer,1 M. Afifi,1 F. Al Ajmi1 and K. Alouhaishi 2006: Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: I. Health-compromising behaviors : Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 12, Nos 1/2, 2006
56. James F. Sallis, Neville Owen and Michael J. Fotheringham 2000: Behavioral epidemiology: A systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention; [Annals of Behavioral Medicine](#) Volume 22, Number 4 / Décembre 2000 Springer New York P 294
57. Kandel, D. B. and Logan, J. A. 1984 Pattern of drug use from adolescence to young adult hood. I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation .American Journal of Public Health, 74,660- 666
58. Korte T, Pykalainen J, Seppala T (1998): Drug abuse of

- Finnish male prisoners in 1995; Forensic Sci, 97(2-3): p171-183.
59. Laurence Dumas 2006: conduites a risque , Institut national de prévention et d' éducation pour la santé paris p 04
60. Marcel Gold Berg 1990: l' épidémiologie sans peine 2ed ;Frison-Roche paris p 118
61. Marillou Bruchon et Schweitzer 2002 : psychologie de la santé modèles concepts et méthodes ; Dunod paris 1 éd P 29 - 43
62. Marins JR et Coll (2000). Seroprevalence and risk factors for HIV infection among incarcerated men in Sorocaba, Brazil. AIDS and Behavior, 4(1): 121-128.
63. Michael J. Zvolensky and Jasper A. J. Smits 2008: Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness. Springer Science p 6-7
64. Ministre de la justice 2006 : guide national de prévention et de prise en charge des IST/VIH sida en milieu carcéral Mars 2006 p 17
65. Morris, J., Clayton, D., Everitt, M., Semmence, A., Burgess, E. (1990): Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. Brit Heart J,P 63.
66. Neil Pearce1996: Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health; American Journal of Public Health VOL 86 N 5 ; P 678 – 682
67. Olivier Desrichard 2004 : Conduites à risque et perception des risques à l'adolescence, Laboratoire de Psychologie Sociale p9
68. STEPS OMS; Algérie 2003
http://www.afro.who.int/cdp/documents/steps_country_data/algeria.pdf

69. Patrick Peretti-watel 2004: Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque; Revue française de sociologie: Ophrys , Volume 45, p 103-132
70. Psychology 407 - Health Psychology: Epidemiology of Disease and Health <http://www.sci.sdsu.edu/classes/psy407/lecture3>
04-02-2009
71. Robert Friis :What is 'behavioral epidemiology'?
<http://www.videojug.com/expertanswer/epidemiological-specialties-2/what-is-behavioral-epidemiology> 04-02-2009
72. Sylvie Bastuji-Garin: Interprétation d'une enquête épidémiologique ; le revue du praticien, Département de santé publique, hôpital Henri-Mondor, 94010 Créteil Cedex
73. Yves Coppieters, Florence Parent, Raphaël Lagasse, Danielle Piette 2004 : Évaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique : Environnement, Risques et Santé. Volume 3, Numéro 1, Janvier-Février 2004.P 45-52

