



إنترناشونال  
ألبرت

شباب في الهوامش

# الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية

ماي 2022

تحت اشراف

الفة لملوم ومريم عبد الباقي

فريق البحث والتحرير

جوهر مزيد

دنيا الرميلى

محمد رامي عبد المولى

محمد علي بن زينة



## حول إنترناشونال ألرت تونس

إنترناشونال ألرت هي منظمة دولية غير حكومية تعمل من أجل تعزيز السلام وحل النزعات في العالم، لها صفة العضو الاستشاري في منظمة الأمم المتحدة.

يعمل مكتب تونس لمظمة إنترناشونال ألرت منذ 2012، على دعم الحقوق الاقتصادية والاجتماعية وتعزيز مشاركة الشباب في الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية و اسناد آليات الديمقراطية التشاركية المحلية ومشاريع نموذجية في الإقتصاد الإجتماعي والتضامني.

[www.international-alert.org](http://www.international-alert.org)

### © إنترناشونال ألرت 2022

جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز نسخ أي جزء من هذا المنشور، أو تخزينه في نظام لاستعادة البيانات، أو نقله بأي شكل من الأشكال وأي وسيلة من الوسائل الإلكترونية أو الآلية، أو عن طريق النسخ أو التسجيل أو غير ذلك، من دون نسبة كلياً إلى المصدر.

تصميم النسخة العربية: مارك رشدان

صورة الغلاف الأمامي: أيمن سبع

صور: صدري خياري



إنترناشونال  
ألریت

شباب في الهوامش

## الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية

تحت إشراف

الغة لموم ومريم عبد الباقي

اللجنة العلمية

أحمد خوجة

جوهر بن مزيد

فاطمة الشرفي

فريق البحث والتحرير

جوهر مزيد

دنيا الرميلى

محمد رامي عبدالمولى

محمد علي بن زينة

المشرف التقني

أنيس بوجعامة

المشرفون الجهويون

رجاء قسومي ومراد عرضاوي

الباحثون الميدانيون

مروى فارحي، ايمان نداري، أماني رحموني، يانس غضباني، محمد كارم حمزاوي، ضياء الحق حمدي، أنور الهمامي، نجلاء الشهيدي، ياسين عبيدي، ذاكر زكرياء، أسامة الظاهري، ياسمين حاجي، أميمة بن اسماعيل، نجيب العيدودي، بلقاسم الهوش، أيمن الغاروقي، عبيد الله الدبابي، حليلة التزغذانتى، مروى الطايغ، أم كلثوم بوفلغة وسمية الدبابي

المراجعة والترجمة

حبيب حاج سالم

جوهر مزيد

المستشارون

أحلام بلحاج

حمدي قزارة

## المحتويات

5	السير الذاتية للباحثين وأعضاء اللجنة العلمية والمستشارين
7	مقدمة ألفة لملوم ومريم عبد الباقي
13	مسارات سجنية لشباب من الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية: عن الحق في الولوج إلى الصحة الجسدية والنفسية محمد رامي عبدالمولى
36	القلق كأحد مؤشرات الصحة النفسية لدى الشباب: مخرجات بحث ميداني في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية دنيا الرميلي
58	نتائج الدراسة الميدانية حول الصحة النفسية للشباب والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية ألفة لملوم، جوهر مزيد، رامي عبد المولى، محمد علي بن زينة ومريم عبد الباقي
127	كفى تهميشا للشباب في السياسات الصحية: تجسيم حق الشباب في رعاية صحتهم وحمايتهم بسياسات شاملة وناجعة ضرورة أولوية جوهرة مزيد



# السير الذاتية للباحثين وأعضاء اللجنة العلمية والمستشارين

## أحمد خواجه

أستاذ التعليم العالي في علم الاجتماع في جامعة تونس ومدير وحدة بحث «التوارث، الانتقالات والحراك» وعضو هيئة تحرير مجلة عمران. باشر مهام مدير قسم علم الاجتماع بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس لغترتين نيابيتين.

ترتكز أبحاثه حول الذاكرة الجماعية وكتابة التاريخ والنسيان والسرديات والدراسات الجندرية والدراسات الحضرية. قام بالعديد من البحوث الكمية والنوعية في تونس. أشرف على عديد الأطروحات في علم الاجتماع. شارك سنة 2005 في تصميم الدراسة الاستقصائية وتحليل نتائجها تحت إشراف الديوان التونسي للأسرة والعمران البشري وجامعة الدول العربية حول صحة الأسرة والمرأة في الوطن العربي PAFAM.

## الفة لموم

دكتورة في العلوم السياسية ومديرة مكتب إنترناشونال الرت بتونس. شغلت سابقا باحثة في المعهد الفرنسي للشرق الأدنى في بيروت واستاذة مساعدة في العلوم السياسية في جامعة ناتار، باريس 10.

من إصدارتها:

Jeunes et violences institutionnelles. Enquêtes dix ans après la révolution Tunisienne, (co-dir.), International Alert et Arabesques, Tunis, 2021.

The Middle East in the Media. Conflicts, Censorship and Public Opinion (co-dir.) Saqi Books, London, 2009.

## جوهز مزيد

طبيب عمل في الصحة العمومية لمدة تفوق 31 سنة، قدم عدة بحوث في ملتقيات دولية وإقليمية وأشرف على دراسات صحية وطنية في الوسط المدرسي والجامعي. ناشط طلابي و نقابي سابق، تفرغ منذ تقاعده في 2018 للنشاط في «الجمعية التونسية للدفاع عن المرفق العمومي للصحة وعن حقوق مستعمليه» و«ائتلاف المجتمع المدني للدفاع عن القطاع العمومي للصحة» والعمل مع الجمعيات بخصوص قطاع الصحة .

يتعاون مع منظمة إنترناشونال الرت في إطار تطوير آليات تشاركية مواطنة، خاصة بالجهات والمناطق المهمشة، لتقييم الخدمات الصحية بالقطاع العمومي وصياغة تصورات لإصلاح المنظومة الصحية.

## دنيا الرميلى

دكتورة و باحثة في علم النفس الاجتماعي والعمل والمنظمات في المعهد الوطني لدراسات العمل والتوجيه المهني، التابع للمعهد الوطني للفنون والحرف في باريس، وفي كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس.

هي أيضا استاذة في المعهد العالي للعلوم التمريض بتونس. تهتم بشكل خاص بالمواضيع البحثية المتعلقة: بالمعاناة في العمل، والمخاطر النفسية والاجتماعية، والعنف، والانتحار، والبطالة، والتشغيل ...

## فاطمة الشرفي

متحصلة على دكتوراه الطب من كلية الطب في تونس عام 2001 وعلى شهادة الدراسات العليا في الطب النفسي للأطفال في تونس عام 2003 وفرنسا عام 2004. وكذلك على ماجستير في العلاج المعرفي والسلوكي عام 2016.

أستاذة الطب النفسي للأطفال والمراهقين بكلية الطب في تونس بجامعة تونس المنار. تباشر الطب النفسي في قسم الطب النفسي للأطفال والمراهقين في مستشفى المنجي سليم في تونس. تضطلع منذ 2015 بمهمة المنسقة الأولى للجنة الفنية لمقاومة الانتحار في وزارة الصحة كما وتدير الأنشطة المتعلقة بتنفيذ برنامج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. تركز بعض أبحاثها على دراسة أسباب الانتحار بين الشباب في تونس.

### **محمد رامي عبد المولى**

متحصل على ماجستير في الأدب الفرنكوفوني وماجستير في الصحافة متعددة المنصات. مترجم وكاتب صحفي مهتم أساساً بالقضايا الاجتماعية - الاقتصادية؛ هجرة غير نظامية، اقتصاد موازي، السياسات الاقتصادية، إدارة المرفق العام، البيئة واستغلال الموارد الطبيعية. يعمل ضمن فريق منصة «السفير العربي» ويتعاون مع عدة مواقع ومنصات صحافية أخرى: جريدة الأخبار اللبنانية، أوريان 21، المفكرة القانونية، المراسل، The Funambulist.

### **محمد علي بن زينة**

أستاذ وباحث مختص في الديموغرافيا الاجتماعية بقسم علم الاجتماع بجامعة تونس. من إصداراته: دولة في انتقال ومجتمع في حراك، تونس (2011-2014) - مؤلف جماعي صدر تحت إشراف مزدوج مع د. عيسى قادري، (نقوش عربية، 2018) تونس (بالفرنسية)، والشباب في دوار هيشتر والتضامن، دراسة سوسيوولوجية - مؤلف جماعي صدر تحت إشراف مزدوج مع د. ألفة لموم، (نقوش عربية، 2015) تونس (بالفرنسية).

### **مريم عبد الباقي**

متحصلة على ماجستير في نظريات العلاقات الدولية من جامعة لندن للإقتصاد والعلوم السياسية ومديرية برامج في إنترناشونال أرت - مكتب تونس. شغلت سابقاً على مشاريع إقتصادية وسياسية في مصر وعملت كمعيدة تغطي سياسات الشرق الأوسط والعلاقات الدولية في القاهرة.

## **المستشارون:**

### **أحلام بلحاج**

دكتورة مختصة في الطب النفسي للأطفال وأستاذة بكلية الطب بتونس ورئيسة قسم في مستشفى المنجي سليم، بالإضافة إلى كونها ناشطة نسوية ونقابية.

### **حمدي قزارة**

طبيب مقيم في الطب النفسي و طب الإدمان في سويسرا.

# مقدمة

## ألفه لموم ومريم عبد الباقي

أولت منظمة إنترناشيونال ألرت قدرا كبيرا من الاهتمام بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية للشباب في الأحياء الشعبية والمناطق الحدودية المهْمَشَة منذ بدء عملها في تونس عام 2012. وبإنشائها مكاتب فرعية في المناطق الحدودية، استفادت المنظمة إيجابا من القرب والعمل مع ثلاث مجموعات من الفاعلين: منظمات المجتمع المدني المحلية والسلطات المحلية وتنسيقات شبابية. في عام 2017، حدد جميع هؤلاء الفاعلين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في ولاية تطاوين كأولوية، بعد سنوات من الاحتجاج على عدم وجود طبيب أمراض نساء وتوليد ما أدى إلى وفيات متكررة لحوامل في الولاية.<sup>1</sup> واستجابة لهذا الاستحقاق الملح، أطلقت إنترناشيونال ألرت دراسة مواطنية تشاركية، هي الأولى من نوعها في تونس، أجرت تقييما لخدمات الرعاية الصحية العمومية في ولاية تطاوين ومعتمدياتها. انطلقت تلك الدراسة من اعتقاد بأن إشراك المواطنين في تقييم الخدمات العمومية ركيزة أساسية في تعزيز الديمقراطية التشاركية في المناطق المهْمَشَة التي تشهد انعداما للمساواة في الوصول إلى الخدمات الأساسية، وفي الترويج لسياسات عمومية أكثر عدلا وشمولية.<sup>2</sup> مذاك، طوّر مكتب إنترناشيونال ألرت تونس وشركاؤه أدوات تشخيصية مواطنية مبتكرة تساهم في وصول الشباب إلى بعض خدمات الرعاية الصحية، ونظمت سلسلة ندوات عبر الإنترنت أثناء تفشي الوباء ونفذت مشاريع صحية متوسطة وقصيرة المدى في العديد من الولايات خلال فترة الحجر.

هذا الاصدار استمرار لمقاربتنا في معالجة الوصول غير المتكافئ إلى حقّ دستوري، هو الحق في الصحة، في المناطق المهْمَشَة وفي تعزيز آليات الحكم التشاركي وإنتاج معرفة مواطنية تمكن من اقتراح بدائل تستجيب لحاجيات المواطنين. وبشكل أكثر تحديدا، يركز هذا الاصدار على تصورات الشباب وممارساتهم ومعاناتهم وسلوكياتهم المحفوفة بالمخاطر ومواطن هشاشتهم وتجاربهم السجّية في علاقة بصحتهم الجسدية والنفسية.<sup>3</sup> تناول هذه المسائل بمعزل عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب وإطارهم الجغرافي سيكون قاصرا من الناحية المفاهيمية، لذلك وقع الاختيار على إجراء الدراسات الميدانية في ثلاث مناطق تعاني التهميش: حيّ الكبارية ابن يعيش نحو 10 بالمئة من سكان تونس العاصمة ومدينة القصرين الشمالية على الحدود التونسية الجزائرية ومدينة تطاوين الشمالية على الحدود التونسية الليبية أين انشأت إنترناشيونال ألرت مكنتها في كليهما عامي 2013 و2015 على التوالي.

تحظى مسألة الصحة النفسية باهتمام متنامي في المنطقة العربية ويندرج اصدارنا ضمن هذا المنحى، إذ يكشف استطلاع رأي للشباب العربي أجري عام 2019 أن الصحة النفسية مصدر قلق متزايد للشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فقد صرّح أكثر من نصف المستجيبين أنهم يواجهون صعوبات في الحصول على رعاية طبية جيدة للمشاكل النفسية التي يعانون منها مثل القلق والاكتئاب. إضافة إلى ذلك، أكد نصف المستجيبين الشباب العرب أن هناك وصم مرتبط بالسعي للحصول على الرعاية الطبية لمشاكل الصحة النفسية.<sup>4</sup> كما أظهرت الدراسات الأخيرة أنه رغم زيادة مساهمات الباحثين في المنطقة العربية في مجال الصحة النفسية في السنوات الأخيرة، لا تزال هناك فجوات بحثية كبيرة، وخلصت إلى أن التمويل والتعاون البحثي الدولي في مجال الصحة النفسية ورفاهية الطلاب بحاجة إلى التعزيز (صويلح، وليد، 2021). لا تقتصر القيمة الاضافية لصدارنا الجديد على اتساع مجاله الميداني غير المسبوق والذي شمل ثلاث مناطق، ولكن تكمن قيمته كذلك في توفير معرفة على شروط وظروف الولوج إلى الرعاية الصحية والتي اكتسب أهمية أكبر منذ تفشي جائحة كوفيد التي كشفت بشكل كبير عن أوجه عدم المساواة في الحق في الصحة والحق في الحياة.

كما يندرج هذا الإصدار الجديد في إطار عمل منظمنا البحثي الدؤوب ونشاطنا الميداني الذي عالجتنا خلاله آليات التهميش والحرمان وفكناها على مر أعوام في المناطق الداخلية والأحياء الشعبية، وشمل مسائل الانقطاع المدرسي وتجارة الحد والولوج إلى القضاء والسياسات العمومية لإدماج الشباب وعلاقة الشباب بمؤسسات الدولة وتجاربهم مع العنف واستراتيجياتهم المعيشية...

1 تطاوين: النساء يحتجون على ارتفاع عدد وفيات الحوامل، موقع قناة نسمة، انظر: [shorturl.at/ruFG0](https://www.international-alert.org/ar/publications/evaluation-public-health-services-governorate-tataouine-diagnosis-and-alternatives/)

2 <https://www.international-alert.org/ar/publications/evaluation-public-health-services-governorate-tataouine-diagnosis-and-alternatives/>  
3 تعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها "حالة من العافية يمكن للفرد تكريس قدراته أو قدراتها الخاصة والتكيف مع أنواع الإجهاد العادية والعمل بنفان وفعالية والإسهام في مجتمعه أو مجتمعه".

4 Arab Youth Survey, 2019. <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/2019%20Arab%20Youth%20Survey.pdf>

السؤال المركزي الذي تعالجه الفصول البحثية الثلاثة المكونة لهذا الإصدار الجديد يتعلق بما يمكن أن تكشفه لنا عدسة علم الاجتماع الطبي اليوم عن الصحة الجسدية والنفسية للشباب في المناطق التونسية المهمشة. هناك استخدام يزداد كثافة وبروزا لمفهومى البنية والبنية الاجتماعية في أدبيات علم الاجتماع الطبي منذ النصف الثاني من الثمانينيات، وهو يميل إلى تأويل أكثر شمولا ونقدية للصحة والمرض ووقعهما على الجسد من خلال التركيز على السلطة كعامل بنوي رئيسي في كل من المعالجة الصحية والمجتمعية للمرض (ويليامز، غاريت، 2003). وهذه المقاربة لا ترى الجسم كمجرد معطى معزول، بل تعتبر أن الصحة والمرض نتاج لسياقات اجتماعية وثقافية وتاريخية محددة (فروند وماغواير، 2003).

بناء على ذلك، تهتم هذه الدراسات بتقصي تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب، وكذلك محيطهم المجالي، على صحتهم الجسدية والنفسية. إن تناول الصحة من خلال الارتباطات بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمجالية والمؤسسية يوفر منظورا أشمل للتجارب المعيشية للشباب، فبدل دراسة آثار سياسات التقشف في المناطق الثلاث، أو تقلص دولة الرعاية والسطوة المستجدة للمسؤولية الفردية - والتي تطرق إليها الشباب أثناء البحث - تنهل فصول هذا الاصدار من هذه الوقائع لإظهار هشاشة الشباب فيما يتعلق بولوجهم إلى خدمات الرعاية الصحية واستراتيجياتهم المعيشية.

تمنحنا المقاربة النظرية لويك فاكون حول "الإدارة النيوليبرالية لانعدام الأمن الاجتماعي" فهما أفضل للطرق التي تعالج بها الدولة الفقر عبر اعتماد ثنائية المساعدات الاجتماعية والسياسات العقابية كتقنيتين لإدارة التهميش (فاكون، 2009)، ويتجلى ذلك في غياب الدور التأهيلي للدولة وتقليص برامجها الاجتماعية تازيا مع اللجوء إلى العقوبات السجنية في التعاطي مع مشاكل اجتماعية. هذا الاعتماد على النظام العقابي ليس انحرافا عن النموذج النيوليبرالي بل جزء أساسي منه، ولا يقتصر ذلك على تونس أو العالم العربي، فقد أدت سياسات التقشف في البلدان الغربية وبرامج الإصلاح الهيكلية النيوليبرالية في بلدان الجنوب إلى تسريع تفكيك دولة الرعاية الاجتماعية (دايفيس وتابلور، 2001).

تبنت تونس أول برنامج إصلاح هيكلية في الثمانينيات ضمن التزامات مع المؤسسات المالية الدولية التي بدأت التعامل معها في الستينيات (فايفر، 1999). من خلال برنامج الإصلاح الهيكلية الأول بين 1986 و1992 والبرنامج الثاني من 2013 إلى 2020، التزمت تونس بالوصفات النيوليبرالية وكرستها من خلال إعادة هيكلة تشريعية وتنظيمية واقتصادية مكثفة، ما أدى إلى مقارنة اقتصادية طغى عليها التقشف وسداد الديون على حساب رفاه التونسيين،<sup>5</sup> وشملت بعض الإجراءات المالية التي تم تنفيذها على مر السنين تسقيفا في الرواتب وتجميدا للانتداب في الوظيفة العمومية، وتخفيض في قيمة العملة، وخصخصة مؤسسات عامة،<sup>6</sup> واضفاء ضرائب جديدة على الاستهلاك ولا سيما ضريبة القيمة المضافة، وخفضا للإنفاق العام. ولم يخل المسار من تدخلات للمؤسسات المالية الدولية في سياسات التنمية العامة، وهي سياسات استخدمتها الدولة لفترة طويلة كمصدر لشرعيتها.

وآثرت سياسات التقشف احتجاجات بدأت بانتفاضة الخبز التي انطلقت في اواخر 1983 وتاجت في الأيام الأولى من جانفي 1984، ما فاقم التهميش الاجتماعي والسياسي للمناطق الداخلية الذي يمثل ركيزة بنوية للدولة التونسية ما بعد الاستعمارية، ونتج عنه تعميق الحوكمة الأمنية لتلك الجهات. وبحسب سكان المناطق الحدودية، فإن هذه الحوكمة تمت على حساب امنهم الاقتصادي والاجتماعي (لملوم، 2016). لقد انتهى الأمر بالآليات الاقتصادية والاجتماعية، حتى تلك المستقلة عن السيطرة السياسية، في خدمة منطق الهيمنة، وفي بعض الأحيان القمع (إيبو وهاسلي، 2006).

ترافق ارتفاع معدلات السجن المرتفعة على مستوى العالم منذ سبعينيات القرن الماضي مع انهيار نموذج إعادة التأهيل الاجتماعي وسنّ ما يسمى بتدابير الحفاظ على النظام العام، رغم أنه يمكن تتبع آثار تلك السياسات الضبطية إلى القرن التاسع عشر على الأقل (هاركورت، 2010). أطلق الباحثون على تلك الممارسات وصف "العقاب النيوليبرالي"، وهي تركز على مقارنة تفصل المجال الجنائي عن مجال الاقتصاد السياسي وتقيم حدودا تفصل العقوبة الجنائية عن الإطار الاقتصادي وتجعلها القضاء الوحيد لتدخل الدولة الشرعي. بناء على نفس المنطق، يعتبر التبادل الاقتصادي الذي يشكل القسم الأكبر من التفاعل البشري، طوعيا ومتوازنا ومنظما له غاية سامية، ويُحصر تدخل الدولة الشرعي في المجال الجنائي. أدى هذا المنطق إلى توسع النظام السجني منذ القرن التاسع عشر (هاركورت وإيبو، 2010)، وهو ما جعل السجون في أحيان كثيرة

5 [http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/fmi\\_impact\\_of\\_tunisia\\_currency\\_devaluation\\_en.pdf](http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/fmi_impact_of_tunisia_currency_devaluation_en.pdf)

6 تمت خصخصة 250 شركة عامة بين سنتي 1987 و2010. انظر: [http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/bp\\_11\\_fmi\\_impact\\_devaluation\\_dinar.pdf](http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/bp_11_fmi_impact_devaluation_dinar.pdf)

مواقع "تغييب اجتماعي" (دايفيس وشايلور، 2001) حولت نزلاتها إلى غير مرتين ومنزوعي الإنسانية (بينال، 2009). ولا يقتصر تعمق السياسات العقابية تجاه الفئات الشعبية على الدول الغربية، ففي تونس على سبيل المثال يشكل العمال اليوميون والعاطلون عن العمل 76% من نزلاء السجون كما يبلغ معدل الاكتضاض 124%.

يمكن رصد التفاوتات الجهوية والاجتماعية من خلال ضعف النظام الصحي العام وتدهور خدمات المستشفيات في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية، وهو ما جعل الولوج إلى الرعاية الصحية امتيازاً لم يُعمّم بعد الثورة. ومن الأمثلة الصارخة على التفاوتات نقص أطباء الاختصاص وأجهزة الإنعاش، ففي عام 2016 (أحدث الأرقام المتاحة) كان في ولاية تطاوين التي يبلغ عدد سكانها 150 ألف نسمة ثلاثة أطباء نساء وتوليد فقط، ومع بدء تفشي فيروس كوفيد في مطلع عام 2020 لم يكن في المستشفىين الجهويين في القصرين وتطاوين أي طبيب عناية مركزة. وينطبق ذلك أيضاً على نقص خدمات الفحص والأدوية وانخفاض طاقة استيعاب المستشفيات وطول فترات الاستشفاء وصعوبة الوصول إلى المؤسسات الصحية بسبب تدهور وسائل النقل العمومي أو غيابها، فضلاً عن ضعف خدمات الصحة الإنجابية.

هذا الوضع نتاج ثلاثة عقود من التفتيك المنهجي لنظام الرعاية الصحية العمومي، فمنذ منتصف الثمانينيات ومع بداية تنفيذ سياسات الإصلاح الهيكلي في تونس، خفّضت الدولة تدريجياً ميزانية القطاع، وتعمقت هذه السياسة مع سنّ سلسلة من القوانين التي هدفت إلى تسهيل مشاركة المستثمرين الخواص في القطاع، فمنحت المستشفيات الجامعية الاستقلال المالي وألغت الإعانات الحكومية لها، باستثناء رواتب الإطّار الطبي والمساعدين الطبيين. وقد تخلت الدولة لاحقاً عن دعمها للمستشفيات الجهوية على صعيد إدارة ميزانيتها، ما أثر سلباً على قدرتها على شراء الأدوية.

في عام 2007، بدأ تنفيذ قانون جديد لنظام التأمين ضد المرض أصبحت بموجبه المؤسسة العامة - الصندوق الوطني للتأمين ضد المرض - مسؤولة عن تغطية الخدمات التي يقدمها كل من القطاعين العام والخاص، دون إعادة تأهيل هذا الأخير على النحو المنصوص عليه في الاتفاقية المبرمة بينها بين الاتحاد العام التونسي للشغل والحكومة. وشكل ذلك تمويلاً عاماً غير مباشر للمستثمرين الخواص في قطاع الرعاية الصحية (على سبيل المثال، لا يتوفر سوى 48 ماسحة بالأشعة في القطاع العام مقارنة بـ 131 في القطاع الخاص، وفق الإحصاءات الرسمية لعام 2017). وفي موازاة ذلك، نما القطاع الصحي الخاص بشكل كبير في المناطق الساحلية والمدن الكبرى على عكس المناطق الداخلية.

استثمرت رؤوس أموال مصرفية وحتى رؤوس أموال خليجية في المصحات الخاصة وصناعة الأدوية في تونس، مدفوعة بأهداف ربحية عززتها فرصة الاستفادة من السوق الليبية وأسواق دول إفريقيا جنوب الصحراء في خضم الحصار المفروض على ليبيا في عهد القذافي وإغلاق حدود أوروبا أمام الأفارقة. وتم في عام 2007 اعتماد منشور حكومي ينظم النشاط الخاص التكميلي لأطباء المستشفيات الجامعية ويمنح شرائح منهم حق ممارسة نشاط طبي خاص في المستشفيات العامة التي يعملون بها بمعدل نصف يوم في الأسبوع، ما فتح الباب على مصراعيه للفساد واستغلال المرافق العامة لتحقيق ربح مادي.

لم تقم الحكومات المتعاقبة منذ عام 2011 بأي قسيعة مع سياسات التقشف التي تخدم مصالح القطاع الخاص، كما أنها لم تتخذ أي خطوات للحد من التفاوت الجهوي على صعيد الولوج إلى الحق في الصحة، بل ما حصل عكس ذلك، فقد تراجع التوظيف في قطاع الرعاية الصحية العمومي إلى درجة عدم تعويض الوظائف الشاغرة نتيجة التقاعد.

ورغم مطالبة الحركات الاجتماعية منذ عام 2011 في العديد من المناطق بتعزيز الخدمات الصحية، ورغم وعود التنمية الجهوية التي قطعتها أحزاب سياسية وصلت إلى السلطة مذاك، فقد كانت أولوية الحكومات المتعاقبة سداد الدين الخارجي على حساب تطوير الخدمات الاجتماعية (23 بالمئة للدين الخارجي، 13 بالمئة للخدمات الاجتماعية في ميزانية عام 2019). لدرجة أن مخصصات الدولة للصحة في ميزانية عام 2018 خلال فترة حكومة يوسف الشاهد، كانت أقل من نسبتها عام 2006 في عهد زين العابدين بن علي (5,2 بالمئة عام 2018 مقابل 7,4 بالمئة عام 2006). ولم تتغير هذه السياسة رغم احتجاجات نفذها الأطباء الشبان للمطالبة بتحسين ظروف عملهم في القطاع العمومي وهجرة مئات منهم إلى أوروبا.<sup>7</sup>



انطلاقاً من هذه الخلفية، كيف يمكننا رصد وضع الشباب المهمش ضمن سياق أوسع؟ بالنظر إلى ميزانية الرعاية الاجتماعية، فإنه من الواضح أن الموارد المخصصة للصحة والتعليم آخذة في التراجع، وهو ما ينعكس في معدلات انقطاع مدرسي أعلى في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية مقارنة بالمدن الساحلية، ومعدلات بطالة نسائية تصل في بعض المعتمديات الجنوبية ثلاثة أضعاف المعدل الوطني، وعدد أطباء بالنسبة لعدد المواطنين منخفض بشكل فادح في هذه المناطق،<sup>8</sup> وانتشار ارتفاع للعنف في المدارس،<sup>9</sup> وضعف أو غياب البرامج الاجتماعية والثقافية للشباب، ونقص في خدمات الرعاية الصحية يعيق ولوج للشباب إليها. ويقترب كل ذلك بتجريم الفقر، مما يفسر العلاقات المتوترة بين مؤسسات الدولة والشرطة والشباب، ويجعل الهجرة غير النظامية بالمحصلة حلم كثير منهم. وينظر العديد من الشباب إلى التجريم الشديد لتعاطي المخدرات كشكل من أشكال العقاب، مؤكداً أن معدلات الاعتقالات العالية أصلاً آخذة في الارتفاع أكثر.<sup>10</sup>

يعتمد هذا الإصدار الجديد على فرضية أنه لا يمكن النظر إلى آثار تقلص دولة الرعاية بمعزل عن وقعه على صحة الشباب وبالخصوص تلك النفسية في المناطق الداخلية والأحياء الشعبية في تونس. كما يستند على مقارنة منهجية في إنتاج معرفة تعتمد على تقييم ينطلق من القاعدة يشارك فيه هؤلاء الشباب أنفسهم، الهدف منها تسليط الضوء على حالة خدمات الرعاية الصحية العمومية، ورغم أنه من البين أن للشباب احتياجات اجتماعية وعاطفية وجسدية وتنموية خاصة تتطلب نظام رعاية صحية سريع الاستجابة ويمكن الوصول إليه بيسر، فإن من يعيشون منهم في الفضاءات التي تعاني التهميش يواجهون حواجز إضافية في الوصول إلى الرعاية الطبية، ما يعمق عدم المساواة الصحية. تتجلى هذه الحواجز بالخصوص ضمن نظام الرعاية الصحية النفسية حيث يواجه الشباب الوصم والعنف والخوف من موظفي الرعاية الصحية، وهو ما ينطبق بالخصوص في موضوع معالجة الإدمان بفعل غياب برامج إعادة تأهيل للشباب الذي يتعاطي المخدرات، وكذلك خشية هؤلاء من المطالبة بالعلاج بسبب تجريم استهلاك المخدرات.

نود أن نسوق ثلاث ملاحظات لشرح المنهجية المتبعة في هذا الإصدار. تتعلق الأولى بطريقة إجراء البحث، فقد تم في المراحل الأولى للعمل تشكيل لجنة علمية متعددة التخصصات لتقديم المشورة العلمية المستقلة لفريق الباحثين العاملين على المشروع. بالإضافة إلى ذلك، طور هذا الفريق أدواته البحثية في ضوء نقاشات مع باحثين آخرين من تخصصات مختلفة من خلال ورشات بحثية منظمة قامت كذلك بمراجعة النتائج الأولية للعمل وتحديد نقائصه ومناقشة سبل تجاوز العقبات السياقية التي تحول دون جمع البيانات. استفاد العمل أيضاً من المؤلفات والاستطلاعات الأخرى التي نشرتها جامعات ومؤسسات طبية في فرنسا (ديسو، 2021) وإيران (فرجزدجان، 2014) وبلجيكا وأمريكا اللاتينية (لانديغرين، 2000) وكندا وأستراليا. أجرينا أيضاً استشارات مع محام حول الاعتبارات الأخلاقية والقانونية لجمع البيانات، وأشركنا في العمل 24 باحثاً ميدانياً هم في الأساس من خريجي الجامعات العاطلين عن العمل ولديهم خلفية في العلوم الاجتماعية، وقد تم تدريبهم على المناهج الكمية لجمع البيانات كما تم مرافقتهم عبر الإرشاد الفني والمتابعة الميدانية.

النقطة الثانية تتعلق بهدف هذا الإصدار والذي يطمح إلى تعزيز مقاربة تشاركية متجذرة في إشراك الشباب من الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية نفسها في إنتاج المعرفة معهم ومن خلالهم، ويتوافق ذلك مع اهتمام كبير بالاعتبارات الأخلاقية، وهو الجانب الثالث في المنهجية المتبعة. فقد حرص المشروع على تجنب الآثار الجانبية المحتملة على المستجيبين نتيجة طرح أسئلة حول القلق والمخاوف والعنف والسجن، وقد عرض جميع الباحثين الميدانيين على الشباب المستجوب مدهم بمعلومات وأرقام لاختصاصيين نفسيين للحصول على مساعدة في حالة أبدى أي منهم حاجته لها. اهتمنا أيضاً بسلامة المشاركين في نقاشات المجموعات البؤرية، لذلك تم تغيير كل أسمائهم وألقابهم العائلية لحمايتهم هم وعائلاتهم.

يتضمن هذا الإصدار ثلاثة فصول حول الشباب في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية.

يتناول الفصل الأول نتائج دراسة كمية ميدانية حول الصحة النفسية للشباب والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر تبحث عن كثر في تملثات الشباب لصحته وظروف ولوجه للعلاج وأشكال العنف الذي يتعرض له باعتبار متغيرات الجنس والسن والمستوى

8 تشخيص وبدائل : تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين، إنترناشيونال أAlert، 2018. <https://www.international-alert.org/ar/publications/evaluation-public-health-services-governorate-tataouine-diagnosis-and-alternatives/>

9 التشخيص المواطني للتعليم الثانوي: دوار هيشر، حي النور بالقصرين وتطاوين الشمالية. إنترناشيونال أAlert، 2020. [/https://www.international-alert.org/ar/publications/citizen-diagnostic-secondary-education-tunisia](https://www.international-alert.org/ar/publications/citizen-diagnostic-secondary-education-tunisia)

10 Jeunes et violences institutionnelles. Enquêtes dix ans après la révolution tunisienne. International Alert, Arabesques, 2021

الدراسي ويستقرئ الفضاءات التي يمارس فيها كما يتناول استهلاك المخدرات وتأثيرها اعتمادا على عينة من 1250 مستجوبا سنهم بين 18 و 29 سنة.

يستعرض الفصل الثاني نتائج بحث ميداني حول موضوع القلق بجزأيه ك" حالة" و ك" سيمه" لدى الشباب العاطل عن العمل باعتباره أحد مؤشرات الصحة النفسية ضمن مقارنة مقارنة مع فئات أخرى من الشباب يعيشون في نفس الوسط الحضري المطبوع باللامساواة الاجتماعية والاقتصادية والمناطقية.

تتناول الدراسة الثالثة الكيفية إفادات سجناء ذكور توزعوا بين ثلاث مجموعات بؤرية حول تجاربهم السجنية مع التركيز على وضعهم الصحي خلال فترة العقوبة السالبة للحرية ومرحلة ما بعد السجن وتصوراتهم عن النظام السجني والقضائي.

في الختام، نود توجيه شكرنا لكل من ساهم في إنجاح هذا العمل الجماعي من عضوات وأعضاء اللجنة العلمية، وفريق العمل من الباحثين والمحريين والباحثين الميدانيين، الاطباء الذين اسدوا بنصائحهم، شركائنا في المجتمع المدني جيل ضد التهميش في الكبارية و في القصرين الشمالية و في تطاوين الشمالية.

## المراجع:

Binnall, James M. (2008) 'Respecting Beasts: The Dehumanizing Quality of the Modern Prison and an Unusual Model for Penal Reform'. *Journal of Law and Policy*, Volume 17, Issue 1, pp. 161-190.

Davis, Angela Y. and Shaylor, Cassandra (2001) 'Race, Gender, and the Prison Industrial Complex: California and Beyond'. *Meridians*, Vol. 2, No. 1 (2001), pp. 1-25.

Dusseaux, Vincent (2021) 'La santé mentale des jeunes', Fondation Pierre Deniker and Ipsos Public Affairs. <https://fondationpierredeniker.org/wp-content/uploads/2021/09/Rapport-Ipsos-La-sante-mentale-des-jeunes-vDEF3.pdf>

Farajzadegan, Ziba (2014) 'Development of a questionnaire to access drug abuse among High School students of Isfahan Province, Iran: An action research' *International Journal of Preventive Medicine*, 5(Suppl 2): S146-S153.

Freund, P. E. S., McGuire, M. B., & Podhurst, L. S. (2003). *Health, illness, and the social body: A critical sociology*. Prentice Hall.

Harcourt, Bernard E. (2010) 'Neoliberal penalty: A brief genealogy'. *Theoretical Criminology*, Vol. 14(1): 74-92; 1362-4806. DOI: 10.1177/1362480609352785.

Hibou, Béatrice and Hulsey, John (2006) 'Domination & Control in Tunisia: Economic Levers for the Exercise of Authoritarian Power' *Review of African Political Economy*, Vol. 33, No. 108, North Africa: Power, Politics & Promise, pp. 185-206

Lamloum, O. (2016) 'Marginalisation, insecurity and uncertainty on the Tunisian-Libyan border Ben Guerdane and Dhehiba from the perspective of their inhabitants'. *International Alert*.

Lundgren, Rebecka (2000) Research Protocols to study sexual and reproductive health of male adolescents and young adults in Latin America. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Research%20Protocols%20to%20Study%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20of%20Male%20Adolescents%20and%20Young%20Adults%20in%20Latin%20America.pdf>

Pfeifer, K. (1999) 'How Tunisia, Morocco, Jordan and even Egypt became IMF "Success Stories" in the 1990s' *Middle East Report*, No. 210, Reform or Reaction? Dilemmas of Economic Development in the Middle East, pp. 23-27

Sweileh, Waleed M. (2021) 'Contribution of researchers in the Arab region to peer-reviewed literature on mental health and well-being of university students' *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 50, <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00477-9>

Wacquant, Loïc (2009) *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University Press.

Williams, Gareth H. (2003) 'The determinants of health: structure, context and agency' *Sociology of Health & Illness* Vol. 25 Silver Anniversary Issue 2003 ISSN 0141-9889, pp. 131-154

# مسارات سجنية لشباب من الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية: عن الحق في الولوج إلى الصحة الجسدية والنفسية

محمد رامي عبدالمولى

## تقديم الدراسة

في سياق مشروعها البحثي الجديد « الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر لدى الشباب في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية» نظمت إترناشونال ألرت ورشات تكوينية وقامت بعدة دراسات كمية ونوعية اختارت ان تخصص إحداهما لدراسة التجربة السجنية لدى الشباب مع التركيز على الوضع الصحي خلال فترة العقوبة السالبة للحرية. وينبع هذا الاختيار من العدد الكبير للموقوفين والمسجونين الواقع ضمن هذه الفئة، فحسب الأرقام الواردة في دراسة «شباب في الهوامش»: تمثلت المخاطر والسياسة والدين<sup>11</sup> نجد مثلا ان 17.7٪ من الشباب المستجوبين في منطقة «دوار هيشر»، و14.6٪ من المستجوبين في القصرين الشمالية، و10٪ من المستجوبين في تطاوين الشمالية أكدوا انهم تعرضوا للإيقاف أو السجن خلال عام 2019. وحسب التقرير الصادر في 2014 عن مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان في تونس « السجن التونسي بين المعايير الدولية والواقع»<sup>12</sup> نجد ان نسبة السجناء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة تبلغ 55٪ في حين تمثل الفئة العمرية 30-39 سنة 29٪ من مجمل المقيمين في السجن بما يعني ان 84٪ من المساجين تقل أعمارهم عن 40 سنة. مسألة الشباب والصحة ضعيفة الحضور في الإعلام كما في الدراسات الأكاديمية، ربما لأن الكثيرين يعتبرون ان هذه الفئة العمرية في «ربيع العمر» و«أوج القوة» وان هناك مسائل ومشاكل أكثر استعجابية مثل البطالة والمخدرات (التي كثيرا ما تناقش ضمن مقاربات أمنية واجتماعية دون اهتمام بالجانب الصحي) و«الحرق» الخ. تصبح هذه المسألة شبه نقطة عمياء عندما يتعلق الأمر بالشباب الذين فوضوا عقوبة سجنية، وهنا نشير إلى صعوبة القيام بدراسات ميدانية تتناول موضوع الصحة البدنية والنفسية للمساجين نظرا لصعوبة الولوج إلى المؤسسات السجنية من جهة، والحساسية والإحراج اللذين قد يثيرهما طرح الأسئلة على الشاب الذي عاش تجربة سجنية من جهة أخرى. دراسة التجربة السجنية لشباب من الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية عن قرب يتيح لنا أن نفهم بشكل أعمق:

- أ. كيفية إدارة الدولة للهوامش والمهمشين.
- ب. الدور الذي يلعبه كل من العائلة والمحيط العلائقي (العرش، الحي، الأصدقاء) في إسناد الشاب المسجون وحمائته.
- ت. تمثل الشباب لمسألة الصحة.
- ث. الأثر النفسي للتجربة السجنية على الشباب وتأثيرها على تمثّلهم للدولة.

ولئن كانت منشورات وتقارير خبراء منظمات المجتمع المدني المحلية والدولية والهيئات الدستورية حول واقع السجن التونسية ضرورية وقيمة ومنهجية فإنها لا تغني أبدا عن كلمات المعنيين بالأمر، أولئك الذين عاشوا التجربة القاسية بتفاصيلها والذين يدركون أكثر من غيرهم الآثار التي تركتها على أجسادهم وفي أعماقهم. قلة الدراسات المخصصة لصحة المساجين، خاصة النفسية وبالأخص لدى الشباب، خلال وبعد فترة العقوبة تجعل من الضروري التوجه لهذه الفئات «الصامتة» حتى نسمع منها وننظر إلى ما رآه/تراه أعينها.

11 شباب في الهوامش. تمثلات المخاطر والسياسة والدين في تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية ودوار هيشر. تحت إشراف محمد علي بن زينة وألفة لملوم ومريم عبد الباقي. إصدار إترناشونال ألرت، تونس، نوفمبر 2020.

12 السجن التونسي بين المعايير الدولية والواقع. تقرير صادر عن مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان بتونس، 2014. [https://www.ohchr.org/Documents/Countries/TN/rapport\\_prison\\_inTunisia.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/TN/rapport_prison_inTunisia.pdf)

## تقديم العينة

وفي هذا الإطار اخترنا أن نركز الدراسة الميدانية النوعية على لقاءات ونقاشات مباشرة وجماعية مع عينة من الأفراد توزعوا بين ثلاث مجموعات بؤرية وطرحنا عليهم جملة من الاسكاليات مقسمة إلى أربعة محاور: (1) الوضعية العائلية والاجتماعية - الاقتصادية والمستوى الدراسي والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر للمشاركة (2) تجربته السجنية (3) مرحلة ما بعد السجن (4) تقييمه لمنظومة العدالة والسجون والعقوبات، وتمثله للعلاقة بين أوضاعه الاقتصادية والاجتماعية وتجربته السجنية. ركزنا بشكل كبير على المحورين الثاني والثالث مع إيلاء مكانة مركزية لمسألة الصحة في الأسئلة والنقاشات. ضمت العينة 19 مشاركا متوزعين على ثلاث مجموعات بؤرية في ثلاث مناطق: 5 من حي/معمدية «الكبارية» بولاية تونس، 9 من معمدية القصرين الشمالية و5 من معمدية تطاوين الشمالية. أجريت اللقاءات مع المشاركين في مقرات فروع إنترناشونال ألرت في القصرين الشمالية وتطاوين الشمالية، ومقر جمعية «جيل ضد التهميش» في الكبارية<sup>13</sup>.

كل المشاركين من الذكور وذلك لصعوبة الحصول على شهادات من سجينات سابقات من جهة، وصعوبات التواصل والاحراجات التي قد يتسبب فيها حضورهن في مجموعة مختلطة من جهة أخرى. كما ان خصوصيات وضع النساء السجينات سواء تعلق الأمر بالوضع الصحي او العائلي (حمل، أمومة، إرضاع، رعاية أطفال) والاجتماعي (النبيذ والوصم) تتطلب دراسة منفصلة أكثر تفصيلا. علما وأن 97% من المساجين في تونس هم من الذكور حسب تقرير «السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع» الصادر عن الأمم المتحدة. تتراوح أعمار المشاركين في المجموعات البؤرية ما بين 19 و58 سنة، منهم من عاش تجربة سجنية في السنوات الأخيرة (فئة الشباب) أو قبلها خلال فترة شبابه (فئة الكهول). 36% من المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاثة سبق لهم أن سجنوا قبل جانفي 2011، وتمتد الفترة التي تغطي مختلف التجارب السجنية للمشاركين من سنة 1993 إلى سنة 2020. وتتوزع الجنح والجنائيات التي اتهم المشاركون في المجموعات البؤرية بارتكابها وسجنوا على أثرها أو وقفوا لمدة قد تطول، ويمكن أن نرتبها حسب تواترها كالتالي: (1) سرقة (2) سكر وعنف / عنف شديد (3) استهلاك مخدرات (4) تهمة تصنف بالخطيرة: ترويج مخدرات / اتجار بالبشر / قتل على وجه الخطأ وفرار. تراوحت المدة المقضاة في السجن ما بين الايقاف لبضعة أيام أو اسابيع إلى السجن لأكثر من عشر سنوات.

## الخلفية العائلية والاجتماعية-الاقتصادية للمشاركين في

### المجموعات البؤرية

52,6% من المشاركين لم يتجاوزوا المرحلة الابتدائية من التعليم، 31,7% منهم انقطعوا عن الدراسة في الإعداديات (المرحلة الثانية من التعليم الأساسي) و15,7% فقط درسوا في مرحلة التعليم الثانوي. وهي أرقام قريبة من احصائيات النزلاء حسب المستوى التعليمي الواردة في تقرير «السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع»<sup>14</sup>: 4% أميون، 50% تعليم ابتدائي، 43% تعليم ثانوي (اعداديات ومعاهد ثانوية)، 3% تعليم عالي. أما بالنسبة للوضع الدراسي/ المهني الحاي للمشاركين فالملاحظة الأولى تتمثل في انقطاعهم جميعا عن الدراسة، والثانية ارتفاع نسبة البطالة والتشغيل الهش و/أو متدني الأجر: 47,5% عاطلون عن العمل، 21% يعملون عبر آلية الحضائر، 10,5% عملة يوميون («خدمة حزام»). 10,5% فقط يمارسون عملا حرفيا (سباك، طلاء هياكل السيارات)، و10,5% يعملون في قطاعي التجارة والسياحة. وأكد 73,5% من المشاركين انه سبق لواحد - على الأقل - من أفراد عائلاتهم ان سجن. كما اتضح من خلال اجاباتهم عن تقييمهم لمستوى استهلاكهم للكحول والمخدرات قبل دخولهم السجن أول مرة ان 52,6% منهم كانوا يستهلكون الكحول و/أو المخدرات بشكل مفرط يصل إلى حد الإدمان. هذه الأرقام تؤكد النتائج المضمنة في الدراسة التي اصدرتها إنترناشونال ألرت في نوفمبر 2020 «شباب في الهوامش» حيث نجد ان البطالة ثم

13 أتوجه بالشكر إلى:

- كل المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث، الذين منحونا من وقتهم وثقتهم قدرا كبيرا ليحدثونا عن تجارب وذكريات مؤلمة في أغلب الأحيان.  
- جمعية «جيل ضد التهميش» التي احتضن مقرها النقاشات مع المجموعة البؤرية في الكبارية.  
- السيدة رجاء قسومي من مكتب إنترناشونال ألرت بولاية القصرين والسيد مراد العرضاوي من مكتب إنترناشونال ألرت بولاية تطاوين على كل الجهود التي بذلها والتسهيلات التي قدمها خلال العمل في المجموعات البؤرية في الولايتين.  
- السيدتين ألفة لموم ومريم عبد الباقي من مكتب إنترناشونال ألرت - تونس من أجل كل النقاشات الثرية والملاحظات والنصائح القيمة خلال مختلف مراحل انجاز هذه الدراسة.

14 السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع، تقرير صادر عن مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان بتونس، 2014.  
[https://www.ohchr.org/Documents/Countries/TN/rapport-prison\\_inTunisia.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/TN/rapport-prison_inTunisia.pdf)





Sadri Khariri 2021

الإدمان يحتلان المرتبتين الأولى والثانية في ترتيب المخاطر الاجتماعية كما يتمثلها الشباب، في حين يحتل الإجرام المرتبة الرابعة. كما تبرز هذه المعطيات مدى هشاشة الوضع الاقتصادي الاجتماعي لأغلب المبحوثين وعلاقتها بضعف المستوى التعليمي من جهة، وإمكانية انتهاج السلوكيات المحفوفة بالمخاطر من جهة ثانية. وهذه الهشاشة «الفردية» هي في أغلب الأحيان استمرار لهشاشة أوضاع عائلات المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث. لم نلاحظ اشارات من المشاركين في المجموعات البؤرية إلى تفكك أسري، في حالتين فقط نجد ان والدي المبحوث كانا مطلقين لحظة دخوله السجن أول مرة. المشكلة الأساسية تكمن في ضعف مداخل العائلة (وأحيانا انعدامها) مع ارتفاع عدد أفرادها. وباستثناء المشاركين في المجموعة البؤرية القصرين الشمالية الذين أكد أغلبهم ان أمهاتهم يشتغلن أو متقاعدات (عاملات فلاحيات بالأساس) فإن البقية نشؤوا في عائلات يعيها أساسا عمل الأب وعادة ما يكون هشاً ومتدي الأجر: 6 عمال يوميين، 3 عمال في الحضيرة، 1 راعي أغنام، 1 موظف في البريد، 2 عامل مهاجر في فرنسا، 1 متقاعد، 2 عاطل عن العمل. أربعة من بين المبحوثين توفي أبائهم قبل او خلال تواجدهم بالسجن.

## أهم نتائج الدراسة

### 1. معاناة متعددة الأشكال والمراحل والآثار

لم تنقطع منذ 2011 مطالبات المنظمات الحقوقية والهيئات الدستورية وحتى منظمات أممية بتنقيح القانون عدد 52 لسنة 2001 المؤرخ في 14 ماي 2001 والمتعلق بنظام السجن في تونس أو استبداله بقانون جديد لما لمست فيه من عدم مطابقة مع المعايير الدولية المعتمدة لضمان الحرمة الجسدية والمعنوية للسجين وكذلك كرامته وصحته. الشهادات الواردة في تقارير هذه المنظمات تبين ان الحد الأدنى من الحقوق التي «يقرها» هذا القانون غير مراعى، وهذا الأمر تؤكد أيضا شهادات المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث. وسيكون من المفيد المقارنة بين «النظري» و«التطبيقي»، بين ما يقوله القانون، وما يقوله المساجين السابقون.

### أهم الفصول الواردة في القانون المتعلق بنظام السجون في تونس

الفصل الأول - ينظم هذا القانون ظروف الإقامة بالسجن بما يكفل حرمة السجين الجسدية والمعنوية وإعداده للحياة الحرة ومساعدته على الاندماج فيها.

ويتمتع السجين على هذا الأساس بالرعاية الصحية والنفسية والتكوين والتعلم والرعاية الاجتماعية مع العمل على الحفاظ على الروابط العائلية.

الفصل 15 - يودع السجناء بغرف ذات تهوئة وإضاءة كافيتين وتتوفر فيها المرافق الصحية الضرورية، كما توفر إدارة السجن لكل سجين عند إيداعه فراشا فرديا وما يلزمه من غطاء.

الفصل 17 - لكل سجين الحق في:

مجانية التغذية،

مجانية المعالجة والدواء داخل السجن وعند التعذر بالمؤسسات الاستشفائية بإشارة من طبيب السجن،

توفير مستلزمات الحلاقة والنظافة وفق الترتيب الجاري بها العمل،

الاستحمام مرة على الأقل في الأسبوع أو وفق تعليمات طبيب السجن،

مقابلة المحامي المكلف بالدفاع عنه بدون حضور أحد أعوان السجن بالنسبة إلى الموقوف تحفظيا أو المحكوم عليه بحكم غير بات وذلك بناء على ترخيص من الجهة القضائية المتعهددة،

مقابلة محام بترخيص من الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح وبحضور أحد موظفي السجن وذلك بالنسبة إلى المحكوم عليه بحكم بات،

مقابلة قاضي تنفيذ العقوبات بالنسبة إلى المحكوم عليه في الحالات المنصوص عليها بالتشريع الجاري به العمل،

مقابلة مدير السجن،

مكاتبة المحامي المكلف بالدفاع عنه والسلط القضائية المعنية وذلك عن طريق إدارة السجن.

الفصل 18 - للسجين الحق في الحفاظ على الروابط العائلية والاجتماعية وذلك:

بالخروج لزيارة الأقارب عند المرض الشديد أو حضور موكب جنازة أحدهم وفقا للأحكام القانونية المنظمة لمؤسسة قاضي تنفيذ العقوبات وللترتيب الجاري بها العمل،

بتلقي زيارة ذويه وغيرهم وذلك وفق الترتيب الجاري بها العمل،

بالمراسلة عن طريق إدارة السجن،

بتلقي المؤونة والطرود والملابس التي ترد عليه من أهله،

بقبول الحوالات والشيكات الموجهة إليه أو إرسالها إلى عائلته.

إبرام العقود المتأكدة ما لم يكن هناك تحجير قانوني، وبعد الترخيص من الجهة القضائية المتعدهة بالنسبة إلى الموقوف تحفظيا أو المحكوم عليه بحكم غير بات، ومن الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح بالنسبة إلى المحكوم عليه بحكم بات.

الفصل 19 - يحق للسجين:

الحصول على أدوات الكتابة وكتب المطالعة والمجلات والصحف اليومية عن طريق إدارة السجن ووفقا للترتيب الجاري بها العمل. ويتم إيجاد مكتبة بكل سجن تحتوي على الكتب والمجلات المعدة للمطالعة،

الحصول على الوثائق المكتوبة الأخرى التي تمكنه من متابعة برامج دراسته بالمؤسسات التعليمية من داخل السجن،

متابعة برامج التعليم والتثقيف والتوعية التي تنظمها إدارة السجن،

الخروج للفسحة اليومية بما لا يقل عن ساعة،

تعاطي الأنشطة الفكرية والرياضية طبق الإمكانيات المتاحة وتحت إشراف موظف مختص تابع لإدارة السجن،

متابعة البرامج الترفيهية طبقا للترتيب الجاري بها العمل،

الشغل مقابل أجر وطبق الإمكانيات المتاحة، بالنسبة إلى المحكوم عليه، على ألا تتجاوز حصص العمل المددة القانونية. ويحدد قرار مشترك من الوزير المكلف بالسجون والإصلاح والوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية شروط وكيفية التأجير.

التمتع بالضمانات والحقوق المنصوص عليها بالتشريع المتعلق بحوادث الشغل والأمراض المهنية.

الفصل 24 - لا يمكن تسليط عقوبة تأديبية على السجين إلا بعد الاستماع إليه وتلقي أوجه دفاعه ويستعان عند الاقتضاء بمرجم بالنسبة إلى المساجين الأجانب.

الفصل 37 - تهدف الرعاية الاجتماعية للسجين إلى:

تأهيله ورعايته أثناء إقامته بالسجن.

تعديل سلوكه الإنحراقي.

سقل طاقاته الفكرية والبدنية وذلك بإعداده للحياة الحرة وتدريبه مهنيا ومساعدته على التعلم وتهذيب سلوكه.

متابعة حالته عند الإفراج عنه وتسهيل اندماجه في محيطه الأصلي بالتنسيق مع الهياكل المختصة المعنية.

الفصل 38 - تتولى الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح تخصيص مكتب بكل سجن لمصالح الإرشاد الاجتماعي وتمثل مهمة أعاونها في ربط الصلة بين المساجين وعائلاتهم ومساعدتهم على حل مشاكلهم حفاظا على الروابط العائلية والاجتماعية.

الفصل 39 - يقع، في حدود الإمكانيات المتاحة، تكوين السجين في إحدى المهن التي تتماشى ومؤهلاته وذلك

بالورشات المعدة للغرض أو بالحضائر والضيقات الفلاحية التابعة للسجون.

وتسلم للسجين المؤهل شهادة في ختم التكوين أو شهادة كفاءة مهنية مصادق عليها من الجهات المختصة لا تتضمن أية إشارة إلى الوضعية السجنية للمعني بالأمر.

### أ. إذلال ممنهج

«كيف كنت صغير كنت نحلم نرفع علم تونس، كيف دخلت الحبس طيحوي السروال»، (محمد علي<sup>15</sup>، الكبارية)

هكذا تحدث أحد المشاركين عن الإذلال الذي يعيشه السجين منذ الدقائق الأولى بعد ايداعه السجن. وهو يقصد الحديث عما يسمى في قاموس السجن «طبس وكح»، إجراء تفتيشي يفرضه أعوان السجن ويتمثل في تعرية السجين واجباره على الانحناء والسعال للتثبت من عدم اخفائه لمخدرات أو أدوات حادة في فمه أو مؤخرته. وقد تكون الغاية الأمنية مفهومة لكنها لا تبرر ما أتى في شهادات الكثير من المشاركين عن انتهاك حرمة الجسدية وعدم احترام خصوصيتهم خلال هذا الإجراء مثل تعرية المسجون أمام مساجين آخرين وتعمد إهائته بعبارات وإيحاءات بذئنة. يتمثل الكثير من المساجين هذا الإجراء كممارسة هدفها إذلال السجين، خاصة المبتدئ، وكسر «شوكتة» منذ وضع قدمه في السجن. وحسب تصريحات عدة مشاركين تستمر الممارسات المهينة حتى خلال حلق شعر السجين بشكل سريع وفض، «كايهم يجزو في الغنم» يصف أحدهم الأمر. بعد «حفلة الاستقبال» هذه يصبح الإذلال خبزا يوميا يفرضه الحراس والإداريون على السجين بأشكال عدة شتائم بمناسبة أو بدونها، تعنيف جسدي لأنفه الأسباب، تفتيش مهين بدون سبب مقنع، اجبار المساجين على الوقوف عدة مرات من أجل «الحساب» (الإحصاء) أو «إعطاء الاحترام» (التحية) لأعوان السجن، اقتحام الزنازين في ساعات متأخرة من الليل، الخ. من خلال شهادات المشاركين في المجموعات البؤرية نستشف ان إحساسهم بالإذلال كان يتنامى ليقتنعهم بأنه بإمكان أعوان السجن أن يسلبوهم حقوقهم ويعتدوا على حرمتهم الجسدية ويكيلوا لهم السباب دون أي محاسبة أو عقاب.

«سيستام الحبس اصلا معمول باش يهين العباد، انه في النهار يحسبك عشرة مرات والتحية واعطي احترام، يربوا في جيل متاع ذل.. ماهوش سجن واصلاح، هذا تدمير للنفسية» (عمر، الكبارية)

«يبدأ يسبلك في أمك وأختك، وما تنجم تعمله شي خاطر الحاكم معاه» (عادل، القصرين الشمالية)

«تعرضت لأسوء المعاملات، تقول غوانتنامو.. عملت عركة مع مدير السجن، ياخي عراوني وسبيو عليا الكلاب» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

تواتر الشهادات وتقاطعها في المجموعات البؤرية الثلاث يؤكد ان هذا السعي لإذلال السجين ليس مجرد ممارسات منفلة او انحرافات فردية، بل منهاج عمل شائع. والمفارقة ان أكثر المساجين تضررا من هذه الممارسات هم في العادة -حسب ما أكده عدة مشاركون- المبتدئون والأصغر سنا وكثيرا منهم متهمون بقضايا «خفيفة»، في حين يتجنب الأعوان الافراط في هذه الممارسات مع المدانين في قضايا خطيرة والذين يقضون أحكاما ثقيلة، ربما لأن هؤلاء ليس لديهم ما يخسرونه وقد يردون الفعل بشكل عنيف.

### ب. انعدام شروط الراحة والخصوصية

النظام السجني في تونس قائم على الحبس الجماعي ليلا ونهارا، هذا ما نص عليه أمر عدد 1876 لسنة 1988 مؤرخ في 4 نوفمبر 1988 يتعلق بالنظام الخاص بالسجون وسكت عنه قانون 2001. وتعتبر الزنازين الفردية في السجون التونسية أماكن لتنفيذ عقوبات، وفي حالات نادرة لحماية السجين، لا امتياز، وهذا حسب التقييم الوارد في «الكتاب الدليل للإطار القانوني المتعلق

15 جفاضا على سرية هوية المشاركين أخطينا الألقاب العائلية واستعملنا أسماء مستعارة في أغلب الأحيان. وعلى الرغم من ان الكثير من المشاركين أصرروا على استعمال أسمائهم والقباهم الحقيقية معتبرين انه ليس لديهم ما يخافونه فإننا أترنا الحفاظ على خصوصيتهم وسلامتهم.

بالسجون في تونس»<sup>16</sup> مخالف للتوجه السائد في الدول التي تولى حقوق المساجين أهمية وتحترم المعايير الدولية بشأنها. أصلاً هندسة السجون التونسية وتقسيمها للفضاء مبنيان على تجميع السجناء. المشكلة الثانية ان طاقة استيعاب الوسط السجني يتم تجاوزها بشكل كبير يمثل اعتداء صارخاً على حقوق المساجين في ظروف سجن تحفظ كرامتهم. لا تتجاوز طاقة الاستيعاب 18 ألف سرير في حين يفوق عدد النزلاء سواء كانوا محكومين أو موقوفين تحفظياً قرابة الـ 23 ألفاً<sup>17</sup>، وأشارت عدة تقارير لمنظمات حقوقية محلية ودولية وهيئات دولية وحتى هيئات دستورية<sup>18</sup> إلى الاكتظاظ الشديد في السجون التونسية والذي تفوق نسبته 150 ٪ من طاقة الاستيعاب في بعض السجون. أكد لنا الكثير من المشاركين انهم وجدوا صعوبات في الحصول على سرير خاص بهم خلال الأيام الأولى من ايداعهم السجن وانهم اضطروا إما لتشارك سرير مع مسجون آخر في وضعية «رأس وذنب» أو النوم في «الأوتوروت» أو في وضعية «كميون» (أي افتراض الأرض تحت سرير سجين آخر). ولم يتمكنوا من الحصول على سرير فردي إلا بعد دفع رشوة أو تدخل مساجين آخرين لهم حظوة أو بعد شغور سرير إثر نقل سجين آخر أو الإفراج عنه. وللحصول على حد أدنى من الخصوصية بلجاً للمساجين إلى صنع «دراقة» (خلوة) باستعمال الملاءات عبر ربطها بأعمدة السرير.

«أخيب حاجة هي الضوء الي ديما يشعل، تعذيب نفسي.» (صالح، الكبارية)

«في ليام لول كنت ساعات ما نحب نشوف حد ونحب نبيكي، نطلع للبياص ونعمل «دراقة» بانث ما يشوفني حد.» (هيكل، الكبارية)

«بالنسبة للنوم لقيت ولد حومتي ترادفت معاه على البياص متاعه راس ورجل، ومن غدوة دفعت عشرة لاف رشوة ودبرت بياص.» (هيثم، قصرين الشمالية)

«المشكلة في النوم ساعات تلقى خمسة م الناس في زوز بياصات، شانبري فيها أكثر من 140 واحد وهي تهز سبعين ولا ثمانين. الحس والوسخ برشوة» (سعيد، القصرين الشمالية)

«في الحبس فمة مشكلة اكتظاظ، في لول ترفد كراع وراس مع مسجون آخر ولا في «الأوتوروت» (ممشى). الضو قلقني في النوم» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

### ج. النظافة، معضلة يومية

من أهم العوامل التي تزيد التجربة السجنية في تونس قسوة عدم توفر الشروط اللازمة حتى يضمن السجين نظافته الشخصية ونظافة الأمكنة التي ينام ويعيش ويأكل فيها. هذا الأمر أجمع عليه كل المشاركين. تحدثوا عن النقص الكبير في عدد دورات المياه مما يضطرهم إلى الانتظار طويلاً حتى تفرغ واحدة ويتمكنوا من قضاء حاجتهم بشكل سريع لكي يتركوا المكان لبقية المنتظرين. كما اشتكوا من قصر المدة المخصصة للاستحمام، كما ان درجة حرارة مياه الاستحمام تكون في أحيان كثيرة غير متناسبة مع الفصل والطقس. اشتكى بعض المشاركين من «قدارة» الأدوات المستعملة في حلاقة الشعر وقص الأظافر التي على حسب أقوالهم تستعمل من قبل مئات المساجين دون تنظيف وتعقيم. وتحدث آخرون عن اتساخ الحشايا والأغطية التي تستعمل لمدة طويلة دون تنظيف فتصبح رائحتها كريهة. عدة مساجين لا يستعملون إلا الأغطية التي توفرها عائلاتهم ويحاولون تنظيف أماكن نومهم وملابسهم بإمكاناتهم الشخصية دون التعويل على ما توفره إدارة السجن. وضع عشرات، وأحياناً، مئات المساجين في مكان مغلق وضيق ومتسخ مع نقص التهوية يزيد الطين بلة، حيث اصيب عدد كبير من المشاركين بالجرب وعانى أغلبهم من البق وحشرات أخرى.

«الزورة الي عطاوهاي حتى الكلب يعيها.. الدوش صف طويل والأعوان تعيط أخرج.. ساعات نكلو ندوشو في التواليت» (نسيم، الكبارية)

16 الكتاب الدليل للإطار القانوني المتعلق بالسجون في تونس، إصدار وزارة العدل والهيئة الوطنية للوقاية من التعذيب، تونس، جوان 2021.  
[http://www.inpt.tn/uploads/media/MANUEL\\_DROIT\\_PENITENTIAIRE\\_TUNISIEN\\_ARABE.pdf](http://www.inpt.tn/uploads/media/MANUEL_DROIT_PENITENTIAIRE_TUNISIEN_ARABE.pdf)

17 انظر: -مداخلة السيد فتحي الجراي، رئيس الهيئة الوطنية للوقاية من التعذيب في مجلس نواب الشعب بتاريخ 16 أبريل 2021: <https://bit.ly/3prra4v>  
-Lutter contre la surpopulation carcérale en Tunisie, policy brief publié par Avocats Sans Frontières, septembre 2019.  
<https://bit.ly/3dIP1gE>

18 انظر المصدر السابق.



«البق ما يخليكش ترتاح، البق في كل بلاصة في بدني» (هيكل الكبارية)

«أخيب حاجة هي الخمج، عندنا معتقل في تونس موش حبس» (عمر، الكبارية)

«الحبس في الصيف حتى عدوك الله لا تدخلو خليه، نار خارجة من الوطا والعرق ينز.. نوقفو 80 واحد في صف الدوش نستناو في الدور متاعنا» (هيثم، القصرين الشمالية)

«مشكلة زادة في النظافة سواء التوالا ولا الدوش، صف طويل تبقى تستنى بالساعة» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

### د. أكل لا يؤكل...

أمر آخر لا يختلف فيه مسجونان/مشاركين: الطعام الذي توفره السجون التونسية هو بحد ذاته عقاب. بالإضافة إلى رداءة مذاقه فهو غير صحي ولا تنوع فيه، أساسا معجنات تطبخ بكميات كبيرة كيفما اتفق وتدلح للمساجين. أغلب المبحوثين أكدوا انهم لم يكونوا يتناولون طعام السجون بل يعولون أساسا على "القفة" أي المأكولات التي تجلبها عائلة المسجون أسبوعيا و/أو اقتناء قسائم تمكنهم من اشتراء مأكولات من مغارة السجن. وحدهم المساجين الأفقر حالا أو الفاقدين للسند العائلي هم من يأكلون طعام السجن بانتظام. وأكد أغلب المشاركين في المجموعات البؤرية أنهم لم يجدوا مشاكل في الحصول على طعام صالح للأكل إذ ان أغلب النزلاء يتقاسمون القفاف. وهناك حتى اتفاقات حول تناوب عائلات المساجين على احضار القفة في أيام معينة ومتخلفة ليتوفر الطعام الطازج بشكل مستمر وكاف.

«الماكلة متاع الحاكم ناكلوها م للرز كيف ما فماش قفة، اما ديما نقسمو القفاف» (سعيد، القصرين الشمالية)

«أمي ربي يفضلها ديما تزورني والقفة توصلني منظمة جوي باهي» (محمد علي، القصرين الشمالية)

«كيف شديت انا كانت القفة تدخل قداش من مرة في الجمعة، توة ولات مرة وحدة في الجمعة وقرب يقطعوها باش العباد تشري م الكنتينة» (عادل، القصرين الشمالية)

«بالنسبة للماكلة ما كليتش من ماكلة الحبس، قسمت القفة مع المرابط لخرين» (بلال، تطاوين الشمالية)

«في الإيقاف كانوا يجيبولنا ساندويتشات لوبيا نطيشوهم ما ناكلوهمش، الدار يجيبولي ساندويتشات وحوت» (سامي، تطاوين الشمالية)

«ماكلة الحبس 15 كيلو مقرونة يزيدوها الماء ويفرقوها على 500 مسجون» (صالح، الكبارية)

«ماكلة الحبس ما تتكالكش.. أمي مرا كبيرة ومريضة كانت تزورني كل جمعة وتجيب القفة» (نسيم الكبارية)

### ه. العنف

لا تنتهي المعاملة السيئة والممارسات العنيفة المسلطة على الشباب الموقوف بإيداعه السجن، بل تستمر، حسب ما أكدته شهادات المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاثة وعشرات التقارير والبيانات الصادرة عن منظمات حقوقية وهيئات رسمية، داخل المؤسسة السجنية، لكن بشكل أقل حدة وإبذاء وتواتر مقارنة بما يحدث في أماكن الاحتجاز التابعة لوزارة الداخلية<sup>19</sup>.

19 هذه ليست مجرد تخمينات أو انطباعات بل نتائج تستند إلى عدد الشكاوى التي تتلقاها منظمات وهيئات تعنى بمكافحة التعذيب وحقوق الإنسان عموما. انظر مثلا:

-التقرير الموازي الصادر عن المنظمة التونسية لمناهضة التعذيب والذي وجهته إلى لجنة مناهضة التعذيب للأمم المتحدة في 2016 بمناسبة تقديم الدولة التونسية ملحق التقرير الدوري الثالث حول تنفيذ اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية. <https://bit.ly/3xVUa8g>

-التقرير الوطني حول حقوق الإنسان 2016-2019 الصادر عن الهيئة العليا لحقوق الإنسان والحريات الأساسية، ديسمبر 2020. <https://bit.ly/3Eropqa>  
-Rapport alternatif pour l'examen du VIEME rapport périodique de la Tunisie par le Comité des droits de l'homme, présenté par : Avocats Sans Frontières, Ligue Tunisienne de Défense des Droits de L'Homme, Organisation contre la Torture en Tunisie et Organisation Mondiale Contre la Torture. 128ème session, 2-27 mars 2020. , <https://bit.ly/3Gcuqri>

حسب شهادات المشاركين حول مصادر هذا العنف واشكاله، نجد ان إدارة وأعوان السجون هي المصدر الأول للعنف، يليها «الكران» (ناظر الغرفة/ الزنزانة، سجين تفوض له إدارة السجن بشكل غير رسمي بعض السلطة والصلاحيات) وبشكل أقل المساجين الآخرين. تتقاطع شهادات المشاركين في المناطق الثلاثة التي شملتها الدراسة. في الكبارية كانت الشكوى اساسا من أعوان السجون الذين ينهرون المساجين ويشتمونهم بشكل متكرر وغير مبرر، ولا يتوانون عن ضربهم في عدة حالات: أكد اثنان من بين المشاركين انهما اصيبا بكسور في أيديهما جراء العنف الشديد الذي مارسه عليهما حراس. كما أشار مشاركون آخرون إلى تعمد «الكران» الوشاية بالمساجين وتحريض الأعوان عليهم مما يعرضهم للعنف. لم تذكر الشهادات حالات عنف مسلطة من مساجين آخرين وان لم تنفي وجودها في الوسط السجني. في تطاوين الشمالية استمعنا إلى شهادات تتهم أعوان السجون بممارسات عنيفة ترقى إلى التعذيب:

« جاو جماعة من الجيش يحبو يعملولنا تجنيد اجباري بعد الحبس. قللتهم ما نعديش جيش وتعاركت معاهم ركبوي "مينوت" في يديا وساقيا ودخلو عليا بالضرب» (بشير، تطاوين الشمالية)

« كليت "الفلة"، يخليوي في "سليب امريكان" ويبدو يضربو، وبعد يصبو الماء على ساقيا باش ما يتنفخوش وما يخليوش اثار عنف». (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

ولم ترد في الإجابات حالات عنف من قبل «الكران» أو بقية المساجين. ولا تختلف كثيرا إجابات المشاركين في مجموعة القصرين الشمالية: أعوان السجون هم المصدر الأول للعنف، اللفظي اساسا والجسدي بشكل أقل تواترا. كما وردت في إحدى الشهادات شكوى من افتكاك أعوان لأدبائش وأمتعة للمساجين. في هذه المجموعة البؤرية أيضا تحدث بعض المشاركين عن عنف يسلبه بعض المساجين المحكومون في قضايا خطيرة بأحكام ثقيلة على المساجين الآخرين خاصة الأصغر سنا والأقل «خبرة» ممن لا «ظهر» لهم في السجن.

وفي المجموعات البؤرية الثلاثة، خاصة في الكبارية وتطاوين، تواترت الشكوى من كثرة اللجوء إلى عقوبة «السيلون» (السجن الانفرادي في غرف ضيقة وغير مهية مع معاملة أكثر سوء من المعتاد): أكثر من نصف المشاركين سلطت عليهم هذه العقوبة مرة واحدة على الأقل. أحد المشاركين أكد انه قضى ما يقارب الستة أشهر -متفرقة- في «السيلون». ونشير هنا إلى أن القانون المنظم للسجون في تونس خصص عدة فصول لتحديد العقوبات وشروط تسليطها على المساجين وامكانية الاعتراض عليها، نجدها في قسم «في المكافأة والتأديب» الذي يتضمن فصلا واحدا للمكافأة وستة فصول للتأديب.

**الفصل 21.** يمكن للإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح، بناء على اقتراح مدير السجن، مكافأة المساجين الذين تميزوا بحسن سلوكهم داخل السجن أو حذقوا مهنة تساعدهم على كسب العيش في الحياة الحرة أو تعلموا القراءة والكتابة خلال مدة إقامتهم بالسجن، وتتمثل هذه المكافأة في:

1. الزيارة بدون حاجز.
2. الأولوية في التشغيل.

3. إعادة التصنيف على مستوى الشغل.
4. مساندة الملفات المتعلقة بالسراح الشرطي أو العفو.
5. التمكين عند الإفراج من أدوات مهنية تتلاءم مع الاختصاص.

**الفصل 22.** يتعرض السجين الذي يخلّ بأحد الواجبات المبينة بالفصل 20 من هذا القانون أو يمسّ بحسن سير السجن أو يخلّ بالأمن به إلى إحدى العقوبات التأديبية التالية:

1. الحرمان من تلقي المؤونة والطرود لمدة معينة على ألا تتجاوز خمسة عشر يوما.
2. الحرمان من زيارة ذويه له لمدة معينة على ألا تتجاوز خمسة عشر يوما.
3. الحرمان من تلقي أدوات الكتابة والنشريات لمدة معينة على ألا تتجاوز خمسة عشر يوما.

4. الحرمان من الشغل.
5. الحرمان من المكافأة.
6. الحرمان من اقتناء المواد من مغازة التزويد بالسجن لمدة لا تتجاوز سبعة أيام.
7. الإيداع بغرفة انفرادية تتوفر فيها المرافق الصحية وذلك لمدة أقصاها عشرة أيام، بعد أخذ رأي طبيب السجن، ويكون خلالها تحت رقابة الطبيب الذي يمكن له طلب مراجعة هذا الإجراء لأسباب صحية.
- وتسلط هذه العقوبات وتحدد مدتها من قبل لجنة التأديب وذلك بقطع النظر عن التبعات الجزائية عند الاقتضاء.
- ويمكن لمدير السجن الاكتفاء بتوجيه إنذار أو توبيخ للسجين المخالف دون حاجة للرجوع إلى لجنة التأديب.
- ويحجر تسليط غير ما ذكر من العقوبات على السجين.
- الفصل 23.** تعدد المخالفات التي تكون مرتبطة في الزمن من قبل السجين يوجب إحالته مرة واحدة على لجنة التأديب، ولا يمكن بموجبها الجمع بين أكثر من عقوبتين تأديبيتين.
- الفصل 24.** لا يمكن تسليط عقوبة تأديبية على السجين إلا بعد الاستماع إليه وتلقي أوجه دفاعه وبسنتعان عند الاقتضاء بمرجم بالنسبة إلى المساجين الأجانب.
- ويقع إعلام الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح كتابيا بكل إجراء تأديبي يتخذ من قبل لجنة التأديب.
- الفصل 25.** للسجين الحق في الاعتراض على الإجراء التأديبي في أجل أقصاه اليوم الموالي لإعلامه به لدى إدارة السجن التي ترفعه حالا إلى الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح. والاعتراض على الإجراء التأديبي لا يوقف تنفيذه.
- ويحق للإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح أن تقره أو تخفض منه.
- الفصل 26.** تتركب لجنة تأديب المساجين من مدير السجن بصفة رئيس وعضوية مساعد مدير السجن ورئيس مكتب العمل الاجتماعي وسجين حسن السيرة والسلوك يقع اختياره من قبل مدير السجن من نفس الغرفة التي يقيم بها السجين المخالف أو ورشة التكوين أو حضيرة العمل، ويمكن للجنة دعوة المكلف بالعمل النفساني لإبداء رأيه.
- الفصل 27.** يجب على السجين الذي تعمد إلحاق ضرر بممتلكات السجن أن يعوّض قيمة ما وقع الإضرار به.

## 9. الفراغ

على الرغم مما ينص عليه الإطار التشريعي (انظر أهم الفصول الواردة في القانون المتعلق بنظام السجن في تونس) من ضرورة توفير إمكانية ممارسة نشاطات رياضية وترفيهية وتكوينية وتعليمية ومهنية، فإن تصريحات المشاركين في المجموعات البؤرية يؤكد مدى الهوة بين الحقوق و«المنن»، بين ما يقوله القانون وما يوفره واقع السجن. باستثناء بعض التمارين الرياضية ومباريات كرة القدم ومشاهدة التلفاز، والمهام الموكولة من قبل «الكبران» و«الكبران كورفي» (الذي يوزع المهام) فإن أغلب المساجين المستجوبين لا يمارسون نشاطات أخرى خاصة خارج الزنزانات التي يقضون فيها مدة تصل إلى 22 ساعة يوميا. لم يمارس أي واحد من بين المشاركين في المجموعات الثلاثة نشاطا مهنيا ولا تأهليا مأجورا أو بلا مقابل داخل السجن. وبخصوص برامج إعادة التأهيل التي يفترض أن تفرحها وتوفرها إدارة السجن أكدت الكثير من الشهادات ان هذه البرامج «امتيازات» لا تمنح لجميع المساجين، بل تخضع لمقاييس العلاقات والمحسوبية والتذليل للكبران وإدارة السجن.

« ما تتلقى شي في الحبس، الخدمة كرفي (بلا مقابل)، وإعادة التأهيل بالعلاقات والرثوة، ما حبيتش نتعلم نجارة ولا حدادة، ما خدمتمش في السيفيل (الحياة المدنية) باش نخدمهم في الحبس كرفي» (هيكل، الكبارية)

« لازمك تجعل (تدفع رثوة) باش تمشي تأهيل ولا تكون ولد فلان» (نسيم، الكبارية)

« في الإصلاحية تعلمت صنع افصاص الطيور، وفي الحبس ما تعلمت شي» (بشير، تطاوين الشمالية)

« تعلمت نجارة في الإصلاحية.. وفي الحبس إعادة التأهيل موش للناس الكل، لازم الفرثونة (الحظ) والعلاقات» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

هذه البرامج التي يفترض أن يتمتع بها السجين تشمل محو الأمية واستكمال المسار التعليمي واكتساب مهارات مهنية، كما ينص على ذلك الفصل 37 من قانون السجون (قسم «في الرعاية الاجتماعية»)، والغاية منها هي:

1. تأهيله ورعايته أثناء إقامته بالسجن.
2. تعديل سلوكه الإنحرافي.
3. صقل طاقاته الفكرية والبدنية وذلك بإعداده للحياة الحرة وتدريبه مهنيا ومساعدته على التعلم وتهذيب سلوكه.
4. متابعة حالته عند الإفراج عنه وتسهيل اندماجه في محيطه الأصلي بالتنسيق مع الهياكل المختصة المعنية.

لكن نجد في الفصل 39 جملة اعتراضية «في حدود الإمكانيات المتاحة» تنسف تقريبا كل ما سبقها، إذ لا نجد تفسيراً ولا تحديداً لهذه الإمكانيات مما يجعل برامج التأهيل رهينة أساساً لإرادة إدارة السجن وسلطانها التقديرية.

أربعة مشاركين فقط قرؤوا كتباً واستعملوا أقلاماً وكراسات خلال فترة السجن، ثلاثة منهم في مجموعة الكبارية وكلهم من مستوى تعليمي بالكوريا، وسجين سابق من مجموعة تطاوين استغل سنوات السجن للاطلاع على النصوص القانونية والسعي لمعرفة وفهم حقوقه. وفي الحالات الأربعة كان المشاركون هم من طالبوا بالكتب والنشريات والكراسات والأقلام التي وفرتها لهم عائلاتهم وليس إدارة السجن التي لم تسمح بدخول هذه المواد إلا بعد ماطلة طويلة أحياناً. باختصار، يقضي بعض المساجين شهوراً وأحياناً سنوات من شبابهم يأكلون وينامون ويتحركون في مساحة ضيقة دون أي تنمية لقدراتهم المعرفية والجسدية والمهنية ليعودوا بعدها إلى البطالة بعد مدة من العطالة. يبقى هناك النشاط «الروحي» المتمثل في الصلاة والدعاء، أغلب المشاركون قالوا انهم صلوا لمدة قصيرة أو طويلة خلال فترة السجن ولم يكونوا يفعلون ذلك قبل دخوله وجلهم انقطع بعد الخروج، وأشار بعضهم إلى ان الصلاة داخل السجن قد تعرضك إلى مشاكل وتجعلك موضع مراقبة نظراً للمخاوف الأمنية المتعلقة بالتشدد الديني والتيارات العنيفة.

يفترض المنطق، وحتى القانون، ان يكون للسجن دور إصلاحي يؤهل السجين لصي صفحة الماضي وسلوك طرق تبعده عن بوابات السجن والسلوكات المؤدية اليها. لكن بالإضافة إلى ضعف برامج التأهيل التعليمي والمهني خلال فترة العقوبة السجنية وانتقائيتها فإن آليات وبرامج إعادة الإدماج في الحياة الاجتماعية والمهنية بعد السجن تبدو شبه معدومة. حتى «مكاتب إعادة الإدماج والمساعدة اللاحقة للخروج من السجن» المحدثّة بمقتضى القرار عدد 13 الصادر في 22 جانفي 2018 والهادفة إلى تأهيل المساجين ومرافقتهم خلال الفترة الزمنية الأولى بعد إطلاق سراحهم لا يبدو انها ذات تأثير كبير<sup>20</sup>. لم يحدثنا اي واحد من المشاركين في المجموعات البؤرية عن مرافقة ومتابعة من أي نوع، على الرغم من ان بعضهم خرج من السجن بعد احداث هذه المكاتب، ربما لأن التجربة مازالت في بداياتها. وهكذا يعود أغلب المساجين إلى المربع صفر بلا امكانيات حقيقية للتغيير، مثقلين بآثار التجربة السجنية المنهكة للجسد والعقل.

20 الكتاب الدليل للإطار القانوني المتعلق بالسجون في تونس، إصدار وزارة العدل والهيئة الوطنية للوقاية من التعذيب، تونس، جوان 2021.  
http://www.inpt.tn/uploads/media/MANUEL\_DROIT\_PENITENTIAIRE\_TUNISIEN\_ARABE.pdf

## ز. المعاناة النفسية

لا يخفى على أحد حجم الضيق الذي قد يحسه شخص مسلوب الحرية ومقيد الحركة لمدة طويلة مع نقص النظافة والترفيه والغذاء المقبول والصحي. تضاف إلى كل هذه الأمور احساسيس ومشاعر تعتمل بداخل السجين في علاقة بالذين يقاسمونه المكان او الذين تركهم خارجه. قرابة نصف المقيمين في السجون التونسية هم موقوفون<sup>21</sup> ينتظرون المحاكمة ومصير القضايا المتهمين فيها. وفترة الانتظار هذه قد تطول أشهرها وسنوات تمر ثقيلة على السجين ينتظر مصيره ما بين الأمل والخوف واليأس. ويمثل النطق بالحكم حتى وان تضمن عقوبة سجنية نوعا من الانفراج. عبر العديد من المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث عن وطأة فترة الانتظار هذه وما تسببه من تقلبات في المزاج وتأثير على الشهية والعلاقة مع الآخرين.

كما لاحظنا شيوع إحساس بالذنب لدى أغلب المشاركين تجاه عائلاتهم خاصة الأمهات، ففي كثير من الأحوال سجن أحد أبناء العائلة يؤدي إلى تردي وضعها المادي وفقدان عائلتها الرئيسي او الثانوي كما يكلفها مصاريف محامين وبعدها مصاريف التنقل للزيارة و«القفة» وغيرها مما قد يشكل عبئا ثقيلًا. تكررت عبارة «نروح مريض م الزيارة» / «نتقلق بعد الزيارة» على ألسنة المشاركين، فعلى الرغم من كونها فرصة لملاقة الأهل والحصول على أشياء تسهل قليلا الحياة في السجن فالمسجون يحس انه يتسبب في عناء ومشقة لعائلته، كما ان الدقائق القليلة للزيارة توقد احساسيس الشوق والحرمان. هناك أيضا إحساس بالقهر خاصة لدى الذين يعتبرون أنفسهم سجنوا ظلما أو تلقوا أحكاما قاسية لا تتناسب مع الأفعال المنسوبة إليهم. ويتزايد هذا القهر مع الشعور بالإذلال من قبل ممثلي المؤسسة السجنية الرسميين منهم وشبه الرسميين كمنظار الغرف «الكبرانات».

هناك أيضا مساجين متزوجون تركوا زوجات -بعضهن حوامل- خارج السجن، وأطفالا يكبرون في غيابهم أحيانا بلا سند مما يسبب أيضا إحساسا بالذنب والعجز. وربما أقسى ما يتعرض له السجين معرفته بإصابة أحد افراد عائلته بمرض خطير، او عندما يتوفى أحد والديه أو كلاهما أو أخ او اخت، ويصبح الأمر عذابا عندما لا يمنح الإذن بحضور الجنازة. أحد المشاركين أكد لنا انه طوال الفترة الأولى من سجنه كان لا يدخن ولا يستهلك مخدرات ويحرص على ممارسة الرياضة بشكل يومي لكن عند وفاة ابيه ومنعه من حضور الجنازة انقلب حاله وصار يدخن ويستهلك مخدرات ويدخل في مشاكل مع حراس ومساجين آخرين. سجين آخر أكد انه حاول الانتحار عندما رفضت إدارة السجن الترخيص له للخروج وحضور جنازة والده. هذا الفقدان يزيد هشاشة وضع السجين ويعمق وحدته وعجزه، ولقد رصدنا أربع حالات لسجناء فقدوا قريبا خلال فترة السجن.

## 2. الحق في الصحة: الغائب الاكبر

### الحق في الصحة

الصحة حق لكل إنسان. تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن، وتوفر الإمكانيات الضرورية لضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية. تضمن الدولة العلاج المجاني لفاقد السند، ولذوي الدخل المحدود. وتضمن الحق في التغطية الاجتماعية طبق ما ينظمه القانون». **دستور الجمهورية التونسية 2014، الفصل 38**

الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان. دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية». **منظمة الصحة العالمية**

21 «منظمة حقوقية: سجون تونس تعاني الاكتظاظ وتفتقر إلى أبسط شروط العيش». cnn بالعربية، نشر بتاريخ 8 ماي 2016. <https://arabic.cnn.com/world/2016/05/08/tunisia-prisons-overcrowding>



## قواعد نيلسون ماندبلا / الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء

## القاعدة 25

1 - يجب أن يكون في كل سجن دائرة لخدمات الرعاية الصحية مكلفة بتقييم الصحة البدنية والعقلية للسجناء وتعزيزها وحمايتها وتحسينها، مع إيلاء اهتمام خاص للسجناء الذين لديهم احتياجات إلى رعاية صحية خاصة أو يعانون من مشاكل صحية تعوق إعادة تأهيلهم.

2 - تتألف دائرة خدمات الرعاية الصحية من فريق متعدد التخصصات يضم عدداً كافياً من الأفراد المؤهلين الذين يعملون باستقلالية إكلينيكية تامة، وتضم ما يكفي من خبرة في علم النفس والطب النفسي. ويجب أن تُتاح لكل سجين خدمات طبيب أسنان مؤهل.

## القاعدة 27

1 - تكفل جميع السجناء إمكانية الحصول الفوري على الرعاية الطبية في الحالات العاجلة. أمّا السجناء الذين تتطلب حالاتهم عناية متخصصة أو جراحة فينقلون إلى مؤسسات متخصصة أو إلى مستشفيات مدنية. ومن الواجب، حين تتوفر في السجن دائرة خدمات طبية خاصة به تشتمل على مرافق مستشفى، أن تكون مزودة بما يكفي من الموظفين والمعدات لتوفير خدمات العلاج والرعاية المناسبة للسجناء المحالين إليها.

2 - لا يجوز للأخصائيين الرعاية الصحية المسؤولين اتخاذ قرارات إكلينيكية، ولا يجوز لموظفي السجن غير الطبيين إلغاء تلك القرارات ولا تجاهلها.

## القاعدة 30

يقوم طبيب، أو غيره من اختصاصيي الرعاية الصحية المؤهلين، بغض النظر عن تبعيتهم للطبيب أو عدم تبعيتهم له، بمقابلة كل سجين والتحدث إليه وفحصه في أقرب وقت ممكن بعد دخوله السجن أولاً، ثم كلما اقتضت الضرورة بعد ذلك. وبولى اهتمام خاص لما يلي:

(أ) تحديد الاحتياجات من الرعاية الصحية واتخاذ جميع التدابير اللازمة لتقديم العلاج؛

(ب) تبين أي سوء معاملة قد يكون السجناء الوافدون قد تعرّضوا له قبل دخولهم السجن؛

(ج) تبين أي علامات على حدوث توتر نفسي أو غيره بسبب واقعة السجن، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، مخاطر الانتحار أو إيذاء النفس والأعراض الناتجة عن الانقطاع عن تعاطي المخدرات أو الأدوية أو الكحوليات؛ واتخاذ كل ما يناسب من التدابير الفردية أو العلاجية؛

(د) في حالة الاشتباه بإصابة سجناء بأمراض معدية، الترتيب للعزل الإكلينيكي والعلاج الملائم لهؤلاء السجناء خلال فترة العدوى؛

(هـ) تحديد لياقة السجناء للعمل وممارسة التمارين الرياضية والمشاركة في الأنشطة الأخرى، حسب الاقتضاء.

## القاعدة 31

تُتاح للطبيب، وعند الاقتضاء لغيره من اختصاصيي الرعاية الصحية المؤهلين، إمكانية الوصول يومياً إلى جميع السجناء المرضى، وجميع السجناء الذين يشكون من مشاكل متعلقة بالصحة البدنية أو العقلية أو الإصابة بأذى، وأي سجين يُسترعى انتباههم إليه على وجه خاص، وتُجرى جميع الفحوص الطبية في سرية تامة.

## القاعدة 32

1 - تحكّم العلاقة بين الطبيب، أو غيره من اختصاصيي الرعاية الصحية، والسجناء نفس المبادئ الأخلاقية والمهنية التي تنطبق على المرضى في المجتمع، وخصوصاً ما يلي:

(أ) واجب حماية الصحة البدنية والعقلية للسجناء ووقايتهم من الأمراض ومعالجتها على أسس طبيّة إكلينيكية فقط:

(ب) التقيّد باستقلالية السجناء الذاتية فيما يتعلق بصحتهم والموافقة المستنيرة فيما يخص العلاقة بين الطبيب والمريض:

(ج) احترام سرّيّة المعلومات الطبيّة، ما لم يؤدّد ذلك إلى خطر حقيقي ووشيك يهدّد بإلحاق الضرر بالمريض أو بغيره:

(د) الحظر المطلق للمشاركة، سواء بشكل فاعل أو غير فاعل، في أفعال قد تشكّل تعذيباً أو غيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، بما في ذلك التجارب الطبيّة أو العلمية التي قد تضرّ بصحة السجن، مثل إزالة خلايا أو أنسجة من جسم السجناء أو نزع أعضائهم.

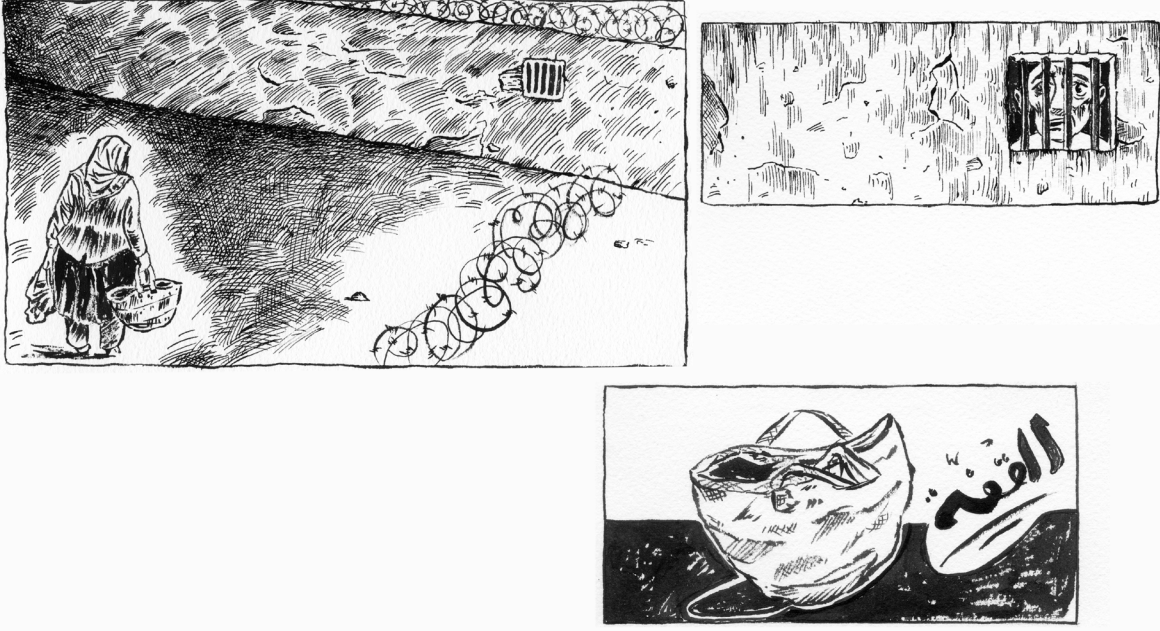
## القاعدة 34

إذا تبيّن لاختصاصيي الرعاية الصحية أثناء فحص سجين لدى دخوله السجن أو أثناء تقديم الرعاية الطبيّة له لاحقاً وجود أيّ علامات تعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وجب عليهم توثيق هذه الحالات وإبلاغ السلطة الطبيّة أو الإدارية أو القضائية المختصة بها. وتُطبّق الضمانات الإجرائية الصحيحة من أجل عدم تعريض السجن أو الأشخاص المرتبطين به لمخاطر منظورة تسبّب الأذى. من قواعد نيلسون مانديلا- قواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء.

الرعاية الصحية من المشاغل الأساسية للتونسيين خصوصاً مع ترمي ونقص خدمات المؤسسات العمومية والتكلفة الباهظة لخدمات القطاع الخاص. وتصبح مسألة الصحة أكثر استعجالية وخطورة عندما يتعلق الأمر بالوسط السجني حيث لا يمكن للسجين مسلوب الحرية أن يتنقل ويتكفل برعايته الصحية وأن يختار الهيكل أو مسدي الخدمات المناسب لحالته. أوضاع السجن التونسي، التي رسمنا لها صورة من خلال إجابات وشهادات المشاركين في العناصر السابقة، تزيد الطين بلة. وعلى أهمية المسألة الصحية خاصة مع هشاشة وضع السجناء فإنها لا تحظى بما يكفي من بحث ونقاش في الدراسات الأكاديمية والتحقيقات الصحية وأحياناً التقارير الحقوقية، لذا اخترنا ان تكون هذه المسألة محورية خلال عملنا مع المجموعات البؤرية الثلاث. اهتمنا خلال نقاشنا مع المشاركين بالصحة الجسدية والنفسية على حد سواء، وركزنا على العناصر التالية: الوصول إلى الطبيب، استقلالية الطبيب ومهنيته، الفحوص الدورية والمتابعة، تكافؤ الخدمات الصحية مع المتوفر لبقية المجتمع خارج السجن، الحصول على الدواء. نستعرض فيما يلي أبرز النتائج مع فصح مجال أكبر لحديث المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث وتمثلاتهم لمسألة الصحة في السجن.

في البداية تنبغي الإشارة إلى ان كل المشاركين أكدوا انهم لم يكونوا يعانون من أمراض مزمنة أو إعاقات جسدية لحظة دخولهم السجن. كما لم يسبق لأحد منهم أن تلقى رعاية أو علاجاً من اخصائي في الطب النفسي. وبخصوص استهلاكهم للكحول والمخدرات قبل دخولهم للسجن تبين ان 52,6% من المشاركين كانوا يعانون من استهلاك مفرط يصل أحياناً إلى حد الإدمان للكحول أساساً تليها «الزطلة» ثم الأقراص المخدرة، علماً وانه لم يسبق لأي واحد منهم ان تلقى علاجاً من الإدمان.

تفيد شهادات الجزء الأكبر من المشاركين انهم لم يلتقوا طبيب السجن إلا مرة واحدة أو مرات قليلة جداً، أساساً خلال الفحص الروتيني الذي يجري للسجين عند ايداعه في المؤسسة السجنية. وحتى هذا الفحص هو، حسب ما نقله لنا مشاركون في



Sadri Khariri 2021

المجموعات البؤرية، عبارة عن مجموعة أسئلة حول الحالة الصحية والتاريخ الطبي/المرضي للسجين أكثر من أن يكون فحصا دقيقا وعمقا. لاحظنا أيضا أن أغلبهم لا يعرف صفة ولا وظيفة الشخص الذي قام بفحصهم في السجن: هل هو طبيب أم إطار شبه طبي، يعمل بشكل قار في المؤسسة أم يأتي في إطار تفقد من سلطة الإشراف أو من منظمات، وما هو اختصاصه؟ والوصول إلى الطبيب ليس بالأمر الهين في السجن فهو يمر عادة عبر إبلاغ «الكبران»/ناظر الغرفة الذي يبلغ بدوره أعوان السجن الذين يقررون عرض السجين على الطبيب أم لا. وقد يتعرض السجين الذي يتألم بشدة وبصوت مسموع أو يلح في طلب عرضه على طبيب السجن أو نقله إلى مؤسسة صحية مدنية إلى الإهانات والشتم اللفظية وحتى حسب بعض الشهادات إلى الضرب المبرح.

« مرة مسجون معانا في الشانبري ساقه تجرحت وقيحت خسروا عليه كعبات «أدول» وقالوله حلهم فوق الجرح. كيف الوجيعة زادت بيه ولا يعيط في الليل جاوا الأعوان قالوله هاو باش نهزوك للسبيطار. بعد اقل من ربع ساعة رجعو للشانبري ظهره أزرق م الضرب». (محمد علي، القصرين)

كما أكد مشاركون، في مجموعة الكبارية خاصة، أن الكثير من المساجين يتجنبون المطالبة بالخروج إلى المستشفى لأن أعوان السجن يعاملونهم معاملة مهينة وقاسية بشكل متعمد عند القيام بذلك بهدف اثباتهم عن المطالبة مجددا. فضلا عن ظروف النقل السيئة والمهينة بين السجن والمستشفى. أحد المساجين دخل السجن ولديه جرح مقطب، اضطر فيما بعد إلى انتزاع خيوط التقطيب بمفرده باستعمال فصاصة أظافر مفضلا عدم الخروج إلى المستشفى:

« على خاطر كان يهزوك للسبيطار تشبع سب وضرب من وقت تخرج م الشانبري حتى لين تروح، (هيكل، الكبارية).

وفي هذا ضرب لمبدأ التمتع بخدمات صحية متكافئة مع تلك المتوفرة لمن هم خارج السجن. طبعا الخدمات الصحية المتوفرة خارج السجن ليست بالضرورة نعيما مفقودا، فالمشاركون في المجموعة البؤرية في تطاوين الشمالية يعيشون في أقل الولايات حضا من حيث توفر الخدمات الصحية العمومية وحتى الخاصة كما تظهر ذلك بوضوح الدراسة التشاركية التي أشرفت عليها إنترناشونال ألرت - تونس تحت عنوان «تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص وبدائل»<sup>22</sup> والتي أوردت أرقاما وتقييمات مهمة لهياكل الصحة الموجودة وجودة الخدمات المعروضة وإمكانية الوصول إليها. وليس حال

<sup>22</sup> «تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص وبدائل». دراسة مشتركة بين منظمة إنترناشونال ألرت في تونس والشبكة الجهوية للجمعيات بتطاوين ومؤسسة شمسية لإدارة الأنظمة الصحية والجمعية التونسية للدفاع عن المرفق العمومي للصحة وهن حقوق مستعمليه، 2018.

المجموعة البورية بالقصرين الشمالية بالأفضل كثيرا فالمشاركون يعيشون في ولاية يقدر فيها متوسط المسافة المقطوعة للوصول إلى مستشفى جهوي ب 50 كيلومترا وإلى مستشفى جامعي ب 257 كيلومترا. كما ان اغلب المشاركين في هذه المجموعة البورية قضا فترة العقوبة في سجن «السرس» بولاية الكاف حيث يبلغ متوسط المسافة المقطوعة للوصول إلى مستشفى جهوي 44 كم وإلى مستشفى جامعي 206 كم<sup>23</sup>. الأمور أفضل نسبيا بالنسبة للمجموعة البورية الكبارية فأغلبهم قضى فترة السجن في المؤسسات الموجودة بإقليم تونس الكبرى وبدرجة أقل زغوان أو المهدية، وهي مناطق تتمتع بوصول أسهل وأسرع للمستشفيات الجهوية والجامعية. الاعدالة الصحية بين الجهات في تونس لا تستثني السجون.

تحليل المجموعات البورية الثلاث إلى تنوع الإصابات والأمراض التي اصيب بها المشاركون خلال تقييدهم فترة العقوبة السجنية: جرب، بواسير، مغص حاد، صداع، جروح وكسور جراء حوادث او عنف مسلط من الأعوان، التهابات. في اغلب الأحيان يكتفي المسؤول عن الوحدة الصحية السجنية بإعطاء دواء الجرب «اسكايول» أو أقراص «أدول» (باراسيتامول) أو مسحوق «اسبجيك»<sup>24</sup> وأحيانا لا يمكنون السجناء منها فتتدخل العائلة بالضغط على إدارة السجن أو يلتجئ السجين المريض إلى «السوق السوداء» السجنية فيقتني أقراص «أدول» وغيرها (حتى تلك التي تعد مخدرات) من سجناء آخرين يوفرونها لمن يمتلك «ثمنها». أي ان الوحدة الصحية إذا وفرت أدوية تكون الأدوية الأرخض ثمنا وبكميات غير كافية أو تلك الضرورية لتفادي عدوى واسعة النطاق. سجين سابق من مجموعة الكبارية تحدث عن كسر احدي أصابعه بسبب العنف المسلط من أحد الحراس وكيف لم يتلق أي علاج مما جعله يعاني من أوجاع إلى حد اليوم. سجين سابق آخر من مجموعة القصرين الشمالية يتحدث بسخرية وألم عن المعاملة التي لقيها عندما انتابته أوجاع بسبب تسوس في الأسنان:

«مرة زرسني موجوعة برشة هبلتني مشيت للطبيب، قالي الدواء ما عندناش حاليا. تو بعد ثوية نجيبك، مشى ما رجعتش» (عادل)

في نفس المجموعة نسمع شهادات أخرى عن حجم الاستخفاف بأوجاع السجناء:

«كيف قابلت طبيب الحبس قالي لاباس اقرا شوية قرآن وتوة ربي يفرج عليك» (كريم)

«جاتني وجيعة قوية في كرشي، الطبيب عطاني أدول» (سعيد)

«تجرحت يدي مرة مشيت للطبيب عطاني أدول.. داويت روحي بروحي ولاباس» (راج)

بضعة أقراص من نفس الدواء يعطيها الطبيب لكل المساجين الذين يعودونه وكأنها علاج سحري. وحسب ما حدثنا الكثير من المشاركين في المجموعات البورية، فقط المرضى الذين لديهم صفات طبية وتاريخ مرضي سابق لتجربة السجن يصلهم الدواء بانتظام، وكأن السلطة الصحية السجنية تستبعد امكانية أن يصاب السجين بمرض خطير و/أو مزمن و/أو عضال خلال فترة سجنه.

لاحظنا خلال النقاش مع المشاركين كثرة الشكوى من عدم حيادية ومهنية طبيب المؤسسة السجنية وعدم احترامه لأخلاقيات مهنته ويبلغ بهم الأمر إلى الشك في كفاءته. فبالإضافة إلى عدم التعمق في فحص السجين المريض ووصف أدوية لا تتناسب مع طبيعة المرض أو حدة الأوجاع وكذلك ضعف المتابعة فإن هناك إحساس لدى الكثير من المساجين ان الاطباء يستخفون بحالتهم الصحية وبيئاتهم. بل ان هناك مبحثين اتهموا أطباء برفض معالجتهم والسخرية منهم وحتى اظهار الشماتة والتواطؤ مع إدارة السجن.

«ساعات (الطبيب) ما يعطيكش دواء وبفلك انت اصح مني» (سعيد، القصرين الشمالية)

«مرة مشيت للطبيب مريض قالي عملته لروحك جيت للحبس بساقيك» (باسين، القصرين الشمالية)

«ول يسأل فيا تستهلك في دواء (حبوب مخدرة) في الحبس؟ وشكون يجيبلكم؟ يسقسسي فيا يحب يصلبني على راسي، (بشير، تطاوين الشمالية)

وليست الأمور أفضل فيما يتعلق بالصحة النفسية، بل لعلها أسوء: فقط 15% من المشاركين التقوا اخصائيا نفسانيا خلال اقامتهم في السجن، وهم يشتركون في طول المدة المقضاة وتعدد التجارب السجنية. وحسب شهاداتهم، لا تتبادر إدارة السجن بعرض المسجون على الطبيب، بل بطلب من جهة أخرى. أحد هؤلاء المساجين عرض على الطبيب بعد الحاج من عائلته التي لاحظت حالته النفسية المتدهورة خلال الزيارات وتالي العقوبات القاضية بحبسه انفراديا:

«جاتني طيبية اعصاب ع المشاكل الي نعمل فيها في الحبس، اعطاني كعبة «ارطان» وكعبتين «تيميستا» دارنا هوما الي تكلمو عليا وكلمو الإدارة باش نشوف طبيب، خاطر كيف يزوروني يلقاوني ديما مكرز، وكمل ديما في السيلون» (محمد علي، الكبارية)

مشارك آخر عرض على طبيب نفسي بعد مدة قصيرة من زيارة تفقدية (لم يستطع تحديد الجهة التي قامت بالتفقد) تم الاصغاء خلالها لبعض المساجين و«التعرف» على مشاغلهم:

«الإدارة متاع الحبس عرضتني على بسيكاتر، جانا تفقد من تونس حكاو معنا وبعد مدة جا الطبيب، حكيت معاه نصف ساعة.. ماجبونيش اسئلته حسيتهم تافهين.. قتلته أكهو؟ ول يسأل فيا تستهلك في دواء (حبوب مخدرة) في الحبس ولا، وشكون يجيبلكم.. يسقسسي فيا يحب يصلبني على راسي.. قتلته ما فماش دواء في الحبس.. ما حبش يعطيني دواء وماعاودش جاء مرة أخرى» (بشير، تطاوين الشمالية)

في حالة وحيدة تم اللقاء مع الطبيب النفسي بطلب من السجين:

«في حبس صفاقس حبيت ناخو حرايش متاع أعصاب، تلاقيت مع الطبيب فقلته ناقصني دواء، قالي انت ناقصك كان الأعصاب.. بره دبر خدمة على روحك تعيش منها» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

لم يحظ المشاركون الذين فقدوا أقارب من الدرجة الأولى خلال فترة السجن بأي رعاية نفسية ولا حتى معاملة خاصة دون أي مراعاة لما قد يخلقه الفقدان من ألم وتدهور في الحالة النفسية خاصة وأن السجين لم يكن باستطاعته مرافقة القريب المتوفي في الأيام الأخيرة من حياته.

عموما لا يثق أغلب المبحوثين في الإطار الطبي وشبه الطبي العامل في السجن، بل ويتمثلونهم كجزء من المؤسسة السجنية العقابية مثلهم مثل الحراس وبقية الأعوان والإدارة. وتجدر الإشارة هنا إلى أمرين مهمين يجب أخذهما بعين الاعتبار عند تقييم الخدمات الصحية في السجن. أولا الوضع القانوني والإداري للإطار الطبي وشبه الطبي في المؤسسة السجنية، فعلى عكس ما قد يتبادر إلى الذهن نجد ان وزارة الصحة لا تشرف على العاملين الصحيين في السجن بل انهم يتبعون الوزارة والإدارة المشرفتين على مركز الاحتجاز (إيقاف وقتي أو سجن): وزارة الداخلية أو وزارة العدل. وهذا الأمر يضع من جهة استقلالية الإطار الطبي وشبه الطبي على المحك، ومن جهة أخرى يخلق نظام رعاية صحية «موازي» للنظام المتاح لعموم المواطنين. وكان تقرير مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان بتونس «السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع» قد نبه إلى ضرورة نقل الإشراف على مهنيي الصحة في السجن من وزارة العدل إلى وزارة الصحة وربط الخدمات الصحية في المؤسسات السجنية بنظام الرعاية الصحية العام. وعلى الرغم من تعهدات الدولة التونسية فلا يبدو ان هناك تقدما كبيرا في هذه المسألة، على الأقل وفق تقييم الهيئة الوطنية للحماية من التعذيب. ثانيا، ظروف العمل المتوفرة للأطباء والممرضين العاملين في السجن. المتتبع للشأن الصحي في تونس يعلم مدى تضرر عمليي الصحة من تردي الأوضاع في المؤسسات الصحية العمومية بما فيه المستشفيات الجامعية والمراكز المتخصصة: نقص في الموارد البشرية والتجهيزات والعتاد الطبي والأدوية، اكتظاظ، اعتداءات، الخ. كل هذه الظروف تصبح أصعب عندما يتعلق الأمر بمركز صحي في مؤسسة سجنية مكتظة ولا تتوفر فيها الشروط الدنيا اللازمة للتشخيص الطبي والمداواة والمتابعة للمرضى. وهذا قد يفسر جزئيا ما جاء في شهادات المشاركين في المجموعات البؤرية عن تدي جودة الخدمات الصحية وتوتر العلاقات مع مهنيي الصحة.

يعول المساجين أساساً على الصبر ومرور الوقت حتى ينجلي الألم ويزول مصدره، وفي حالات أخرى يحاولون الحصول على مهدئات وأقراص مخدرة تخفف الأوجاع وتنسيهم النوم. ونذكر مرة أخرى بأن أغلب المشاركين يعيشون في مناطق مظلومة صحياً و«معتادون» على النقص الشديد في الخدمات الصحية و/أو رداً عنها. مما يطرح سؤالاً تمثل الشباب -عموماً- للمؤسسات الصحية؟ وهو سؤال تحاول إنترناشونال أرت - تونس الإجابة عنه باستمرار، انظر مثلاً المشروع النموذجي «تشخيص خدمات الصحة المقدمة للشباب».

### 3. هموم الحرية المؤقتة: الخروج من السجن ليس خاتمة الآلام

تؤكد العديد من التصريحات الرسمية وبيانات منظمات حقوقية في السنوات الأخيرة ان نسبة العود في تونس تتجاوز 40%<sup>25</sup>، وهذا ما تثبته المعطيات التي استقيناها خلال لقاءاتنا مع المجموعات البؤرية الثلاث: 63 % من المشاركين في المجموعات البؤرية سجنوا أكثر من مرة.

«نسيت قداش من مرة، ملي تشدبت أول مرة وليت داخل خارج»، (محمد علي الكبارية)

بعد قضاء بضعة أشهر أو عدة سنوات في السجن يعود الشباب إلى نفس المحيط ونفس الظروف الاجتماعية - الاقتصادية، وبعد فرحة استعادة الحرية يبدأ في اكتشاف الخسارات: عدم القدرة على استئناف التمدرس في المعهد أو مؤسسة التكوين المهني، وفاة أب/أم/أخ/صديق مقرب، نهاية علاقة عاطفية، تدهور الأحوال المعيشية للعائلة، صعوبة العثور على عمل، توجس ونظرات مختلفة، سجل عدلي «ملوث» (بطاقة عدد 3)، الخ. باستثناء اثنين من المبحوثين أحدهما وجد عملاً مباشرة إثر خروجه من السجن والآخر كانت لديه مدخرات يستطيع الانفاق منها فإن بقية المشاركين في المجموعات البؤرية عولوا على عائلاتهم للتكفل بمصاريفهم طيلة الأشهر الأولى التي تلت خروجهم من السجن، وحسب أغلب الشهادات فإن الأم تبقى هي «المساند الرسمي» الأول. سجينان سابقان لم يجدا السند العائلي الكافي للتجأ إلى «حلول» أخرى: التحيل والسطو المسلح.

وعلى الرغم من قسوة التجربة السجنية وفداحة الخسارات أحياناً فلم يتلق المشاركون في المجموعات البؤرية الثلاث أي رعاية نفسية من قبل مختص باستثناء مشارك واحد تلقى متابعة من طبيب نفسي يعمل في القطاع الخاص، وذلك بعد الحاج من عائلته (إثر ملاحظتها لاضطرابات في السلوك والنطق بعد الخروج من السجن) وتكفلها بالمصاريف (والده متقاعد من الوظيفة العمومية)، لكن التجربة لم تطل واعتبرها المشارك مضيعة للوقت والمال. يعقب مشارك آخر بسخرية «عندنا طبة في كل بلاصة في الحومة»، يقصد المتاجرين في الأقراص المخدرة.

42 % من المشاركين عبروا عن رغبتهم في تلقي علاج نفسي لكنهم يعتبرون ان ذلك غير ممكن لسببين رئيسيين: نقص (أو غياب تام) في عدد الأطباء النفسيين العاملين في المنطقة التي يقطنونها (في القطاع العام والخاص) و/أو عدم قدرتهم على توفير تكاليف متابعة علاج نفسي. العقبات الجغرافية تعترض أساساً المشاركين في مجموعتي تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية، أما العقبات المادية فهي حاضرة في شهادات المجموعات الثلاث دون استثناء.

«ديما تجيني فكرة نمشي لطبيب نفسي، أما الامكانيات ما تسمحش وكمل ما فماش طبة في تطاوين، لازم تمشي لجرة ولا قابس» (بشير، تطاوين الشمالية)

«لو كان نعرف وين الPSY ونعرفه ينجم يريحني نفسانيا نمشيله ديراكت» (عبد الواحد، تطاوين)

«ما عندنا نشي في تطاوين.. تقول في حبس كبير» (سامي، تطاوين الشمالية)

«انا يوقعلي «ستراس» كيف نبطل الشرب.. حاولت باش نمشي نداوي بعد قلت نعالج روجي بروحي خير» (هيثم، القصرين الشمالية)

25 رئيس الرابطة التونسية لحقوق الإنسان: 42% من المساجين يعودون إلى السجن بعد الإفراج عنهم، بوابة إفريقيا الإخبارية، بتاريخ 7 أبريل 2016. <https://bit.ly/3ptmaws>



«أحنا في تونس ديجا ما عندكش الوقت باش تدبريمي (لكي تصاب بالإكتئاب)، كان تنهار تضع بين الساقين.. لو كان كنت انجم راهو منشيت لطبيب نفساني، كل انسان محتاج لدعم نفسي» (عمر، الكبارية)

بعد تجربة سجنية تعاقم تعقيد ظروفهم الاجتماعية-الاقتصادية المتردية وتسرق سنوات من أعمارهم يجد الشباب أنفسهم في حلقة مفرغة شريرة تعيد أغلبهم إلى السجن. وخلال الفترات التي يقضونها في «السيغال» أي خارج السجن تترادى احتمالات انتهاجم لسلوكات محفوفة بالمخاطر. أغلب المشاركين أكدوا انهم يبحثون عن «خيط حرقة»، أي فرصة لعبور البحر باتجاه السواحل الإيطالية (هجرة غير نظامية). ولئن كان عدد الذين فكروا في الانتحار أو قاموا بمحاولة انتحار محدودا (حالتين) فإن نسبة المشاركين الذين أكدوا انهم حاولوا إيذاء أجسادهم (استعمال آلة حادة لإحداث ندوب في الجسد، ضرب قبضة اليد أو الرأس على سطح صلب) مرتفع: 31,5%. كما أكد 36% من المشاركين في المجموعات الثلاث انهم أصبحوا أكثر عصبية وحدة في المزاج بعد خروجهم من السجن. أما فيما يخص نسق استهلاك المشروبات الكحولية والمخدرات بعد الخروج من السجن لاحظنا من خلال الشهادات ان هناك اتجاهين متناقضين: اما زيادة ملحوظة في الاستهلاك (خاصة الكحول والأقراص المخدرة)، أو انقطاع شبه تام رغبة في التغيير وسلوك منهج حياة مختلف أو خوفا من المشاكل والتبعات العدمية أو بحكم الزواج وتكوين أسرة (الأولوية لمصاريف البيت والأطفال، «الغيب» والإحساس بالخجل).

«الكونسوماسيون زي العادة، نلقى فلوس نونسومي [..] البلاد هاذي ما عايشين فيها كان بالدوخة» (سامي، تطاوين الشمالية)

«في ليام لوى وليت نستهلك أكثر ومن بعد نقصت ونظمت حياتي، وحتى الأمور المادية تحكم» (بشير، تطاوين الشمالية)

«نتكيف (زطلة) أكثر ثلاثة مرات من قبل.. وضعية البلاد والحاكم يلزوك باش تديما نتكيف» (هيكل، الكبارية)

«نونسومي أكثر مخدرات وشراب، ما نحبش نفيق» (نسيم، الكبارية)

«الشراب أكثر من قبل، ووليت نتكيف (زطلة)» (سفيان، القصرين الشمالية)



Sadri Khiri 2021

#### 4. «عقاب جماعي»: العائلة أيضا تعاني..

تكاد لا تخلو اي واحدة من شهادات المشاركين من الحديث عن معاناة عائلة الشباب السجين منذ لحظة إيقافه. معاناة نفسية مردها الخوف على ابنها الشاب وما قد يتعرض له من عنف واعتداءات ونقص وحرمان، وكذلك الخوف من مدة العقوبة وضيق مستقبله. وبالطبع هناك معاناة مادية كبيرة، خاصة وان الظروف الاجتماعية-الاقتصادية لجلّ عائلات المشاركين جد متدهورة. تحاول أغلب العائلات وعلى الرغم من الخصاصة توكيل محامي لأبنائها خاصة عندما يتعلق الأمر بتهمة خطيرة قد تؤدي إلى أحكام ثقيلة. ومنذ ايداع الشاب في السجن تبدأ مرحلة جديدة من الأعباء المادية والجسدية. يعتمد أغلب المبحوثين -في ظل الأوضاع المعيشية المتردية في السجن كما أوضحنا ذلك سابقاً- على عائلاتهم لتوفير الطعام والملبس والأغطية وحتى السجائر ومستلزمات النظافة الشخصية. لا يتطلب الأمر فقط وقتاً وجهداً ومالاً لتحضير «القفة» (الطعام اساساً، والملابس) بل هناك أيضاً مصاريف ومصاعب التنقل إلى السجن يوم الزيارة.

يسرد الكثير من المشاركين العناء الذي تلاقيه عائلاتهم للقدوم لزيارتهم خاصة عندما يكون السجن في ولاية أخرى: الاستيقاظ في ساعة مبكرة جدا والتنقل إلى محطة الحافلات أو القطارات أو «اللواجات» للوصول إلى الولاية التي يقضي فيها الابن فترة سجنه ثم استعمال تاكسي أو حافلة للوصول إلى السجن بحد ذاته. ولا تنتهي المعاناة بالوصول إلى بوابة السجن بل يجب انتظار الدور لمدة طويلة والصبر على سوء المعاملة من قبل أعوان المؤسسة السجنية وأحيانا الخضوع لتفتيش وممارسات مهينة. الزيارة التي تدوم بضعة دقائق تتطلب في كثير من الأحيان ساعات طويلة من التحضير والتنقل والانتظار وهدر الكرامة، دون الحديث عن التكلفة المالية خاصة ونحن نتحدث عن عائلات فقيرة. لا تكفي الدولة بسلب الابن حريته بل انها تعاقب، عبر عدم احترام حقوق المساجين، العائلات التي تضطر إلى توفير كل ما كان على الدولة توفيره. هذا الأمر كان يسبب نوعاً من عقدة الذنب لدى عدة مشاركين مما يجعلهم يطلبون من عائلاتهم التقليل من الزيارات والاكتفاء بإرسال حوالة مالية أو تتفق عدة عائلات مساجين مع بعضها للتناوب على اصال «القفة» لأبنائها.

«كيف نشبح أمي تجيني -زيارة- نتعب ونمرض، تركب اللواج باش تزورني واخوتي موش معاها، تنوض الصبح وتجييلي القفة في عوض انا نعاونها» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

«كنت نخم برشة في امي كيف تقوم ع الفجر وتحضري القفة وتاخو تاكسي باش تهبط بحذا جردة «الباساج» وتاخو كار ال23 الي تهز للمرناقية، الاعوان يعاملوهم بطريقة خايبة تطيح القدر ويقولولهم كلام خايب» (هيكل، الكبارية)

«امي مرا كبيرة ومريضة كانت تزورني كل جمعة وتجييب القفة، طلبت منها توي تجي جمعة بعد جمعة» (نسيم، الكبارية)

«نخمم كان على العزوز، كيف تجيني للزيارة وتتمرد نمرض وما نرقدش» (محمد علي، القصرين الشمالية)

«نخمم على بابا وامي، الواحد في الحبس ويزيد يتعبهم في جرتة» (رمزي، القصرين الشمالية)

لا تنتهي القصة يوم خروج الابن من السجن، فهو إما سيعود إلى البطالة التي كان يعيشها قبل سجنه أو سيفقد عمله/ ينقطع عن مساره التعليمي/التكويني مما يعني ضرورة اعالته والتكفل بنفقاته لمدة قد تطول أو تقصر.

وبالحديث عن العائلة فمن الضروري الإشارة إلى انها -وهذا ما تقوله كل شهادات المشاركين تقريبا- تكاد تختزل في شخص الأم. لا يعني هذا ان الآباء -وبدرجة أقل الإخوة والأخوات- غائبون تماما لكن صورة الأم طاغية الحضور، فهي التي تحرص أكثر على «القفة» والزيارة والسؤال على ظروف السجن ومراجعة المحامي وإدارة السجن، وحتى عندما لا يكون لها دخل مالي فهي تتدبر أمرها وتقترض المال من الأهل والجيران سعياً لتحسين ظروف إقامة الابن في السجن، وحتى توفير مصروف الجيب بعد إطلاق سراحه.

الشهادات حول دور الأب اقل بكثير ولا نجد فيها اجماعاً كما هو الحال مع دور الأم، فهناك مشاركين ساندهم آباؤهم بشكل كبير أو نسبي وآخرون لم يتلقوا أي زيارة من الأب لأنه غاضب من دخول ابنه السجن، حتى انه في بعض الشهادات نجد مشاركين قالوا انهم كانوا خائفين من مواجهة آباؤهم يوم الخروج من السجن. وفي هذا الصدد نشير إلى ان هناك بعض الفروقات في

تمثل دور العائلة من مجموعة بؤرية إلى أخرى، لاحظنا مثلا في القصرين الشمالية، من خلال شهادات المشاركين، ان دور الأم أهم بكثير من الأب شبه الغائب، وهي في أغلب الحالات تعمل وتتولى الانفاق على العائلة بحكم اشتغالها في القطاع الفلاحي الذي ما انفك يتأثرت (لاعتبارات تتعلق بتكلفة اليد العاملة ومرونتها). أما في تطاوين الشمالية، أين نجد أن أمهات كل المشاركين يعملن في البيت، نلاحظ حضور أكبر لدور الأب، سلبيا (الخوف منه) وإيجابيا (المعيل). في الكبارية هناك توازن أكبر في الأدوار بين الأب والأم والإخوة مع حضور أقوى للأم طبعا.

## 5. شبكات إسناد داخلي في وجه الآلة العقابية

تتولى العائلة المصغرة وأحيانا الموسعة إسناد السجين من الخارج لكنه يبقى في حاجة إلى اسناد اضافي داخل السجن خاصة في التجربة السجنية الأولى، وبالأنص في الأيام والأسابيع الأولى. هذا الإسناد الداخلي يوفره أبناء «الحومة» (الحي) و/أو الجهة و/أو «العرش» (القبيلة) التي ينتمي اليها السجين، وأحيانا صداقات تشكلت سريعا في السجن. أول وظائف الإسناد تتمثل في التفاوض مع «الكران» (ناظر الغرفة) و/أو أعوان السجن لتوفير سرير للسجين الجديد وإيداعه في زنزانة/جناح يجد فيه مساجين تربطه بهم علاقات سابقة لدخول السجن. أي توفير أسباب الراحة والشعور بالألفة. الوظيفة الثانية للإسناد الداخلي إرشادية/تعليمية، إذ تتمثل في تلقين السجين الجديد «قواعد» وسير الحياة اليومية المشتركة السجنية: البرنامج اليومي، السلوكات المحمودة والمكروهة، الأشخاص الذين يجب تجنبهم والحذر منهم («وشاة» مساجين وحراس عنيفين، الخ)، مقايضة «السلع» والخدمات، الخ. أما الوظيفة الثالثة فهي توفير الحماية للسجين الجديد خاصة عندما يكون صغير السن او ينتمي إلى «حومة»/«جهة»/«عرش» لديها خصومات مع «حومة»/«جهة»/«عرش» أخرى في السجن. وهناك أيضا وظيفة الإسناد «الغذائي» فالكثير من السجناء لا تصلهم «الفقة» أو «المائدة» (حوالة مالية) من عائلاتهم بشكل منتظم (وأحيانا لا تصلهم بتاتا) مما يجعلهم يعولون اساسا على «الكوميطة» أي مجموعة من السجناء الذي يتقاسمون ما ترسله عائلاتهم من أطعمة. في أغلب اجابات المشاركين نجد اعترافا بهذا الإسناد وامتنانا له واقارارا بدوره في تخفيف وطأة السجن. تتكرر عبارات «اولاد حومتي» «ولاد عمي» «ولاد عرشنا» عدة مرات في مختلف الشهادات في المجموعات البؤرية الثلاث. في حالتين فقط وجدنا ان المشارك يفضل الانعزال او الانفصال عن أبناء «الحومة» (الحي) و/أو الجهة و/أو «العرش» (القبيلة) لأنهم «مشاكلية» (يتسببون في المتاعب) وهو يفضل قضاء عقوبته بهدوء ودون تعقيدات أو لأن هناك خصومات وسوء تفاهم سابق لدخوله السجن.

## 6. تصورات المشاركين للدولة العقابية

من خلال حديثهم عن مدى تأثير ظروفهم وظروف عائلاتهم الاقتصادية-الاجتماعية في وصولهم إلى السجن أجمع أغلب المشاركين، خاصة في مجموعة القصرين الشمالية، على وجود صلة وثيقة بين الأمرين. بعض الإجابات نسبت الأمور وقالت ان ظروف العائلة ليست دائما هي السبب وتحدثت أكثر عن المحيط الاجتماعي (الحي) وتأثير «الخلطة الفاسدة» (مرافقة منحرفين)، وطبعا يمكن ان نعقب هنا بأن «اختيار» السكن في منطقة/حي ما كثيرا ما يكون مرتبطا بالظروف المادية للعائلة. كما حدثنا مشاركون عن تأثير انقطاعهم عن الدراسة «طوعا» أو بعد طردهم كإجراء تأديبي. وفي حالات قليلة اعتبر المشارك ان لا دخل لأي عامل في دخوله السجن بل هي اساسا تبعات فترة المراهقة و«الطيبش».

«الظروف بالطبيعة تأثر.. كيف كنا صغار عشنا 11 عام في منستير، امنيتي لو كان قعدنا غادي راهو حياتنا خير.. القصرين تحطيمة وتهميش.. كيف يبدأ ابك عنده سنتي صغار ويخلص 250 دينار شكون باش يقري وشكون باش يخلي؟ الصغار يخرجو م المكتب بكري ويضيعو في الشارع ويطيحو للدخان والكولة، الفراغ وين يوصل» (هيثم، القصرين الشمالية)

هناك اجماع أكبر فيما يخص تأثير الظروف المادية للعائلة ورأسمالها العلائقي في تخفيف الأحكام القضائية (توكيل محامي معروف، رشى، تدخلات من قبل أقارب متنفذين) أو تحسين ظروف إقامة الإبن المسجون، ويعتبر اغلب المستجوبين ان التونسيين ليسوا سواء امام القضاء وان الفقراء اقل حظا في ضمان المحاكمة العادلة.

«لو كان جاء عندي محامي باهي ولا برشة فلوس راهو روحت م المركز ما نوقفش قدام القاضي، عمركشي شفت ملياردير شد الحبس؟» (محمد علي، الكبارية)

« في قضيتي انا لو كان موش العلاقات، ولد عمتي، راهو ما نخرجش.. ما عنديش فلوس» (سامي، تطاوين الشمالية)  
 «العلاقات أهم حاجة.. والفلوس تجيب العلاقات زادة.. المحامي ماعندوش تأثير كبير» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

هذه عينة من الآراء التي تظهر تمثل المشاركين لسير العدالة في تونس. وعموما هناك اجماع لدى المشاركين بأن الدولة لا توفر لا الشغل، ولا الخدمات ولا المرافق ولا الرعاية اللازمة لحماية الشباب من الانحراف، وأنها تتركه لمصيره ثم تحاسبه وتعاقبه.

وبخصوص تقييمهم للأحكام التي صدرت بحقهم اعتبر 52 ٪ انها ظالمة تماما (قضايا ملفقة، اعترافات تحت التعذيب، عدم تعمق القاضي في البحث)، و68 ٪ اعتبروها قاسية لا تتناسب مع الأفعال المرتكبة، في حين عبر بعض المشاركين عن اقتناعهم بالأحكام وانهم أخطأوا واستحقوا العقاب، وفي حالات قليلة اعتبر المشاركون ان الحكم أرحم مما توقع: سجن مع وقف التنفيذ.

لاحظنا عموما ان الوعي بالحقوق وفهم إجراءات التقاضي ونقد المنظومة السجنية والأمنية أقوى بكثير لدى المشاركين في المجموعة البورية بالكبارية مما هو عليه الأمر في مجموعتي تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية، وربما يلعب الاختلاف في المستوى التعليمي والقرب من المركز وكثرة الاحتكاك بالمؤسستين الأمنية والسجنية دورا في هذا التفاوت.

جزء كبير من شهادات المشاركين بخصوص تحسن الأحوال في السجون كانت سلبية وتفيد بأن الأوضاع هي نفسها ان لم تكن قد تدهورت أكثر، وان الأمنيين وأعوان السجون أصبحوا أكثر قوة وافلاتا من العقاب بعد تأسيسهم لنقابات. لكن هناك شهادات أخرى أكدت ان هناك تحسنا طفيفا خصوصا فيما يتعلق بمعاملة أعوان السجون للمساجين، ويمكن أن نفسر هذا التحسن الطفيف بالضغط الذي تمارسه منظمات مجتمع مدني سمح لها بزيارة السجون بعد ثورة 2011، وكذلك تقارير وقرارات الهيئات الدستورية التي تعنى بحقوق الإنسان. وفيما يتعلق بتزايد أو تناقص عدد الإيقافات في محيطهم العائلي والاجتماعي خلال السنوات الأخيرة، اختلفت الانطباعات والآراء من مجموعة بورية إلى أخرى. ففي الكبارية وتطاوين الشمالية أكد جل المشاركين ان عدد معارفهم الذين أوقفوا أو سجنوا في السنوات الأخيرة أصبح اقل (بكثير كما تقول بعض الإجابات) وعزوا ذلك إلى «الحرق» (الهجرة غير النظامية) أساسا وإلى انغماس الشباب في استهلاك المخدرات مما يبيقهم «هادئين» ومغيبين، كما تحدث بعضهم عن تخفيف الأحكام في قضايا «الزطلة»، ولا يمكن أن نجزم هنا ان كان هناك دور مهم للوضع الوبائي في هذا التناقص. وعلى العكس، أكد أغلب المشاركين في مجموعة القصرين الشمالية ان عدد الإيقافات والمساجين في محيطهم قد زاد.

## ختاما

لا نزع ان عينة تعدادها 19 فردا قد تعطينا صورة كاملة ومفصلة أو نتائج واحصائيات حاسمة لكن شهادات واجابات المشاركين في المجموعات البورية تتطابق وتتقاطع بشكل يصعب معه الحديث عن حالات فردية أو صدف. اول الاستنتاجات المستخلصة من الدراسة النوعية، يتوجب التذكير به حتى وان بدا بديهيا، يتعلق بالعلاقة الوثيقة بين الانقطاع المدرسي والفقر والبطالة من جهة، والسلوكات المحفوفة بالمخاطر من جهة أخرى. طبعاً لا نتحدث هنا عن حتمية أو «جينات وراثية» بل عن عوامل اجتماعية-اقتصادية لا يكفي انها لا تحمي الشباب من السلوكات المحفوفة بالمخاطر والتعرض للحكومة العقابية والأمنية، بل هي ايضا تحرم الشباب في حالات كثيرة من شروط المحاكمة العادلة: تعنيف وحتى تعذيب للموقوف بهدف انتزاع «اعترافات» بالإكراه، عدم قدرة السجين أو عائلته على التكفل بمصاريف محامي، عدم معرفته بحقوقه كموقوف أو كسجين، الخ. الاستنتاج الثاني، ونحن هنا لا نكشف سرا، يخص «فلسفة» مؤسسة السجون والإصلاح في تونس والتي يبدو انها لا تقيم وزنا كبيرا للنصف الثاني من تسميتها «الإصلاح» وتركز على الجانب العقابي. هذا الجانب متعدد الأوجه اذ لا تكتفي المؤسسة السجنية بسلب نزلاتها حريتهم بل هي تعمل منذ اجتياز المحكوم باب السجن إلى سلبه كرامته وإذلاله بطرق شتى بهدف اخضاعه وتطويره: عدم احترام الخصوصية، اللجوء إلى العنف اللفظي والمادي بشكل متكرر وشبه ممنهج، عدم توفير شروط النظافة والراحة والتغذية الصحية والمقبولة، الخ. ربما تسعى السلطات السجنية من خلال هذه المعاملة السيئة وغير الانسانية إلى غرس صورة معينة عن السجن في المجتمع لغايات رديعية، كما لا يمكننا تجاهل تبعات الارث الاستبدادي للدولة وتعثر مسارات إصلاح المؤسستين الأمنية والسجنية وضعف التكوين المخصص لأعوان السجون وقلة الإمكانيات



الموضوعة على ذمتهم للقيام بعملهم في ظروف معقولة. ومهما كانت الأسباب والدوافع فلا يبدو ان الممارسات العقابية المذلة ناجعة، فنسبة العائدين إلى السجن كبيرة جدا. ما يحدث في حقيقة الأمر هو مزيد من الهشاشة والنقمة والسلوكات المحفوفة بالمخاطر. السجن عموما لا يعالج جذور المشكلة سواء تعلق الأمر بالظروف الاجتماعية-الاقتصادية الصعبة والمزرية او الاضطرابات النفسية والعصبية. بل أن ظروفًا مماثلة لتلك الموجودة في السجون التونسية قد تفاقم الأمور بشكل كبير. الاستنتاج الثالث: مسألة الرعاية الصحية للشباب والمسجونين -وللشباب والمسجونين عموما- شبه مغيبة تماما. خاصة عندما نتحدث عن الصحة النفسية. هناك تقصير رهيب من المؤسسة السجنية في ضمان الحق في الصحة لنزلائها إلى درجة انه يتحول إلى «منة» من الإدارة وقد يتعرض السجين المطالب به إلى عقوبات وسوء معاملة «تردعه» عن المطالبة مجددا. هذا التقصير مضافة إليه المشاكل والمخاطر العديدة التي يتعرض لها السجين الشاب تجعله يتمثل تدريجيا مسألة الصحة كترف أو كأمر ثانوي مقارنة بنوعية الأكل والغطاء والملابس ووتيرة الزيارات والأنشطة خارج الزنزانة. لا يعني كل ما سبق ان الرعاية الصحية تصبح أفضل كثيرا بعد السجن، فاسترداد الحرية لا يعني سقوط «القيود» القديمة مثل الظروف الاجتماعية الصعبة ومخاطر الإدمان وصعوبة الحصول على خدمات صحية عمومية ذات جودة في المحيط القريب، بل قد تضاف إليها «قيود» جديدة نتيجة الأمراض البدنية والمشاكل النفسية التي قد تتسبب بها التجربة السجنية. وعلى عكس ما قد يتبادر إلى الأذهان فإن عددا كبيرا من المشاركين متقبل لفكرة العلاج النفسي والمعالجة من الإدمان. الاستنتاج الرابع: لا ينتهي «أذى» السجن مع نهاية العقوبة السالبة للحرية بل يستمر بعدها سواء عبر الوصم الأمني والمجتمعي (بطاقة عدد 3 و«نظرة المجتمع» الذين يقللان من الفرص الثانية واحتمالات بدء صفحة جديدة)، و/أو الأثر النفسي، و/أو المضايقات الأمنية. خطأ بسيط، قد يكون أحيانا تعبيرا عن اضطراب نفسي/عصبي، يمكن أن يدخل مرهق/شباب في دوامة من الايقافات والعقوبات السجنية المتكررة. نورد هنا كلمات أحد المشاركين في المجموعة البؤرية التي نظمت في منطقة الكبارية:

« لو كان أول مرة تشديت تحكمت «سورسي» ولا عطاوني عقوبة خفيفة ممكن ما كنتش نرجع للحبس مرة أخرى».

# القلق كأحد مؤشرات الصحة النفسية لدى الشباب:

## مخرجات بحث ميداني في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية

دنيا الرميلى

«لست في حاجة إلى تقديم القلق لكم. فكل منا قد ابتلي بهذا الشعور، والحق أقول لكم، إنه حالة وجدانية نشعر بها بأنفسنا، وتعودنا مرة تلو الأخرى.»

(Freud, 1949, p. 449)

تهدف هذه الورقة إلى تقديم معطيات ومخرجات بحث ميداني حول موضوع القلق كأحد مؤشرات الصحة النفسية لدى الشباب، وبالخصوص لدى الشباب العاطل عن العمل، ضمن مقارنة مقارنة مع فئات أخرى من الشباب يعيشون في نفس الوسط الحضري المطبوع باللامساواة الاجتماعية والاقتصادية والمناطقية.

يستعرض هذا الفصل النتائج العامة بخصوص مستويات القلق (بجزأيه: كـ"حالة" و كـ"سمة"). ثم علاقة القلق ببعض المتغيرات الأخرى مثل (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الانتماء المناطقي)، وذلك قبل التعمق في منسوب القلق لدى الشباب العاطل عن العمل مقارنة بما هو عليه الحال، ضمن نفس الوسط المجالي، في مجموع الشباب غير العاطل عن العمل و/أو في فئة المشتغلين (أي الذين يعملون).

بعد ذلك نناقش النتائج ومدلولاتها على ضوء المعطيات المتوفرة في المجال في إطار الدراسات والبحوث المجراة عالميا ووطنيا. كما نستعمل الفصل قبل الغوص في الموضوع، باستعراض بعض المفاهيم العلمية المرجعية في التعريف بماهية القلق، وتقديم منهجية البحث وبروتوكوله.

## 1. مفاهيم مرجعية

### في تعريف القلق

لقد تعددت التعريفات حول ماهية القلق، مما عسر التوافق بين الباحثين في إيجاد مفهوم موحد لمكوناته وخصائصه. إذ يقول زيدنر وماثيوس (Zeidner & Matthews) «إنه لا يمكن لأحد الآراء النظرية الخاصة بالقلق الوقوف على الطبيعة المعقدة والمتعددة الجوانب لهذا الكونين». (زيدنر و ماثيوس، 2016، ص. 20)

أجمع الاخصائيون في علم النفس على صعوبة الاتفاق على تعريف موحد لمفهوم القلق، نظرا لتشعب مكوناته وأسبابه وتشابه أعراضه، وتقاربه مع انفعالات وجدانية أخرى. ولكن يمكن بالرجوع إلى مختلف الدراسات المرجعية الاعتماد على تعريف توافقي يركز على أهم خصائص هذا الاضطراب النفسي.



فالقلق هو حالة عاطفية ناتجة عن توقع حدثٍ أو مخاطر تشكل تهديداً خارجياً سيئاً أو ضاراً للإنسان. وعليه يُولد هذا الشعور المؤلم، والمتمثل في الخوف من وقوع هذه المخاطر، بقضةً مفرطة، إذ يقوم الفرد بتقييم استباقي حسب ما يتوقعه ذاتياً. والقلق مرتبط بالشخصية العصبية، فهو بالتالي يختلف من شخص لآخر.

وللتفريق بين القلق الطبيعي والمرضي، يستوجب الاستناد على تقييم كلينيكي (استخدام مقاييس القلق) والتشخيص من خلال التمازج مع الفرد وتحديد بعض جوانب القلق الذي يعيشه والتحقق من بعض الأعراض التي تظهر في الجوانب التالية:

- اضطرابات التفكير والمعرفة (زيادة الوعي بالخطر)
- الانفعال السلبي (الوجدان) وهو انفعال أو حالة مزاجية
- الأعراض الجسدية: (سرعة خفقان القلب وفرط عرق الراحتين...)
- ردود أفعال سلوكية: (الهروب، التملل...).

كما أن استجابة الفرد للمواقف الحقيقية التي تحدده، وقدرته على التكيف بنجاعة، والسيطرة عليها، تحدد إن كان يشكو من قلق طبيعي أو مرضي. وبالتالي، يُعدّ القلق واحداً من مجموعة الحالات الوجدانية التي تتسم بالسلبية إذا ما بلغت مرحلة المرض. ويشكل القلق اختلاطاً في مفهومه والشعور به والتعبير عنه. (زيدنر وماثيوس، 2016، ص.28).

## علاقة القلق بالخوف

«الخوف هو نواة القلق»، هذا ما قاله متخصص في معالجة المصابين بالقلق (Jim Folk) والذي وضح بعد تجربة مهنية تفوق الثلاثين عاماً، أن القلق هو نابع من الخوف. كما أن أشكال ومصادر الخوف كثيرة. فالإنسان يخاف من إمكانية حدوث أمر سيئ أو من ضرر ما قد يصيبه في المستقبل. ومن ثم يتولد لديه شعور بعدم الأمان وغياب السكينة بل /وحتى بالتهديد الذي قد يحدث به في أي وقت. فتشتد حدة الخوف شيئاً فشيئاً أمام شبح المجهول وغموض الظروف وما يمكن أن تأتي به من مخاطر تضر بحياته، أو عمله أو دراسته أو عائلته... فيقوم عندها الإنسان بالتنبؤ باحتمالية ما سيحدث من أضرار، حتى وإن كانت قائمة على تقييم ذاتي وغير موضوعي (Folk, 2020).

كما أكدت الباحثة حنان العناني، في كتابها «الصحة النفسية»، على الصلة الوثيقة التي تربط القلق بالخوف لدرجة يصعب التمييز بينهما، وبينت أوجه التشابه بينهما وهي كالآتي:

- «في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده.
- في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بحاله انفعالية تنطوي على التوتر والضغط.
- كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه.
- كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسمية». (العناني، 2005، ص.100-101)

ويقول Zeidner, M., & Matthews, في هذا السياق، "وبما أن طبيعة الخطر ومصدره مبهمان، فبالتالي من الصعب جدا التكيف مع الخطر المبهم، مما من شأنه أن يؤثر في استجابة الفرد السلوكية الغير متناسبة مع الخطر الحقيقي". كما يعتبر أن الخوف هو استجابة نفسية تكيفية وسلوكية من الناحية البيولوجية تجاه خطر حقيقي، وبذلك يحث الإنسان للقيام بردة فعل مثل المواجهة أو الجمود أو الهروب (زيدنر وماثيوس، 2016، ص. 24).

ويوضح فرويد الفرق بين القلق والخوف قائلاً: «القلق يرتبط بالحالة ويتغاضى عن الموضوع، بينما الخوف يجذب الانتباه نحو الموضوع» (Freud, 1949, p.443).

## علاقة القلق بمتغير البطالة لدى الشباب العاطل عن العمل

لا يمكننا غض النظر عن الأرقام المغزعة لظاهرة البطالة في مجتمعاتنا العربية بما في ذلك المجتمع التونسي. فأزمة البطالة ما تنفك ترتفع يوماً بعد يوم في ظل مشهد سياسي-اجتماعي واقتصادي متردي وملهيء بالأزمات على جميع المستويات، وكذلك من خلال التحولات الديمغرافية التي غيرت هيكله الهرم الديمغرافي في تونس، فأصبحت فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و34 سنة تمثل ما يقارب عن 3/1 السكان (33,2%) في سنة 2014، حسب ما أفاد به المعهد الوطني للإحصاء.

وقد بلغت نسبة الشباب الذين يُعتبرون ناشطين 47,7%، ومنهم من يواصلون مزاولة تعلّمهم أو نكوّبتهم 27,9% فقط. وبذلك تبقى نسبة 24,4% من الشباب خارجة عن إطار التعليم أو التكوين وحتى عن العمل ويُعرفون بغير الناشطين.

وتجدر الإشارة أيضاً في هذا النطاق إلى أن البطالة قد بلغت 25,5% من الشباب الناشطين، 32,5% لدى الشباب مقابل 21,4% لدى الشبان (Lamloum et Ben Zina, 2015).

وهناك شبه اجماع في الدراسات النفسية على أن البطالة هي رحلة معاناة يعيشها العاطلون عن العمل بأشكال مختلفة. ولكن جميعهم يمرون بهذه التجربة المتعبة والمنهكة للصحة الجسدية والنفسية. وتقول الباحثة (Marie-Carmen Plante)، أن الشباب العاطل عن العمل يقع فريسة لكل أنواع المخاوف، أو ما تسميه بـ «تجربة القلق العائم»، وتتمثل في مجموعة من الاعراض الجسدية مثل التعرق وسرعة خفقان القلب، والشحوب، والأرق، والشعور بالقلق في معظم الوقت. وتضيف أن ذلك ناتج عن الشعور بعدم الامان سواء على الصعيد المالي أو النفسي بسبب التبعية المادية للعاطل ازاء الأسرة، وشعوره بالرفض من قبل المجتمع. والعاطلون عن العمل، لكي يحافظوا على الواجهة، يكتبون المخاوف والشعور بالضيق والانزعاج فتزيد حالة القلق لديهم. (Plante, 1984)

وفي نفس هذا الاتجاه ولكن في السياق التونسي، بينت الباحثة دنيا الرميلى (Donia Remili)، في مجرى أبحاثها بخصوص الانتحار لدى العاطلين عن العمل، ان هؤلاء يعيشون معاناة متعددة الأسباب باختلاف ظروفهم وبيئتهم وطبيعتهم شخصيتهم، ومدة بطالتهم... واستنتجت أن هناك فوارق بين الشباب في التعاطي مع أزمة البطالة. فبالرغم من شعور الجميع بالقلق والتوتر والاكئاب، إلا أن لبعضهم القدرة على التكيف، وآخرون لا يستطيعون ذلك. وهو ما فسّرته بهشاشة شخصيتهم وافتقارهم لاستراتيجيات وآليات (mécanismes) للدفاع النفسي، ناجمة ومتناسبة للخروج من دائرة الاضطرابات النفسية. لذلك يلجأ عدد من هؤلاء إلى الانتحار، معتبرين أنه المخرج الوحيد للتخلص من معاناة لامتناهية. (Remili, 2016)

سنحاول إذًا ومن خلال هذا البحث، التركيز على هذا المنهج الوظيفي في موضوع القلق من حيث مقارنة مقارنة العاطلين عن العمل وغير العاطلين عن العمل (أوالمشغّلين منهم) بهدف تحديد الخصائص التي تشكل اختلافًا بين هاتين المجموعتين، وكذلك بين فئات أخرى من الشباب.

## القلق «الطبيعي» و القلق «المرضي»

يوضح عالم النفس الشهير تشارلز دونالد سبيلبرجر (Spielberger) أنه إذا ارتفعت حدة القلق بدرجة كبيرة، يتعرض الفرد الذي يعاني منه من العديد من التأثيرات السلبية، والتي تظهر جلياً من خلال سلوكه الادائي والمعرفي. إذ توصل الباحث لهذا الاستنتاج عندما قام بدراسة طولية (étude longitudinale)، من خلال تتبع مجموعة من الطلبة الجامعيين المصابين بدرجات عالية من القلق لمدة ثلاث سنوات متوالية. وأفضى هذا البحث العلمي التجريبي إلى أن أكثر من 20% من هؤلاء الطلبة قد وقع تصنيفهم كـ «فاشلين» من الناحية الأكاديمية، حتى أنه تم فصلهم لهذا السبب عن المؤسسة الجامعية.<sup>26</sup>

بينما بينت أبحاث أخرى أن القلق الذي يُقدّر بدرجة ضئيلة، يمكن اعتباره دون ضرر على صحة الفرد. بل يذهب باحثون آخرون إلى القول إن هذه النسبة من القلق مطلوبة بل ومحبذة، مفسرين ذلك بأن للقلق وظيفة تكيفية لمجابهة مشاكل وصعوبات الحياة. وبالتالي فإن عدم الشعور اطلاقاً بالقلق من شأنه أن يدفع الانسان إلى اللامبالاة أو التهاون المبالغ فيه الذي لا يجعله يتنبه للخطر المقدم عليه في المستقبل. (زيدنر وماثيوس، 2016، ص. 191).

26 قام (Spielberger) في 1966 بمتابعة مجموعة من الطلبة لتقييم القلق ومدى تأثيره على الأداء المعرفي، خاصة إذا بلغ الحالة المرضية.

## 2. منهجية البحث وبروتوكوله البحثي

تركز عملنا في البداية على تقييم مدى ترابط جزأي مقياس (Spielberger): «حالة القلق» و« بسمة القلق»، لدى الشباب المعني بالدراسة. ثم اعتمدنا على فرضيتين مركزيتين:

1. وجود علاقة بين بعض الخصائص الاجتماعية-الديمغرافية (مثل السن، والجنس، والمستوى التعليمي والجهة) ومستويات القلق لدى الشباب.
2. فئة العاطلين عن العمل أكثر عرضة للقلق، مقارنة بغير العاطلين عن العمل.

اعتمدنا في بحثنا المنهج الكمي في تجميع المعطيات الميدانية والمنهج الوصفي التحليلي في تقديمها ودرسها واختبار فرضياتنا. وقمنا بتقييم مدى ترابط مستوى القلق ببعض المتغيرات: (الجنس، السن، الجهة، المستوى التعليمي...) وخاصة بتغير النشاط الاقتصادي (وأساسا بين العاطلين عن العمل وبقيّة الفئات أو المشتغلين)، حتى يتسنى لنا فهم أعمق وأوضح للمعطيات المجمّعة. وقد قمنا باختيار مقياس القلق (Spielberger) كأداة للبحث وسنعرض تفاصيل هذا المقياس في الجزء الخاص به.

وقد اخترنا بالأساس، انتهاج مقارنة علم النفس الاجتماعي وعلم النفس الخاص بالشغل لدراسة وتحليل إشكالية البحث.

### وصف العينة

تتكون عينة هذا البحث من 510 شاب وشابة، وقع اختيارهم من بين 1265 متلوا عينة مجموع الدراسة الكمية حول «الشباب والصحة النفسية في الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية» لدى شباب كل من الكبارية، القصرين الشمالية، وتطاوين الشمالية، مع اعتبار متغيرات الجنس والسن والمستوى الدراسي وخاصة النشاط الاقتصادي.

وتنقسم العينة الى مجموعتين:

- تتكون المجموعة الأولى من العاطلين عن العمل
- وتتكون المجموعة الثانية من ثلاث فئات من الشباب: يعمل أو مُشتغل، غير ناشط، يدرس أو في تكوين

وقد تكونت المجموعة الأولى من كل العاطلين عن العمل المشاركين في العينة الأصلية لمجموع الدراسة. أما المجموعة الثانية، فقد تم اختيارها بصفة عشوائية بحساب مشارك واحد على أربعة من بقية المشاركين في العينة الاصلية، دون تحديد أي مقياس معينة، بل وقع برمجتها بتقنية إحصائية.

يتراوح سن الشباب المعني بالبحث بين 18 و29 سنة، وتضم العينة 262 شابا، و248 شابة موزعين على المناطق الثلاثة: الكبارية، تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية.

دامت مدة البحث 15 يوما. حيث قام الباحثون الميدانيون باستجواب الشباب المشاركين في البحث، بعد ان تم تدريبهم على كيفية استعمال مقياس القلق.

### توزيع العينة حسب الخصائص الاجتماعية والديمغرافية ومتغير النشاط الاقتصادي:

من مجموع 510 شابا وشابة تضمهم العينة، يمثل الشباب ذوي المستوى التعليمي الإعدادي والثانوي الأغلبية (320 شاب)، فيما بلغ عدد ذوي التعليم العالي 113 شابا. ويأتي في المرتبة الثالثة أصحاب المستوى الابتدائي بـ 67 شابا، والشباب الأمي في المرتبة الأخيرة بـ 9 شبان فقط.

يبلغ عمر 77 شابا بين 18-19 سنة، و206 شابا من 20 إلى 24 سنة، و227 شابا بين 25 و29 سنة

وتتوزع العينة حسب الجهات على النحو التالي: معتمدية الكبارية (تونس): 141 شاباً؛ حي النور (معتمدية القصرين الشمالية): 189 شاباً؛ معتمدية تطاوين الشمالية: 180 شاباً.

أما بالنسبة إلى متغير النشاط الاقتصادي فيمثل العاطلون عن العمل نسبة 44% (225 شاباً) من العينة، في حين تتوزع البقية كما يلي: يعملون (أي مشغولون): 18% (90 شاباً)؛ يدرسون أو في مرحلة تكوين: 22% (115 شاباً)؛ غير النشطين: 16% (80 شاباً).

### **أداة البحث: استعمال مقياس سبيلبرجر (Spielberger) لتقييم القلق:**

لقد قمنا باختيار هذا المقياس من ضمن العديد من المقاييس الأخرى المتوفرة بعد أخذ رأي هيئة الأخلاقيات العلمية للدراسة والنقاش مع عدة اختصاصيين في الطب النفسي للأطفال.

تمت ترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية (اللهجة التونسية) كما وقع اختباره لدى بعض الشباب والشابات من ضمن مجموعة الباحثين الميدانيين بهدف التحقق من سهولة فهمهم للأسئلة، ومراجعة أو تغيير بعضها أو إعادة صياغتها إن اقتضى الأمر.

يعتبر مقياس القلق الذي صممه تشارلز دونالد سبيلبرجر (Charles Donald Spielberger بالتعاون مع كل من (Gorsuch, Lushene). في 1964، من أهم المقاييس النفسية التي تم استخدامها لتقييم القلق بصفة حصرية، دون خلطه بالاكئاب على عكس المقاييس الأخرى. وقد وقع تطويره من طرف سبيلبرجر وزملائه وصياغته في عدة نماذج، يُعد النموذج «1 forme Y» أشهرها وأكثرها انتشاراً وتطبيقاً في البحوث على المستوى الدولي. وهو بالتالي الذي استخدمناه في هذه الدراسة.

ويستخدم هذا المقياس على نطاق واسع لتشخيص مستوى القلق. ولقد تمت ترجمته لعدة لغات ووقع استخدامه على العديد من العينات في كثير من الدول. وما يميز هذا المقياس، هو استخدامه سواء على الأشخاص الاسوياء أو المصابين باضطراب القلق بغاية تقييم شعورهم بالخوف والتوجس، وتقييم حدة أعراض القلق عند الشخص، وقياس الإحساس بالضغط والتوتر وتشخيص القلق «الحالي» و«طويل المدى» (Langevin & al, 2012).

ويتكون الاختبار من جزأين، ويضم كل جزء 20 سؤالاً:

يهدف الجزء الأول لقياس القلق كـ «حالة» (anxiété «état»)، أو بعبارة أوضح، يترجم ما يشعر به الفرد بصفة واعية في ظرف معين. وتتمثل هذه الحالة في جملة من المشاعر الذاتية والتي يختلط فيها الشعور بالتوتر والتوجس والخوف والضغط. وبوصفها حالة انفعالية متغيرة ومؤقتة، فهي تتأثر بالسياق الزماني، وقت الإجابة عن أسئلة المقياس. ويتضمن هذا الجزء 20 سؤالاً يجب عنها الشخص باختيار واحد من 4 إمكانيات، تعبر عن مستوى ما يشعر به حين استجوابه.

يهدف الجزء الثاني إلى قياس القلق كـ «سمة» (anxiété «trait»)، أي ما هو متجسد في شخصية الفرد ومدى قابليته للشعور بالقلق بصفة مستمرة وتأثيره بالمثيرات والتهديدات الخارجية على المدى الطويل. كما أنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسمة الشخصية العصبية وهذا النوع من القلق قد يكون في حالة الوعي أو حالة اللاوعي. ويتكون الجزء الثاني من 20 سؤالاً يجب عنها الشخص باختيار واحد من 4 إمكانيات، تعبر عن مدى تكرار ما يشعر به بشكل عام، وهي: «مطلقاً»؛ «أحياناً»؛ «غالباً»؛ «دائماً».

## كيفية احتساب مقياس القلق سبيلبرجر (Spielberger):

- يقع إسناد من 1 إلى 4 نقاط لكل إجابة:  
«مطلقًا»: 1 نقطة؛ «أحيانًا»: 2 نقاط؛ «غالبًا»: 3 نقاط؛ «دائمًا»: 4 نقاط.
- وهكذا يتراوح مجموع النقاط لكل جزء من مقياس سبيلبرجر للقلق بين 20 و80 نقطة
- كلما ارتفع عدد النقاط لدى الشخص المستجوب، ارتفع مستوى القلق
- وقع تحديد درجات القلق من طرف (Spielberger) من خلال التصنيف التالي:
  - مجموع معادل أو أقل من 35 نقطة = درجة قلق ضعيفة جدا.
  - مجموع يتراوح بين 36 و45 نقطة = درجة قلق ضعيفة
  - مجموع يتراوح بين 46 و55 نقطة = درجة قلق متوسطة
  - مجموع يتراوح بين 56 و65 نقطة = درجة قلق مرتفعة
  - مجموع أكثر من 65 نقطة = درجة قلق مرتفعة جدا
  - يُعتبر مستوى 39-40 نقطة الحد الفاصل عادة بين القلق «الطبيعي» والقلق «المرضي»

ولقد وقع إثبات الوجاهة العالية لهذا المقياس خاصة من وجهة نظر القياس النفسي (la psychométrie)، بعد أن تم تقييمها من الخبراء (Langevin & al, 2012).

كما أن من خاصيات المقياس أنه يتضمن أسئلة بسيطة وسريعة الفهم وتتم الإجابة عنها بسهولة من قبل الشخص المستجوب، وأن مدة الاستجواب لا تتطلب وقتا كبيرا إذ تتراوح عادة بين 5 و10 دقائق لكل جزء منه. كذلك، تُمكن الاجابة عن أسئلة هذا المقياس بصورة فردية ودون الحاجة لأدوات تقنية عالية (فقط ورقة وقلم)

## 3. أهم النتائج

### المستوى العام في عينة البحث لـ «حالة القلق» و«سمة القلق»:

من الضروري في البداية التفريق بين معدلات مستوى القلق كـ«حالة» أي ما يشعر به الفرد بصفة مؤقتة، ومستوى القلق كـ«سمة» أي كشعور ثابت ومتجسد في شخصية الفرد.

#### • المعدل العام لمستوى القلق

مثلما يشير اليه الجدول 1، يبلغ معدل مستوى حالة القلق في مجموع العينة 47,65 نقطة، بينما يصل معدل مستوى سمة القلق الى 49,87 نقطة. وهذه المعدلات تجسد درجة قلق متوسطة سواء كـ«حالة» أو كـ«سمة» بحسب تصنيف مقياس سبيلبرجر لدرجات القلق.

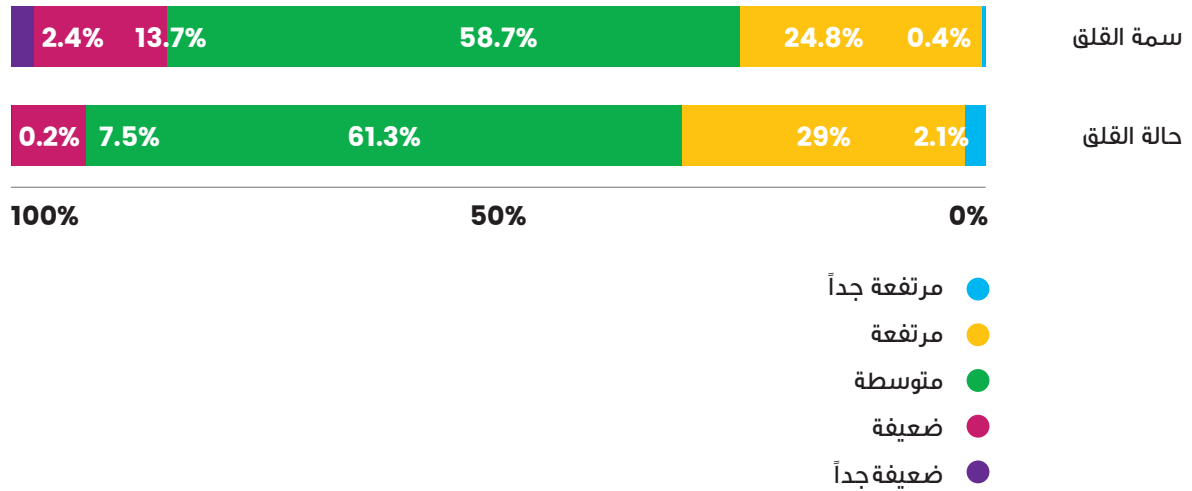
## جدول 1: المعدلات العامة لمستويات حالة القلق وسمة القلق

الانحدار المعياري	المعدل	عدد المستجوبين	
5,807	47,65	510	حالة القلق
6,441	49,87	510	سمة القلق

### • توزيع العينة حسب درجات القلق

يُعدّ تمركز معدل مستوى القلق كـ «حالة» أو كـ «سمة» في الدرجة المتوسطة تعبيره في توزيع العينة حسب درجات القلق من خلال تموقع أغلبية العينة في الدرجة المتوسطة للقلق سواء كـ «حالة» (61,3% من العينة) أو كـ «سمة» (58,7% من العينة). كما أن الارتفاع النسبي لمعدل مستوى «سمة» القلق مقارنة بـ «حالة» القلق يقترن أساساً بالاختلاف في نسب المنتمين إلى الدرجة المرتفعة أو المرتفعة جداً، حيث أن مجموع نسبتي الدرجتين يبلغ أكثر من الضعف في قياس سمة القلق مقارنة بقياس حالة القلق (16,1% مقابل 7,7%) مثلما يبرز في الرسم البياني 1.

### رسم بياني 1: توزيع العينة حسب درجات القلق



## حالة القلق حسب الخصائص الاجتماعية - الديمغرافية:

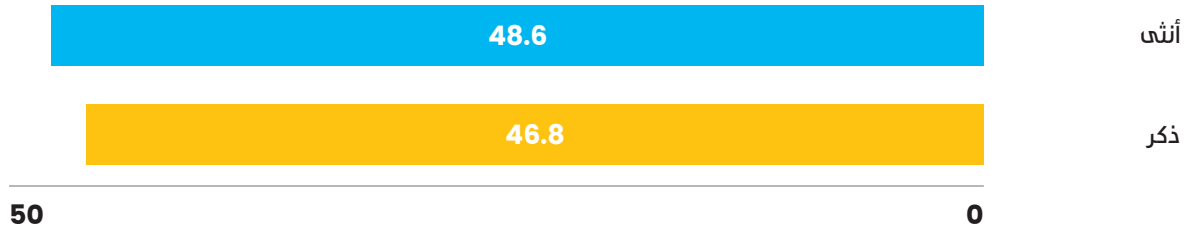
### • متغير الجنس:

معدلات حالة القلق حسب الجنس:

مثلما يشير إليه الرسم البياني 2، يتقارب معدل حالة القلق في مجموع العينة بين الشابات والشبان ويتموقعان في درجة قلق متوسطة، مع نزوع نحو معدل أعلى قليلاً لدى الإناث.



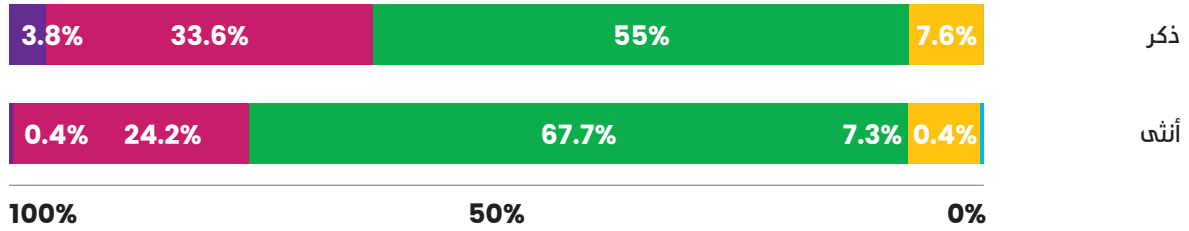
## رسم بياني 2: معدل حالة القلق حسب الجنس



### نسب درجات حالة القلق حسب الجنس:

يبين الرسم البياني 3، أن نسب المُصنِّفين في مستويات الدرجات المرتفعة والمرتفعة جدا من حالة القلق متقاربة، على عكس بقية الدرجات. فنسبة المصنِّفين في الدرجة المتوسطة، أرفع لدى الإناث (67,7% مقابل 55,0% لدى الذكور) مع بقاء الأغلبية لدى الجنسين مصنفة في هذه الدرجة. وبالمقابل، فإن نسبة المصنِّفين في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جدا أهم بوضوح لدى الذكور (37,4% مقابل 24,6% لدى الإناث). وتستمد هذه الاختلافات قيمتها من وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس ودرجات حالة القلق.<sup>27</sup>

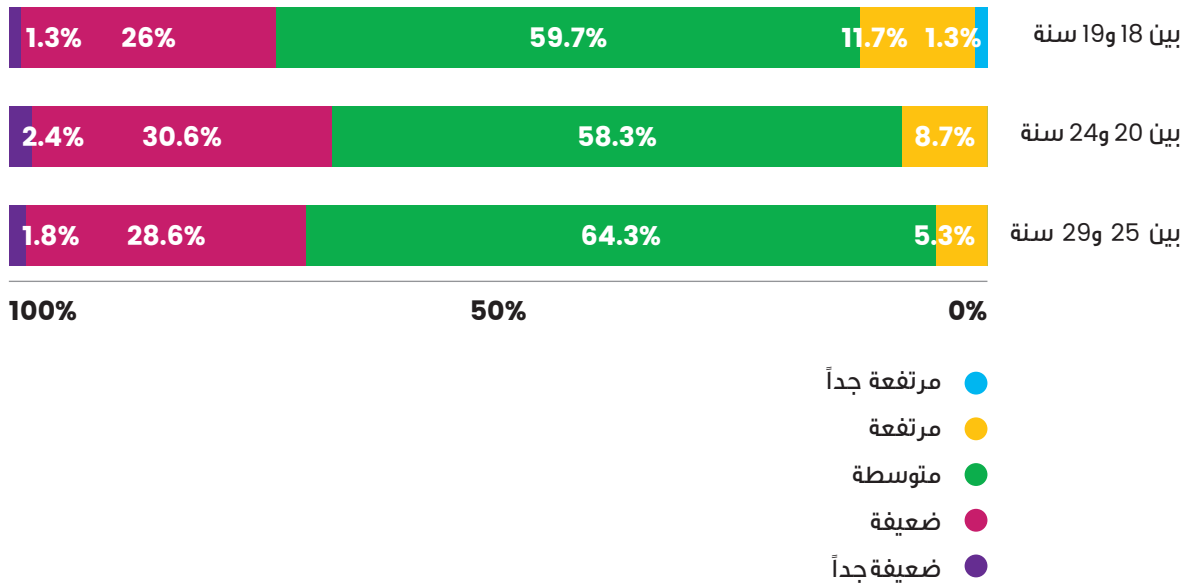
## رسم بياني 3: نسب درجات حالة القلق حسب الجنس



### • متغير السن (الرسم البياني 4):

تُظهر نتائج نسب درجات حالة القلق حسب العمر، أن الدرجة المتوسطة تبقى تصنيف الأغلبية مهما كانت الشريحة العمرية وبنسب غير متباعدة كثيراً. لكن ما يلفت الانتباه أن نسبة المُصنِّفين في مستوى درجة مرتفعة أو مرتفعة جدا لدى الفئة العمرية 18-19 سنة هامة مقارنة خاصة بالفئة العمرية 25-29 سنة، إذ تبلغ أكثر من الضعف (11,7% مقابل 5,3%). في حين يُصنّف حوالي ثلثي الفئة العمرية 25-29 سنة في الدرجة المتوسطة وثلث الفئة العمرية 20-24 سنة في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جداً.

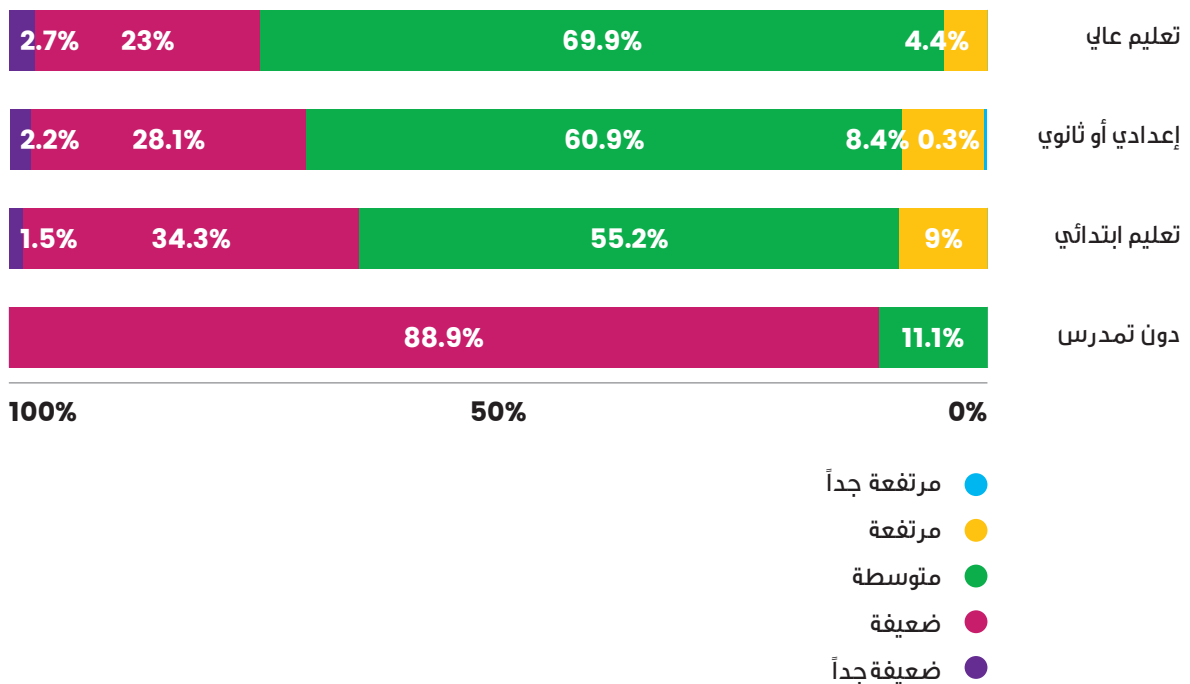
### رسم بياني 4: نسب درجات حالة القلق حسب الشرائح العمرية للشباب



• متغير المستوى التعليمي (الرسم البياني 5):

يقطع النظر عن النتائج الخاصة بالأميين التي صُنِّفَت معظمهم في مستوى الدرجة الضعيفة من حالة القلق بدلالة محدودة جدا لضعف عددهم في العينة (9 شباب). يبقى أصحاب كل المستويات التعليمية الأخرى في أغلبيتهم مُصنَّفين في مستوى الدرجة المتوسطة مع نسبة أرفع كلما كان المستوى التعليمي أهم. لكن تنحو اختلافات النسب في الدرجات الأخرى سواء الضعيفة أو المرتفعة في اتجاه معاكس لاتجاه تطور المستوى التعليمي. كل هذه الفوارق لها دلالة إحصائية حسب الاختبار الإحصائي  $(p < 0,05)$ .  $0,032 = \text{Khi-deux de Pearson}$ .

### رسم بياني 5: نسب درجات حالة القلق حسب المستويات التعليمية للشباب

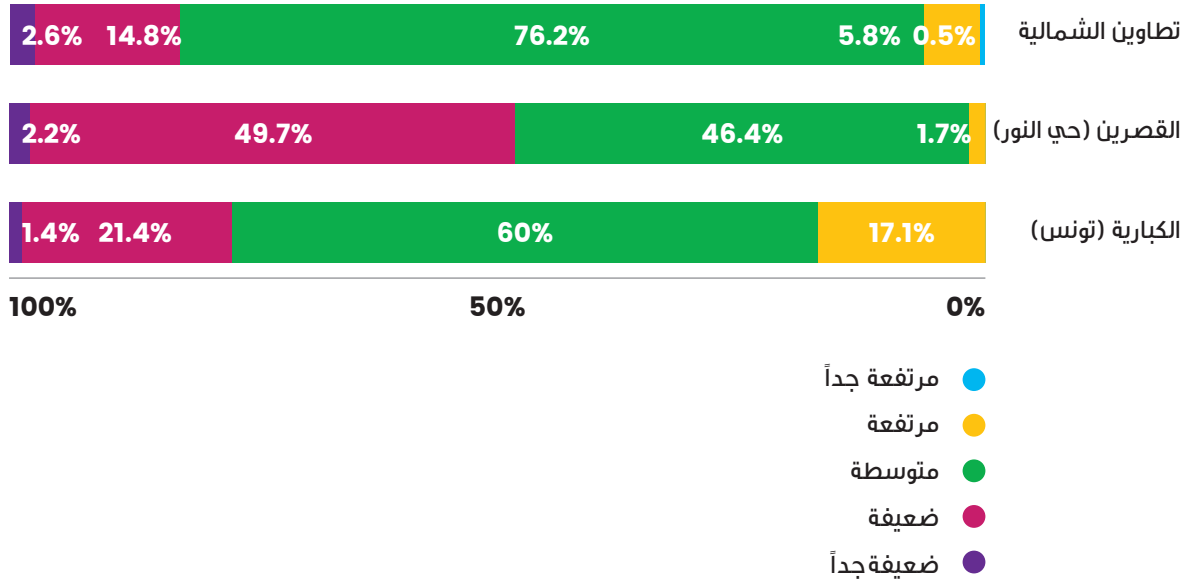


• متغير الجهة أو المنطقة (الرسم البياني 6):

تتميز نتائج نسب درجات حالة القلق حسب المناطق الثلاثة التي أُجريت فيها البحث، بفوارق مهمة غير متوقعة خاصة في مستوى حدتها، وهو ما تعكسه قوة الدلالة الإحصائية<sup>28</sup> لهذه النتائج والتي تجعل هذه الاختلافات فارقة:

- تتميز النتائج الخاصة بتطاوين الشمالية بتموقع أكثر من ثلاثة أرباع شبابها من العينة في الدرجة المتوسطة لمستوى حالة القلق 76.2%، ومحدودية نسب المصنفين في درجات أدنى أو أعلى.
- أما بالنسبة لمنطقة الكبارية في محيط العاصمة، فتتشد الانتباه النسبة الهامة للشباب المصنّف في الدرجة المرتفعة لمستوى حالة القلق (17,1%). وهي نسبة ليست فقط أعلى بوضوح من تلك المسجلة لدى شباب المنطقتين الأخرين، بل تمثل أكثر من ضعف النسبة العامة في مجموع العينة (7,7%). أكثر من ذلك، فهذه النسبة تتجاوز حتى النسبة العامة في مجموع العينة للمصنفين في الدرجة المرتفعة أو المرتفعة جداً من سمة القلق (16,1%).
- لكن النتيجة الخاصة بشباب حي النور من القصرين الشمالية لا تقل أهمية إن لم تكن الأهم، فهي فريدة في البحث مهما كان المتغير، إذ أنها الفئة الشبابية الوحيدة التي تتموقع فيها الأغلبية في الدرجة الضعيفة، بنسبة (49,7%) و ضعيفة جداً (2,2%). مع نسبة ضئيلة جداً (1,7%) ممن أظهر اختبارهم درجة مرتفعة من حالة القلق.

### رسم بياني 6: نسب درجات حالة القلق حسب الانتماء المناطقي للشباب

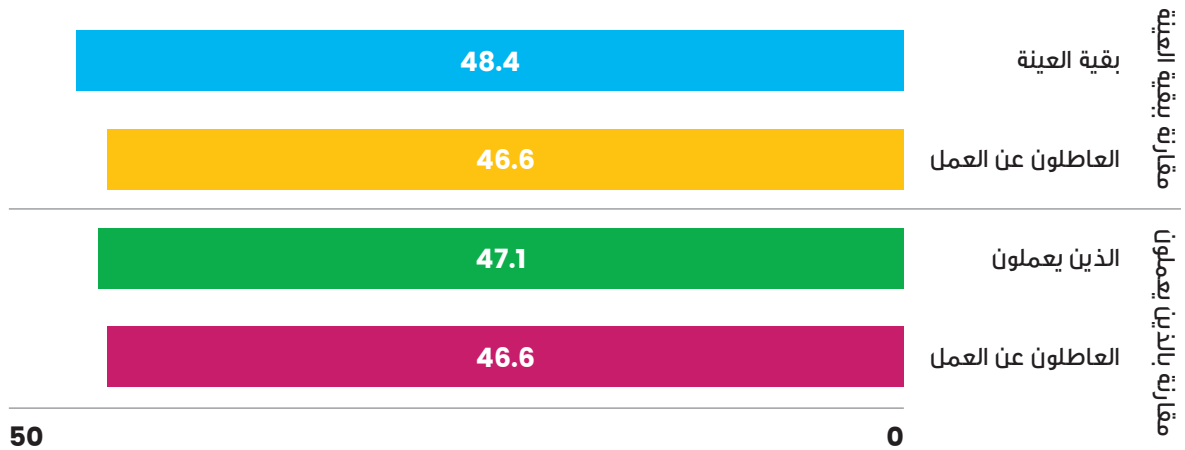


## حالة القلق حسب متغير النشاط الاقتصادي

### • معدل مستوى حالة القلق

يبلغ معدل مستوى حالة القلق لدى مجموعة العاطلين عن العمل 46,6 نقطة، وهو مستوى أدنى قليلاً من معدله لدى بقية العينة (48,4 نقطة). وبلغ معدل مستوى حالة القلق لدى فئة الذين يعملون من بقية العينة 47,1 نقطة دون دلالة إحصائية للفارق مع المعدل المسجل لدى العاطلين عن العمل، بما يعني أن المنتمين إلى الفئتين يشعرون بـ«حالة القلق» دون فوارق بسبب الحصول أو عدم الحصول على عمل.

### رسم بياني 7: معدل مستوى حالة القلق لدى العاطلين عن العمل

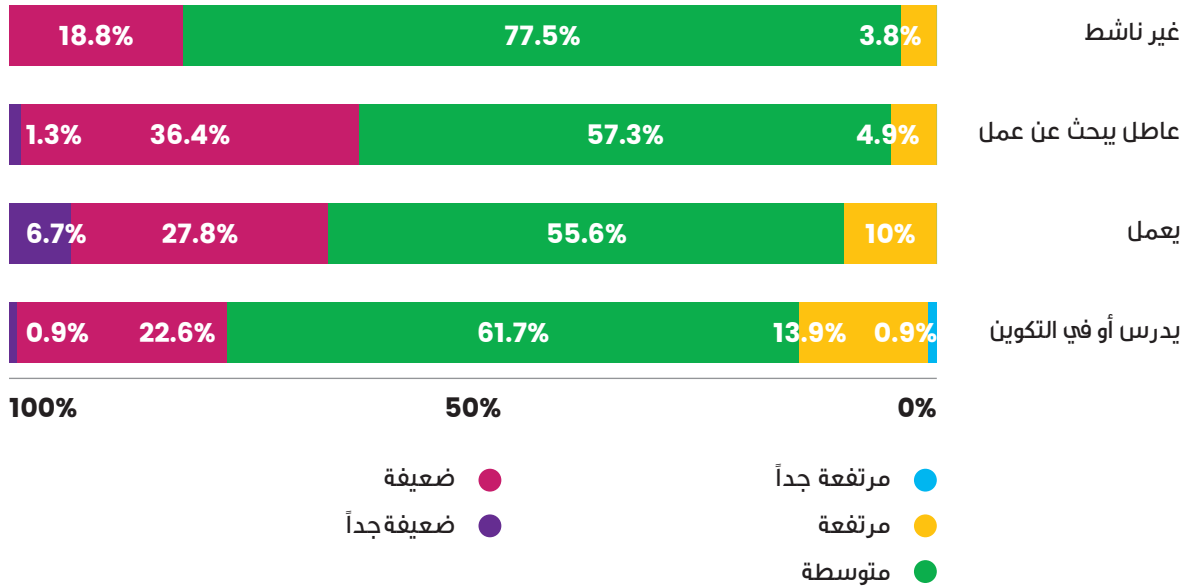


### • نسب درجات حالة القلق في مختلف مجموعات العينة حسب متغير النشاط الاقتصادي

في كافة المجموعات حسب طبيعة النشاط الاقتصادي (عاطلون عن العمل، مشغولون/ يعملون، يدرسون أو في مرحلة تكوين، غير ناشطين) تتمركز أغلبية شباب العينة في الدرجة المتوسطة لحالة القلق، مع تفاوتات هامة حيث ترتفع النسبة خاصة لدى الشباب الغير الناشط (77,5%) مقارنة ببقية المجموعات (بين 61,7% و 55,6%). أما نسب الذين يصنفون في درجة مرتفعة أو مرتفعة جداً لحالة القلق فتبلغ 14,8% لدى الذين يدرسون أو في تكوين في حين أنها أدنى بكثير نسبياً لدى العاطلين الباحثين عن عمل (4,9%) وغير الناشطين (3,8%). وتتميز نسبة هامة من العاطلين عن العمل (37,7%) وكذلك الذين يعملون (34,5%) بالتمركز في درجة ضعيفة أو ضعيفة جداً من حالة القلق.

وتجدر الإشارة إلى أن الدلالة الإحصائية لهذه النتائج تعتبر مرتفعة.

## رسم بياني 8: نسب درجات حالة القلق في مختلف مجموعات العينة حسب متغير النشاط الاقتصادي

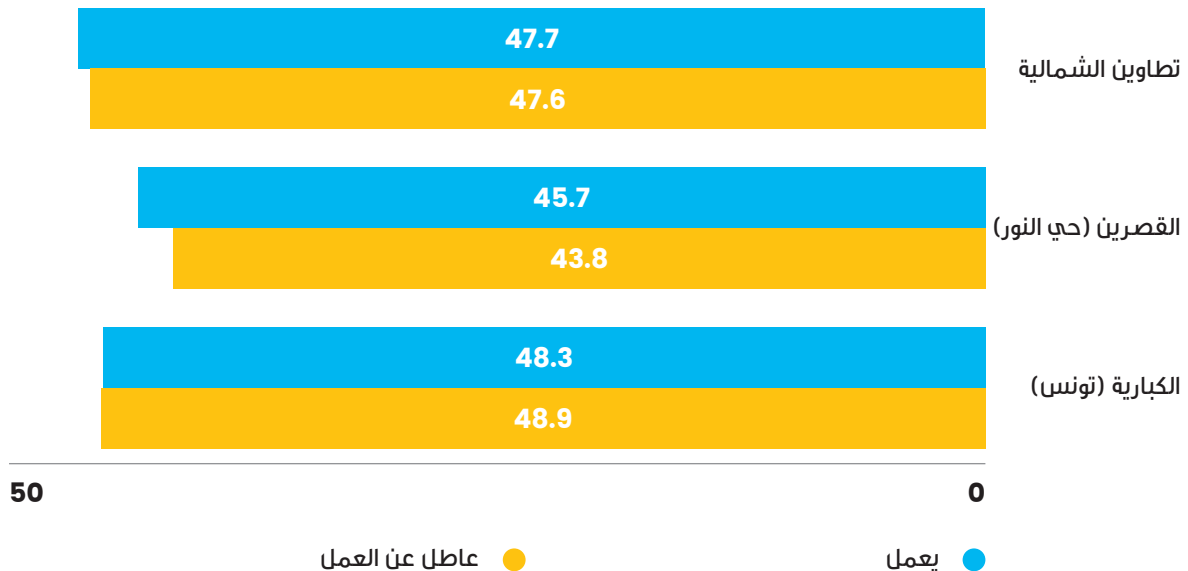


### • مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجهة

- مع تصنيف مختلف المعدلات في الدرجة المتوسطة لحالة القلق وتقاربها نسبياً، فإن بعض الخصائص تجلب الانتباه إليها:
- معدلات مستوى حالة القلق لدى العاملين وخاصة العاطلين عن العمل بحي النور في القصيرين أدنى نسبياً من نظرائهم بالكبارية وتطاوين الشمالية.
  - معدلات مستوى حالة القلق بين العاطلين والعاملين شبه متساوية في تطاوين، ومقاربة مع نزوع إلى مستوى أرفع قليلاً لدى العاطلين في الكبارية.

لكن بحي النور في القصيرين، معدل مستوى حالة القلق أقل لدى العاطلين عن العمل مقارنة بالعاملين. ليس ذلك فقط، بل أن المعدل لدى العاطلين عن العمل يتموقع في الدرجة الضعيفة لمستوى حالة القلق وهي حالة فريدة بين مختلف المعدلات في هذا البحث. غير أنه يجدر تنسيب هاته النتيجة باعتبار أن المعدل يبقى محاذاً للحد الأقصى من الدرجة الضعيفة وهو خاصة أعلى من مستوى 40 نقطة الذي يعتبر حداً فاصلاً بين القلق الطبيعي والقلق المرضي.

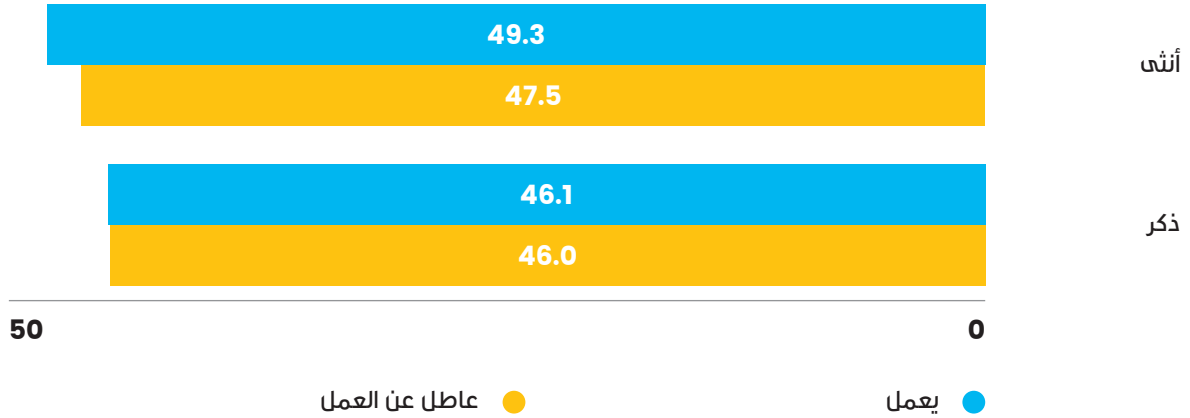
## رسم بياني 9: مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجهة



## • مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجنس

لدى الذكور، يُمكن اعتبار معدل مستوى حالة القلق متناسويا بين العاطلين عن العمل والعاملين، وهي معدلات أقل نسبيا مما هي لدى الإناث وخاصة العاملات منهن اللاتي لهن معدل أعلى قليلا من المعدل لدى العاطلات عن العمل.

### رسم بياني 10: مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجنس



## 4. النقاش

«أكثر ما يزعجني حقيقة، في فترة البطالة هو الضغط النفسي الذي يبتاني في كثير من الأحيان، والذي لا يمكنني إيجاد حلول له، (...)، وبالتالي التفكير في الوضعية التي أعيشها يجعلني أشعر بالاكئاب، أذ غالباً ما تتوتر أعصابي وأشعر بالقلق، وحتى أي أصبح عدوانياً مع الناس أحياناً، وهو شعور يفوق طاقة تحملي، مع العلم أي لم أكن هكذا أبداً».

شهادة عاطل عن العمل تونسي، يشكو معاناته النفسية في:  
(Remili, 2016, p.148)

### أهم المحاور المتعلقة بالقلق لدى الشباب في تونس: «مراوحة بين النظري والمستخلص من التجربة الجماعية (empirique)»:

إن الطبيعة المعقدة للقلق، سواء من ناحية تصنيفه «بالمفيد أو الضار»، أو «بالمؤقت أو «طويل المدى» أو كذلك من كيفية تقييمه من خلال تحديد النسبة التي تجعل منه «عادياً» أو «مرضياً»... أو بسبب تعدد مظاهره، أو بحكم ارتباطه الوثيق وتشابهه الكبير مع اضطرابات نفسية أخرى، يجعل منه موضوعاً شائكاً. بالتالي فإنه لا يمكن التطرق إلى موضوع القلق في جزئياته، لذلك سنقتصر على طرح البعض من جوانبه وذلك من خلال قراءات نفسية تتراوح بين ما هو نظري وما هو مستخلص من التجربة الجماعية أو «امبريقية» (empirique) وكذلك بين ما استخلصناه من نتائج محورية في البحث وما رصدناه في بحوث أخرى.

تجدد الإشارة في بداية مناقشة النتائج، وكذلك من قبيل التذكير، أن قياس القلق، لا يمكن تحديده وتحليله، بالوقوف على الأرقام والمعطيات الإحصائية فقط، بل يجب التمعن فيما تخفيه هذه الأرقام من عوامل مختلفة ومتعددة ومتشعبة في علاقتها ببعضها البعض، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الشخصية للفرد وتصورات، وكذلك البيئة والسياق الذي ينتمي إليه. فكل هذه العوامل، من شأنها أن تخفف أو تزيد من هذا المكوّن النفسي (القلق) وبالتالي تحديد ما إذا كانت وظيفته «طبيعية» أو «مرضية» (Rachman, 2003).



## • حالة القلق وسمة القلق: بين المعطيات الإحصائية ودلالاتها الميدانية في البحث

يجدر التذكير هنا، أنه عندما نشير إلى سمة القلق فإننا نعني بذلك تشخيصه كصفة ثابتة في شخصية الفرد وبالتالي شعوره بانفعالات وضيق على المدى الطويل. والأشخاص المتميزون بهذا النوع من القلق عادة ما يكون لديهم مستوى مرتفع لسمة القلق.

أما حالة القلق فهي بالأساس مجموعة من المشاعر والانفعالات الوجدانية المؤقتة، والتي تتجلى من خلال التوتر الجسدي والعصبي، ويكون هذا القلق متأثراً بالضغوط والتحديات الخارجية. على سبيل المثال، القيام بخطاب أمام مجموعة من الأفراد، يمكن أن يولد الشعور بالقلق نتيجة التوجس من الانتقاد ونظرة الناس التقييمية السلبية.

تعتبر حالة القلق مرتبطة بالشخصية وبالتالي بسمة القلق. وبوضوح (سبيلبرجر) في نفس المعنى أن الإنسان ذا سمة قلق مرتفعة، تكون لديه غالباً حالة قلق شديدة، ولكن حينما يكون الفرد أكثر صلابة في شخصيته، ويتكيف بطريقة فعالة مع التهديد الخارجي، تكون حالة القلق لديه معتدلة. كما أن الأفراد ذوي سمة قلق مرتفعة، غير معرضين دائماً لحالة القلق، وسيشعرون بالتالي بكثير من الهدوء في وضعيات الاسترخاء. (زيدنر و ماثيوس، 2016).

من هذا المنطلق، اخترنا التركيز على معدلات حالة القلق، مع الأخذ بعين الاعتبار معدلات سمة القلق المسجلة في هذا البحث. إذ توصلنا بالفعل، إلى استنتاج هام وهو أن معدل سمة القلق (49,87 نقطة) لدى الشباب المشاركين في البحث كان مرتفعاً قليلاً مقارنة بمعدل حالة القلق (47,65 نقطة). ويمكن تفسير ذلك، بحسب نظرية (سبيلبرجر)، بأن جزءاً من الشباب مرتفعي سمة القلق يُظهرون وقت الإجابة عن أسئلة المقياس، حالة قلق بدرجات أكثر انخفاضاً، وهو ما وجدناه في بحثنا. فأكثر من نصف الشباب مرتفعي سمة القلق، أظهروا وقت الإجابة عن أسئلة المقياس، حالة قلق بدرجات أكثر انخفاضاً: 7,7% فقط من شباب العينة أظهروا «حالة» قلق بدرجة مرتفعة (7,5%) أو مرتفعة جداً (0,2%)، مقابل 16,1% من نفس العينة أظهروا «سمة» قلق (مرتفعة: 13,7% ومرتفعة جداً: 2,4%).

وعلى هذا النحو، يمكن أن نستخلص أنهم، إما كانوا يشعرون بالاسترخاء في ذلك الوقت، أو أن لديهم قدرة كبيرة على التكيف والتأقلم مع المحيط، وبالتالي لم يكن لديهم استثارة سلبية أو شعور بالتوتر في السياق المكاني والزمني وقت إجابتهم عن أسئلة المقياس.

كما أنه من الضروري التذكير بأن معدلات المقياس بجزأيه (حالة وسمة)، تركزت في الدرجة المتوسطة، حسب طريقة الاحتمال المحددة بالمقياس، أي بين 46 و55 نقطة. على هذا الأساس، يُمكن القول أن القلق يمثل مشكلاً صحياً نفسياً يستوجب الانتباه له وإيلاءه الأهمية والعناية اللازمين، من خلال وضع إستراتيجيات وقائية وتحسيسية وعلاجية جادة وفعالة لدى الشباب بمختلف فئاته.

## علاقة القلق بالمتغيرات الاجتماعية-الديمغرافية:

### • الفروق العمرية وحالة القلق:

في نطاق تقييم علاقة متغير السن بالقلق لدى العاطلين عن العمل، يمكن أن ننتظر من الوهلة الأولى أن تكون درجة حالة القلق مرتفعة أكثر، لدى شباب الشريحة العمرية بين 25 و29 سنة، وذلك على أساس أن هذه الفئة، تكون قد أتمت الدراسة وبدأت في التخطيط والانشغال بالمستقبل، وبدأت مرحلة البحث عن الشغل والتي تعتبر صعبة وبالتالي، مصدراً للقلق والتوتر خاصة في ظل أزمة البطالة التي تشهدها البلاد.

لكن النتائج لا تتحو سوى نسبياً جداً في هذا الاتجاه، من خلال بلوغ نسبة المصنفين في درجة متوسطة من حالة القلق 64,3% من الشباب المنتمين لهذه الشريحة وهي النسبة الأرفع مقارنة بشريحتي الأعمار الأدنى، علماً وأن الدرجة المتوسطة تُعتبر مَرَضِيَّة. فبالمقابل نجد أن أهم نسبة من المصنفين ضمن الدرجة المرتفعة أو الدرجة المرتفعة جداً هي لدى الشريحة العمرية 18-19 سنة (11,7%) وهي نسبة، ولئن تبقى محدودة، تبلغ أكثر من ضعف النسبة المسجلة في صفوف الشريحة 25-29 سنة (5,3%). وتجدر الإشارة إلى أن هذه الاختلافات بين نتائج الشرائح العمرية لم تتبين لها، في مجملها، دلالات إحصائية.

ويمكن تفسير النسبة الأرفع من المصنفين ضمن الدرجة المرتفعة أو الدرجة المرتفعة جدا لدى الشريحة العمرية 18-19 سنة بما يسمى بالقلق «المعرفي/المدرسي»، وهو مرتبط بالقلق والتوتر من الامتحانات، والخوف من الرسوب واستباقية مخاطر الوقوع في أزمة البطالة...

#### • متغير الجنس وحالة القلق:

ان ربط القلق بأحد المتغيرات الاجتماعية-الديمغرافية، مثل الجنس وخاصة لدى العاطلين عن العمل من الشباب، يعتبر أمرا شائكا، لعدة اعتبارات.

كنا نتوقع أن نجد حالة قلق عالية لدى الإناث مقارنة بالذكور وخاصة منهن العاطلات عن العمل. وتستند فرضيتنا على بعض الدراسات العربية، بما في ذلك السياق التونسي، مثل الدراسة التي قام بها الباحث محمد علي بن زينة وزملاؤه الذين تناولوا درس ظاهرة البطالة بمنطقة غار الدماء بتونس، حيث بينت المعطيات الإحصائية أن، معدلات البطالة في هذه المنطقة تعتبر عالية جدا مقارنة بالنسب المسجلة على المستوى الوطني. إذ بلغت 25,64٪، أي ما يناهز ربع السكان الناشطين العاطلين عن العمل. وبحسب النوع الاجتماعي، فقد بلغت نسبة البطالة لدى الإناث 46,02٪، مقابل 21,00٪ لدى الذكور. (بن زينة وزملاؤه، 2018)

ويمكن القول أن بحثنا هذا ثبّت هذه الفرضية لكن بصفة غير كاملة، إذ بينت نتائجنا، أن معدل حالة القلق كان عموما أكثر ارتفاعا ولو نسبيا لدى الشبابات (48,6 نقطة) مقارنة بالشبان (46,8 نقطة)، لكن الارتفاع كان أوضح لدى الشبابات اللاتي يعملن (49,3 نقطة) مقارنة بالشبان الذين يعملون (46 نقطة) مما هي عليه بين الشبابات العاطلات عن العمل (47,5 نقطة) مقارنة بالشبان العاطلين عن العمل (46 نقطة). وهكذا في حين يتساوى معدلا الذين يعملون والعاطلين عن العمل لدى الشبان (46 نقطة)، ويغوق معدل اللاتي يعملن (49,3 نقطة) معدل العاطلات عن العمل (47,5 نقطة).

#### • متغير المستوى التعليمي وعلاقته بالقلق:

يقطع النظر عن النتائج الخاصة بالأميين المتميزين بعددهم المحدود في العينة والتي لا تتجاوز 9 من الشباب (صنف أحدهم في الدرجة المتوسطة من حالة القلق والبقية في الدرجة الضعيفة)، يُمكن الاستناد إلى وجود دلالة إحصائية لنتائج البحث حول تنوع المستوى التعليمي لدى الشباب ومدى ارتباطه بمستوى حالة القلق، اعتبار أن نسبة المصنفين ضمن درجة متوسطة لحالة القلق تمثل الأغلبية في مختلف المستويات التعليمية وتتطور في نفس اتجاه ارتفاع المستوى التعليمي للشباب وذلك تدريجيا من المستوى التعليمي الابتدائي (55,2٪) إلى المستوى التعليمي الإعدادي أو الثانوي (60,9٪) ثم بصفة أسرع وأكثر وضوحا وصولا إلى مستوى التعليم العالي (69,9٪).

في نفس الوقت، يثير الاهتمام ان تطور نسب حالة القلق في الاتجاه المعاكس لتطور المستوى التعليمي عندما يتعلق الأمر بالدرجات الأخرى من حالة القلق. ففي الدرجات الأعلى (المرتفعة أو المرتفعة جدا) تصبح النسب الأكبر، على محدوديتها، لدى الشباب ذوي المستوى الابتدائي (9٪) والإعدادي أو الثانوي (8,4٪) وأقل بوضوح لدى الشباب ذوي التعليم العالي (4,4٪). أما في الدرجات الأدنى (الضعيفة أو الضعيفة جدا)، فكان انخفاض النسب بوتيرة شبه قارة من المستوى التعليمي الابتدائي (35,8٪) فالإعدادي والثانوي (30,3٪) إلى العالي (25,7٪).

ويمكن تفسير هذا التباين في اتجاهات تطور النسب مقارنة بتطور المستوى التعليمي، بتنوع عوامل القلق وأسبابه بين فئة من مستوى تعليمي إلى أخرى من مستوى تعليمي مغاير لدى الشباب.

فبخصوص الشباب الذين لازالوا يدرسون أو في طور تكوين ولديهم مستوى تعليمي ابتدائي أو ثانوي فالقلق لديهم مرتبط أساسا بالخوف من الفشل في الاختبارات والرسوب وعدم مواصلة التعليم... وهو ما يسميه (زيدنر) بـ «قلق الاختبار» (Zeidner, 1998). ويعتبر هذا النوع من القلق «طبيعيا» بل محفزا بالنسبة للطالب (أو التلميذ) و يخلق فيه روح التنافس ومحاولة كسب التحديات في النجاح. ولكن، يقول هذا الباحث، عندما تتسم شخصية المتعلم بسمة القلق، فمن الطبيعي أن ترتفع لديه درجات حالة القلق.

وبالنسبة للشباب ذوي التعليم العالي، فيبلغ جلهم الدرجة المتوسطة من القلق لأنهم يعيشون نوعاً آخر من القلق، والذي يكون عادةً متعلقاً بالمخاوف من البطالة وعدم تحقيق طموحاتهم بعد كل العناء الذي تحملوه للوصول لذلك المستوى. ولعل ما نعيشه اليوم من خلال الاحتجاجات من قبل أصحاب الشهادات العليا، ما هو الامثال لما يعيشه هؤلاء الشباب من توتر وقلق وإحباط وخوف من مستقبل مجهول لا ينبئ بالتفاؤل. أما انخفاض نسب المصنفين منهم في درجة مرتفعة من مقياس حالة القلق، رغم ما يعيشونه، مقارنةً بنسب من هم أقل مستوى تعليمياً، فمردده أن هؤلاء الشباب قد بلغوا النضج الفكري والمعرفي الذي يجعلهم يسيطرون على هذا القلق. كما أنهم يتميزون باستراتيجيات دفاعية نفسية قوية وناجعة تجعلهم أكثر تكيفاً من الفئات الأخرى. وفي نفس هذا الاتجاه، فقد أثبتت دراسة (الريميلي)، بخصوص الاستراتيجيات الدفاعية لدى العاطلين عن العمل من ذوي أصحاب الشهادات العليا في علاقتهم بالانتحار، نفس هذه النتيجة، حيث أن هذه الفئة لا تلجأ عادةً للانتحار لأنها تحاول توظيف قلقها ومعاناتها النفسية بالجوء إلى وسائل واستراتيجيات عقلانية وموضوعية ومترنة، مما يخفف من حدة الاضطراب النفسي لديها. (Remili, 2016).

### • متغير التوزيع الجغرافي للشباب على مستوى الجهات الثلاثة وعلاقته بالقلق

شمل البحث عينات شبابية ممثلة لـ 3 مناطق من المحيط المباشر لمراكز 3 ولايات متنوعة على مستوى التوزيع الجغرافي: الكبارية إحدى المناطق الشعبية المهيكلة للعاصمة؛ حي النور أحد أكبر الأحياء الشعبية بمعتمدية القصرين الشمالية مركز ولاية القصرين الحدودية بالوسط الغربي للبلاد وإحدى أكثر الولايات فقراً؛ تطاوين الشمالية مركز ولاية تطاوين الواقعة في أقصى الجنوب وذات الخصوصية الحدودية خاصة من الجهة الشرقية.

كان من المنتظر لنا أن نجد مستويات قلق متقاربة بين المناطق الثلاثة، وإن كانت هناك اختلافات فسندرج أعلى المستويات في معتمدية تطاوين الشمالية المتميزة بمستوى بطالة أكثر ارتفاعاً، باعتبار أننا نفترض أن البطالة عامل حاسم في مستوى حالة القلق، وكذلك القصرين حيث يجتمع مستوى بطالة هام مع فقر شبه قياسي. واستندنا في انتظاراتنا على بحوث سابقة كانت قد تناولت بالدرس موضوع «الشباب المهمش» في بعض المناطق الداخلية والأحياء الشعبية التي تعاني التفاوت المجالي والاجتماعي وعدم توفر نفس الحظوظ في التعليم والتشغيل والتنمية (بن زينة وزملاؤه، 2018).

وخلافاً لما توقعناه، فقد بينت الدراسة أن أعلى مستوى لحالة القلق موجود لدى شباب الكبارية بالعاصمة (48,7 نقطة) فتطاوين (47,7 نقطة) ثم بعد ذلك القصرين (44,3 نقطة). وهذه النتائج تمثل إحدى أهم المخرجات غير المتوقعة بل المفاجئة خصوصاً وأن نسب درجات حالة القلق لدى شباب العينة في حي النور صنفت الأغلبية (بقطع النظر عن وضعهم الاقتصادي) في درجة حالة قلق ضعيفة أو ضعيفة جداً، وهي نتيجة فريدة في بحثنا باعتبار أن كافة النتائج الأخرى المتعلقة بتوزيع النسب حسب مختلف المتغيرات الاجتماعية أو الديمغرافية أو متغير النشاط الاقتصادي صنفت دائماً الأغلبية في درجة متوسطة لحالة القلق.

وبخصوص معدلات مستوى حالة القلق في كل منطقة لدى الشباب العاطل عن العمل من جهة والشباب الذي يعمل من جهة ثانية، أعطت نتائج البحث بالنسبة إلى شباب حي النور بالقصرين الشمالية معدلاً أكثر انخفاضاً لدى العاطلين عن العمل (43,8 نقطة) مقارنةً بالذين يعملون (45,7 نقطة). أما لدى شباب الكبارية فالمعدل أرفع عموماً مع نسبة تساوي بين العاطلين عن العمل (47,6 نقطة) والذين يعملون (47,7 نقطة)، في حين ينزع المعدل لدى شبان الكبارية من ولاية تونس إلى مستوى أكثر ارتفاعاً لدى العاطلين عن العمل (48,9 نقطة) مقارنةً بالذين يعملون (48,3 نقطة).

ويمكن أن نفسر هذه النتائج بفرضية أن البطالة قد أصبحت ظاهرة اجتماعية عامة ومزمنة ومستفحلة في مختلف الجهات التونسية رغم تباين نسبها، وأن اختلاف مستويات حالات القلق لدى الشباب بين المناطق نتيجة لتداخل أسباب وعوامل متعددة مع تجليات متنوعة في سلوك الأفراد والمجموعات.

ومما يدعم فرضيتنا مخرجات الدراسة التي أجرتها منظمة إنترناشونال ألرت International Alert تحت عنوان «شباب في الهوامش»: تملث المخاطر السياسية والدين، والتي تميزت بتقييم أهم المخاطر التي تهدد فئة الشباب في ثلاث مناطق (دوار هيشتر والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية).

وقد أفرزت النتائج أن البطالة أهم المخاطر التي تهدد هؤلاء الشباب في المناطق الثلاث مع اختلافات كمية بين شباب تطاوين الشمالية (62,4% منهم يعتبرونها أول خطر يهددهم)، في حين أنها كانت بنسبة متساوية (40%) كأول خطر يراه شباب كل من القصرين و دوار هيشر بحسب ما صرحوا به.

وإلى جانب البطالة توجد ظواهر أخرى وازنة في نسبة الشباب الذي يتمثلها كأول خطر يهددهم: يحتل الإدمان المرتبة الثانية في المخاطر التي تهدد الشباب حسب تصريحاتهم بنسبة 27,6% منهم في القصرين الشمالية، تليها دوار هيشر بمحيط العاصمة (26,1%)، ثم تطاوين الشمالية (18,4%).

ثم تأتي في المرتبة الثالثة مخاطر مختلفة حسب المناطق: خطر الإرهاب بالنسبة لشباب القصرين الشمالية (18,1%)، وخطر الإجرام بالنسبة لشباب دوار هيشر (14,2%)، وخطر الهجرة الغير نظامية «الحرقة» بالنسبة لشباب تطاوين الشمالية (12,4%) (منظمة إنترناشونال ألرت، 2020، ص. 23).

فعلى ضوء هذه المعطيات الإحصائية بخصوص المخاطر التي يشعر الشباب أنها تهددهم، يمكن القول أنها أصبحت عديدة وتمثل ظواهر اجتماعية منتشرة في عديد الجهات ببلادنا التونسية وحاضرة بقوة في تمثيلات شبابها. وبالرغم من أن البطالة تبقى أول خطر يهدد الشباب، باعتباره يخص أكبر نسبة من شباب مختلف المناطق ولو بتفاوت، فإن بقية المخاطر تمثل نسب هامة منهم وتهديدات واقعية من شأنها أن تعمق المخاوف و بالتالي ان تثير الشعور بالقلق أو تعمقه لدى هؤلاء الشباب، كل حسب خاصياته البيئية والاجتماعية والنفسية.

## العلاقة بين حالة القلق ومتغير النشاط الاقتصادي: الشباب العاطل عن العمل وبقية

### الفئات

ان شعور العاطل عن العمل بالخوف من المستقبل وعدم وضوح الرؤية في إمكانية إيجاد شغل، بغض النظر عن مهاراته ومستواه التعليمي وظروف عيشه، والبيئة التي ينتمي إليها، هو شعور يمتزج فيه، الخوف والقلق والمزاجية والتوجس مرورا ببعض فترات من الاكتئاب، بل وحتى الانتحار في أسوأ الحالات. وبالتالي يدخل العاطل عن العمل في سلسلة لا متناهية من الانفعالات النفسية متأثرا بين الحين والآخر، بعوامل خارجية تارة سلبية وتارة إيجابية.

حسب الدراسة الحالية، وبعد استخراج النتائج التي أفرزها مقياس (سبيلبرجر) المستخدم في هذا الغرض، اتضح بخلاف ما افترضنا في بداية الدراسة، أن نسبة القلق عند المجموعتين (العاطلين عن العمل/ غير العاطلين، العاملين)، لم تبين فوارق ذات دلالة إحصائية بينهما.

فلتحليل مستويات القلق التي أفرزها البحث المبني على مقياس سبيلبرجر لدى مختلف فئات الشباب من زاوية متغير النشاط الاقتصادي، يتحتم علينا، التعمق أكثر في خفايا هذه الأرقام والروابط التي تجمع بين القلق والمتغيرات المدروسة لدى الشباب العاطل عن العمل بصفته العينة المستهدفة بصفة أساسية بالبحث، ومقارنتها أيضا بالمجموعة الثانية والتي تضم أيضا فئة العاملين (أو المشتغلين)، وكذلك غيرهم من الفئات الأخرى: غير الناشطين ومن مازالوا في مرحلة الدراسة أو التكوين. وسنحاول هنا القاء الضوء على بعض خصائص هذه الفئات من الشباب، والتمعن في أسباب القلق لديها.

فبالرجوع إلى الفرضية الثانية التي حددناها في البداية، وهي أن فئة العاطلين عن العمل أكثر عرضة للقلق، مقارنة بغير العاطلين عن العمل، فإن النتائج لم تستطع إثباتها بل أنها أتت في اتجاه معاكس سواء في مستوى معدلات حالة القلق أو في مستوى نسب من أظهروا درجة متوسطة وخاصة المصنفة بالمرتفعة من حالة القلق. وهي تُعَدّ في حد ذاتها نتيجة هامة وجوهرية في هذا البحث. فان كانت المعاناة النفسية للعاطلين عن العمل معلومة ومؤكدة من خلال المراجع العلمية المتعددة، خاصة على المستوى العالمي، فالشباب الغير العاطل عن العمل أي المشتغل، وكذلك الفئات الأخرى، تعيش معاناة معيشية متعددة الأوجه وضغوطات نفسية متنوعة تدعو إلى الحيرة، وتبعث على «القلق».

وهنا يجدر التساؤل: كيف يمكن قراءة الخصائص التي تميز كل واحدة من هاته الفئات في علاقتها بالقلق؟

## • الشباب العاطل عن العمل:

من أهم مظاهر الاضطرابات النفسية التي يعاينها هؤلاء: القلق والتوتر جراء الخوف من مستقبل غامض ومجهول وكذلك العيش في تبعية مادية للعائلة، مما ينجر عنه فقدان الاستقرار العاطفي وبالتالي صعوبة تحصيل مسكن وتكوين أسرة. ونذكر هنا ما وضعه الكاتبان (Vandecasteele, & Lefebvre)، من خلال مقالهما تحت عنوان «من الهشاشة إلى كسر الروابط الاجتماعية: المنهج السريري للآثار النفسية الناتجة عن انعدام الأمن وعملية الاستبعاد الاجتماعي»، والذي قدم فيه الباحثان تحليلاً نفسياً حول المعاناة المنتشرة، لدى الأفراد الذين يقال أنهم «فقراء» أو «في حالة هشاشة» من الناحية الاجتماعية و المهنية مثل (العاطلين عن العمل لفترة طويلة، و الشباب الذين ليس لديهم مؤهلات مهنية... تجعلهم عرضة للمعاناة و خاصة في المواقف المحفوفة بالمخاطر أو في عملية الاستبعاد الاجتماعي، و بالتالي هم يستحقون الدعم والمتابعة النفسية والاجتماعية. ويضيف الباحثان أن هذه المعاناة، تختلف أشكالها السريرية وهي بالأساس ناتجة عن مشاكل اجتماعية متنوعة، مثل خسارة شغل أو عدم الحصول على عمل أو التعليم أو السكن، أو الترفيه أو المساعدة الاجتماعية أو هياكل الرعاية. وهذا ما يؤدي بالطبع ببعض الأفراد إلى عدم الاستقرار والذي يتكيف معه الأشخاص بطرق مختلفة حسب خصائصهم الفردية والنفسية (Vandecasteele & Lefebvre, 2006.p.138).

فالشعور بكل هذه الانفعالات النفسية والوجدانية التي غالباً ما تكون سلبية ومكبوتة لدى الشباب العاطلين عن العمل، تدفعهم إلى الوقوع في شبك الاحباط بعد ما أدركوا أنهم يعيشون في سراب فتتحول أحلامهم إلى كوابيس ولا يجدون مخرجاً من هذه المعاناة. ومثل هذه المعاناة من شأنها أن تدفع الشباب إلى سلوكيات محفوفة بالمخاطر مثل الإدمان أو العنف أو الانتحار أو الهجرة الغير نظامية.

في نفس هذا النطاق ولكن على المستوى العربي، كان قد ذكر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تقرير له في 2016 تحت عنوان «الشباب وافاق التنمية في واقع متغير»، أن ما يعترض الشباب في المنطقة العربية من صعوبات ومخاطر ومشاكل على جميع المستويات ينذر بالخطر ويجب التصدي له والوقاية منه. ومن أبرز الصعوبات التي أكد عليها، والتي تصدرت المحاور المدروسة، البطالة والصحة النفسية لدى الشباب. (تقرير التنمية الإنسانية العربية، 2016).

## • الشباب الغير عاطل عن العمل / الذي يعمل:

الشباب الذي يعمل هو أيضاً ليس بمنأى عن مستويات قلق هامة، بل إن بعض الشباب والشابات يعيشون وضعيات قلق قوية قد تصل إلى حالة مرضية عالية. وهذا بالفعل ما توصلت إليه نتائج بحثنا: معدل حالة القلق لدى الشباب الذي يعمل بلغ 47,1 نقطة وهو مستوى درجة متوسطة، وأغلب الشباب المشغول مهما كان مجال عملهم، أظهروا حالة قلق في درجة متوسطة بل حتى مرتفعة لـ 10% منهم (وهي نسبة أعلى من النسبة العامة المسجلة لدى فُجمل المجموعة الثانية من العينة. وضعف النسبة المسجلة لدى العاطلين عن العمل).

وعديدة هي الدراسات التي اهتمت بموضوع المخاطر النفسية والاجتماعية في العمل. وقد أفادت هذه الدراسات أن تنوع المخاطر النفسية والاجتماعية في العمل يمكن أن يؤثر على الصحة الجسدية والعقلية للمشتغلين بمختلف أصنافهم، خاصة عندما يكون التعرض لهذه المخاطر بصفة متواترة. إذ من خلال العديد من الدراسات التي قامت بها إدارة البحوث والدراسات والإحصاء في فرنسا (Dares)<sup>29</sup> في عام 2010، توصلت إلى تحديد مجموعة من العوامل المندرجة ضمن هذه «المخاطر النفسية الاجتماعية»، والتي يتعرض لها العاملون بنسب متفاوتة، بحسب مجالات العمل وطبيعة الخدمات المقدمة والتي تختلف أيضاً حسب الجنس. وقد أثبتت أن نسبة كبيرة من العاملين يشعرون بالخوف في العمل من خلال الخوف من الحوادث المهنية أو من خلال أنواع العنف المسلط عليهم والتي يعيشها بصفة مرتفعة فئة الشباب وخاصة الذكور. إذ تمثل هذه المخاوف «عبء عاطفياً» غالباً ما يتم كبته أو محاولة ضبطه من قبل العاملين. كما قدمت هذه البحوث، جملة من العوامل التي من شأنها أن تتسبب في تفاقم هذه المخاطر مثل طبيعة العلاقات المهنية التي تفتقر للتفاهم والتأثر بين العاملين فيما بينهم، أو مع رؤساء العمل وكذلك سوء التنظيم وتسيير العمل من قِبل المسؤولين... إلخ (Coutrot & Mermilliod, 2010).

29 قسم إدارة البحوث والدراسات والإحصاء (Dares) هو إدارة عامة فرنسية مركزية تابعة لوزارة العمل. ينتج تحليلات ودراسات وإحصاءات حول مواضيع العمل والتوظيف والتدريب المهني والحوار الاجتماعي.

وأثبتت دراسة أخرى في السياق التونسي، أن مناخ العمل السلبي، وظروف العمل القاسية، والنقص في الموارد المادية من شأنها أن تؤدي إلى مشاكل صحية جسدية ونفسية لدى العاملين، تجرّمهم للتغيب عن العمل واستهلاك مواد الإدمان أو الكحول. والمكوث في مثل هذه الأوضاع لفترة مهنية طويلة من شأنه أن يؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للعامل بما في ذلك اضطراب القلق، والاكتئاب وهشاشة تقدير الذات. كما أن فئة العاملين من الشباب تعاني ضغوطات متعددة: في الشغل، ومسؤوليات الأسرة، والضغط الذي يسببه ضيق الوقت (Remili, 2019).

وفي نفس هذا السياق، ومن خلال دراسة أجرتها المنظمة العالمية للصحة مؤخرا، بينت أن اضطرابات الاكتئاب والقلق، هي الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا، والتي تؤثر على قدرتنا على العمل والإنتاج. (المنظمة العالمية للصحة، 2017).

### • الشباب الذي يدرس أو في طور التكوين:

كثيرا ما نتصور أن الشاب الذي يدرس، هو فرد لم يدخل بعد في معترك الحياة ولم يواجه بعد، ممن هم في طور تكوين مهني أو حتى إصابة بعضهم بالاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

والنتائج التي توصلنا إليها في بحثنا هذا تؤكد ما أثبت في العديد من البحوث حول هذا الموضوع، من مجانية مثل هذه التصورات للضوابط. وقد تعمق الاهتمام بالأمر حتى أن بعض التيارات النفسية، من وجهة نظر علم نفس النمو، تُصنّف نوع القلق لدى هؤلاء الشباب «بالقلق الاختبار» والذي وان كان طبيعيا في العديد من الأحيان، بل مطلوبا، ويمكن اعتباره كحافز ومصدر ضروري لتعزيز روح المنافسة الإيجابية بين المتعلمين، إلا أنه كثيرا ما يتحول إلى اضطراب نفسي ويصبح مَرَضيا، ويؤثر بالتالي على الأداء المعرفي والسلوكي للفرد. ويقول زيدنر وماتثيوس (Zeidner & Matthews) في هذا المعنى، أنه عندما تتسم شخصية الطالب بارتفاع في سمة القلق، غالبا ما ترتفع درجات القلق لدى الطلبة الذين يعانون من هذا النوع من القلق. (زيدنر وماتثيوس، 2016).

### • الشباب الغير الناشط:

هذه الشريحة من الشباب، والتي كانت لديها في هذا البحث النسبة الأعلى من الدرجة المتوسطة والنسبة الأدنى من الدرجة الضعيفة لحالة القلق، كثيرا ما تثير استغراب المجتمع وتساؤلاتهم حول مواقف وسلوك المنتمين إليها. ولمحاولة فهم وتحليل حالة القلق لديهم، يجدر في هذا الصدد التعريف بما هو مفصود بالشباب «الغير الناشط»؟

يجيبنا على هذا السؤال، الباحث في علم الاجتماع، م.ع. بن زينة زملاؤه. (2018)، من خلال ما شرّحه في هذا الموضوع قائلين، أن الشباب الغير الناشط هم أفراد «يتميزون بالعزلة والبغاء خارج دائرة التعليم والتكوين والعمل». ويستنون في تعريفهم هذا على نظرية «روبير كينغ ميرتون» (1965)، والذي أبرز فيها وضعيات «الانوميا» الناتجة من عدم تمكن الافراد من تحقيق الأهداف المحددة لهم من قبل المجتمع وعدم توفير الوسائل لديهم، مما ينتج عن ذلك «أنماط وظيفية» تتمحور حول خمسة أنواع من السلوك. ومن بين هذه السلوكيات، نذكر، «الانسحاب» الذي يمكن أن ينطبق في تعريفه على جزء من فئة الشباب الغير الناشطين. إذ يتمثل هذا السلوك في أن «تتخلى الافراد عن الأهداف، ويعزفون كذلك من خلاله عن الوسائل. ويؤدي ذلك إلى حالة من الجمود عن الفعل الاجتماعي». (بن زينة و زملاؤه، 2018).

وكأنّ هؤلاء الشباب، يمرون بمرحلة نشئت في التفكير والفعل، وسلوك «الانسحاب» لديهم، يخفي حالة نفسية أعمق مما تبدو عليه. فحالة العزوف والانعزال والجمود، توحى بنفسية مضطربة وتصف حالة نشئت وضياح. فعدم البحث عن العمل وعن التعليم، وربما عن مستقبل، يخفي في الأصل رحلة بحث عن الذات وعن الهوية الاجتماعية، وعيش الحاضر دون المبالاة بالمستقبل. ويمكن اعتبار هذا السلوك من وجهة نظرنا كاستراتيجية دفاعية شبيهة باستراتيجية «الهروب» كردة فعل وان كانت غير فعالة وغير مجدية، والتي ترمي من خلالها ولو بصفة لا واعية، إلى محاولة التأقلم مع الواقع الذي تعيشه. فمن الضروري إذن التنبه لهذه الفئة الهشة على جميع الأصعدة.

في حوصلة الأمر، يمكن الجزم أن القلق أصبح مكونا نفسيا متواترا في شعور الشباب والشابات وانفعالاتهم وسلوكياتهم، وأن مختلف وضعياتهم وأنشطتهم الاقتصادية (يعمل/مشتغل، أو عاطلا عن العمل، أو يدرس أو يكون، أو حتى غير ناشط) أضحت حاملة لعوامل دافعة للقلق والتخوف، تماما مثلما أنه لم تبق أوساط الشباب والشباب على حد شبه سواء في منأى

عن مستويات عالية للقلق المؤقت أو المستدام. وربما كان تطوير اكتساب استراتيجيات دفاع نفسي بفعل التجربة الفردية والجماعية الآلية الناجعة وربما الوحيدة في درء تطورات نفسية أكثر خطرا وأعماق أثرا سلبيًا، في ظل غياب سياسات عمومية تتصدى لما آلت إليه مستويات القلق لدى الشباب وقاية وعلاجًا.

## الخاتمة

يمثل بلوغ القلق لدى الشباب مستويات جد عالية ناقوس خطر جدي للمسؤولين والفاعلين المعنيين، باعتبار القلق مؤشرا وجيها للصحة النفسية، وأن هاته المستويات ترتبط لامحالة بتطور للاضطرابات والأمراض النفسية من جهة ولعديد الظواهر الاجتماعية المزعجة من جهة أخرى، وهي نتيجة عوامل اجتماعية واقتصادية متداخلة.

ومن أبرز ما تستوجبه هاته الوضعية أن تصبح الصحة النفسية بصفة عامة ولدى الشباب بصفة خاصة فعلا من بين الأولويات الرئيسية في مجال السياسات الصحية ليس فقط في مستوى وزارة الصحة بل في كل القطاعات المتداخلة والمعنية سواء في مستوى معالجة الأسباب أو النتائج، شأنها شأن الأولويات الصحية الأخرى، (كالأمراض المستتجة والأمراض المزمنة وغيرها...).

فعلنى ضوء ما أفرزته نتائج بحثنا هذا حول مستويات القلق لدى الشباب في إطار الدراسة المجراة من إنترناشونال ألرت تونس حول موضوع الصحة النفسية لدى الشباب في ثلاث مناطق في تونس، واستنادا على المراجع العلمية في تونس والخارج، توصلنا الى جملة من الاستنتاجات الهامة والتي نأمل أن تكون مساهمة متميزة في مجال التعمق أكثر في البحوث التي تهتم بالصحة النفسية لدى جميع أفراد المجتمع وخاصة الشباب.

وأهم الاستنتاجات أن ارتفاع مستوى القلق لدى الشباب، لم يعد خاصا بأقلية منهم أو بالمنتهمين إلى جهة معينة، أو بأصحاب وضعية اجتماعية أو اقتصادية محددة أو بشريحة عمرية أو مستوى تعليمي ما.

فإذا كان البحث أفضى عكس المتوقع إلى غياب ارتفاع ذي دلالة لمعدل مستوى القلق لدى العاطلين عن العمل مقارنة ببقية فئات الشباب من مشغولين ودارسين وغير نشيطين، فإن ذلك يعود إلى ارتفاع المعدل لدى هاته الفئات إلى مستوى يضاهاى أو يفوق المعدل المسجل لدى العاطلين عن العمل. فالمعدل العام لحالة القلق والمعدلات الخاصة بالعاطلين ومجموع بقية الفئات أو المشغولين لوحدهم أصبحت كلها متقاربة نسبيا مع بعض الفوارق ذات الدلالة أحيانا، ولكنها في مستوى الدرجة المتوسطة وهي درجة فوق الحد الفاصل المبدئي بين القلق الطبيعي والقلق المرّضي المقدر بـ 40 نقطة من مقياس سيبيلجر (Spielberger).

كما أن التوزيع حسب درجات حالة القلق، بين أن الأغلبية تتموقع في مستوى الدرجة المتوسطة من حالة القلق، وتتنطبق هاته النتيجة ليس فقط على العينة بمجملها بل في كل شريحة عمرية ولدى الجنسين ولدى العاطلين عن العمل والمشغولين وبقية فئات النشاط الاقتصادي ولدى أصحاب مختلف المستويات التعليمية من الابتدائي إلى العالي.

وحتى على مستوى المناطق، فإن انفراد حي النور بالفصرين الشمالية بأغلبية في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جدا فإن معدل مستوى حالة القلق لدى المنتهمين إليه من شباب العينة يفوق 45 نقطة أي أنه في مستوى الدرجة المتوسطة. كما أن المعدل الخاص بالعاطلين عن العمل من عينة الشباب المنتهمين إلى هذا الحي، وهو الأدنى بين كل المعدلات في مخرجات البحث.

كما اتضح من خلال البحث وجود نسبة هامة من الشباب بلغت 16,1% من مجموع العينة، «يتّسمون» بدرجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من القلق، أي من الذين لديهم درجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من القلق كـ «سِمة»، أي كصفة ثابتة تُشعرهم بانفعالات وضيق على المدى الطويل. ورغم أن البحث نحا في اتجاه أن هاته الصفة لا تتجلى بالضرورة في كل الأوقات من خلال انخفاض نسبة المتميزين بدرجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من القلق كحالة إلى 7,7% فحسب من العينة، فإن هذا يعود أساسا إلى استراتيجيات دفاع نفسي اكتسبها العديد من الشبان والشابات وبالأخص من المنتهمين والمنتهميات إلى شرائح عمرية أو مستويات تعليمية متقدمة أو إلى العاطلين والعاطلات عن العمل، كما يمكن أن يكون في علاقة ببعض الخصوصيات



«السلوكية» النفسية لدى عدد من غير الناشطين وغير الناشطات. وبالمقابل فإن نسبة هامة من فئات أخرى من الشباب تبقى متميزة بدرجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من حالة القلق، ويتعلق الأمر خاصة بالذين يدرسون أو يتكفون (14,8%). وكذلك المُشْتَغَلِينَ (10%) أو مَنْ تَقِلُّ أعمارهم عن 20 سنة (14,8%) وبالأخص على ما يبدو بالمنتسبين إلى الأحياء الشعبية المحيطة بالعاصمة (17,1%).

أما بخصوص متغير الجنس فتشير نتائج البحث إلى تقارب في المعطيات المرقمة مع بقاء بعض الفوارق في اتجاه معدلات أرفع قليلا لدى الشباب ونسب أكبر من المصنّفات منهن ضمن الدرجة المتوسطة من حالة القلق مقارنة مع نسبة المصنّفين ضمنها، لكن مع تساوي نسب المصنّفين والمصنّفات ضمن الدرجة المرتفعة أو المرتفعة جدا في مقياس حالة القلق.

وفي الختام يمكن القول أن الصحة النفسية للشباب في «خطر» وأن الوضعية تستوجب بالنالي الانتباه لهذه المعطيات الاحصائية واعتبارها إشارة إنذار وطرح موضوع الاضطرابات النفسية، ضمن أولويات البرامج العلاجية والوقائية للصحة العامة وكذلك أفرادها باستراتيجيات مكثفة تحد من تطورها وتخفف من مخلفاتها السلبية على صحة الشباب وتتصدى لأسبابها ودوافعها العميقة.

### مميزات الدراسة ومحدوديتها والتطلع إلى آفاق جديدة...

من المهم التذكير بمميزات هذا البحث والذي تناول موضوع القلق وأعطاه أولوية خاصة، دون مزجه باضطرابات وأعراض نفسية أخرى مثل: الاكتئاب والضغط ما بعد الصدمة وتغير المزاج الخ...، أو ربطه بصفة أفقية بأمراض مزمنة أو جسدية. وان كانت هذه المواضيع جميعها هامة ولكن مقاربتها باتباع منهج أحادي البعد، والذي غالبا ما يكون كإكلينيكي بحثا، يجعلها محدودة في بعض جوانبها. كما يعتبر هذا البحث مميّزا، من عديد النواحي: مثل حجم العينة المدروسة والتي تعتبر عينة ممثلة للفئة المستهدفة. كما أن توجه القائمين على الدراسة لاختيار فئة الشباب بصفة عامة مع التركيز على الشباب العاطل عن العمل بصفة خاصة في هذا البحث، كان ذا قيمة مضافة أكيدة لاعتبارات أوضحناها في هذه الورقة مع أن أغلبها معلوم لدى أوسع المعنيين بالموضوع.

## Références

Coutrot T., & Mermilliod C., *Les Risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*, DARES, décembre 2010, N° 081.

Freud, S. (1949). *Introductory lectures on psychoanalysis*. London, England: Allen& Unwin Ltd.

Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C., Poirier, L., Chevalier, S. (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais, Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Direction de santé publique de Montréal-Centre.

Folk, J. (2020) What causes anxiety? Repéré à : <https://web.archive.org/web/20200516152739/https://www.anxietycentre.com/anxiety/what-causes-anxiety.shtml> (Le 5/12/2021).

Lamloum, O., & Ben Zina, M.A.(Dir), (2015). *Les jeunes de Douar Hicher et d'Ettadhamen*, Tunis : Arabesques.

Langevin V., et al, (2012). Inventaire d'anxiété état-trait forme Y. Dans Risques psychosociaux : outil d'évaluation. *Références en santé au travail*, N° 131, Septembre 2012, p. 161-164

Plante, M.-C. (1984). La santé mentale des jeunes et le chômage. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 17–25. Repéré à : <https://doi.org/10.7202/030234ar>

Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L.-R. & Fournier, L. (2004). Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique ? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 61–72. <https://doi.org/10.7202/008820ar>

Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Remili, D., (2016). *Le suicide par auto-immolation chez les chômeurs Tunisiens : « Quand le désir de vivre l'emporte sur le désir de vivre. »*. Tunis : Arabesques.

Remili, D., (2019). Violences et souffrances en milieu hospitalier : Le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis. Thèse de doctorat en psychologie, Repéré à : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02145980/document>

Vandecasteele, I. & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 137–162. <https://doi.org/10.3917/cpc.026.0137>

Zeidner, M. (1998). *Test anxiety, the state of the art*. New York : Plenum Press.

## المراجع العربية

بن زينة، محمد علي وآخرون. (2018). في سوسيوولوجيا الهوامش في تونس: دراسات في المناطق الحدودية والاحياء الشعبية. تونس: دار محمد علي الحامي للنشر.

حنان عبد الحميد العناني. (2005). الصحة النفسية. (عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع).

منظمة انتارناسيونال ألرت. (2020). تحت اشراف محمد علي بن زينة، ألفة لموم ومريم عبد الباقي. اصدار انتارناسيونال ألرت. <https://www.international-alert.org/wp-content/uploads/2021/09/Tunisia-Youth-Perceptions-Religion-Politics-Ed2-AR-2020.pdf>

موشي زيدنر وجيرالد ماثيوس. (2016). القلق. ترجمة معتز سيد عبد الله والحسين محمد عبد المنعم (2016). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. العنوان الاصلي للكتاب:

Zeidner, M., & Matthews, G. (2011). *L'anxiété*. New York, New York 10036: Springer publishing company LLC.

تقرير التنمية الإنسانية العربية (2016). أفاق التنمية الإنسانية. صادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: المكتب الإقليمي للدول العربية.

1UN plaza, New York, New York, 10017, USA.

<https://www.knowledge4all.com/admin/Temp/Files/e0d1b9bc-d65c-43ca-826e-4409cc8d426b.pdf>

منظمة الصحة العالمية. (2017). اليوم العالمي للصحة النفسية: خلق مكان داعم للصحة النفسية. صادر عن المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

<http://www.emro.who.int/ar/media/news/world-mental-health-day-create-a-mental-health-supporting-workplace.html>

# نتائج الدراسة الميدانية حول الصحة النفسية للشباب والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية

مريم عبد الباقي

رامي عبد المولى  
محمد علي بن زينة

ألقة لموم  
جوهر مزيد

## تقديم

أولت منظمة إنترناشونال ألرت منذ بداية نشاطها في تونس أهمية مركزية لمسألة التفاوت الاقتصادي والاجتماعي والمناطق الذي عمقته سياسات التقشف وتراجع الدور الاجتماعي للدولة وسعت عبر عديد الدراسات الميدانية الكمية والنوعية التي انجزتها الى تفكيك تجلياته وتحليل سيروراته واستقراء وقعه على سكان الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية.

ومن بين الفئات التي تحظى باهتمام خاص من قبل منظماتنا هم الشباب في الهوامش الحضرية وشبة الحضرية وذلك لاعتبارات عديدة أهمها الوزن الديموغرافي لهذه الفئة. اذ يفوق عدد من تتراوح أعمارهم ما بين 15 و29 سنة المليونين ونصف المليون حسب تقديرات المعهد الوطني للإحصاء أي ما يمثل كتلة تقارب ربع اجمالي السكان. اما السبب الثاني فيحيل الى الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للشباب الذي يشكل أحد اهم ضحايا هذا التهميش إن من حيث نسب البطالة والعطوبه التي يعاني منها او انسداد آفاق الارتقاء الاجتماعي امامه او تعرضه لجملة من المخاطر التي تهدده جسديا ونفسيا: العنف، الإدمان، الفراغ، الانقطاع المبكر عن الدراسة، التحرش الجنسي، الخ.

عدة مشاريع بحثية ووثائقية خصصتها إنترناشونال ألرت - تونس لاستطلاع مسارات الشباب الاجتماعية وتمثلاته للمخاطر المحيطة به وتقييمه للتعليم والخدمات الصحية وتعامله مع السلوكيات المحفوفة بالمخاطر. واستكمالا لهذا الجهد البحثي اخترنا في هذه المرة أن نخصص دراسة ميدانية لواحده من المسائل التي لا تلقى الاهتمام التي تستحقه في الكتابات والأدبيات المخصصة للشباب الا وهو موضوع الصحة، خاصة في شقها النفسي. وما يضيفي قيمة كبيرة على هذا العمل انه أول دراسة ميدانية كمية حول الصحة النفسية للشباب في تونس تشمل ثلاث مناطق في نفس الوقت.

تقوم هذه الدراسة على استمارة ساهم في صياغتها فريق من الباحثين واعتمدت على أربعة محاور رئيسية.

يتعلق المحور الأول بالمحيط الاقتصادي-الاجتماعي للشباب حيث تتقصى الاستمارة الخلفية العائلية للمستجوبين ومستواهم الدراسي العام وتوزعهم على الفئات المهنية-الاقتصادية، وكذلك تحديد أنواع الأنشطة التي يمارسونها خارج أوقات العمل والدراسة، ودراسة مدى رغبتهم في الهجرة.

خصصنا المحور الثاني من الاستمارة لمسألة تمثلات الشباب لصحتهم العامة. تطرقنا في البداية إلى تصور المستجوبين لحالتهم الصحية الجسدية وحاولنا تبين مدى انتشار الأمراض المزمنة عند أفراد العينة ووتيرة ترددهم على هياكل الصحة العمومية، ولم ننس طبيعة الحال آثار الأزمة الوبائية الراهنة ثم ركزنا بشكل كبير على الصحة النفسية للشباب مساهمة منا في ملاء الفراغ الكبير المتعلق بدراسة هذه المسألة، وذلك عبر تحليل إدراك الشباب المستجوبين للمشاكل والأمراض النفسية وتقصي مدى تعرضهم لها وكيفية تعاملهم معها وتقييم معارفهم في مختلف جوانب الاضطرابات/المشاكل/الصعوبات النفسية.

أما المحور الثالث فيعالج مسألة استهلاك المخدرات والادمان عليها ويستطلع تمثلات الشباب للعقوبات القانونية لاستهلاك ويستقصي معرفتهم للحلول التي قد تساعدهم في معالجة الإدمان وامكانياتهم في الولوج إليها.

يعنى المحور الرابع والأخير بظاهرة العنف فيبحث في مختلف أشكال العنف التي يتعرض لها الشباب باعتبار متغيرات الجنس والسن والمستوى الدراسي ويستقرئ الفضاءات التي يمارس فيها هذا العنف كما أيضا تمثلات الشباب لمشروعية العنف الممارس ضد النساء والأطفال.

شملت عينة هذه الدراسة 1265 شابا وشابة تتراوح أعمارهم ما بين 18 و29 سنة موزعين بشكل شبه متساو على ثلاث مناطق من ثلاثة أقاليم مختلفة هي الكبارية (ولاية تونس) والقصرين الشمالية (ولاية القصرين، الوسط الغربي) وتطاوين الشمالية (ولاية تطاوين، الجنوب الشرقي). اختيرت المناطق التي أجريت فيها الدراسة لم يكن عشوائيا بل انطلاقا من تشابه الملامح الاقتصادية-الاجتماعية لهذه المناطق -التي تفصلها عن بعضها البعض مئات الكيلومترات وتتفاوت درجة بعدها عن المركز السياسي للبلاد من بضع كيلومترات إلى مئات الكيلومترات- من حيث التهميش والعطوبة وارتفاع نسب البطالة وانسداد الآفاق وتردي البنى التحتية، الخ.

ووعيا من فريق البحث بأن الشباب ليس كتلة متجانسة تماما وان هناك فروقات هامة تحدها عدة عوامل منها المسارات الخاصة وكذلك الظروف الاقتصادية-الاجتماعية والعلائقية والتربوية اعتمدنا عند جمع وفرز نتائج الاستجواب وتحليلها حسب أربع متغيرات (Variables de contrôle) : الجنس والفئة العمرية والمستوى الدراسي والنشاط الاقتصادي.

بعد صياغة الاستمارة واختبارها على عينة صغيرة وقبل الشروع في الإنجاز الميداني للدراسة، أشرف فريق من الخبراء على ورشات تكوين وتدريب للباحثين الميدانيين الشباب في تقنيات تعميم الاستمارات باستعمال الحواسيب اللوحية (tablettes). كما تم تكوين فريق من المشرفين لمراقبة ودعم الباحثين الميدانيين الذين توزعوا على مجموعات صغيرة تتناسب في تركيبها مع الخارطة الديمغرافية لكل منطقة بغية تغطيتها بشكل كامل. وسعيا منه إلى ضمان جودة ومصداقية عملية جمع البيانات راقب فريق الباحثين المشرفين على الدراسة عملية تعميم الاستمارات بشكل حيني عبر الانترنت.

وقد شارك 21 باحثا ميدانيا في جمع المعلومات الميدانية في الفترة الممتدة من 24 سبتمبر إلى 08 أكتوبر 2021.

ثم قام فريق البحث باحتساب، وترتيب ومراجعة النتائج وتحليلها.

## 1. خصائص العينة وتوزيعها حسب المتغيرات الأساسية الممثلة لشباب المناطق الثلاثة (متغيرات المراقبة)

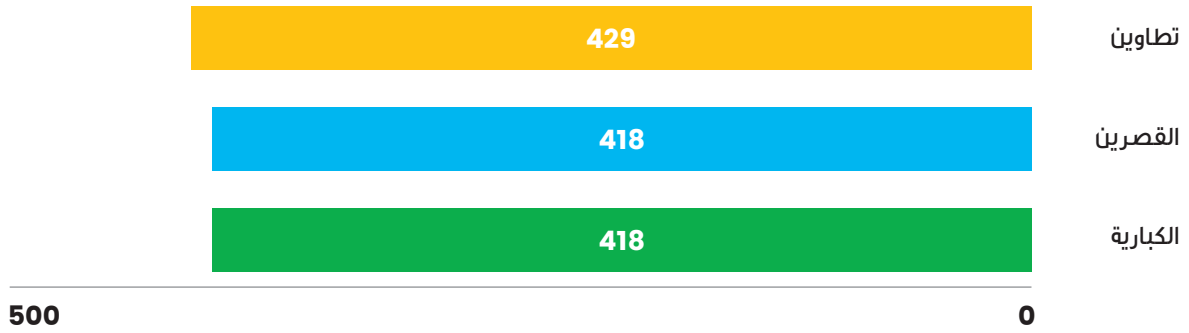
أجريت الدراسة في ثلاث مناطق: تطاوين الشمالية من ولاية تطاوين الواقعة أقصى جنوب البلاد، وحي النور بمعتمدية القصرين الشمالية من ولاية القصرين الواقعة في الوسط الغربي للبلاد على الحدود مع الجزائر، والكبارية أحد الأحياء الشعبية لولاية تونس عاصمة البلاد الواقعة في الشمال على الساحل الشرقي.

وقعت برمجة عينة تشمل 1224 شابا سنهم بين 18 و 29 سنة، بالتساوي بين 3 عينات فرعية تغطي المناطق الثلاثة، يقع اختيارها حسب طريقة الحصص النسبية أو «الكوتا» (quota) بتوزيع خاص ومحدد لكل عينة في كل منطقة حسب أربع متغيرات أخرى هي: الجنس، الشريحة العمرية، المستوى التعليمي والنشاط الاقتصادي، حتى تكون كل عينة فرعية ممثلة لشباب المنطقة حسب هاته الخصائص، اعتمادا على نتائج آخر تعداد عام للسكان والمسكن (سنة 2014).

في الواقع لاعتبارات ميدانية، شملت الدراسة 1265 شابا وشابة، مع توزيع حسب المتغيرات الخمسة لا يختلف بصفة دالة عما وقعت برمجته.

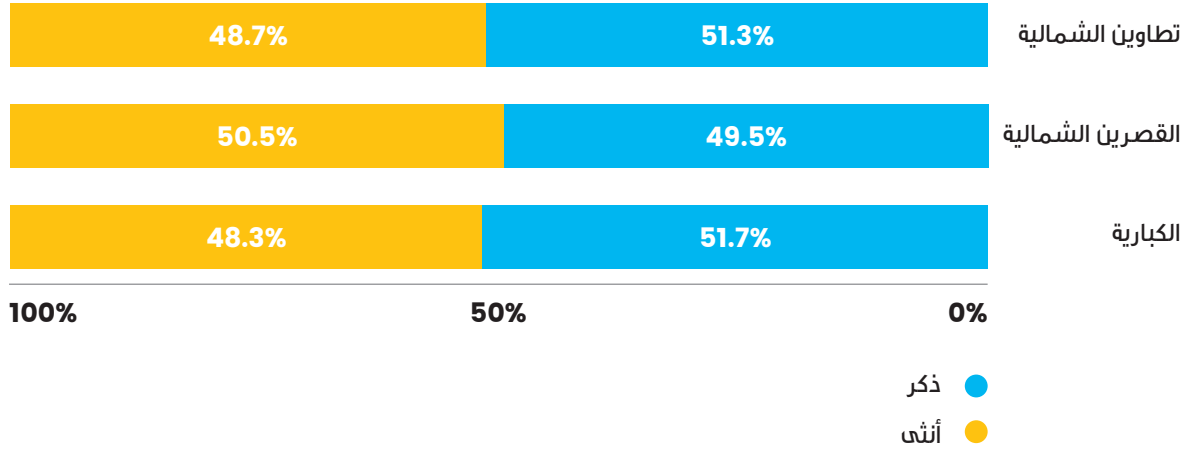
### 1.1 توزيع العينة حسب المنطقة

الترفيف قليلا في حجم العينة النهائي حتى يتم مسح كامل الفئات المعنية أدى إلى تفاوت طفيف جدا في حجم عينة شباب تطاوين مع عيني شباب المنطقتين الأخرين



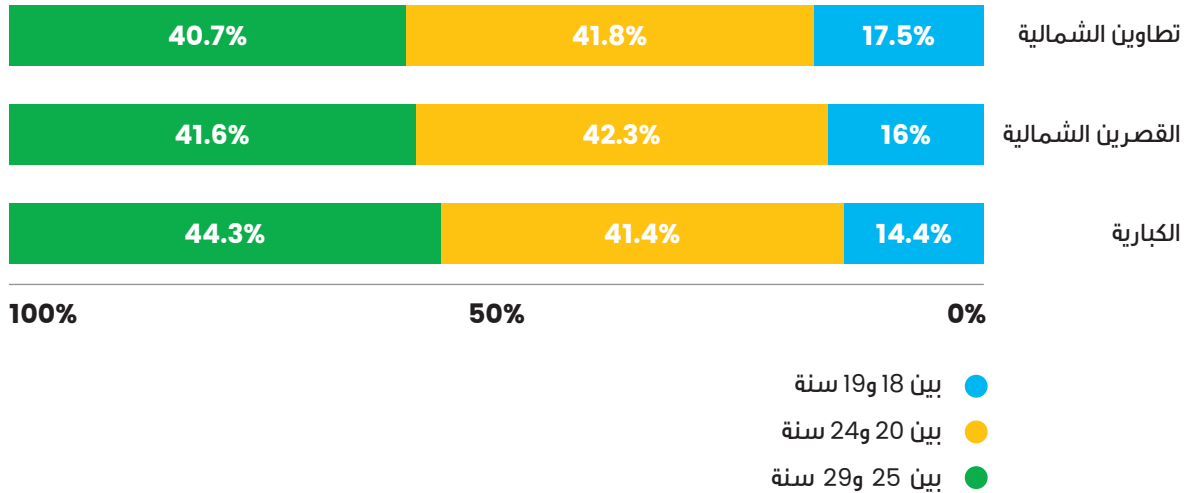
## 2.1 توزيع العينة حسب الجنس (والمنطقة)

فيما يخص متغير الجنس، كانت العينات الفعلية قريبة جدا مما هو مبرمج مع فارق محدود بالنسبة إلى عينة تطاوين التي كان من المفترض أن تكون فيما نسبة الإناث 50,2٪



## 3.1 توزيع العينة حسب السن (والمنطقة)

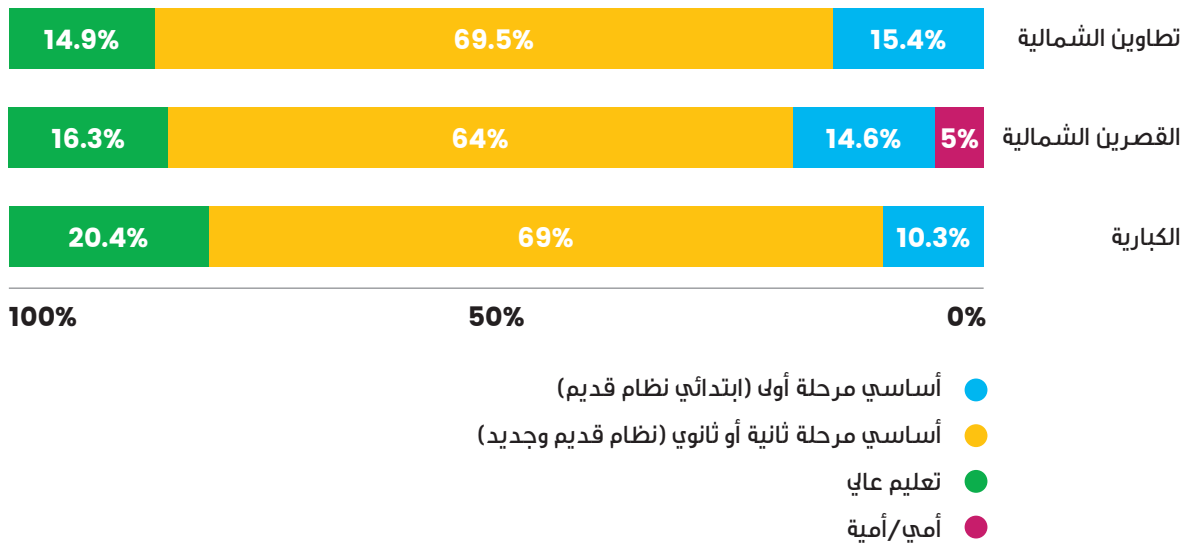
تتوزع العينة على ثلاث فئات عمرية بمستويات متناسبة مع خاصيات المجتمعات الاصلية في كل منطقة. طبعا فئة 18-19 سنة هي الأضعف حضورا بنسب تقل عن 20 ٪ نظرا لأنها تشمل سنتين فقط، فيما تتقارب نسب فئتي 20-24 و25-29 سنة بشكل كبير سواء في نفس المنطقة أو مقارنة بين المناطق الثلاث.



## 4.1 توزيع العينة حسب المستوى التعليمي (والمنطقة)

يبين توزيع العينة حسب المستوى التعليمي تقاربا كبيرا في النسب مع المجتمعات الاصلية في كل منطقة، باستثناء الحصول على نسب أميين أقل من حوالي 3 ٪ المطلوبة في كل من الكلابية وتطاوين.

التوزيع بين المناطق يثبت التقارب الكبير في «المنطقة الوسطى» مع تفاوتات ذات دلالة في «الأطراف». إذ يبلغ مستوى تعليم حوالي ثلثي افراد العينة مرحلة الاعدادي (المرحلة الثانية من التعليم الأساسي) والثانوي. تبدو الكبارية كأكثر منطقة محظوظة تعليميا فنسبة الذين لم يتجاوزوا المرحلة الابتدائية لا تفوق 10 ٪ في حين ان الذين وصلوا إلى مرحلة التعليم العالي يمثلون خمس العينة. هذه النسب منطقية نظرا لموقع حي الكبارية: وسط مديني تتوفر فيه المدارس والمعاهد القريبة نسبيا من السكان، ومناخ للعاصمة واقطابها الجامعية. في المقابل تظهر القصرين الشمالية أقل حضا بكثير، فهي تنفرد بنسبة أمية تعتبر مرتفعة وتؤكد إشكالية الولوج للمدرسة لعدد غير هين من الأطفال (6 ٪ هي النسبة الحقيقية لأمية الشباب في هاته المنطقة) خاصة في عمق غرب البلاد ولكن ليس فقط هناك. وإذا ما اضعنا لها نسبة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي فسنجد ان 20 ٪ من عينة القصرين الشمالية لم يذهبوا إلى اعداديات ومعاهد. مع ذلك نسبة شباب القصرين الذين ذهبوا إلى الجامعة أعلى قليلا من تلك المسجلة لدى شباب تطاوين.



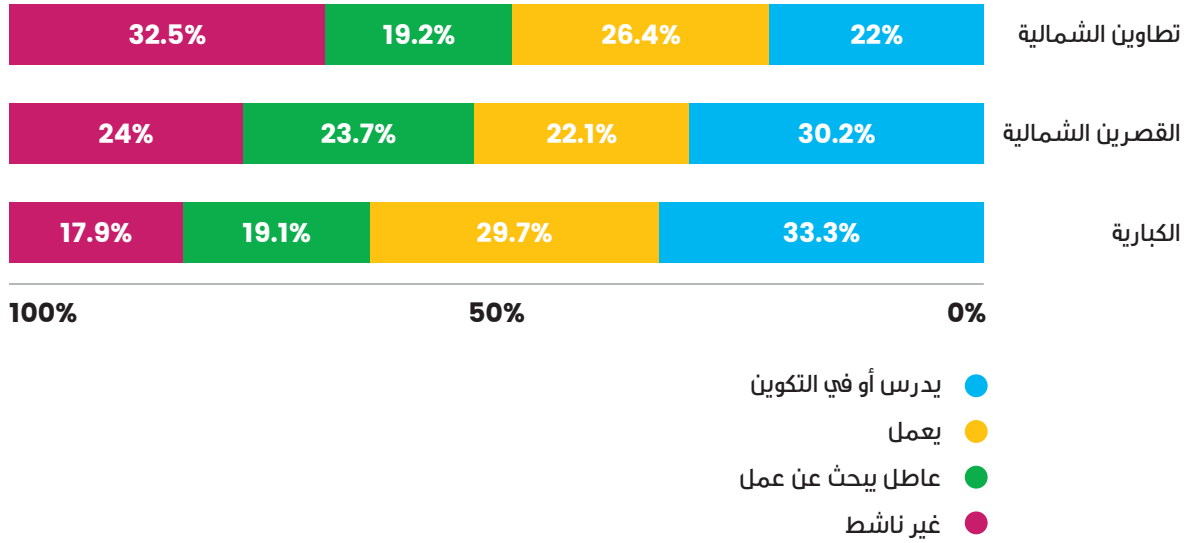
## 5.1 توزيع العينة حسب النشاط الاقتصادي (والمنطقة)

يظهر توزيع العينة حسب النشاط الاقتصادي تفاوتات مختلفة الأهمية بين المناطق الثلاث، مع تميز عينة شباب تطاوين الشمالية في ثلاثة مستويات متكاملة: ضعف نسبة الذين مازالوا يواصلون تعليمهم أو يتلقون تكويننا مقارنة بنظرائهم في الكبارية والقصرين الشمالية، مقابل ارتفاع نسبة غير الناشطين اقتصاديا. أي الذين صرحوا أنهم لا يدرسون ولا يعملون ولا يبحثون عن عمل، إلى ثلث العينة تقريبا، مما جعلها العينة الوحيدة التي لا يبلغ فيها من يعملون أو يدرسون أو يتكفونون نصف مجموعها (رغم أن نسبة العاطلين الباحثين عن العمل ليست الأرفع)

نسب الشباب العاطلين الباحثين عن العمل مرتفعة في المناطق الثلاثة، خاصة في القصرين الشمالية حيث تنفرد بتجاوزها لنسبة العاملين، مما يجعل قرابة نصف عينة الشباب هناك بلا عمل ولا دراسة أو تكوين، بنسبة غير بعيدة كثيرا عما لاحظناه آنفا في تطاوين، في حين لا تتجاوز نسبة من هم لا يعملون ولا يدرسون أو يتكفونون 37 ٪ من شباب الكبارية.

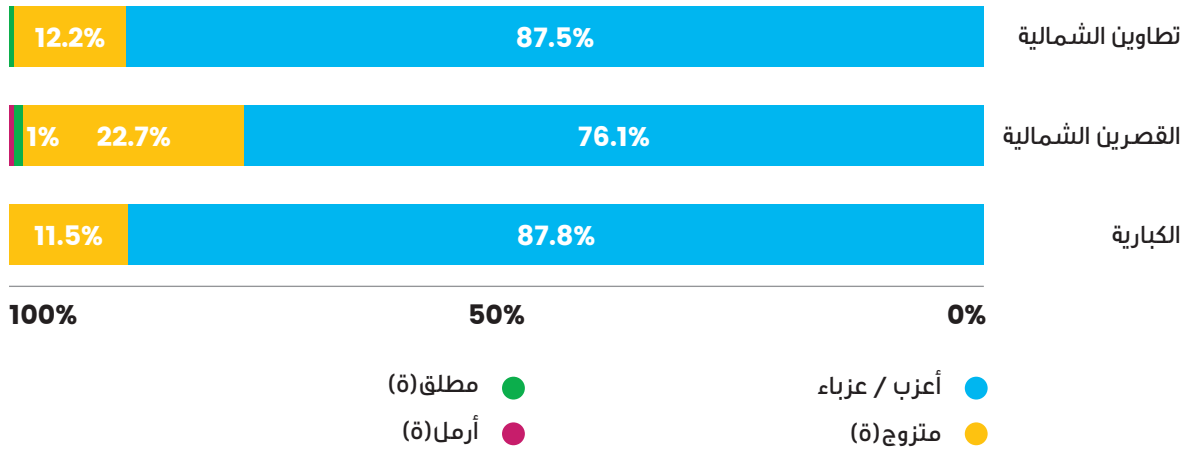
ومن المهم التأكيد أن هاته النسب الخاصة بتوزيع عينات الدراسة حسب النشاط الاقتصادي مطابقة تماما أو يكاد لما هو موجود لدى مجموع شباب المناطق الثلاثة.



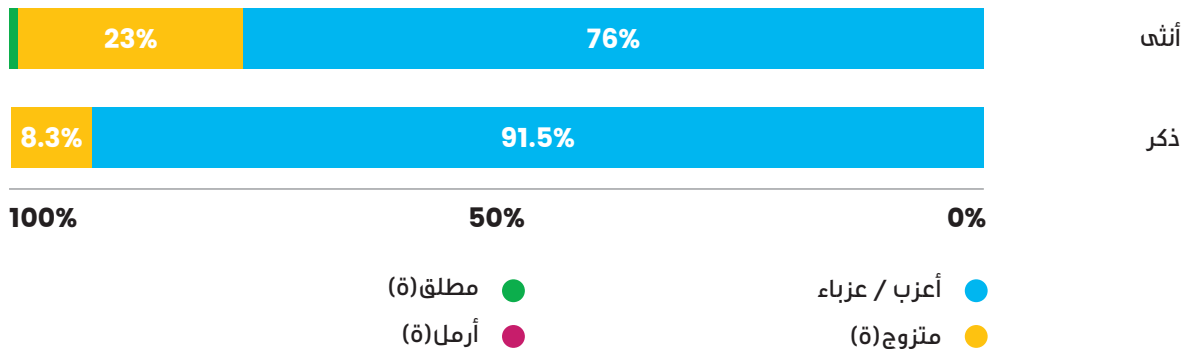


## 2. المحيط الاقتصادي والاجتماعي للمستجوب

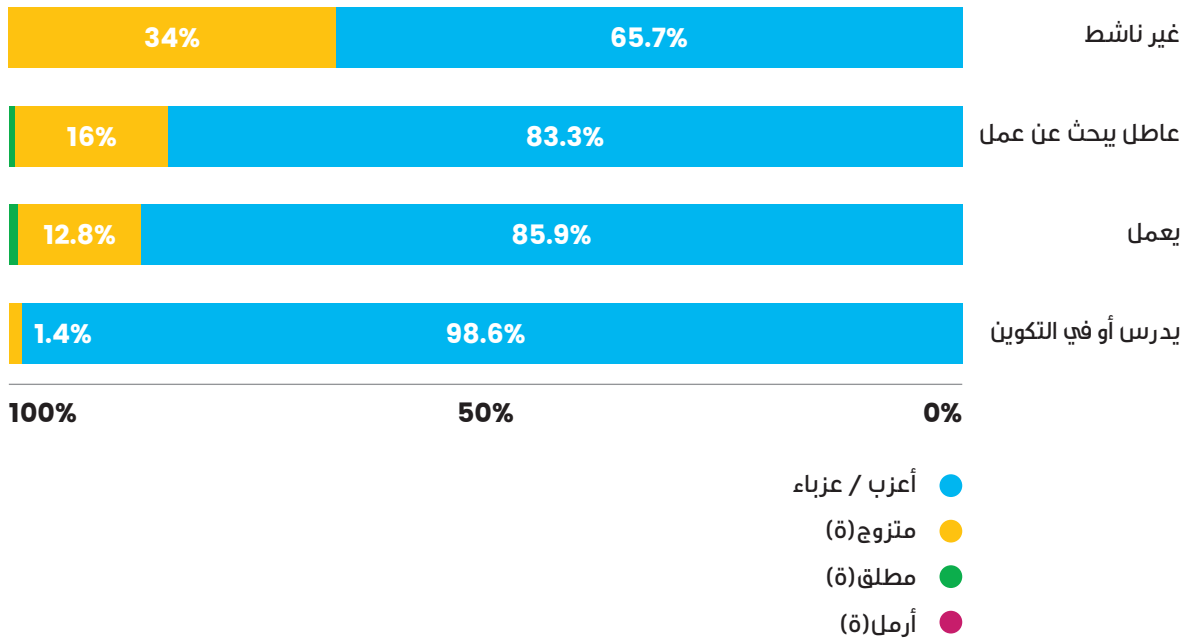
- توزيع العينة حسب الحالة الزوجية والمنطقة



- الحالة الزوجية حسب الجنس



## - الحالة الزوجية حسب النشاط الاقتصادي



نجد أعلى نسب من المتزوجين لدى غير الناشطين اقتصاديا (34%) بعيدا عن العاطلين الباحثين عن عمل (16%) والمشغولين بعمل (13%).

لكن المفارقة تكمن في النسبة المرتفعة من المتزوجين في مجموع عينة شباب القصرين الشمالية مقارنة مع شباب المنطقتين الأخرين رغم أن نسبة غير الناشطين في عينة القصرين ليست الأرفع.

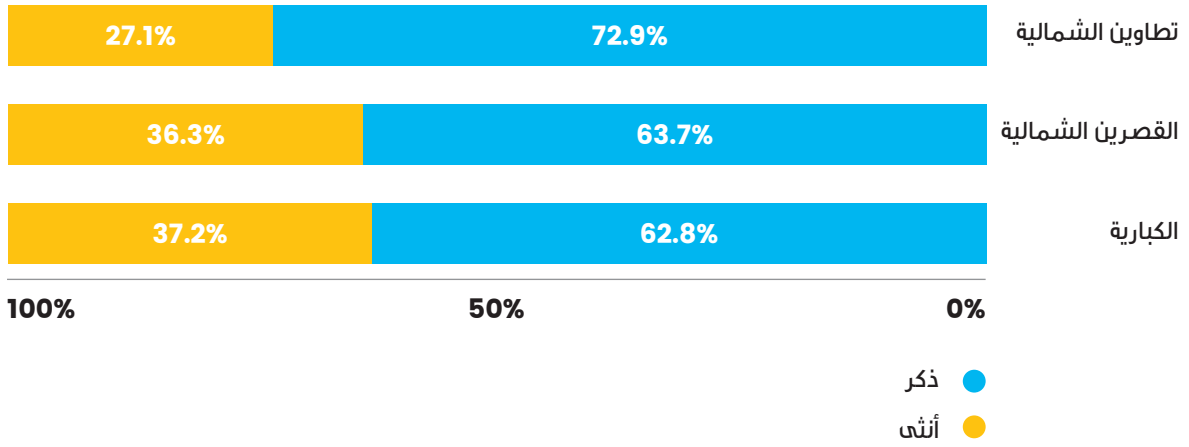
تبدو نسب المطلقين/المطلقات حسب النشاط الاقتصادي المفارقة الثانية (1,2% من العاملين و0,8% من العاطلين و0% من غير الناشطين) فالغئة التي تضم أكثر عدد من المتزوجين تسجل أقل نسبة طلاق لكن هذه الملاحظة محدودة الدلالة بسبب ضعف عدد المطلقين والمطلقات الجملي (6 أي أقل من 0,5% وهو أمر يمكن تفسيره على الأقل جزئيا بسن المنتمين للعينة).

وإذا ما اعتمدنا متغير الجنس فسنجد ان نسبة الاناث المتزوجات تقارب ثلاث أضعاف الذكور المتزوجين، وقد ينبع هذا التفاوت إلى حد كبير من واقع الفرق في متوسط أعمار الزواج حسب الجنسين فالإناث يتزوجن عموما في سن أبكر من الذكور.

## - الانقطاع عن الدراسة

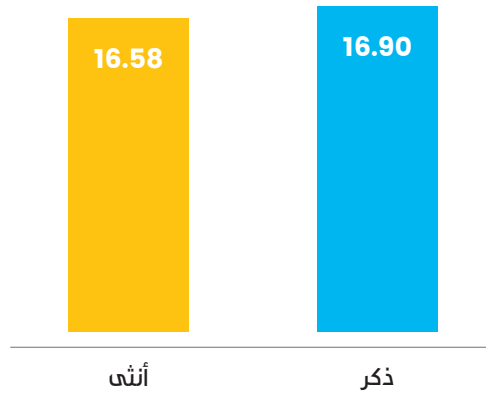
قبل بداية الألفية الثالثة بلغت تونس نسب تدرّس عالية كما تطور عدد خريجي التعليم بشكل ملحوظ. لكن، بالتوازي ومنذ عشرينين على الأقل، تسجل البلاد تفاقم ظاهرة الانقطاع عن الدراسة والتسرب المبكر من التعليم بشكل يبعث على القلق. فعدد المنقطعين يقدر بعشرات الآلاف كل سنة. ولإدراك مدى تفشي الظاهرة وأسبابها طرحنا جملة من الأسئلة ذات الصلة على المستجوبين.

## - التوزيع النسبي للمنقطعين عن الدراسة حسب الجنس والمنطقة



ثلثا الشباب المستجوب صرحوا أنهم انقطعوا عن التعليم لكن الأرقام واضحة في تبيان فوارق دالة جدا بين الجنسين: الانقطاع عن الدراسة يمس الذكور بصفة أكبر بكثير من الإناث في كل المناطق، ولكن بتفاوت نسبي بينها. نسبة الذكور الذين صرحوا بأنهم انقطعوا عن الدراسة أقل من ضعف نسبة الإناث المنقطعات في كل من الكبارية والقصرين الشمالية وتفوقه كثيرا جدا في تطاوين الشمالية.

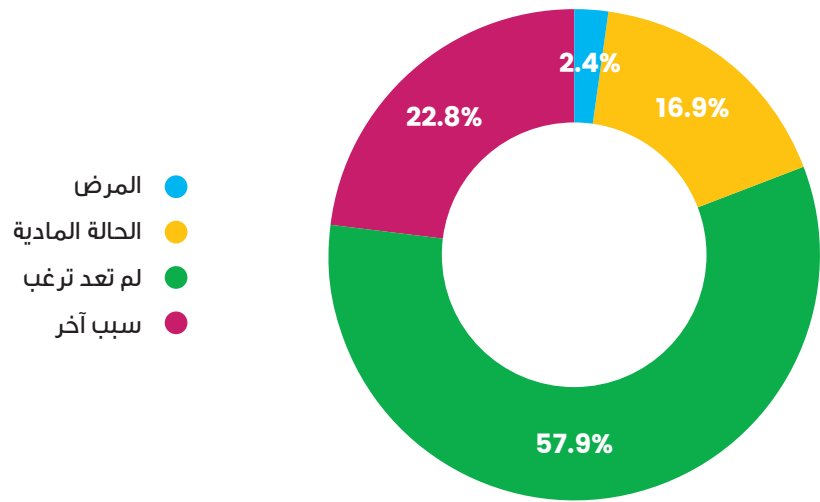
## - سن الانقطاع عن الدراسة حسب المنطقة والجنس



سن الانقطاع هي تقريبا نفسها في المناطق الثلاثة وعند الجنسين: 16 سنة وبضعة أشهر. الفوارق طفيفة: الإناث ينقطعن في سن أبكر قليلا من الذكور (لكن نسبة انقطاعهن أقل بكثير) والمستجوبون في القصرين الشمالية والكبارية انقطعوا في سن أكبر قليلا من المستجوبين في تطاوين الشمالية.

وفي المعدل قضى المستجوبون 11 سنة على مقاعد الدراسة.

## - سبب الانقطاع عن الدراسة

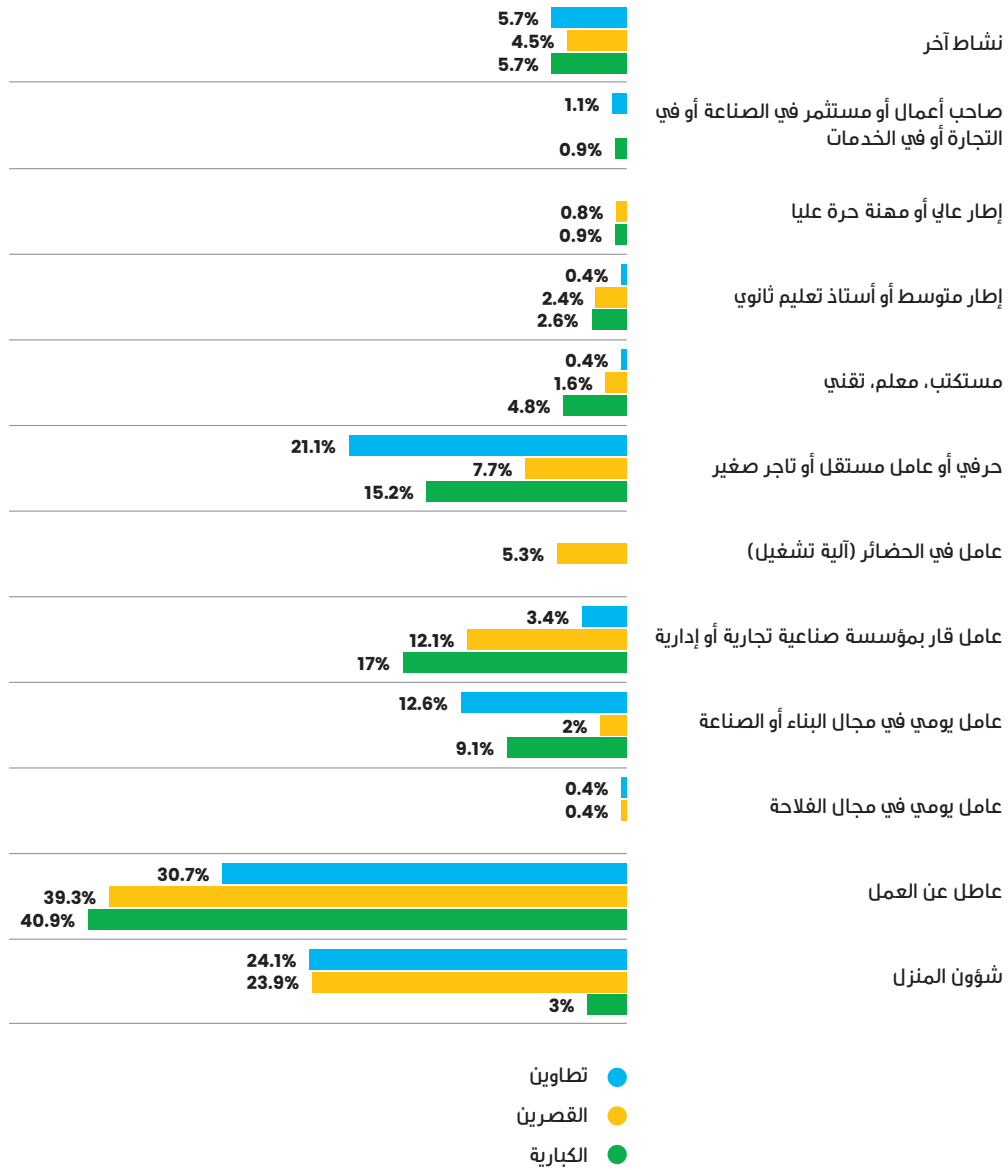


أما السبب الرئيسي للانقطاع عن الدراسة فهو فقدان الرغبة بنسبة مرتفعة جدا 58 % مما يؤكد حقيقة فقدان التعليم للكثير من جاذبيته بعد تعطل دوره كمصعد اجتماعي، وكذلك مع التغيرات الكبيرة في المنظومة القيمية المجتمعية وتمثلات النجاح والتقدم الاجتماعي. الوضع المادي للعائلة عامل مؤثر لكنه لم يكن حاسما إلا بالنسبة إلى 17 % من المستجوبين المنقطعين عن الدراسة. المرض ليس سببا قويا للحضور ولم يرد باعتباره السبب إلا في 2,4 % من الاجابات، لكن هذه النسبة وعلى محدوديتها تطرح مسألة الامكانيات التي توفرها الدولة للتلاميذ والطلبة من ذوي الامراض المزمنة والنادرة والإعاقات وصعوبات التعلم وغيرها حتى يتمكنوا من مواصلة تعليمهم أكثر ما يمكن تحقيقا لمبادئ المواطنة والمساواة في الفرص.

**الفئة المهنية**

في هذا الجزء من الاستجواب استثنينا المستجوبين الذين صرحوا بأنهم مازالوا على مقاعد مؤسسات التعليم والتكوين.

## - الفئة المهنية حسب المنطقة



توزع المستجوبين حسب النشاط المهني يوفر لنا معطيات هامة لفهم طبيعة النسيج الاقتصادي في كل منطقة:

- في تطاوين الشمالية مثلا، نلاحظ ارتفاعا للعمل المستقل سواء في الأنشطة الحرفية او المشاريع التجارية الصغيرة، مقابل هشاشة العمل المأجور مثلما تبرزه نسبة العملة اليومية مقارنة بضعف نسب العمال القارين وهزال نسب الإطارات الوسطى والعليا، وهو ما يكشف غياب نسيج مؤسساتي صناعي وخدمي وإداري ونسبة البطالة المرتفعة في صفوف حاملي الشهادات.

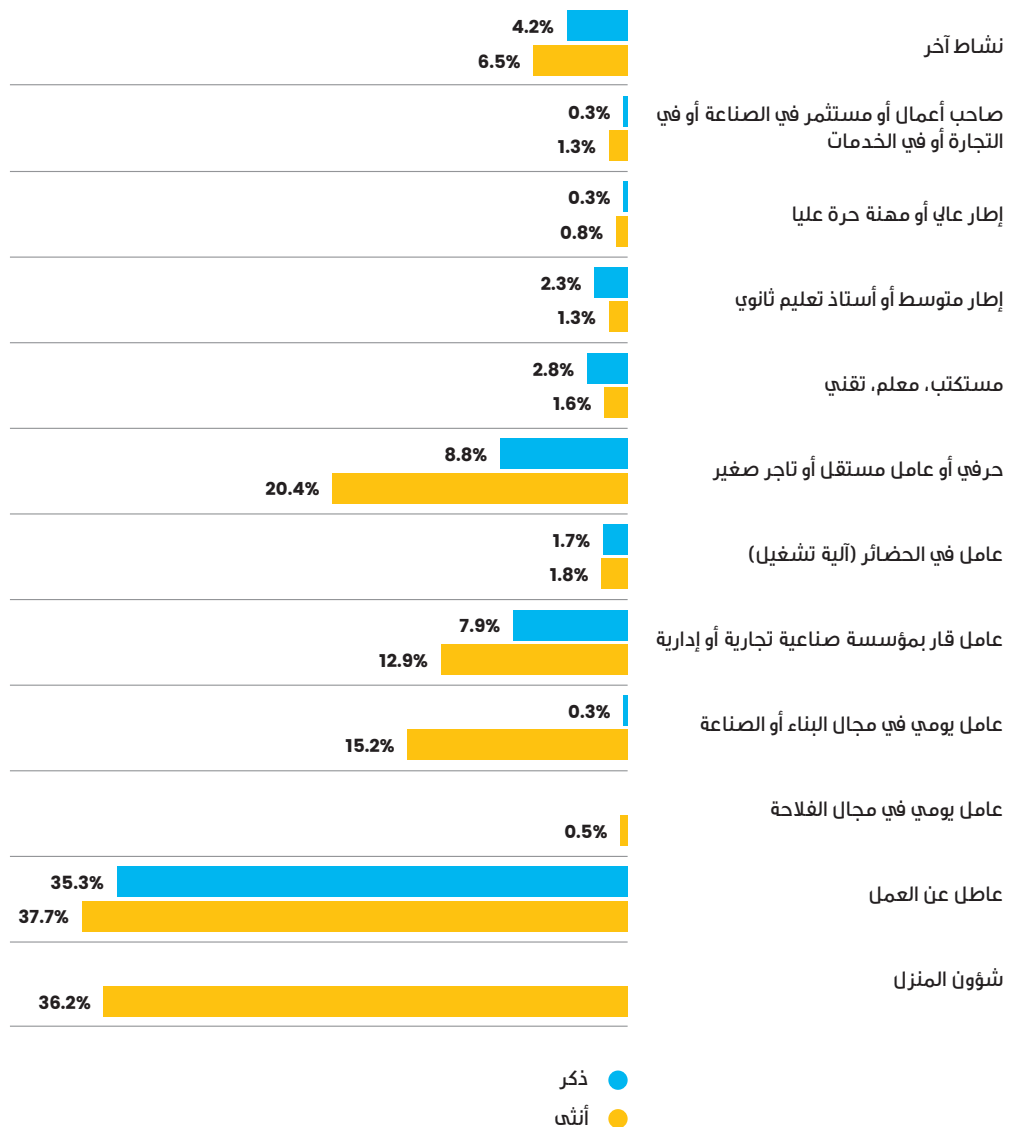
- في القصرين الشمالية نلاحظ ضعف نسبة العمل المستقل في الحرف والتجارة مقابل ارتفاع طفيف في نسبة التقنيين والإطارات (مقارنة بتطاوين الشمالية) والنسبة الكبيرة للعمال القارين في المؤسسات الإدارية والتجارية. كما تنفرد المنطقة بفئة عمال الحضائر، وهي آلية تشغيل عمومية هشّة تتركز أساسا في ولايات الشمال الغربي والوسط الغربي، مقابل محدودية نسبة العملة اليومية.

- أما المعطيات المستقاة من إجابات المستجوبين في الكبارية فتفيد أن النسيج الاقتصادي أكثر تنوعاً مع توازن نسبياً مقارنة بالمنطقتين الأخريين.

من جهة أخرى يكشف التوزيع عن مفارقة في تمثل الشباب غير الناشط وأساساً الشباب لمفهوم النشاط المهني. فجل الشباب في الكبارية ممن ليس لهم نشاط مهني بمقابل، سواء كن من فئة غير الناشطات أو العاطلات الباحثات عن عمل، يعتبرن أنفسهن عاطلات عن العمل وهو ما يفسر أن 6% فقط من مجموع المستجوبات المعنيات بالسؤال في هاته المنطقة يعتبرن شؤون المنزل نشاطاً مهنياً (أي الـ 6% من شباب المنطقة المنتمين إلى عينة الدراسة من الجنسين وليسوا في مرحلة تعلم أو تكوين). بالمقابل نجد أن نسبة تتجاوز 40% من نظرائهم في المنطقتين الأخريين (أي تباعاً الـ 24,1% والـ 23,9% من مجموع الشباب المعنيين بالسؤال في كل من كل من تطاوين والقصرين) يعتبرن أن لديهم نشاط مهني يتمثل في شؤون المنزل.

ويساهم هذا التمثل المختلف في تحديد نسب العاطلين عن العمل التي تصبح الأرفع لدى شباب الكبارية رغم أن نسبة العاطلين الباحثين عن العمل ليست كذلك.

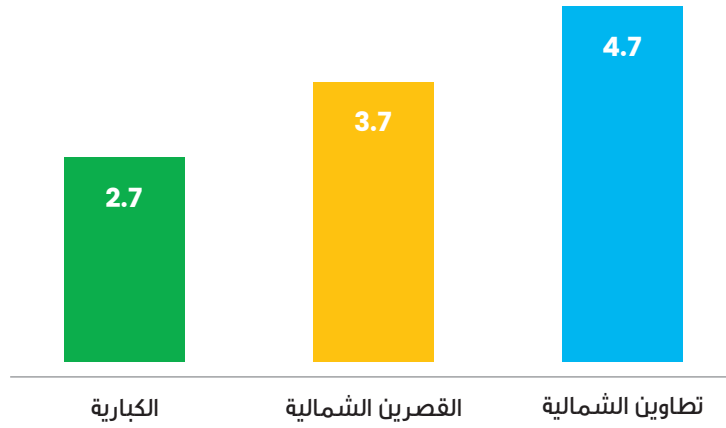
### - الفئة المهنية حسب الجنس



تتقارب نسب البطالة لدى الجنسين، لكن تتفرد الإناث بفئة «شؤون المنزل» التي تشمل 36,2% مما يعني ان 71,5% (بإضافة نسبة العاطلات عن العمل) من المستجوبات من غير اللاتي في وضع تعلم أو تكوين، لا يمارسن عملا بمقابل مادي، أي ضعف نسبة الذكور. ومع ذلك نجد تفوقا في نسبة المستجوبات اللواتي تعملن في فئتي الإطارات المتوسطة والصغيرة خاصة في التعليم والإدارة أي في القطاعات التي تشهد «تأثيثا» كبيرا. كما أنهن يشتغلن بنسب هامة كعاملات (قارات) في الصناعة والتجارة والإدارة ولديهن حضور غير هين في العمل الحر في أو التجاري المستقل. في المقابل تغيب المستجوبات بشكل شبه كامل عن فئات الإطارات العليا أصحاب الأعمال والمستثمرين (التي تبقى ضعيفة حتى لدى الشبان الذكور في هذه المناطق) والعملة اليوميين (باستثناء العمل حسب آلية الحضائر).

عموما، أغلب المستجوبات لا تتمتعن بالاستقلالية المادية، وحتى اللواتي تعملن فنادر ما يكون ذلك في مشاريعهن الخاصة أو في مناصب عليا. وفي المقابل تظهر إجابات المستجوبين الذكور تنوعا أكبر في الأنشطة المهنية وحضورا أقوى في الفئات «العليا» كما في الفئات الأكثر هشاشة: 15,7% عمال يوميون في البناء والصناعة والفلاحة.

عدد الإخوة/الأخوات في الأسرة الأصلية (بما فيهم الشاب المستجوب) حسب المنطقة

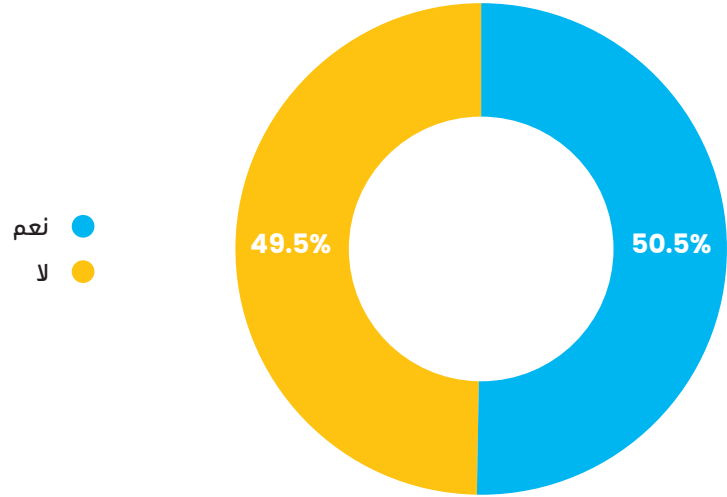


عدد الإخوة/الأخوات في الأسرة الأصلية عامل مهم في تحديد مستوى المعيشة واحتمالات المضي قدما في المسيرة الدراسية. وحسب إجابات المستجوبين في المناطق الثلاثة نستنتج انه هناك فوارق ديمغرافية هامة نسبيا ترتبط أساسا بالعامل الاجتماعي-الثقافي وكذلك المستوى التعليمي، وهي فوارق تتوافق مع المعطيات الديمغرافية حول مؤشر الخصوبة أو معدل عدد الأطفال للمرأة الواحدة.

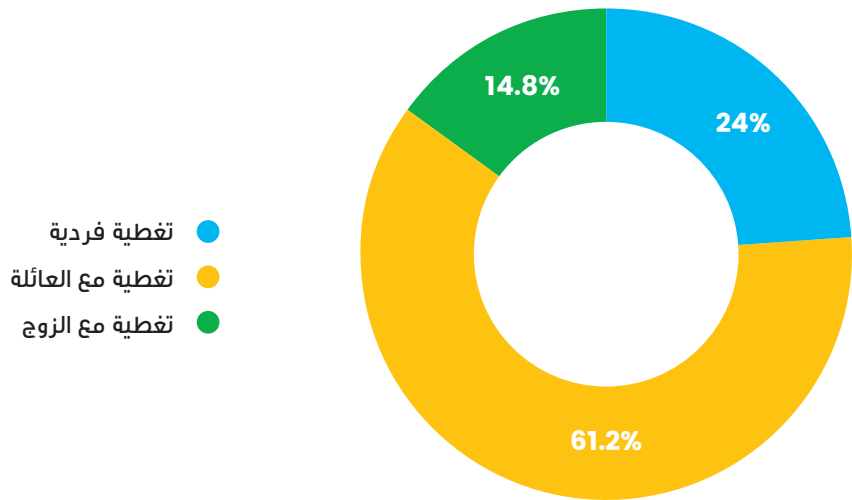


## التغطية الاجتماعية والصحية

التمتع بنظام التأمينات الاجتماعية (الاجتماعية والصحية)

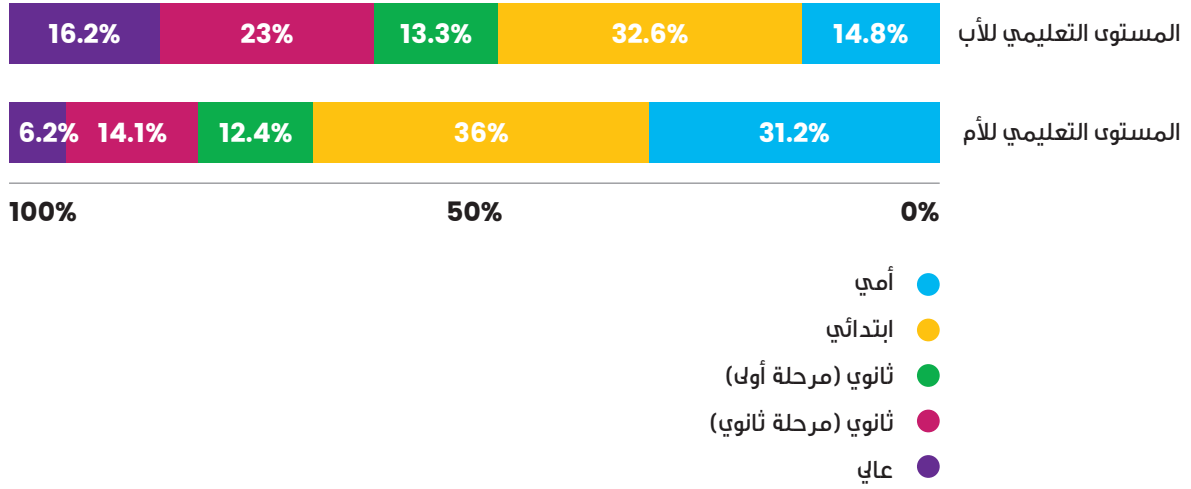


نوع التغطيات الاجتماعية



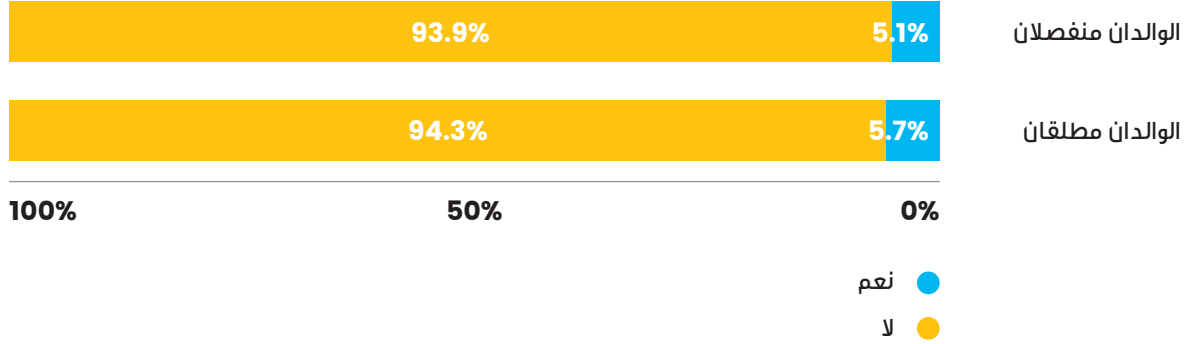
قراءة نصف الشباب المستجوبين لا يتمتعون بتغطية اجتماعية وصحية/بنظام تأمينات اجتماعية. وحتى بالنسبة للذين يتمتعون بها نجد ان 76% منهم تحت غطاء العائلة أو الفردين. هذه النسب تحيل الى اختلال منظومات التغطية الاجتماعية في تونس وهشاشة الوضع الاقتصادي لنسبة كبيرة من الشباب.

## توزيع العينة حسب المستوى التعليمي للأب والأم



يظهر الرسم البياني تقارب في نسب الآباء والأمهات من ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والإعدادي (مرحلة أولي ثانوي)، لكن في بقية المستويات تصبح الفوارق هامة جدا وكاشفة لشكل عميق من اللامساواة بين الجنسين: نسبة الأميات تناهز الثلث مقابل 14,8% من الأميين، وانطلاقا من المرحلة الثانوية من التعليم الثانوي تتناقص نسبة الأمهات بشكل كبير. ولا يجب هنا ان ننسى اننا نتحدث عن أمهات لشباب تتراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة أي نساء يفترض ان أعمارهن تتراوح ما بين 40 و65 سنة وينتمين إلى أجيال كانت تتزوج وتتقطع عن الدراسة في سن أبكر من السائد حاليا.

## طلاق أو انفصال الوالدين في العينة

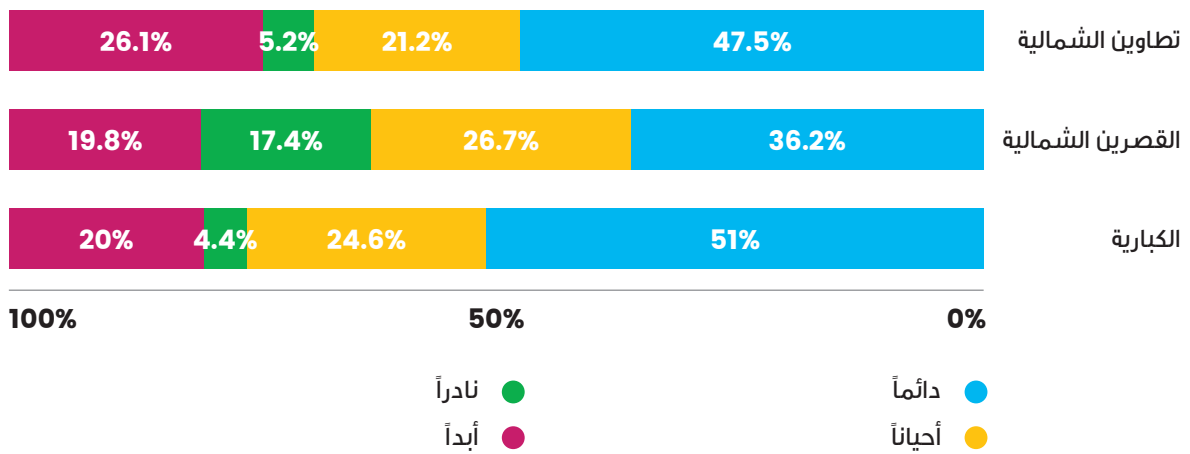


من خلال اجابات العينة تبقى نسب طلاق الوالدين أو انفصالهما قريبة من النسب الوطنية.

## الهجرة

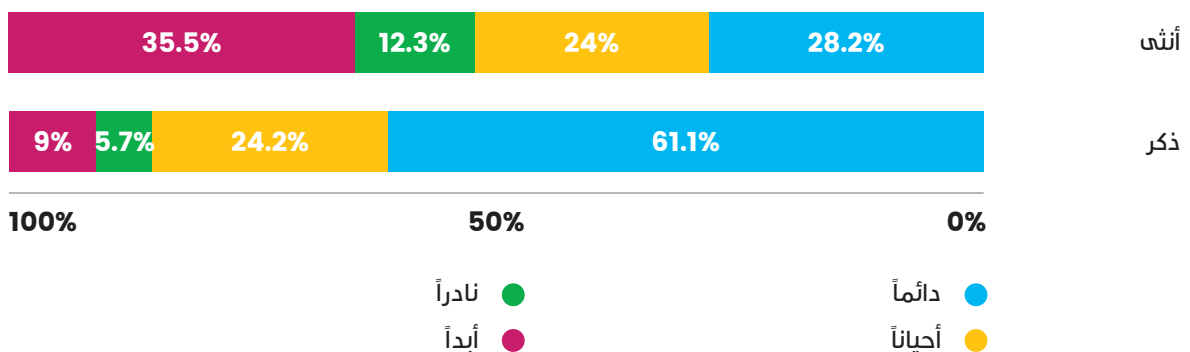
يندر أن نجد عائلة تونسية لا يوجد بين أفرادها مهاجرون، للتونسيين تقاليد تعود إلى أكثر من نصف قرن بداية من موجات الهجرة المنظمة والمؤطرة في أواخر ستينات القرن الفائت وصولاً إلى قوارب الحارقة والهجرة الجماعية للأدمغة في العقدين الأخيرين. وفي ظل الأزمة متعددة الأوجه التي تعيشها البلاد منذ أكثر من عقدين تنامت ظاهرة الهجرة - النظامية وغير النظامية - وتزايد تفكير الشباب - والكهول أيضاً - فيها ليس كأحد الخيارات المطروحة بل كخيار رئيسي، حتى ان العائلات أصبحت تساهم في «مشروع» الهجرة سواء عبر تطور موقفها من «الحرق» (الهجرة غير النظامية) أو سعيها بشتى الطرق لدعم حضور أبنائها في مواصلة التعليم العالي خارج البلاد. هذا واقع محسوس تؤكدُه أيضاً المعطيات الواردة في اجابات العينة حول التفكير في الهجرة.

### التفكير في الهجرة حسب المنطقة



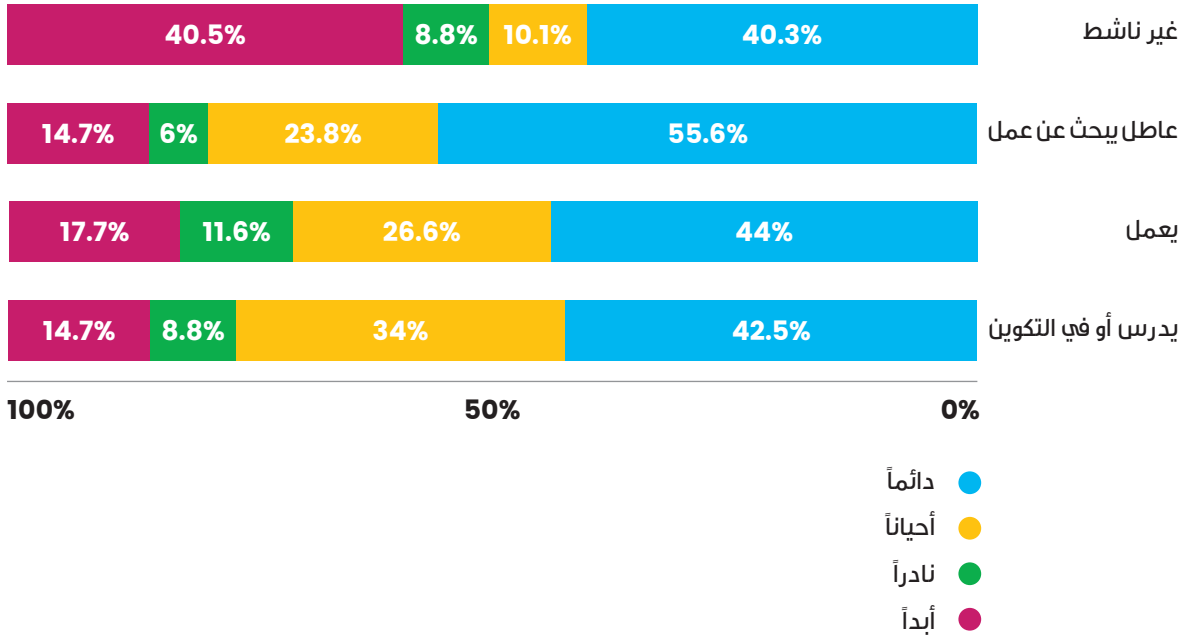
مناطقيا، مستجوبو الكبارية وتطاوين الشمالية هم الأكثر تفكيراً في الهجرة بشكل دائم (حوالي نصف العينة). في تطاوين الشمالية (والجنوب الشرقي عموماً) هناك تقاليد قديمة في الارتحال، تدعمت بموجات متتالية من الهجرة المنظمة إلى فرنسا بعد استقلال تونس، مما يقوي احتماليات الحصول على مساعدة من مهاجرين من أفراد العائلة لتوفير الوثائق اللازمة للحصول على تأشيرة السفر وكذلك تهيؤ الظروف للاستقرار في البلد المضيف (مسكن، عمل، معاملات إدارية). في الكبارية أيضاً هناك أجيال من المهاجرين النظاميين وغير النظاميين، وكذلك إمكانية أكبر للتواصل مع شبكات «الحارقة». أما في القصيرين الشمالية فنسبة الذين يفكرون دائماً في الهجرة أقل بكثير، لكن نسبة الذين يفكرون فيها أحياناً أو نادراً أعلى من بقية المناطق، مما يعني ان «مشروع» الهجرة حاضر في الأذهان لكن قد تكون إمكانية تحقيقه أصعب مقارنة بمناطق أخرى، ربما بسبب ضعف تقاليد الهجرة وصعوبة الوصول إلى «خيط حرق» و/أو صعوبة جمع المال اللازم. هذا الحضور القوي جداً لفكرة الهجرة عند الشباب لا يمكن أن يفصله عن المعطيات التي أوردناها سابقاً بخصوص البطالة والانقطاع المدرسي.

### التفكير في الهجرة حسب الجنس



أصبحت الهجرة هاجسا دائم الحضور لدى ثلثي الشباب الذكور، مع ارتفاع نسبة الإناث اللواتي يفكرن فيها دائما أو أحيانا (52,2%). أكثر من 90% من المستجوبين الذكور فكروا أو يفكرون دائما أو أحيانا أو بصفة نادرة في الهجرة. ارتفاع نسبة الذكور الراغبين في الهجرة يمكن أن تفسر بحجم الضغط المجتمعي والعائلي (الواجبات المادية المفترضة: إعالة الوالدين، مصاريف البيت الزوجية) وكذلك بسهولة حركة الذكور مقارنة بالإناث وحجم/نوع المخاطر الذي يمكن أن يتعرض له كل جنس في حالة الهجرة غير النظامية والإقامة غير القانونية في بلدان الوصول.

### التفكير في الهجرة حسب النشاط الاقتصادي

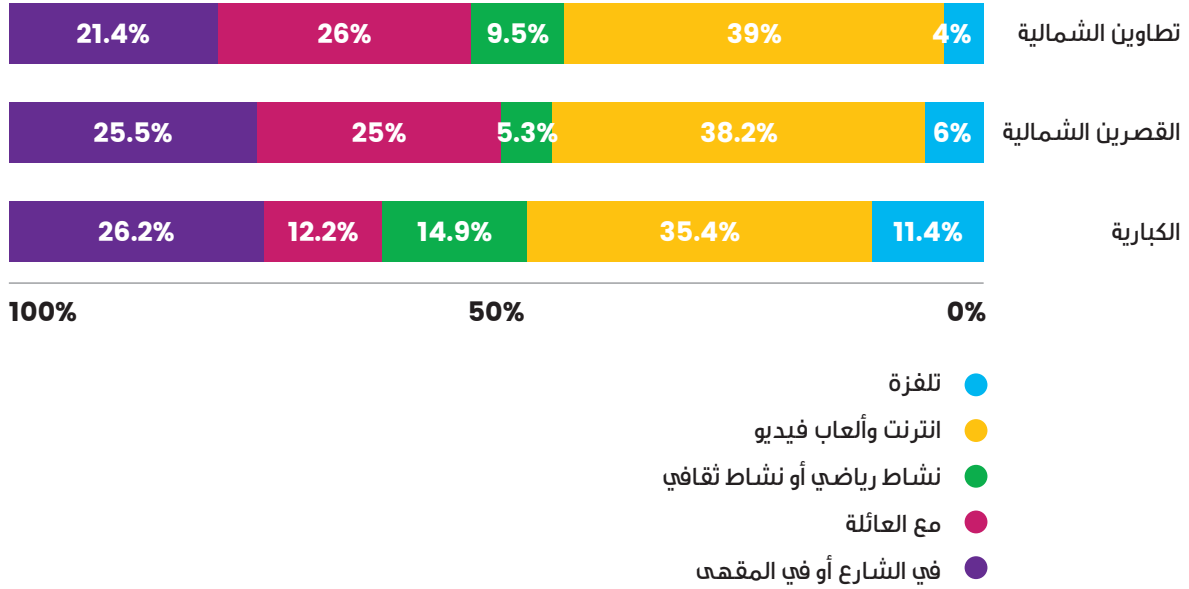


أكثر فئة تفكر في الهجرة هم العاطلون عن العمل، وهذا منطقي في ظل الأزمة الاقتصادية التي تعيشها البلاد و ندرة فرص الشغل وانسداد الآفاق أمام الشباب بمختلف مستويات تعليمهم ومسالك تكوينهم، ومع تدني الأجور وهيمنة العمل الهش على سوق الشغل الضيقة مقابل ارتفاع نسب التضخم وغلاء الأسعار وتطور تكاليف الحياة وشق طريق المستقبل. المستجوبون العاملون والذين مازالوا يدرسون يفكرون في الهجرة بنسب قريبة لكن كثيراً ما يكون ذلك بشكل غير مستمر في علاقة ربما بأن لدى نسبة منهم ما قد «يخسرونه» (عمل، استقرار عائلي، مسار تعليمي) خاصة إذا كانت الهجرة مغامرة غير مأمونة ولا مضمونة، ولدى بعض آخر «حظوظ» في تحسين أوضاعهم، إضافة إلى أن الهجرة مشروع غير فوري لدى جل من لا يزالون في مسار تكويني أو تعليمي.

غير الناشطين هم الفئة الأقل تفكيراً في الهجرة، وليس العامل المادي التفسير الوحيد، إذ إن ضعف صلتهم بالواقع الاقتصادي ومحدودية محيطهم العلائقي تقلل من امكانية التفكير في مشاريع هجرة قابلة للتنفيذ، إضافة إلى أن نسبة من غير الناشطات المتزوجات قد لا يفكرن في الهجرة في صورة توفر نمط عيش مستقر بمستوى مقبول.

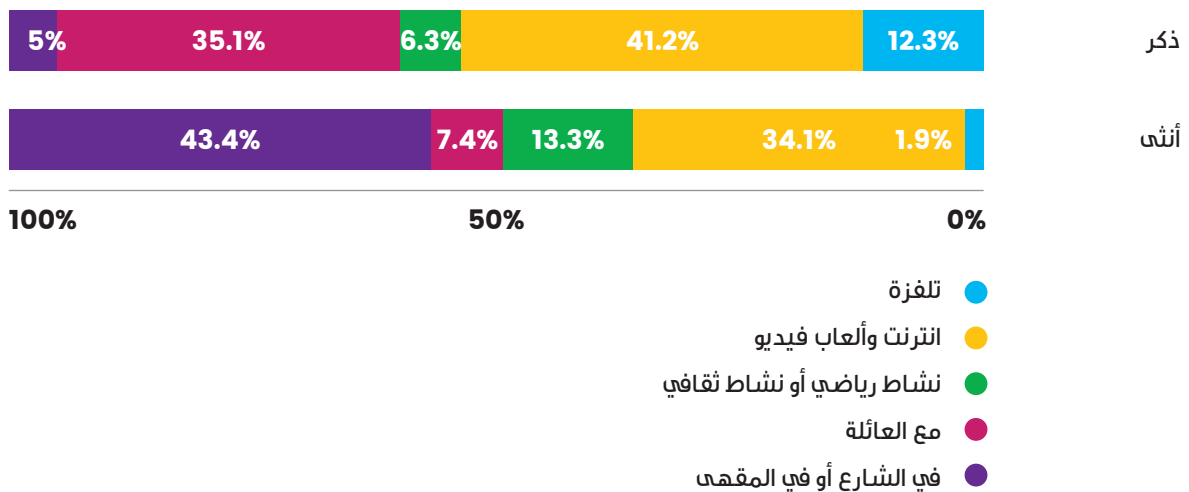
## أوقات الفراغ

- الخيار الأول في تفضية أوقات الفراغ حسب المنطقة



اعتمادا على متغير المنطقة نجد ان الانترنت وألعاب الفيديو هي بلا منازع الخيار الأول لتفضية أوقات الفراغ في المناطق الثلاثة بنسبة تفوق الثلث، في حين تبدو التلغزة أقل الخيارات جاذبية خاصة في تطاوين. لكن يجب هنا أن نفرق بين التلغز كمحمل / وسيط وبين المحتوى الذي يبثه فالكثير من الذين لا يشاهدون التلغز يشاهدون محتويات تبثها قنوات تلغزية عبر صفحاتها على فيسبوك وقنواتها في يوتيوب وغيرها. الشارع ينافس العائلة في تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية ويتفوق عليها بشكل جلي في الكبارية. وتتراوح أهمية الأنشطة الثقافية والرياضية حسب المنطقة فالنسبة المسجلة في الكبارية تقارب 3 مرات النسبة المسجلة في القصرين الشمالية مع مستوى وسط في تطاوين.

- الخيار الأول في تفضية أوقات الفراغ حسب الجنس



عندما نقارن بين الجنسين فيما ينزع إليه الشباب بصفة أولوية في أوقات فراغهم، نجد اختلافات جذرية ما عدا التعلق المشترك، بنسب متقاربة وهامة، بالانترنت وألعاب الفيديو.

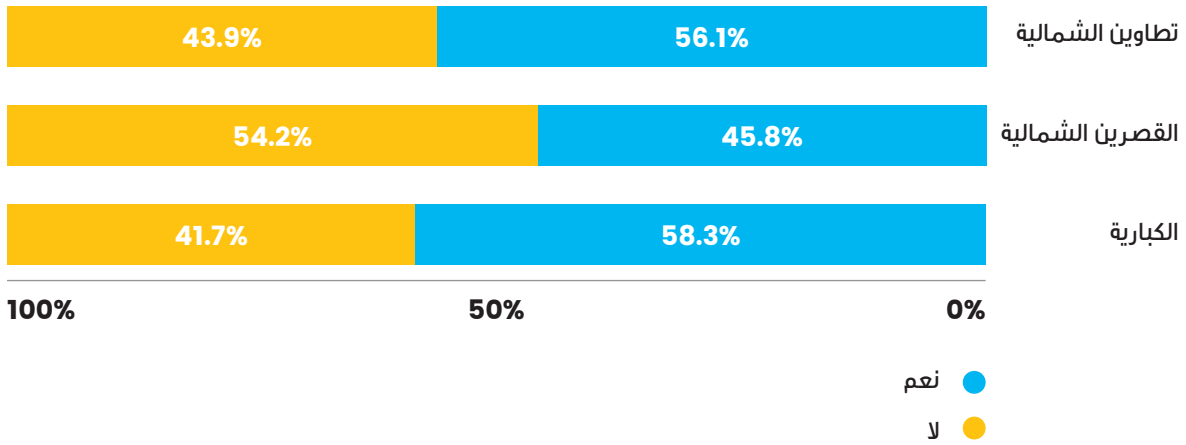
لكن الشارع أو المقهى يأتي قبله كخيار الأول لدى الذكور بنسبة 43.4% منهم، أي قرابة تسعة أضعاف النسبة المسجلة عند الإناث وهي أضعف نسبة لديهن: الفضاء العام ذكوري بامتياز وكلمة «الشارع» مازال لها وقع سلبي نوعا ما («ماكلة الشارع»، «الهملة»، «أولاد الشوارع»).

ثاني أهم خيار بالنسبة للمستجوبات هو الجلوس مع العائلة بنسبة 35.1% أي سبعة أضعاف النسبة المسجلة عند الذكور الذين يعتبرون العائلة الخيار الرابع وقبل الأخير.

الأنشطة الثقافية والرياضية حضورها أقوى عند الذكور وهي الخيار الثالث لديهم والرابع عند الإناث.

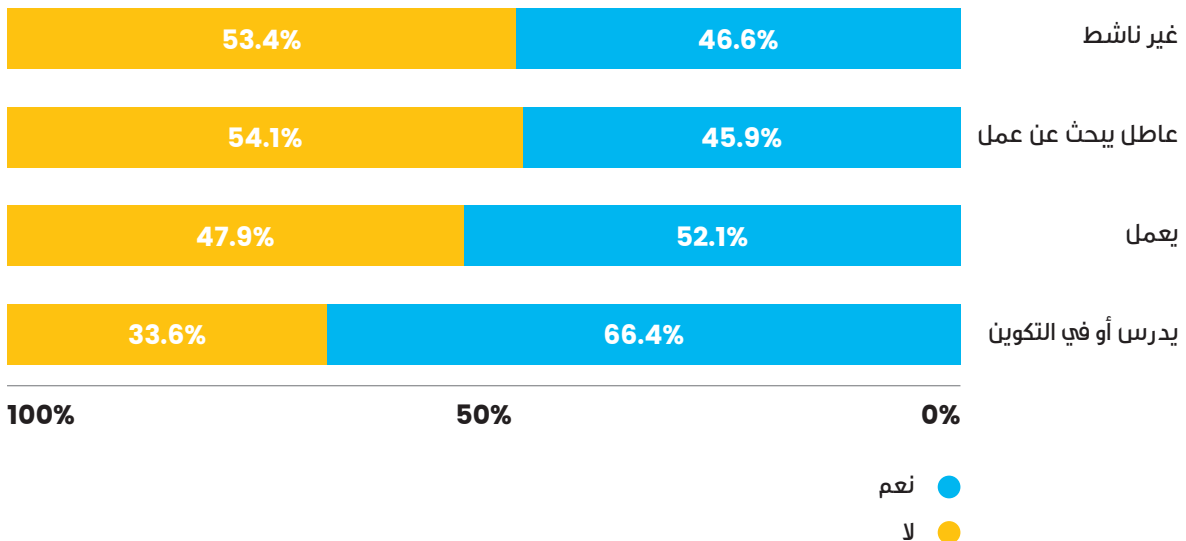
التلغزة خيار أول لدى نسبة غير هينة من الإناث وهي الثالثة ترتيبا لديهن (12%) ويكاد يغيب تماما عند الذكور (2%)

#### - تقضية فترة اصطياف في البحر خلال العطلة حسب المنطقة



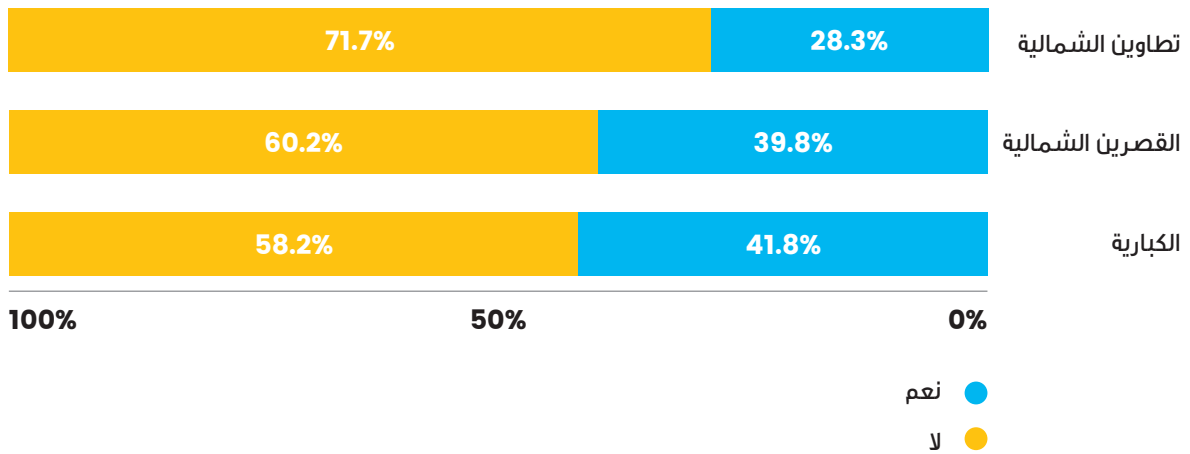
الفوارق بين القصرين الشمالية من جهة والكبارية وتطاوين الشمالية من جهة أخرى قد تعود إلى العامل المادي ونسب الفقر المدقع، لكن للعامل الجغرافي دور هام شبه مؤكد. الكبارية تقع في ولاية ساحلية (تونس) قريبة من ولايات ساحلية أخرى (نابل وبنزرت)، وتطاوين الشمالية قريبة من سواحل ولاية مدينين (جرجيس وجزيرة جربة).

#### - تقضية فترة اصطياف في البحر خلال العطلة حسب النشاط الاقتصادي



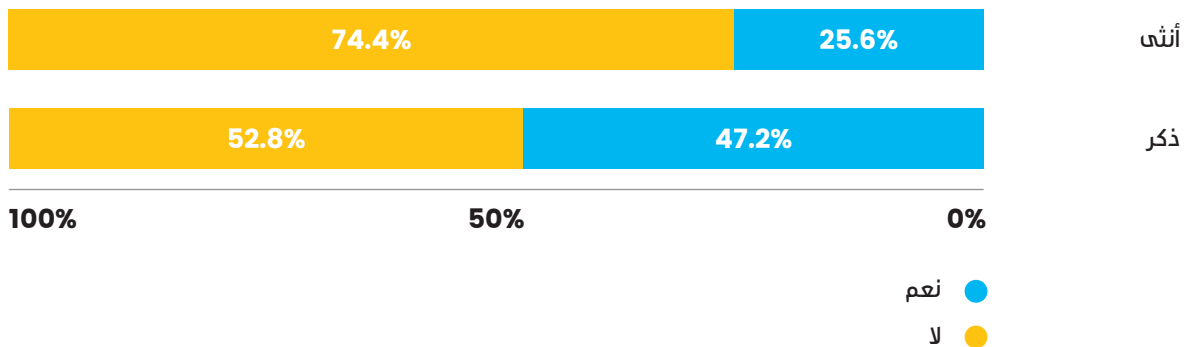
المستجوبون الذين مازالوا في المؤسسات التعليمية والتكوينية هم الأكثر تمعنا بإمكانية الاصطيف بنسبة الثلثين منهم. وبما اننا نتحدث عن فئة غير مستقلة ماديا فهنا يبرز دور العائلة وسعيها للترفيه عن أبنائها من جهة لكن سهولة التنقل لدى الشباب المتمدرس وعدم اعتيادهم على اشتراطات عالية الكلفة حتى للإقامة مع بعض التسهيلات التي قد تتوفر لهم عن طريق عمل أوليائهم أو بعض الفرص المجتمعية المفتوحة أساسا للتلاميذ. المستجوبون العاملون يأتون في المرتبة الثانية بنسبة تفوق نصفهم قليلا وقد يفسر «تمتعهم» بمدخول مالي الفارق النسبي مع فئتي الباحثين عن عمل وغير الناشطين اللتان تمكنت نسبة أضعف من كل منهما من تقضية فترة اصطيف في البحر خلال العطلة الفارطة.

#### - النشاط الثقافي والرياضي حسب المنطقة



المستجوبون في الكبارية هم الأكثر ممارسة للأنشطة الثقافية والرياضية، وهذا طبيعي نظرا لأن هذه المنطقة تتبع العاصمة تونس حيث تتوفر البنى التحتية بشكل أفضل من بقية البلاد بالإضافة إلى كثافة النسيج الجمعياتي والحضور النسبي للحياة الثقافية. تنخفض النسبة قليلا في القصرين الشمالية لكنها تبقى أعلى من النسب المسجلة في تطاوين الشمالية حيث نجد ان ربع المستجوبين فقط يمارسون هذه الأنشطة. هذه الفوارق تثبت مرة مرة مدى التفاوتات الجهوية وتأثيرها على الواقع المعيش للشباب.

#### - النشاط الثقافي والرياضي حسب الجنس



هناك تفاوت آخر يعبر هذه المرة عن اللامساواة بين الجنسين: نسبة الذكور الممارسين للأنشطة تقارب ضعف نسبة الإناث. ومن المؤكد ان موقف العائلات من ممارسة هذه الأنشطة، وموافقتها أو رفضها للسماح لبناتها بالخروج ليلا أو السفر بين المدن أو خارج البلاد يلعب دورا هاما في هذا التفاوت بين النسب.



ومن المهم الإشارة إلى أن ممارسة النشاط الرياضي أو الثقافي منحصرة في أقل من نصف الشباب لدى كل من الجنسين وفي المناطق الثلاث.

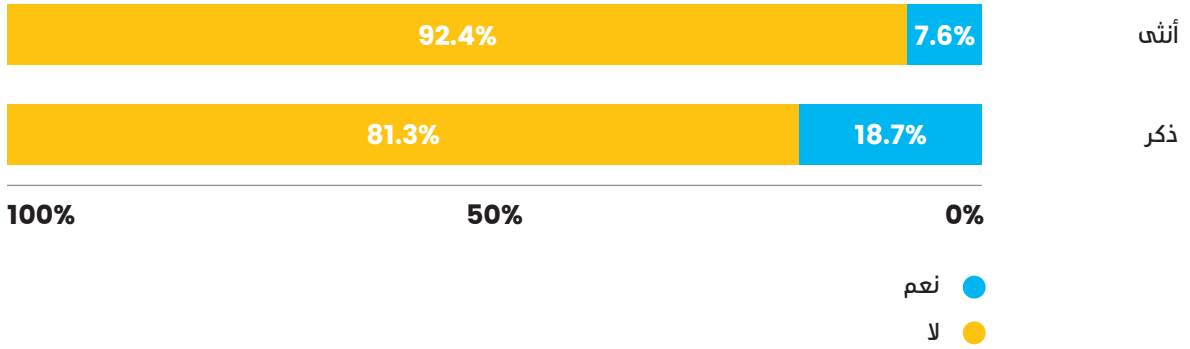
## التأثيرات الاقتصادية-الاجتماعية للكونونا

الاجراءات المقيدة للحركة التي فرضتها الأزمة الوبائية (حجر صحي، حظر تجوال، تباعد جسدي، منع الاستهلاك على عين المكان، الخ) كان لها بالطبع انعكاسات كبيرة على الحركة الاقتصادية والأحوال المعيشية للمواطنين. ومن أهم هذه الآثار الركود الاقتصادي وفقدان مواطن شغل. تُظهر اجابات العينة المستجوبة الضرر الاقتصادي الكبير الذي تسببت فيه جائحة كوفيد-19: أصاب الطرد من العمل بسبب الكورونا 14% من الشباب المستجوب (دون احتساب غير الناشطين ومن لا يزالون في مسار تعليمي أو تكويني) وبمستويات أعلى بكثير لدى الذكور 18.7% مقابل 7.6% لدى الإناث. وبالتأكيد فإن لفارق التوزيع بين الشباب والشبان على مختلف النشاطات المهنية دورا حاسما، فقد لحق ضرر الطرد خاصة قطاعات يشتغل بها الذكور حصرا (العملة اليومية في مجالي البناء والصناعة) أو القطاعات التي تشتغل خصوصا الذكور (الحرفيون والعملة المستقلون وصغار التجار) في حين كانت القطاعات التي تشتغل الإناث بنسب هامة محمية من الطرد، إما بصفة كلية مثل الإطار التربوي وأعاون و عملة الإدارة العمومية و عملة الحضائر، أو نسبية مثل العملة القارين في القطاع الخاص.

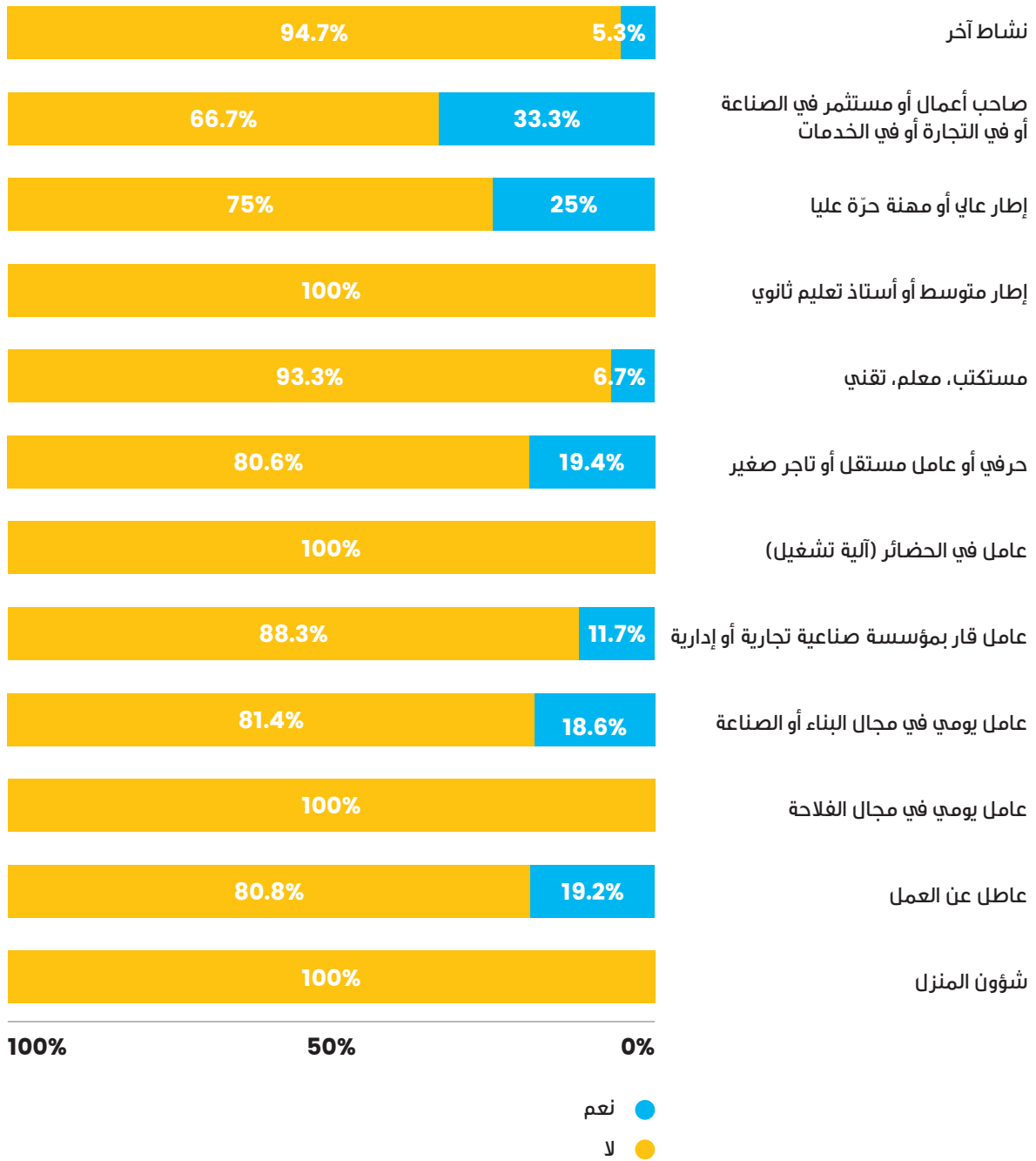
ومن المهم توضيح أن حوالي 20% من بين المستجوبين العاطلين عن العمل أثناء إجراء الدراسة، كانوا قد فقدوا عملهم بسبب الكورونا.

كما أن 18% من مجموع المستجوبين في الدراسة صرحوا بأن أحد أفراد عائلاتهم فقد عمله بسبب الكورونا.

### الطرد من العمل بسبب الكورونا حسب الجنس

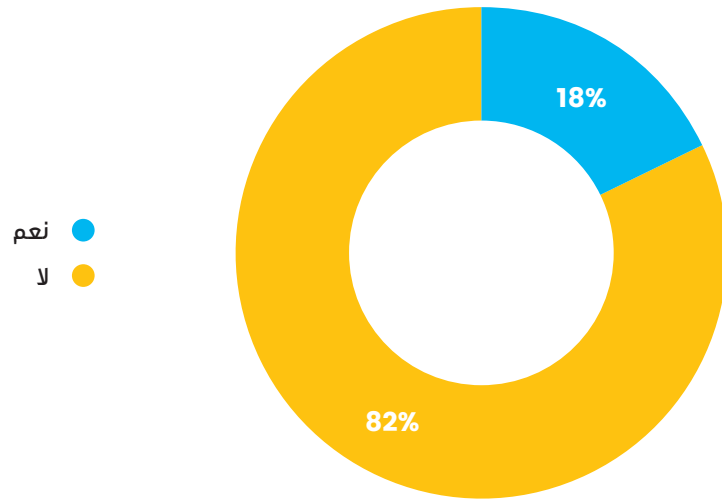


## - الانقطاع عن العمل بسبب الكورونا حسب الفئة المهنية



ملاحظة: النسب المتعلقة بأصحاب الأعمال والإطارات العليا دون دلالة فعلية بسبب ضعف عددهم الجملي في كل عينة الدراسة (10 شبان وشابات)

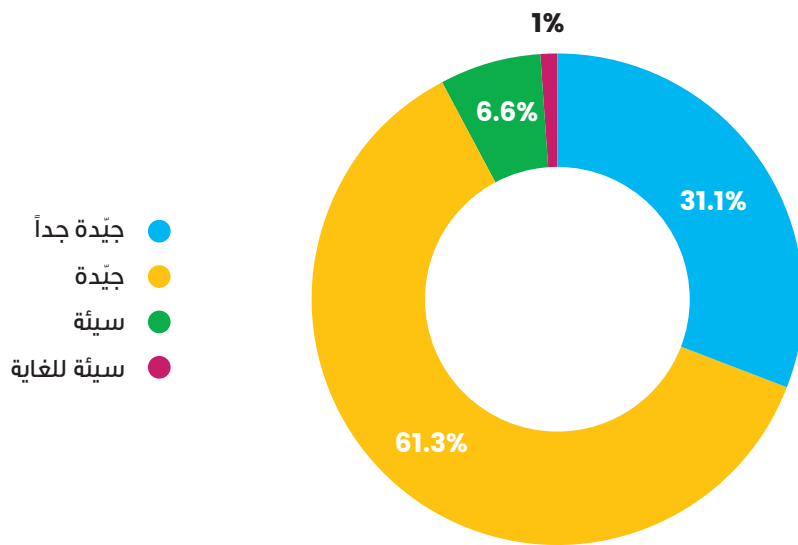
- هل خسر أحد أفراد عائلتك عمله بسبب الكورونا ؟



### 3. صحة الشباب

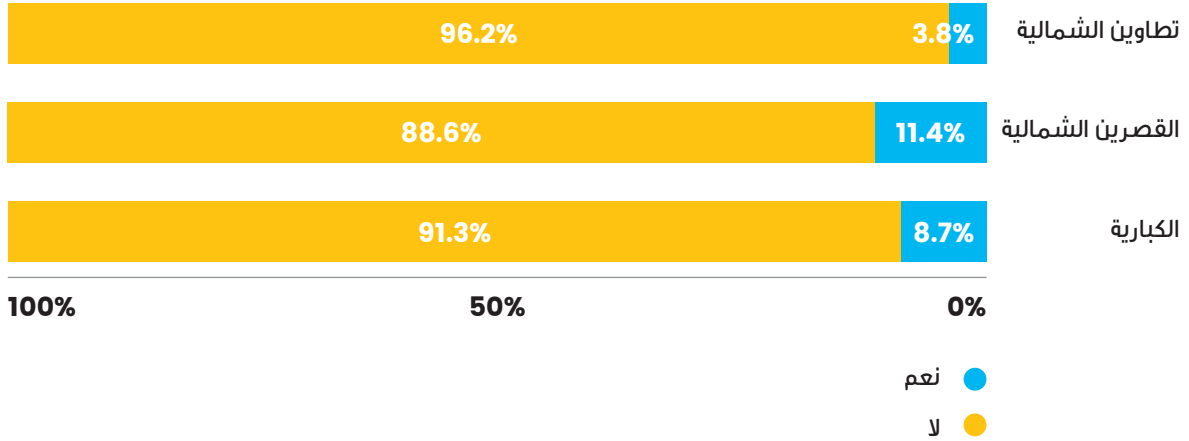
تكاد صحة الشباب لا تلقى أي اهتمام، سواء تعلق الأمر بالصحة الجسدية أو الصحة النفسية خاصة. أردنا في هذا الجزء من الاستجواب ان نستطلع تمثلات المستجوبين لحالتهم الصحية العامة والنفسية، ومستوى قيامهم بعيادات، وخاصة مدى معرفتهم بالمشاكل والاضطرابات النفسية وسبل التعامل معها، وإحساسهم بالحاجة إلى خدمات في مجال الصحة النفسية، وتقييمهم لما أتيج لهم منها.

- تقييم الشباب المستجوب لحالته الصحية



صرحت الأغلبية الساحقة من المستجوبين (92%) ان حالتها الصحية جيدة إلى جيدة جدا، وهي نسبة منطقية باعتبار ان العينة المستجوبة تنتمي إلى فئة الشباب.

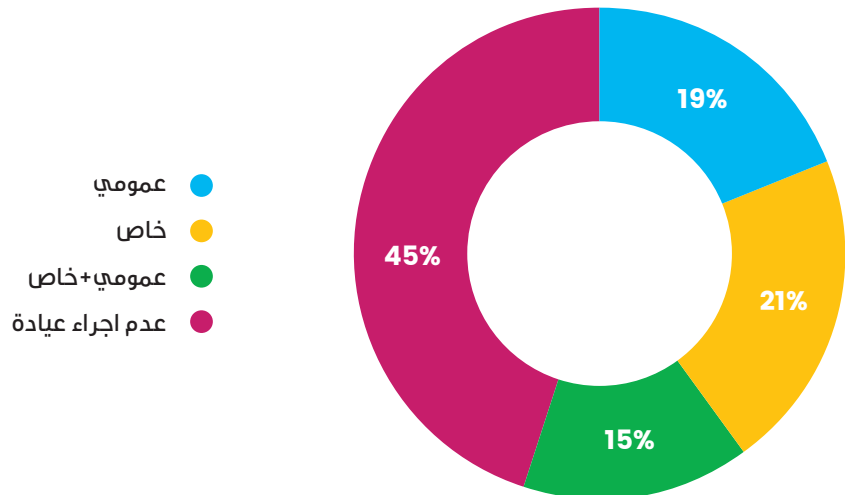
#### - المعاناة من أمراض مزمنة حسب المعتمدية



نسبة الشباب الذين صرحوا أنهم يعانون من أمراض مزمنة تفوق بقليل نسبة من صرحوا أن حالتهم الصحية سيئة أو سيئة جدا. والملفت أنها متفاوتة كثيرا بين المناطق، خاصة بين القصرين الشمالية حيث النسبة أعلى بوضوح من النسبة العامة وتطاوين الشمالية المتميزة بنسبة لا تتجاوز ثلث نسبة القصرين، في حين أنها مرتفعة نسبيا في منطقة الكبارية.

لا تتوفر لدينا معطيات موثقة حول طبيعة هذه الأمراض المزمنة في المناطق الثلاث ولا تفسيرات دقيقة لأسباب ارتفاع نسبتها بين المستجوبين في القصرين الشمالية، لكن عوامل متعددة ساهمت في ذلك بالتأكيد قد يكون من بينها ما هو مرتبط بعوامل مناخية وأخرى اجتماعية مثل الوراثة وزواج الأقارب، وخاصة اقتصادية-اجتماعية ترتبط بالتلوث أو ارتفاع نسب الفقر وما ينتج عنه من تردٍ في جودة الحياة. أما في تطاوين فالأمر يتعلق في غالب الظن بنقص في تقصي وتشخيص الأمراض المزمنة الخاصة بالشباب واليافعين (مثل الربو وعديد الأمراض النادرة)، ومن شبه المؤكد أن غياب معظم الاختصاصات الطبية في المستشفى الجهوي الوحيد بالولاية وندرتها حتى في القطاع الخاص، والبعد عن المراكز الصحية عالية الاختصاص، سببان رئيسيان لذلك.

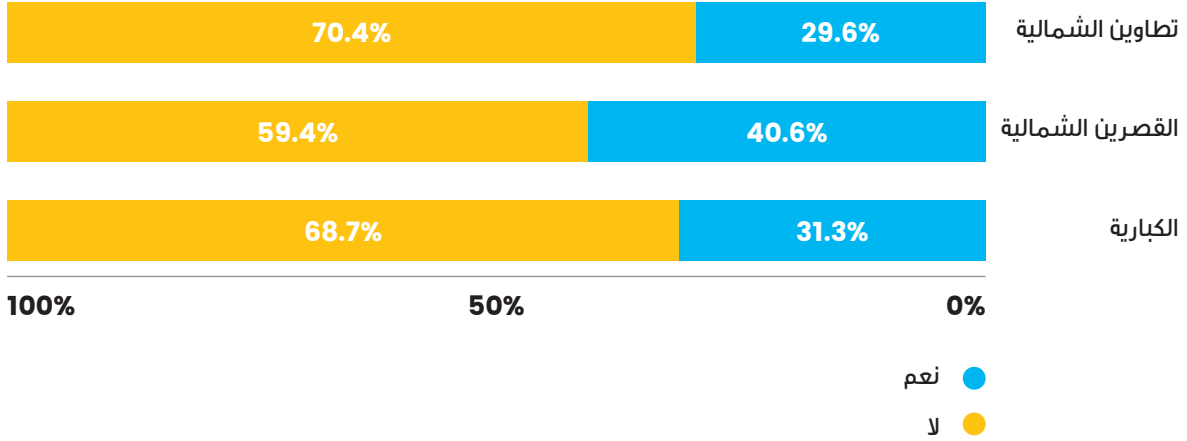
#### - إجراء عيادة في هيكل صحي عمومي و/أو في هيكل صحي خاص خلال السنة الفارطة



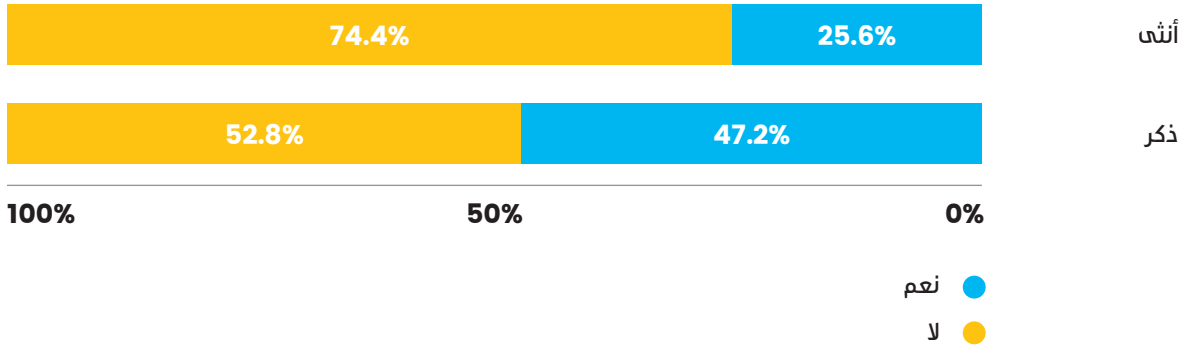
التقييم الإيجابي من معظم المستجوبين لحالتهم الصحية لا يعني عدم تعرضهم لإشكاليات صحية طارئة أو حاجتهم لخدمات طبية متنوعة. فأكثر من نصفهم صرحوا في نفس الوقت أنهم أجروا عيادة على الأقل في القطاع العام أو الخاص بنسب متقاربة، وربع من قاموا بعيادة أجروا عيادات في القطاعين.

#### - إجراء عيادة في هيكل صحي عمومي خلال السنة الفارطة حسب المتغيرات:

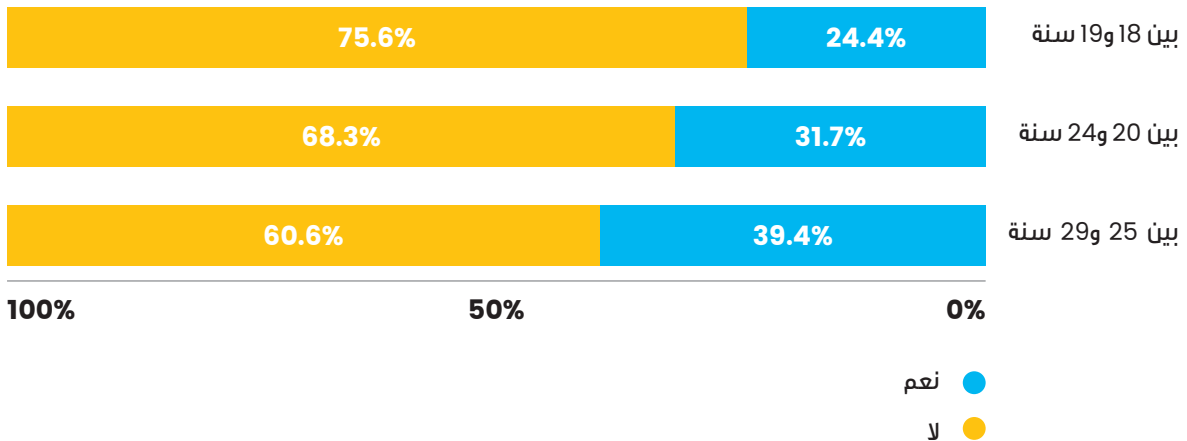
##### • المنطقة



##### • الجنس



##### • الفئة العمرية



مقارنةً نسبة عيادات الشباب في القطاع العمومي حسب المتغيرات، تُبرز 3 نقاط لافتة:

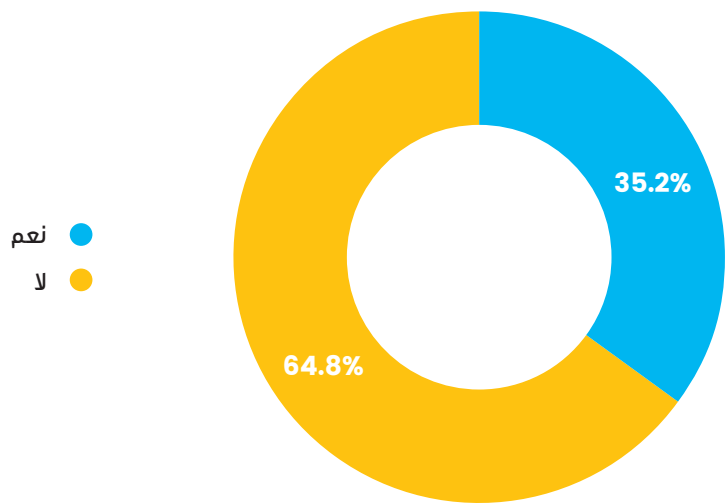
- تصدّر المستجوبين في القصرين الشمالية الترتيب مرة أخرى بنسبة 40.6% أي أكثر بما يقارب الثلث من نظرائهم في تطاوين الشمالية والكبارية، مما يعزز فرضية ان هناك خصوصية للوضع الصحي في تلك المنطقة.

- عدد المستجوبين الذكور الذين قصدوا هياكل الصحة العمومية يقارب ضعف عدد المستجوبات، وهو معطى يختلف جوهريا عما معروف من خلال الاحصائيات الموجودة بخصوص العيادات العادية والاستعجالية والتي تتميز بنسب عيادة أعلى لدى الإناث، لكن هاته الإحصائيات تهتم كل الأعمار وتُعوم المعطيات الخاصة بالشباب. هذا الفرق قد يجد تفسيراً جزئياً في تفاوت الحضور بالفضاء العام وبمواقع المهن الشاقة/الخطيرة، واحتمالات التعرض للعنف والسلوكيات المحفوفة بالخطر، واستهلاك الكحول والتبغ والمخدرات، لكن الأمر يستوجب بحثاً أكثر عمقا.

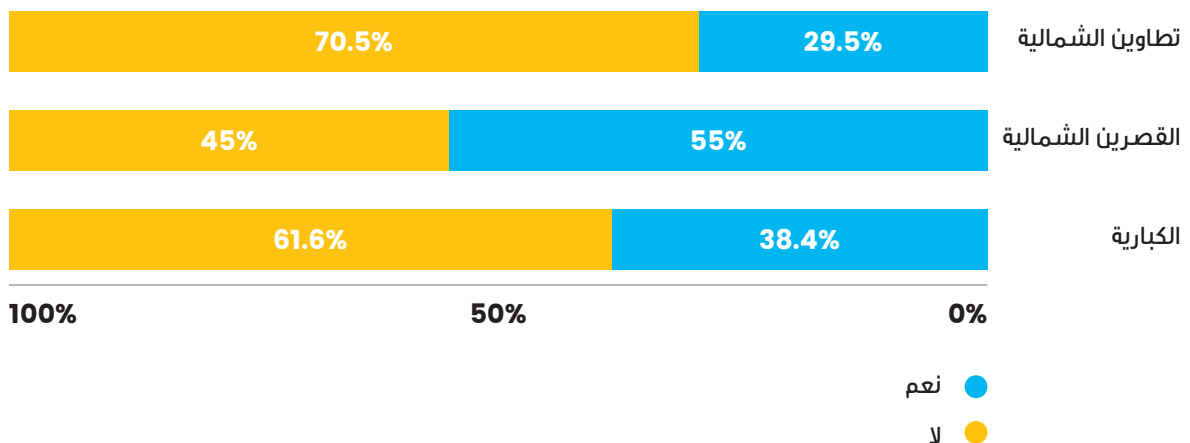
أما توزيع المستجوبين المصرحين بأنهم أجروا عيادة في هياكل الصحة العمومية خلال السنة الفارطة، حسب الفئات العمرية، يبدو منطقياً: كل ما كان السن أكبر كلما زاد احتمال الحاجة للعيادة.

## الكورونا

هل أصيب المستجوب بالكورونا



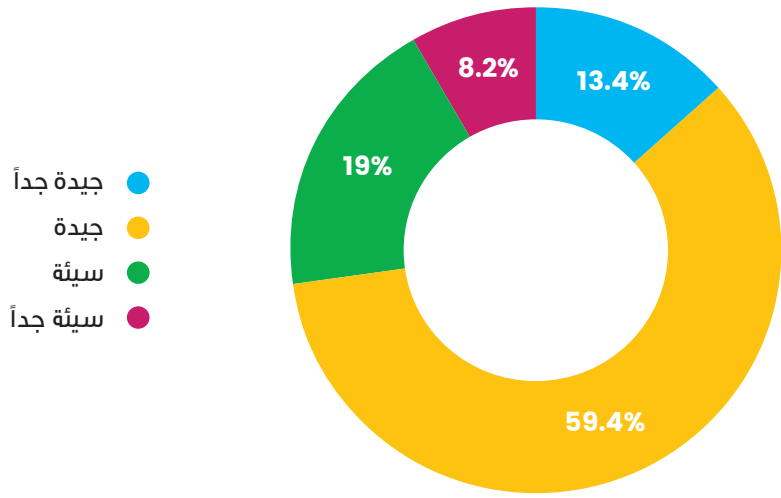
القيام بتحليل الكورونا حسب المنطقة



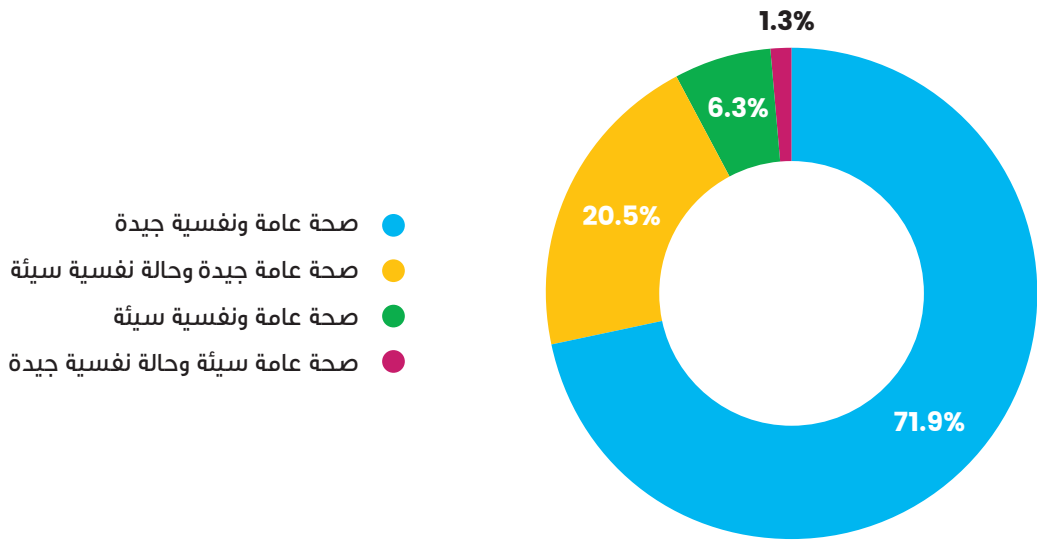
تظهر إجابات المستجوبين نسبة مرتفعة من الشباب أصيبوا بالكوفيد-19: 35.2% أي أكثر من الثلث. وعلى العكس تُعتبر نسبة التقصي والتحليل ضعيفة بحكم أنها تتجاوز قليلا نسبة الإصابة، مع تفاوتات هامة حسب المنطقة؛ فهي منخفضة خاصة في تطاوين الشمالية وبنسبة أقل الكبارية، لكنها مرتفعة في القصرين إذ تتجاوز نصف الشباب المستجوب، وربما يعود ذلك إلى تكثيف حملات التقصي المبكر وتقريبها للمواطن في تلك المنطقة خاصة بعد ظهور بؤر في فترات مختلفة منذ انتشار الوباء.

#### 4. الصحة النفسية

تقييم الشباب المستجوب لحالته النفسية



مقارنة تقييم الحالة الصحية العامة والحالة النفسية

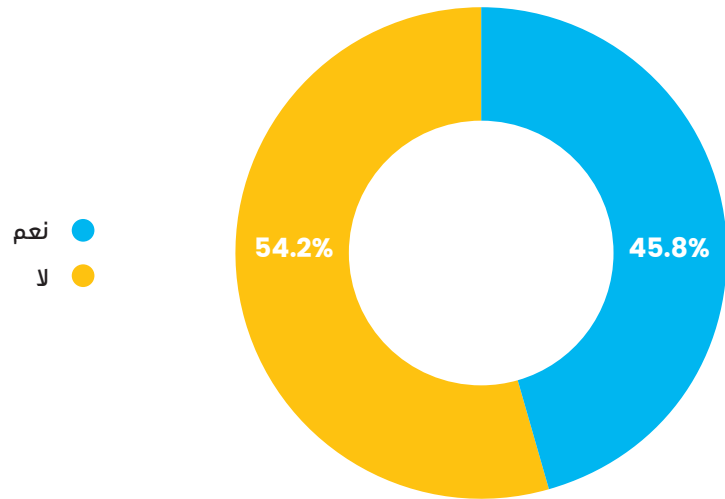


تشير النتائج إلى أن الشباب المستجوب يقيم حالته النفسية بصفة أقل إيجابية من حالته الصحية العامة، إذ ترتفع نسبة من يقيمون حالتهم النفسية بصفة سلبية إلى أكثر من ثلاثة مرات ممن يقيمون صحتهم العامة كذلك (27,2% مقابل 7,6%)

باستثناء 1% من الشباب، كلما كان تقييمهم إيجابيا لحالتهم النفسية كان تقييمهم لحالتهم الصحية العامة في نفس الاتجاه، كما أنه كلما كان تقييمهم لصحتهم العامة سلبيا كان تقييمهم لحالتهم النفسية كذلك.

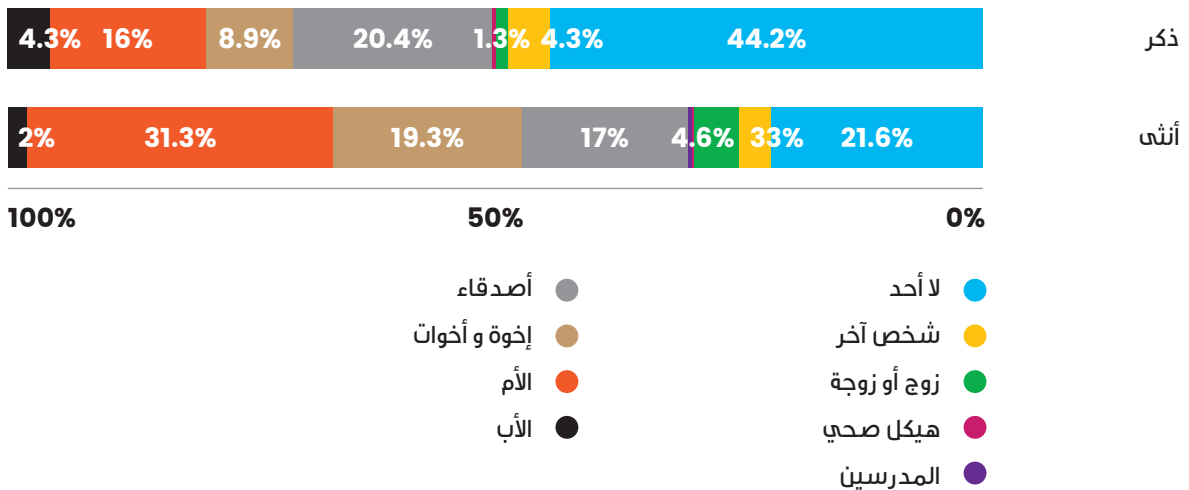
لكن أكثر من 20% من الشباب يقيمون صحتهم العامة بصفة إيجابية وحالتهم النفسية بصفة سلبية.

### هل أثر الكوفيد على الحالة النفسية للشباب؟



45.8% من عموم المستجوبين اعتبروا ان الأزمة الوبائية للكوفيد-19 أثرت على حالتهم النفسية. هاته النسبة تفوق كثيرا من صرحوا أن حالتهم النفسية سيئة أو سيئة جدا بما يعني أن هذا التأثير كان محدودا في قوته أو مؤقتا و زال عند إجراء الدراسة.

### الشخص الذي يلجأ إليه الشباب حين يشعرون بمشاكل نفسية



يُظهر الرسم اختلافات هامة جدا بين الجنسين في اختيار الجهة التي يقصدونها طلبا للسند والمساعدة عند الإحساس بمشاكل نفسية، حتى ان خيار اللجوء إلى الآخرين ليس مطروحا بنفس الشكل على العينتين. قرابة 45% من المستجوبين الذكور صرحوا بأنهم لا يلجؤون إلى أي أحد في حين ان قرابة 80% من المستجوبات صرحن بأنهم يبحثن عن دعم. ربما يرتبط



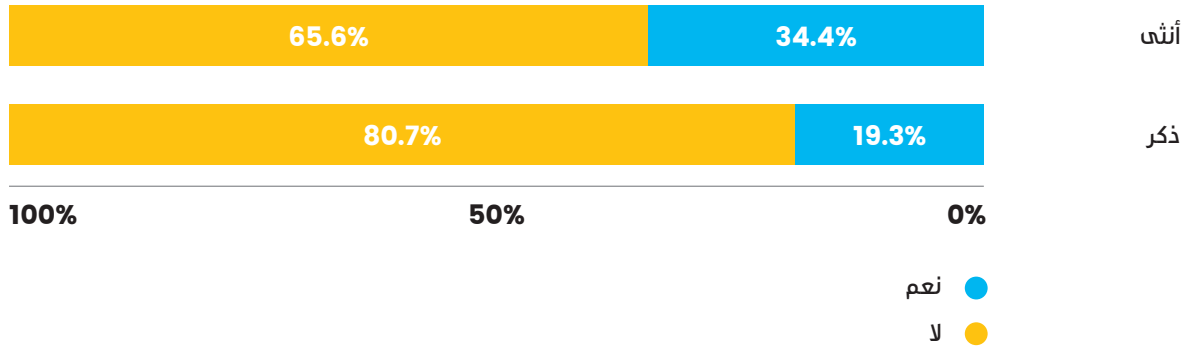
هذا التفاوت بالتنشئة الاجتماعية لكلا الجنسين: تعوّد الذكور حلّ مشاكلهم وحدهم وضعف الصلة الحميمة مع الأب وحتى الأم /«الفضضة» والتضامن النسوي لدى الاناث. يعوّل كلا الجنسين على أفراد العائلة بشكل رئيسي لكن مع اختلاف هام في النسب (29.3% من المستجوبين و 52.6% من الإناث) وفروق احصائية ذات دلالة بين هؤلاء الأفراد: حضور طاغي للأم وغياب شبه كامل للأب خاصة في اجابات المستجوبات (فوارق كلاسيكية مرتبطة بصورة الأم/الخصن والأب/السلطة في المخيال الجماعي) ودور متوسط الأهمية للأخوة والأخوات. حضور الزوجات والأزواج في الاجابات ضعيف جدا نظرا للضعف نسبة المستجوبين المتزوجين، خاصة الذكور. يلعب الأصدقاء دورا مهما لدى الجنسين، لكنه أقوى بكثير عند الذكور حتى انه يفوق دور الأم، ويشترك الجنسان في عدم التعويل على الهياكل الصحية والإطار التربوي/التعليمي.

### الحاجة للذهاب إلى طبيب نفسي أو أخصائي نفسي في السنة الأخيرة

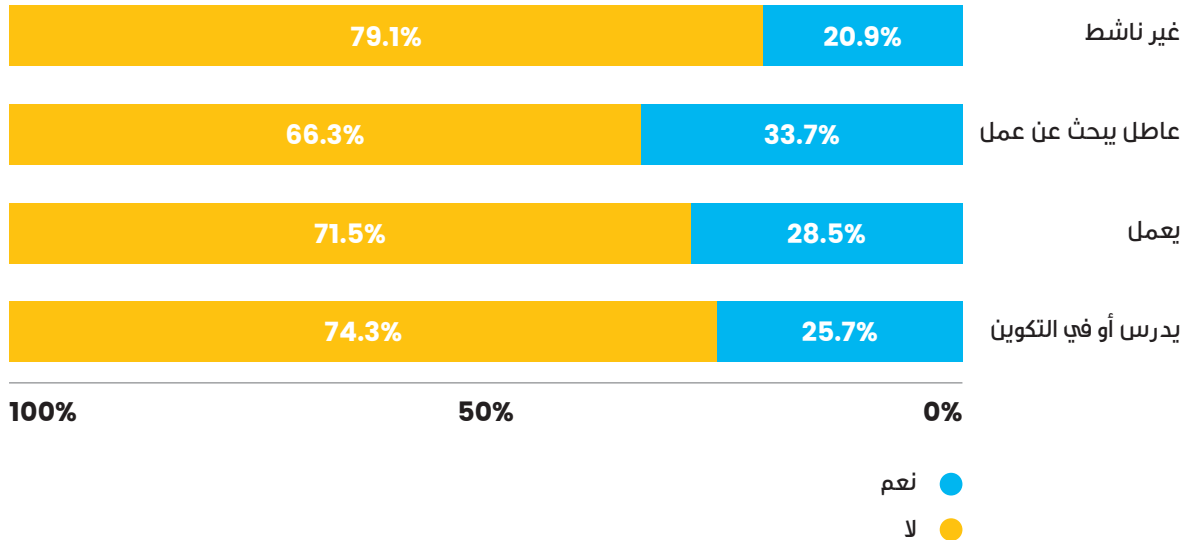
للتعرف على مدى شعور الشباب فعليا في السنة الأخيرة بالحاجة إلى رعاية نفسية مختصة، طرحنا السؤال مباشرة عليهم. تبيّن أنّ نسبتهم هامة، تفوق ربع مجموع المستجوبين (26,8%). أي تقريبا نفس نسبة من قيّموا حالتهم النفسية بصفة سلبية.

الفئات كانت نسبتهم أكثر في الإحساس بالحاجة للذهاب إلى طبيب/أخصائي نفسي في السنة المنقضية، هي:

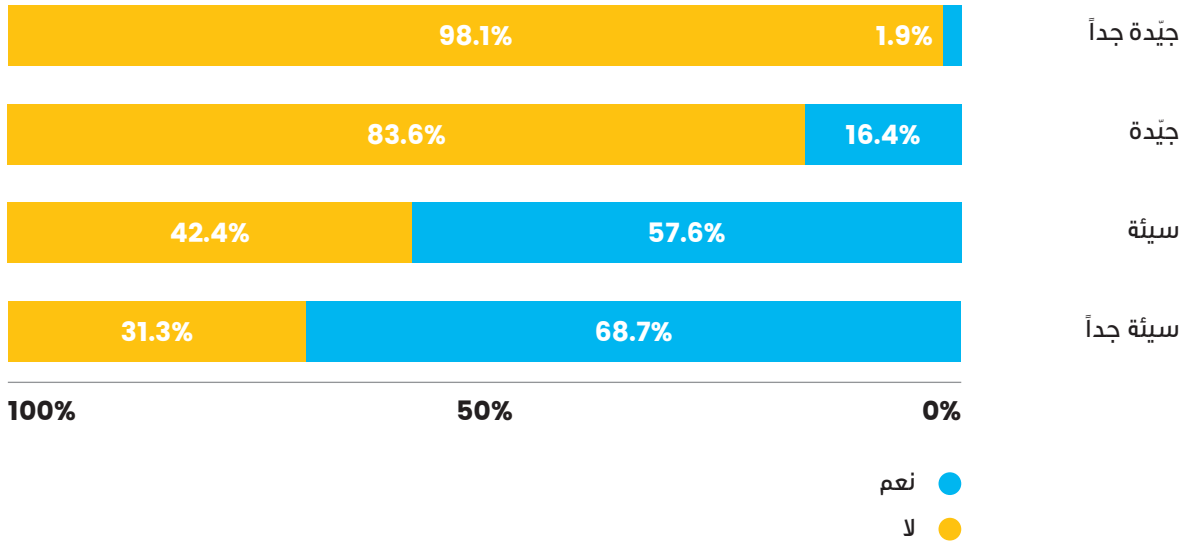
- حسب الجنس: الاناث أجبن بنعم بنسبة تقارب ضعف نسبة الذكور.



- حسب النشاط الاقتصادي: الباحثون عن عمل أكثر فئة شعرت بالحاجة إلى رعاية نفسية مختصة (33.7%) فالعاملون (28.5%) ثم الدارسون/المتلقون للتكوين (25.7%) في حين كان غير الناشطين اقتصاديا الفئة الأقل حاجة حسب إجاباتهم (20.9%).

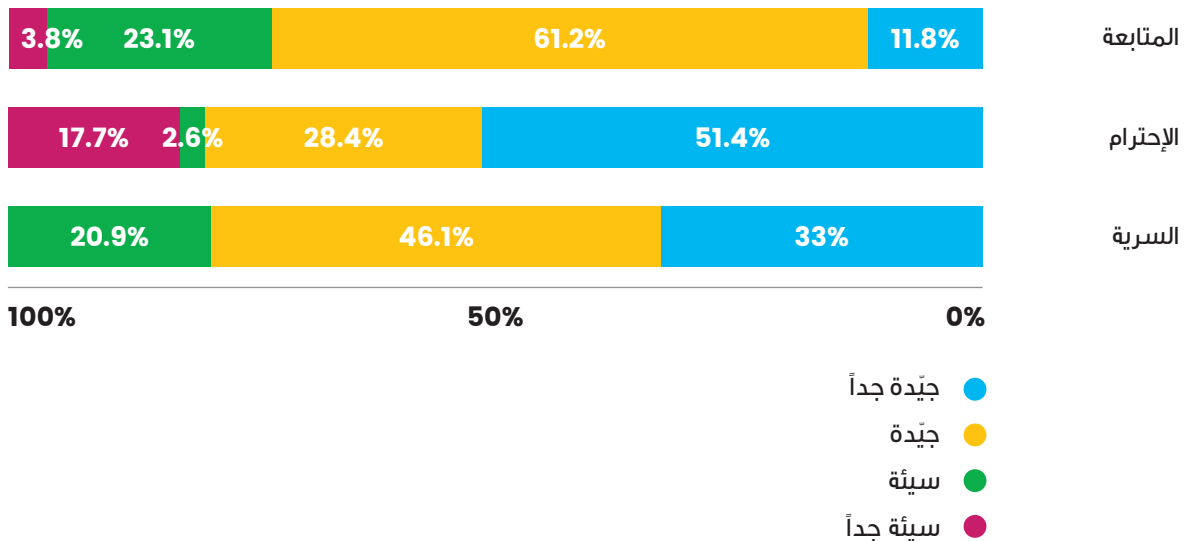


### مقارنة الحاجة للذهاب إلى طبيب نفسي أو أخصائي نفسي في السنة السابقة للدراسة وتقييم الحالة النفسية عند إجراء الدراسة

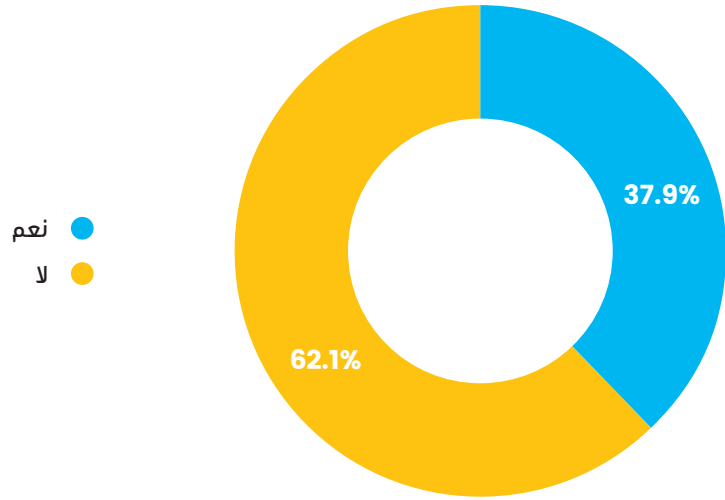


العلاقة بين تمثّل المستجوب عند إجراء الدراسة لحالته النفسية وإحساسه بالحاجة للذهاب إلى طبيب/أخصائي نفسي معقدة: ف 16,4% من بين المستجوبين الذين قيموا حالتهم النفسية بالجمدة (و1,9% من بين المستجوبين الذين قيموا حالتهم النفسية بالجمدة جداً) قالوا انهم أحسوا بحاجة للذهاب إلى مختص في السنة الأخيرة، وقد يكون ذلك بسبب زوال الحاجة عند إجراء الدراسة أو تبعاً لإجراء العيادة النفسية المختصة وتكلفتها بالنجاح، وفي المقابل أكد 68,76% من المستجوبين الذين يعتبرون حالتهم النفسية سيئة جداً و57% من المستجوبين الذين يعتبرون حالتهم النفسية سيئة، انهم أحسوا بحاجة للذهاب إلى مختص في السنة الأخيرة، وهو أمر طبيعي.

### تقييم جودة الخدمة عند زيارة طبيب نفسي أو إخصائي نفسي



## مجانية الخدمة لدى الطبيب النفسي أو الإخصائي النفسي



تقييم المستجوبين الذين ذهبوا لطبيب/أخصائي نفسي خلال السنة الأخيرة لجودة الخدمات التي تلقوها إيجابي بنسب مرتفعة تتراوح بين 73% و80% عموماً مع تفاوت في مستوى درجة الرضا حسب الثلاث معايير التي تناولتها الاستمارة: متابعة المريض، ومعاملته باحترام وحماية السرية:

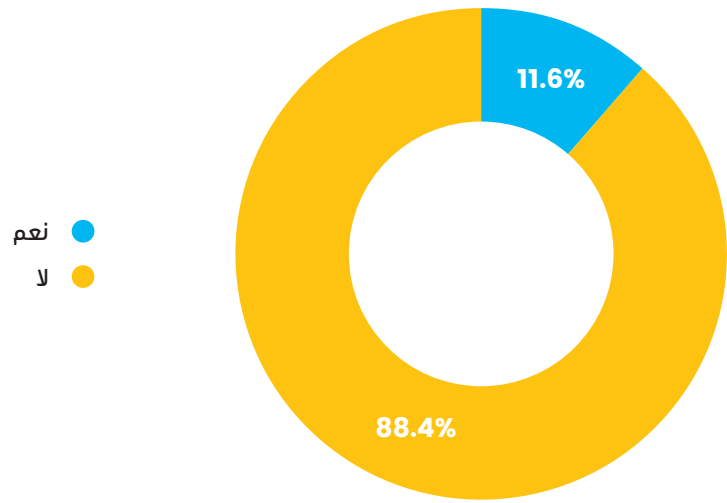
- المتابعة هي المعيار الذي قلماً حاز على الرضا التام: فقط 12% اعتبروا انها جيدة جداً، (مع 61% قالوا انها جيدة). ويمكن القول ان هناك احساس عام بأن المتابعة غير كافية خصوصاً مع نسبة عدم رضا بلغت 27% (4% اعتبروها سيئة جداً والبقية قالوا انها سيئة).

- الاحترام هو أكثر معيار حظي بأعلى نسبة رضا عام قاربت 80% وخاصة أعلى نسبة رضا تام فاقت 51%. لكن 18% كانوا غير راضين بتاتا عن مدى الاحترام في عيادة الطبيب أو الإخصائي النفسي واعتبروه سيئاً جداً.

- أما معيار السرية فتقييمه وسطي بين المعيارين السابقين بنسبة رضا عام قاربت 80% لكن نسبة الرضا التام لم تتجاوز 28%، مع نسبة عدم رضا عام 21% قالوا كلهم أن السرية في العيادة النفسية سيئة ولم يعتبر أي واحد أنها سيئة جداً.

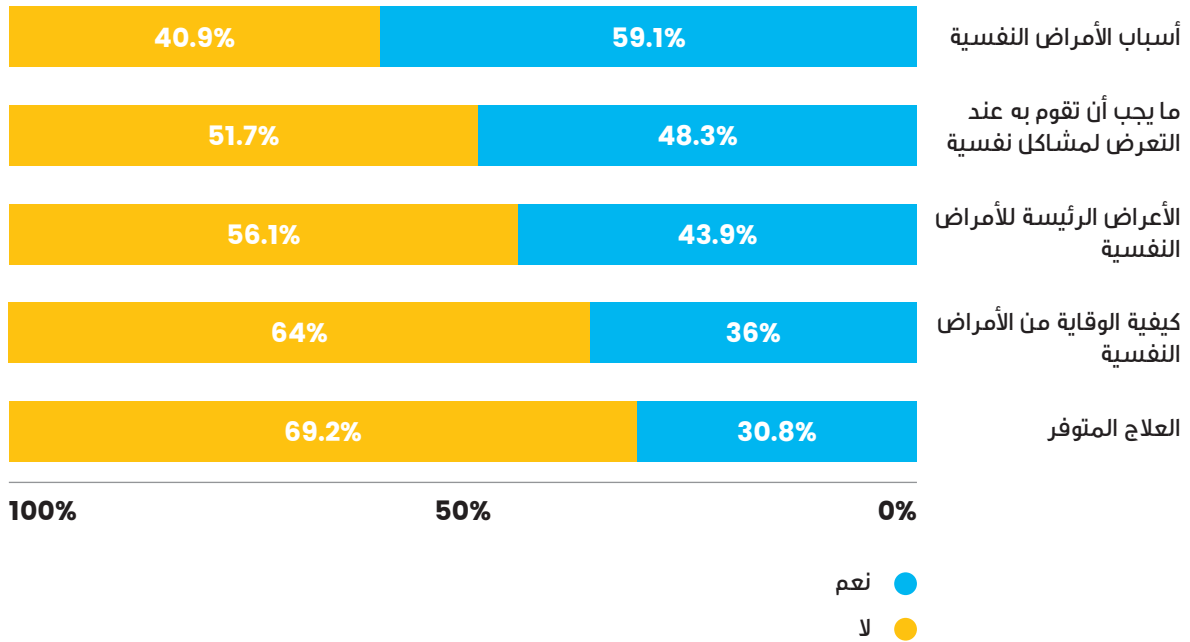
ولكن إذا كان تقييم جودة الخدمة في المجال النفسي إيجابياً مع ضرورة تطويرها لتجاوز هباتها، فالأكيد أن حصول الشباب على هاته الخدمة يبقى عسيراً جداً. فحسب المعطيات المستقاة من الإجابات، لم يتم سوى 12% ممن أحسوا بالحاجة إلى هاته الخدمة بزيارة طبيب نفسي أو إخصائي نفسي فعلاً. وبالتأكيد فإن العامل المالي سبب هام خصوصاً وقد صرح 37% فقط من الشباب الحاصل على عيادة نفسية بأنه تمتع بمجانيتها، علماً وان حوالي نصف مجموع المستجوبين تقريباً لا يتمتعون بتأمينات اجتماعية. لكن العامل الأهم يبقى غياب الطبيب النفسي والإخصائي النفسي المختص في المناطق الداخلية وبالأخص في الهياكل الصحية العمومية المعروفة، تماماً مثل تعقد الإجراءات ونقص المعلومات عن صيغ الحصول على عيادة نفسية.

## هل يعرف الشاب شخصاً في محيطه العائلي، يتابعه طبيب نفسي أو إحصائي نفسي؟



أكثر من 11% من الشباب والشابات المستجوبين صرحوا بمعرفتهم شخصاً في محيطهم العائلي يتلقى متابعة من طبيب نفسي أو إحصائي نفسي. وهي نسبة تُعتبر مرتفعة، خاصة عند مقارنتها بالمعطيات المتوفرة عن عدد عيادات الطب النفسي في القطاع العمومي<sup>1</sup> ونسبة من صرحوا بأنهم يتابعون علاجاً طبياً بسبب اكتئاب، وهو أكثر الاضطرابات النفسية تواتراً، في المسح الشامل للصحة في تونس المجرى من طرف المعهد الوطني للصحة سنة 2016<sup>2</sup>. وقد تجد النسبة المرتفعة تفسيرها من جهة في جزئية الإحصائيات المنشورة ومن جهة ثانية في ارتفاع تواتر العوامل الاقتصادية والاجتماعية المساعدة على ظهور اضطرابات نفسية والإصابة بأمراض نفسية في الجهات والمناطق المهمشة مثل التي أجرينا فيها الدراسة، رغم ضعف ثقافة العلاج النفسي في تونس والصعوبات المادية والجغرافية للوصول إليه، وحرص الكثير ممن يتابعون علاجاً نفسياً على إخفاء الأمر على الآخرين حتى المقربين منهم خشية الوصم وتغير نظرة الناس إليهم.

## هل يعتقد الشاب أن لديه معلومات كافية حول المشاكل والأمراض النفسية؟

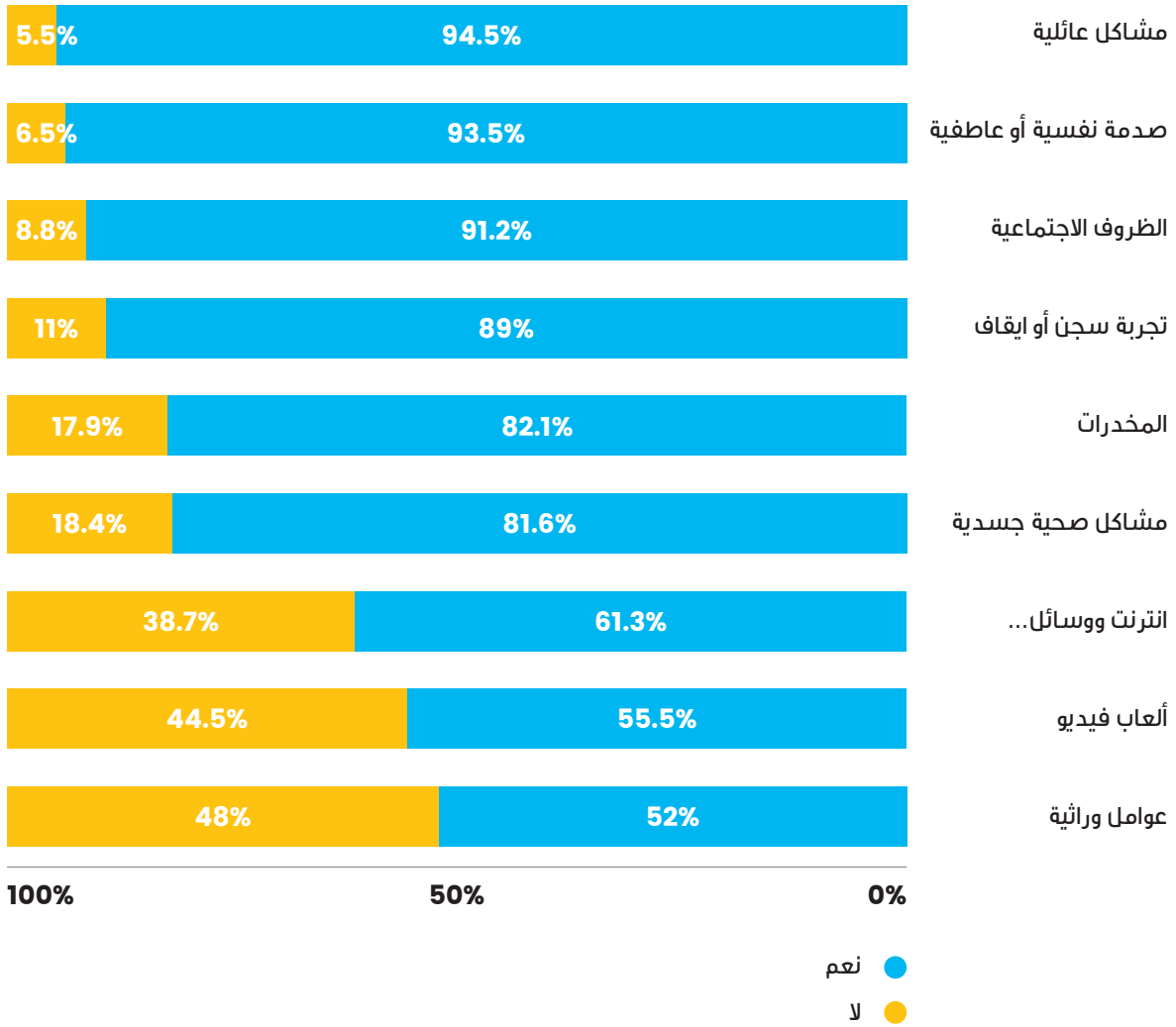


1 حسب إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2019، بلغ عدد عيادات الطب النفسي بالقطاع العمومي في مجموع البلاد 272 082 عيادة أي ما يقارب عيادة واحدة لـ 2,4% من مجموع سكان البلاد (0 عيادة في تطاوين و3142 في القصيرين وأكثر من 120 ألف في تونس الكبرى و84 ألف في الوسط الشرقي: سوسة والمنستير والمهدية و صفاقس) - المصدر: «الخارطة الصحية 2019» (صفحة 162) - وزارة الصحة - إدارة الدراسات والتخطيط - أفريل 2021 - وثيقة منشورة بموقع الوزارة

2 بلغت النسبة 1,6% لدى مجموع السكان البالغة أعمارهم 15 سنة أو أكثر - نتائج المسح الشامل للصحة في تونس سنة 2016\* (صفحة 191-192) - وزارة الصحة - المعهد الوطني للصحة - فيفري 2019 - وثيقة منشورة بموقع المعهد

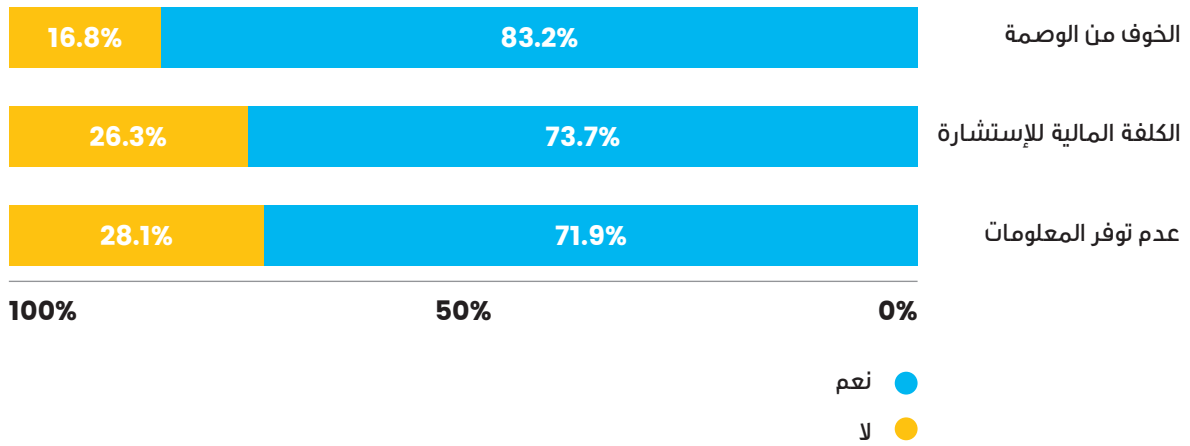
ولئن صرح قرابة 60% من المستجوبين بأنهم على دراية بأسباب الأمراض النفسية فإن النسب تنخفض إلى أقل من النصف وحتى الثلث عندما نتطرق إلى كيفية التصرف عند التعرض لمشاكل نفسية ومعرفة أعراض الأمراض النفسية وخاصة سبل التوقي أو العلاج منها. ويمكن أن نستنتج من خلال البيانات ان أكثر من نصف المستجوبين ليس لديهم معلومات يمكن أن تفيدهم في صورة التعرض لمشاكل أو أمراض نفسية وخاصة سبل الوقاية منها.

### ما الذي يسبب اضطرابات نفسية حسب رأي الشباب؟ (من بين مقترحات مقدّمة)



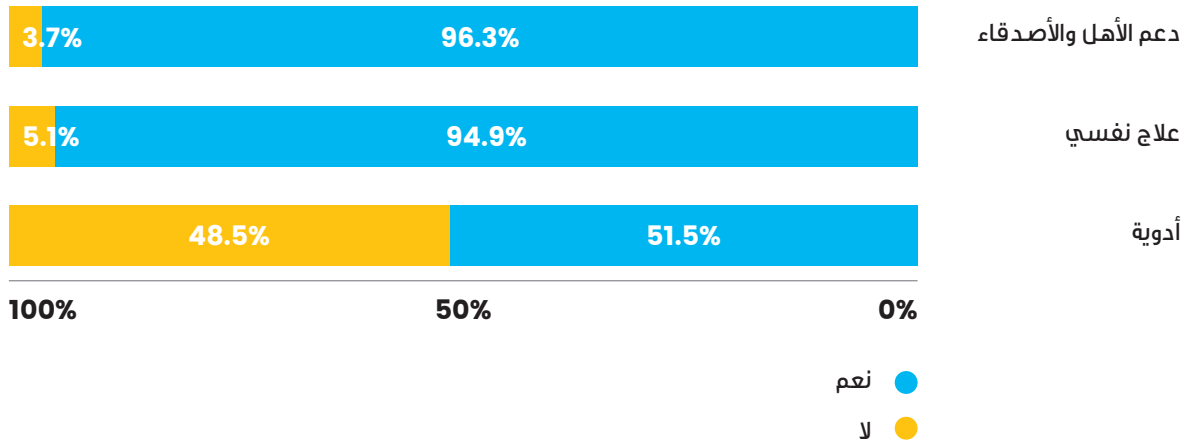
يظهر الرسم اجماعا شبه كامل من اغلب المستجوبين حول مسببات الاضطرابات النفسية فيما يتعلق بالمشاكل العائلية والعاطفية والاقتصادية، وبشكل أقل بخصوص السجن والايقاف والمخدرات والمشاكل الصحية. تظهر تباينات آراء المستجوبين حول دور الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي وألعاب الفيديو والعوامل الوراثية، وهذا الاختلاف طبيعي لأنها عوامل «إشكالية» ليس هناك إجماع علمي واضح حول سببيتها المباشرة.

### من وجهة نظر الشباب، ما هي أهم أسباب امتناع شخص عن الذهاب لاستشارة نفسية؟



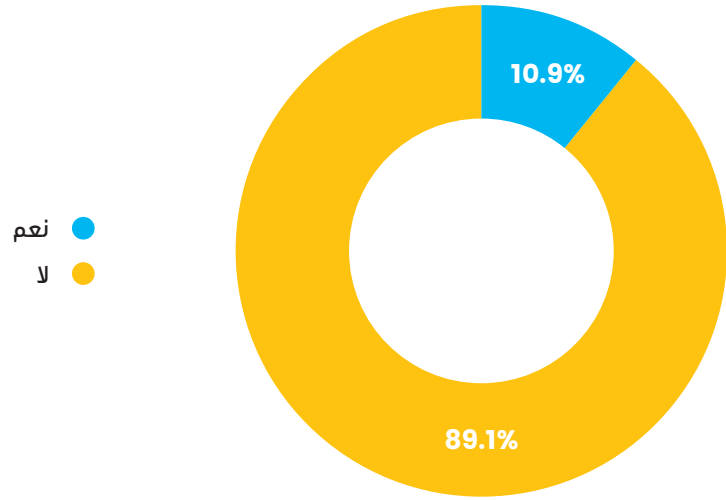
تؤكد اجابات المستجوبين ان الخوف من نظرة المحيط الاجتماعي وما قد يلحق بالمريض من وصم هو العامل الأكثر وزنا في إثناء شخص عن التوجه طلبا لاستشارة نفسية، لكنها تثبت الأهمية الكبيرة للعامل المالي (الذي كثيرا ما يتضاعف بحكم ما يتطلبه التعهد من تعدد للحصص أو العيادات وتنقلات بسبب غياب المختصين في عديد الجهات الداخلية والمناطق الشعبية المحيطة بالمدن الكبرى)، ولعدم توفر معلومات (حول هياكل الرعاية الصحية النفسية وإجراءات الولوج إلى التعهد النفسي).

### من وجهة نظر الشباب، هل تساعد هذه الطرق شخصا يعاني من مشاكل نفسية؟



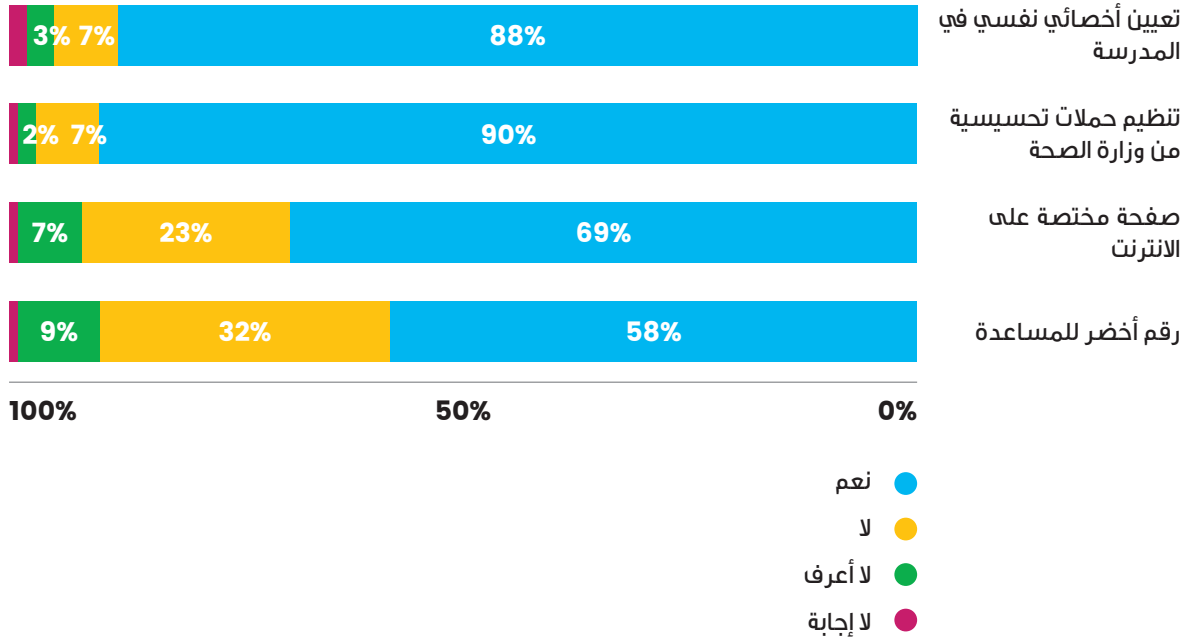
يبين هذا الرسم ان هناك اجماع شبه كامل من المستجوبين على أهمية دعم المحيط العلائقي (عائلة وأصدقاء) في مساعدة من يعانون من مشاكل نفسية على تجاوزها، وعلى العكس مما قد يتبادر للذهن من نفور من العلاج النفسي او وصم للذين يتلقونه فإن الأغلبية الساحقة من المستجوبين (94,9%) تؤمن بدور العلاج النفسي في مساعدة الأشخاص الذين يعانون مشاكل وتجعله في نفس المرتبة تقريبا مع الدعم العائلي. لا تحظى الأدوية بنفس الاجماع، بل تظهر نسبة الاجابات الايجابية والسلبية انقساموا واضحا مع اغلبية طفيفة (نقطتين) للرأي القائل بقدرة الأدوية المساعدة على العلاج. عموما هناك اجماع على أهمية الدور الإنساني سواء العلائقي أو المهني في تخفيف وطأة الأمراض والمشاكل النفسية.

## استفادة الشباب من حملة تحسيسية حول الأمراض النفسية بالمؤسسة التربوية أو خارجها



مرة أخرى يظهر النقص الفادح في المجهود التوعوي الرسمي والأهلي/المدني في المؤسسات التربوية وغيرها: عُثر المستجوبين فقط صرحوا انهم استفادوا من حملة تحسيسية حول الأمراض النفسية. وربما كان النقص في مستوى التواصل والمضمون أكبر.

## حسب الشباب، ماهي طرق التعريف بالمشاكل النفسية؟ (من بين مقترحات مقدّمة)



يميل الشباب أكثر إلى تفضيل الطرق التقليدية على طرق التواصل الحديثة. قد تبدو هذه النتائج غير منتظرة، لكن يمكن تفسيرها بثلاث نقاط:

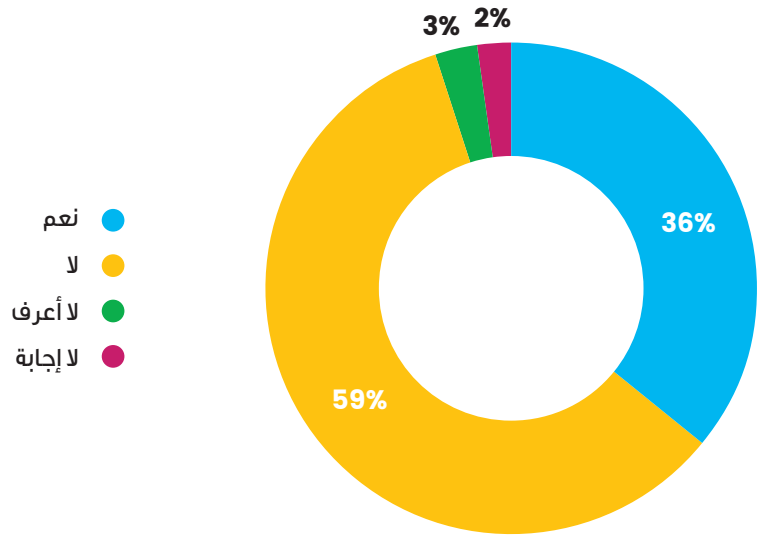
- تتميز الطرق التقليدية بأنها توفر تواجداً أكثر ديناميكية وتفاعلية وحتى حميمية بالنسبة للتواصل مع إخصائي نفسي بصفة فردية، والشباب بحاجة إلى ذلك بشدة في مجال الصحة النفسية

- عدم قدرة جزء من الشباب على التعامل السلس مع وسائل الاتصال الحديثة لأسباب شتى، لعل أهمها محدودية المستوى التعليمي لنسبة هامة منهم مثلما رأينا، ولكن كذلك محدودية القدرات المالية لنسبة غير هينة من شباب المناطق المهمشة خاصة

- التجربة الصعبة عمليا مع المنظومات الرقمية والأرقام الخضراء، خلال جائحة الكورونا، وبالأخص منظومة إيفاكس للتلاقيح ضد الكوفيد 19

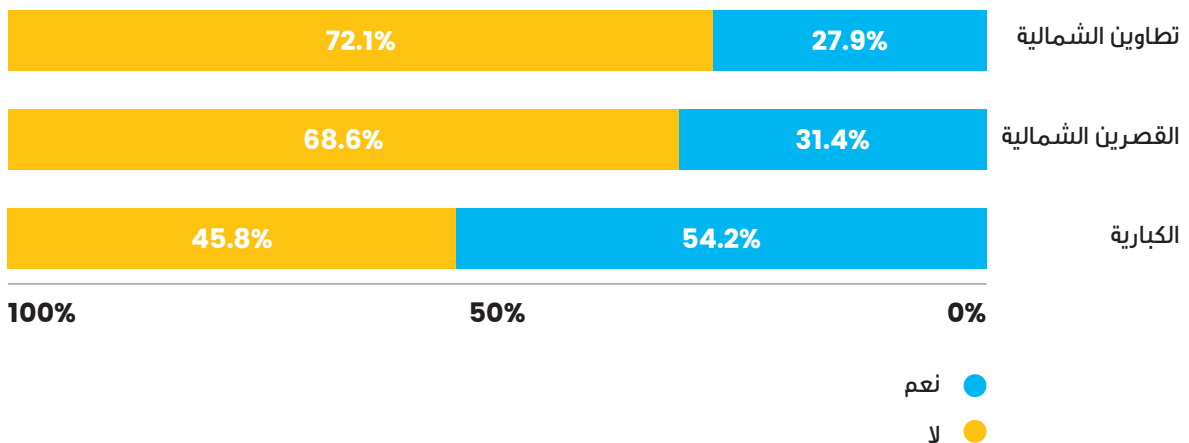
## تجربة الشباب في التعامل مع المشاكل النفسية

### التعرض لبعض المشاكل النفسية



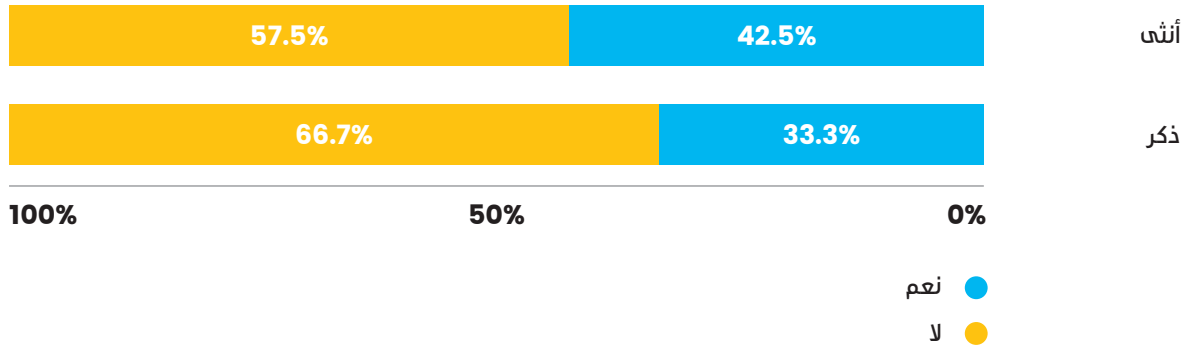
### التعرض لبعض المشاكل النفسية حسب المنطقة والجنس

- حسب المنطقة



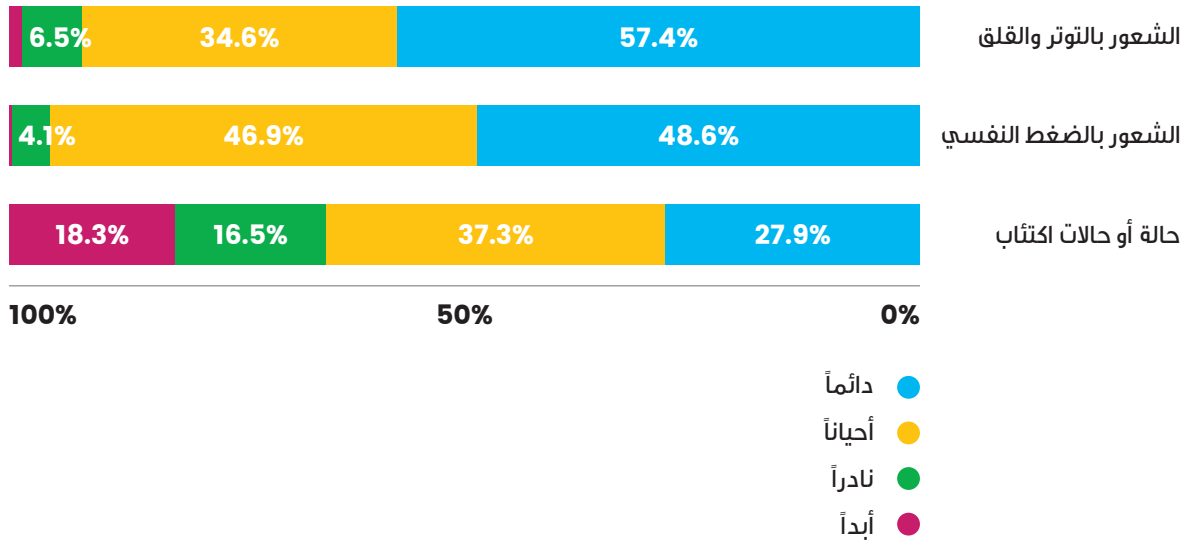


## - حسب الجنس



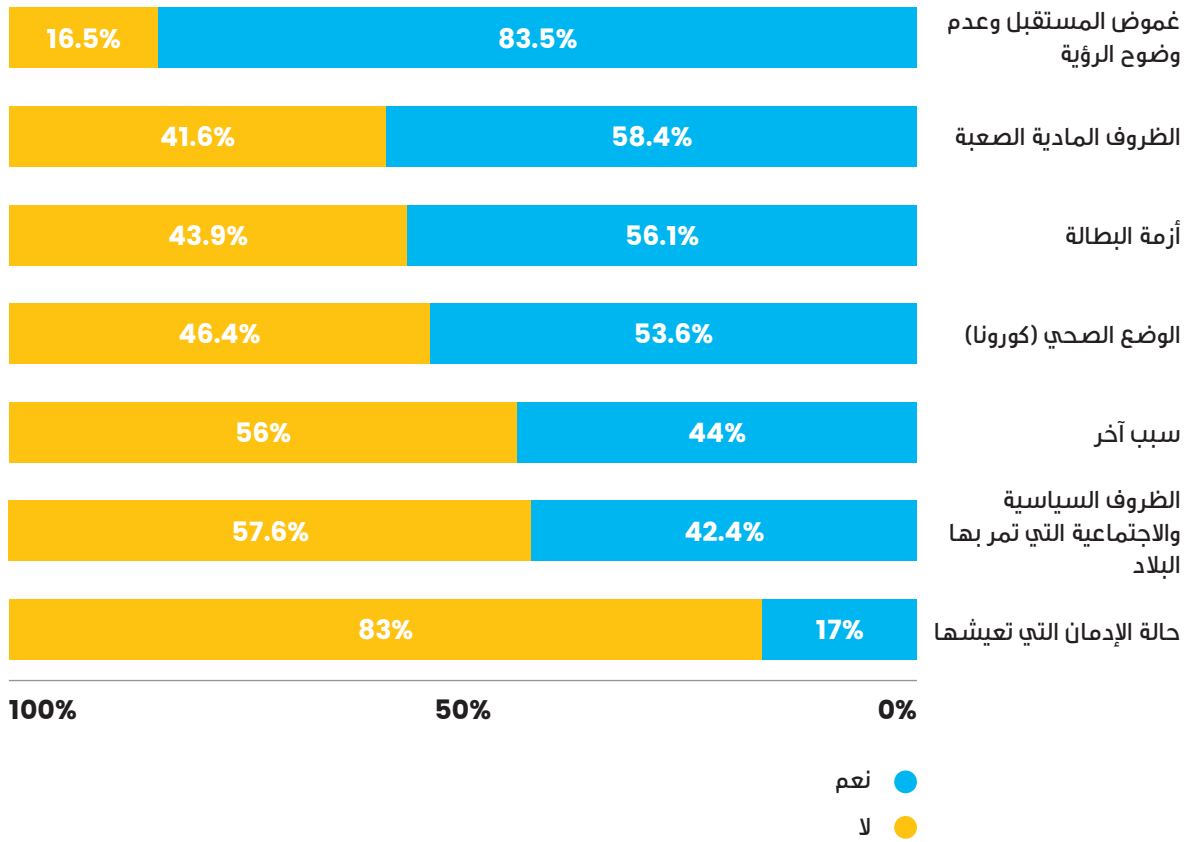
على الرغم من ان المشاكل النفسية ليست حكراً على أي جنس أو منطقة فهناك فوارق ملحوظة تبرزها اجابات المستجوبين. الإناث كن أكثر عرضة للمشاكل من الذكور، ربما بسبب كثرة الضغوط المجتمعية المسيطرة على الإناث مقارنة بالذكور سواء على المستوى السلوكي او في الفضاء الخاص او العام، فضلا عن مدى اختلاف «المناعة» النفسية لكل جنس باعتبار ظروف التنشئة الاجتماعية. المستجوبون في تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية معرضون للمشاكل النفسية بنسبة اقل كثيرا من المستجوبين في الكبارية. عدد الذين صرحوا بتعرضهم لمشاكل نفسية في الكبارية هو ضعف عدد المستجوبين الذين صرحوا بنفس الإجابة في تطاوين الشمالية. ربما يفسر ذلك بواقع الحياة في حي شعبي ملاصق لأكبر مدينة في البلاد مع ما يعنيه ذلك من تعرض أكبر للسلوكيات المحفوفة بالمخاطر والاحتكاك اليومي بقوات الأمن، الخ. لدى الشباب المستجوب في القصرين، النسبة أقرب إلى نسبة نظرائهم في تطاوين مع أنها أعلى قليلا.

## - إحساسات الشباب عند التعرض لمشاكل نفسية



يبين لنا هذا الرسم البياني حضور المشاعر المرافقة للتعرض لمشاكل النفسية لدى الشباب وديمومة حضورها. من الجلي ان الشعور بالتوتر والقلق من جهة وبالضغط النفسي من جهة ثانية حاضران في كل الحالات تقريبا، أساسا بصفة دائمة أو متواترة. لكن الإحساس بالتوتر والقلق هو الأكثر حضورا بشكل دائم بنسبة 57.4%، أما الشعور بالضغط النفسي فهو دائم الحضور لدى 49%، حالات الاكتئاب أقل حضورا، فهي غائبة في حوالي خمس الحالات، ونادرة الحضور في سديسها، وليست دائمة سوى في 28% منها، وهو أمر طبيعي باعتبار أن الإحساس بالاكتئاب عادة ما يكون تعبيرا عن مشكل نفسي متوسط القوة والحدة والتأثير.

## أسباب حدوث الشعور النفسي المقلق



تتعدد اسباب الشعور بالضغط النفسي و/أو بالتوتر والقلق و/أو بالاكتئاب لدى الشباب المستجوب عند تعرضه لمشاكل نفسية، وقد يعيش أحد الأسباب أو عددا منها، لكن بعضها أكثر حضورا وتأثيرا في حياتهم وفي تعرضهم لهاته المشاكل:

- ضبابية المستقبل هي أكثر عامل يورق الشباب وساهم في ظهور الأعراض النفسية في 83,5% من الحالات.

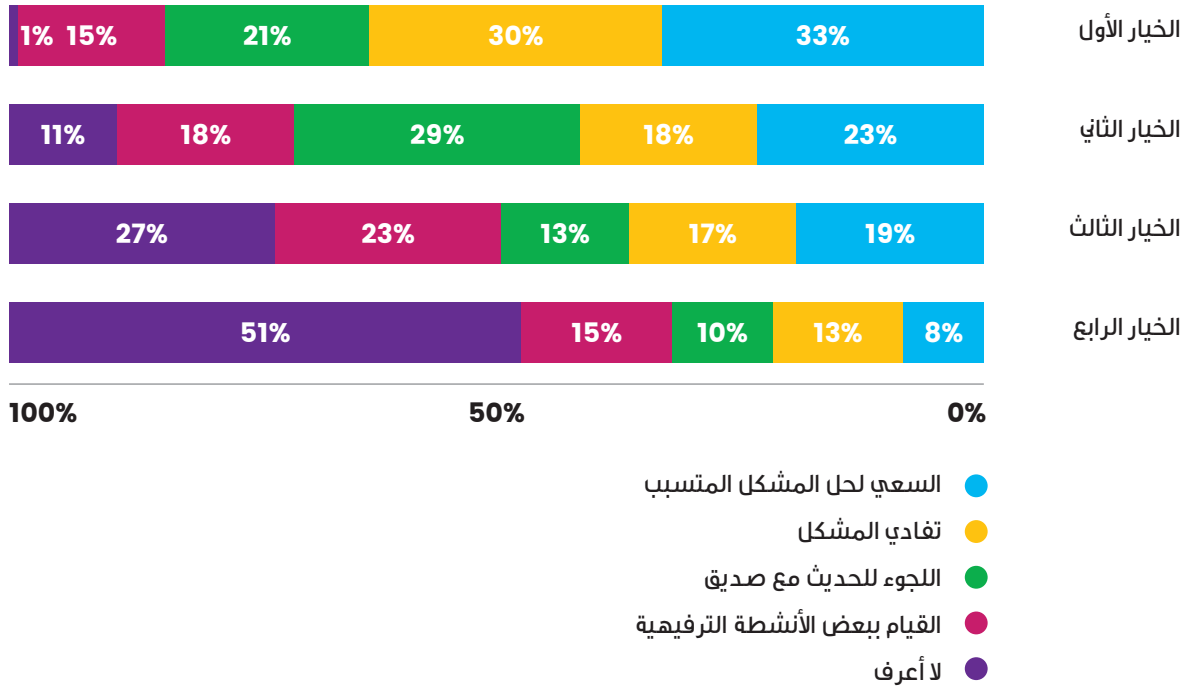
- الظروف المادية الصعبة المرتبة الثانية والبطالة تحتلان تباعا المرتبة الثانية والثالثة بنسب تفوق نصف الحالات لكل منهما.

- الكورونا، التي خيمت على البلاد والعالم في السنة والنصف التي سبقت إجراء الدراسة، كانت بطبيعة الحال عاملا مهما. فلا يخفى على أحد كيف أثرت على نسق الحياة خاصة فيما يتعلق بالحجر الصحي وحظر التجوال وتقييد الحركة والتواصل عموما. وكذلك لتأثيراتها الاقتصادية على بعض الطبقات الاجتماعية والفئات المهنية إلى جانب خطر الإصابة وما نتج عنها من معاناة صحية ومآسي آلاف الوفيات. لكنها لا تأتي سوى في المرتبة الرابعة من حيث نسبة من ساهمت لديهم في ظهور الأعراض النفسية، مع أنها تفوق كذلك نصف من تعرضوا لمشاكل نفسية.

- الظروف السياسية والاجتماعية للبلاد كانت سببا مساهما في ظهور الأعراض النفسية لدى 42,4% من الشباب الذين تعرضوا لمشاكل نفسية، وهي نسبة قوية تفند الآراء الشائعة حول عدم اهتمام الشباب بالسياسة والشأن العام عموما.

أما الإدمان فلئن أتى في آخر ترتيب العوامل حيث أنه ساهم فعلا في ظهور أعراض نفسية لدى 17% ممن تعرضوا إلى مشاكل نفسية، فإن هاته النسبة كبيرة ومقلقة، وتعتبر لا فقط عن مدى انتشار الإدمان بل كذلك عن وعي نسبة هامة على الأقل من الشباب المدمن بما تسببه وضعية الإدمان التي يعيشونها من مشاكل وأعراض نفسية. وبالتأكيد فإن مثل هذا الوعي يجعل العديدين من المدمنين يرغبون في الخروج من حالة الإدمان لكنهم في الأغلب لم يستطيعوا ذلك أو لم يعرفوا ماذا يتوجب عليهم فعله.

## التصرف عند حدوث الشعور النفسي المقلق



يسعى قرابة ثلثي من تعرضوا لمشاكل نفسية في المقام الأول إلى التعامل مع المشكل المتسبب عبر محاولة حله (34%) أو تفاديه (30%) ، ويبقى اللجوء إلى صديق الخيار الأول لأكثر من خمسه، في حين يلتجئ 15% أولاً إلى وسائل الترفيه للخروج من الشعور النفسي المقلق.

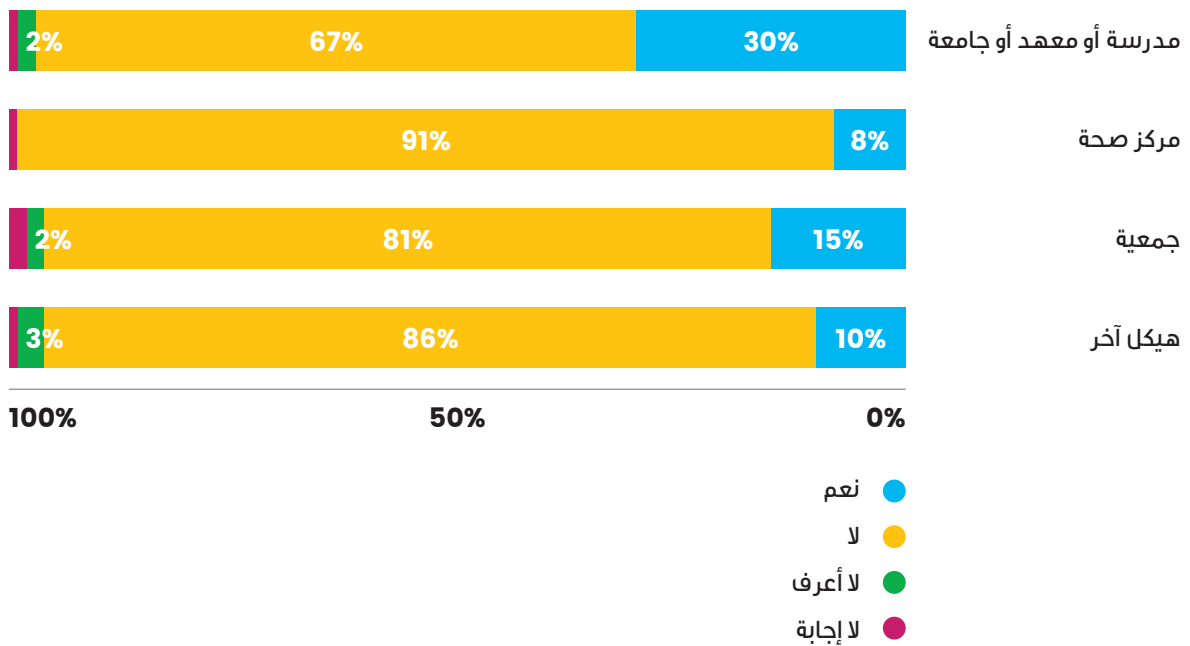
ويصيح اللجوء إلى الحديث مع صديق أبرز خيار في المقام الثاني (30%) و إلى القيام ببعض الأنشطة الترفيهية أبرز خيار ثالث (25%)

## 4. الإدمان

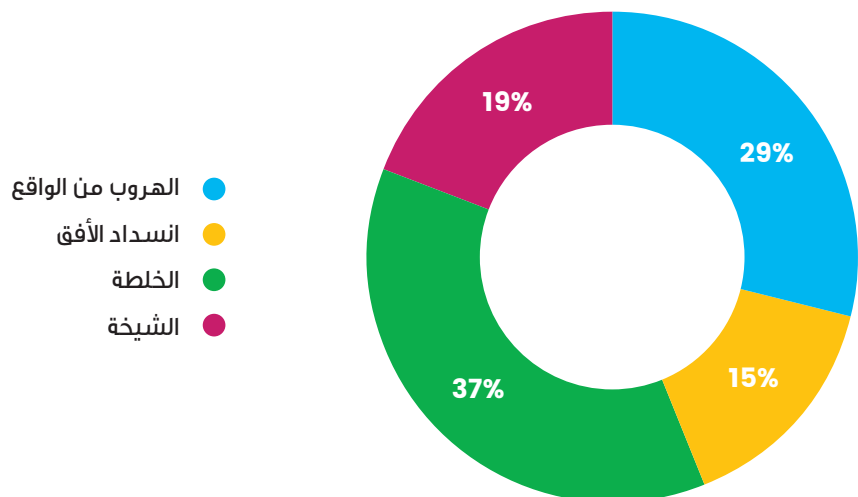
في دراسة لتمثلاث الشباب للمخاطر المحيطة بهم، قامت بها إنترناشونال أرت - تونس في تطوين الشمالية والقصرين الشمالية ودوار هيشر، نجد ان الإدمان هو ثاني أهم المخاطر الاجتماعية حضورا في إجابات المستجوبين. كما صدرت في السنوات الأخيرة عدة تقارير ودراسات ومقالات تدق جرس الإنذار للتنبية لتبعات هذه الظاهرة. لذا سعينا إلى فهم مدى انتشارها واسبابها وموقف الشباب منها.

### 1.4 تمثلاث عامة

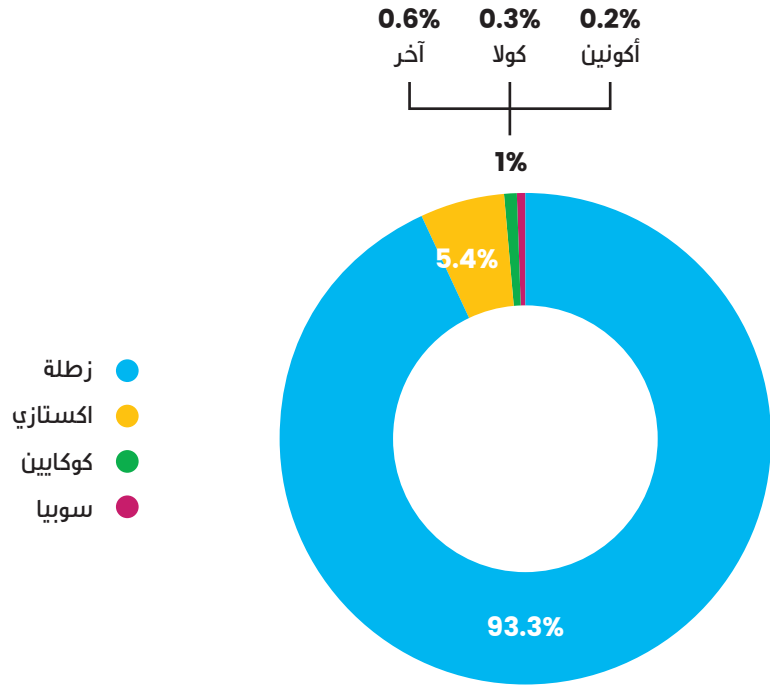
- هل سبق وقدمت للشباب أي معلومات حول المخدرات وطرق الكف عن الاستهلاك من طرف أي هيكل؟



- السبب الأهم لاستهلاك الشباب في محيطه



- من وجهة نظرك أي من المواد التالية الأكثر استهلاكاً في محيطك؟



أردنا في هذا الجزء من الدراسة تلمس تمثلات الشباب المستجوبين لاستهلاك المخدرات بغض النظر ان كان قد سبق لهم استهلاكها أم لا. أكثر من ثلثي المستجوبين صرحوا بأنهم لم يتلقوا معلومات حول المخدرات ومقاومة الإدمان في الوسط المدرسي والجامعي مما يطرح تساؤل جدياً حول الدور التوعوي الذي يفترض ان تلعبه المؤسسات التعليمية بالتعاون مع هياكل الصحة العمومية وغيرها، خاصة وان أكثر من 80 بالمئة من أفراد العينة بلغوا مرحلة المدرسة الإعدادية على الأقل. كما ينبغي التنويه إلى أن إشعاع الجمعيات في هذا المجال بلغ نصف دور الهياكل التعليمية في مجموعها وضيعف دور الهياكل الصحية.

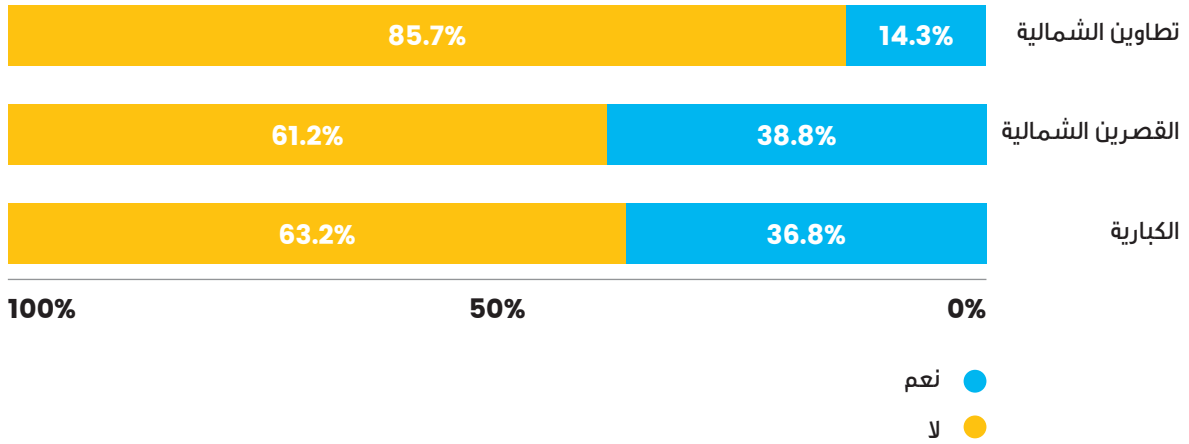
تنوعت إجابات المستجوبين بخصوص الأسباب الدافعة لاستهلاك المخدرات في محيطهم، لكن الجزء الأكبر منها يعتبر ان صعوبات الواقع وقتامة المستقبل هي السبب الأول بنسبة 44% (29%: الرغبة في الهروب من الواقع و15%: انسداد الأفق)، مع ميل واضح لتحميل المحيط العلائقي للمستهلك، «الخلطة»، مسؤولية كبيرة في سلوك نهج الاستهلاك بنسبة 37%. ونلاحظ ضعف الربط بين استهلاك المخدرات والبحث عن المتعة والانتشاء «الشيخة». عموماً تميل الإجابات المستقاة إلى اعتبار ان استهلاك المخدرات «اضطرار» وتأثير من المحيط الخارجي أكثر من كونها تجربة فردية وشخصية واعية.

أما بخصوص أصناف المخدرات المستهلكة فهناك اجماع واضح على أن القنب الهندي «الزطلة» هي الأكثر حضوراً على الإطلاق، تليها بنسبة أقل بكثير أفراس الاكستازي مع حضور ضعيف لأنواع أخرى مثل الكوكايين و«السوبيتاكس» و«الأكوانين» وال «الكولة». تجدر الإشارة إلى أن 10% من الشباب المستجوب صرح أن لا فكرة لديه عن أصناف المخدرات المستهلكة في محيطهم.

## 2.4 استهلاك الشباب المستجوب للمخدرات

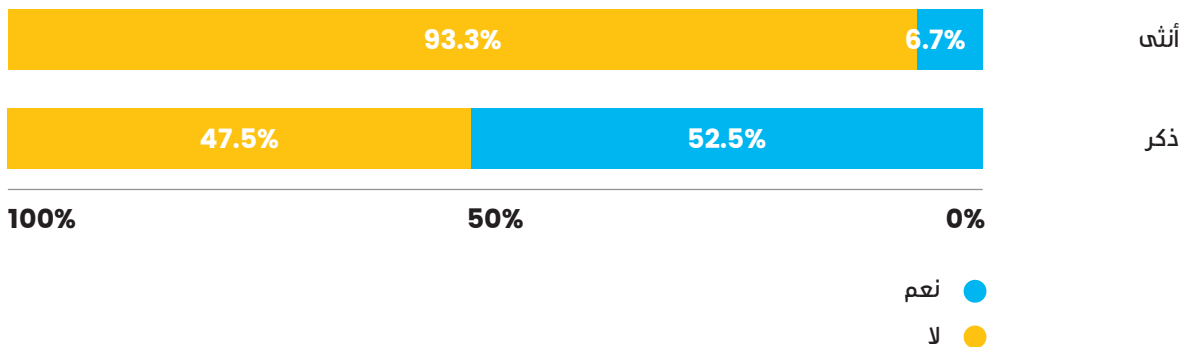
29% من الشباب المستجوبين صرحوا أنه سبق لهم استهلاك المخدرات (و3% رفضوا الإجابة أو لم يجيبوا عن السؤال)، مع تفاوتات هامة حسب المتغيرات.

### - استهلاك المخدرات حسب المنطقة



على مستوى المناطق هناك فروقات احصائية ذات دلالة بين منطقتي الكبارية والقصرين الشمالية من جهة وتطاوين الشمالية من جهة أخرى: المستجوبون في المنطقتين الأولى والثانية يستهلكون مخدرات مرة ونصف أكثر من المستجوبين في المنطقة الثالثة بفارق يفوت 20 نقطة. هذا التفاوت في نسب الاستهلاك يمكن رده إلى عوامل ثقافية وأخرى جغرافية. المستجوبون في القصرين الشمالية يسكنون في منطقة حدودية مع الجزائر تعتبر إحدى المنافذ الرئيسية لتهرب القنب الهندي إلى تونس (الذي يمر من المغرب ثم الصحراء الغربية ثم الجزائر)، مما يعني سهولة أكبر في الحصول على المخدرات من حيث الكمية والأسعار. الكبارية حي شعبي ملاصق لمركز حضري كبير (العاصمة تونس) حيث تكون ثقافة الاستهلاك ومسالك الترويج أكبر من مناطق شبه حضرية أو ريفية. في تطاوين الشمالية يعزى انخفاض الاستهلاك حسب تقديرنا إلى الحضور القوي لسلطة العائلة من جهة والبعد الجغرافي عن مسالك التهرب والترويج من جهة أخرى.

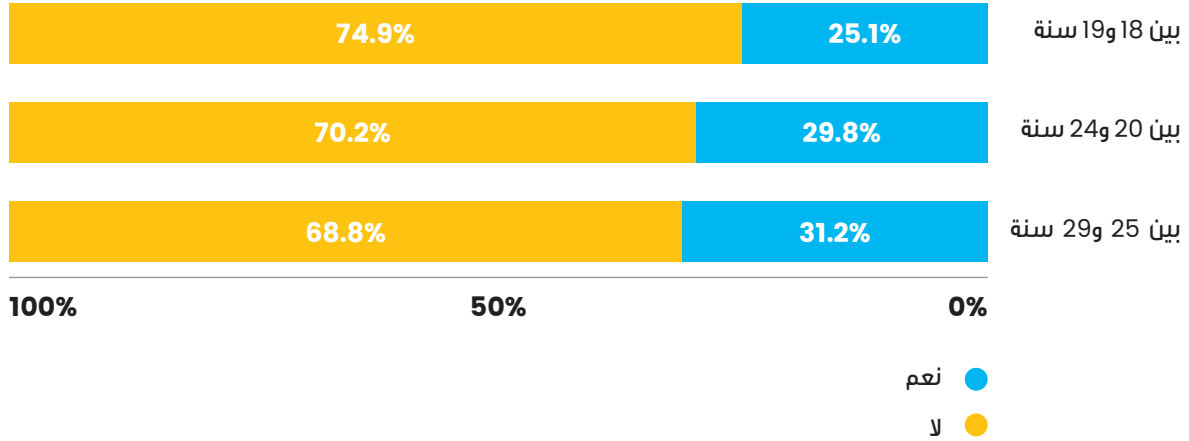
### - استهلاك المخدرات حسب الجنس



إذا ما اعتمدنا متغير الجنس فسنجد ان نسبة الاستهلاك لدى المستجوبين الذكور مرتفعة بشكل كبير اذ تفوق النصف، وتبلغ قرابة تسعة أضعاف استهلاك المستجوبات اللواتي صرحن باستهلاكهن للمخدرات (6,7%). ولئن كانت حقيقة استهلاك الذكور للمخدرات بشكل أكبر من الإناث غير مفاجئة بالمرّة -هذا منزع عالمي- فإن الفروق تكون أقوى بكثير في المجتمعات

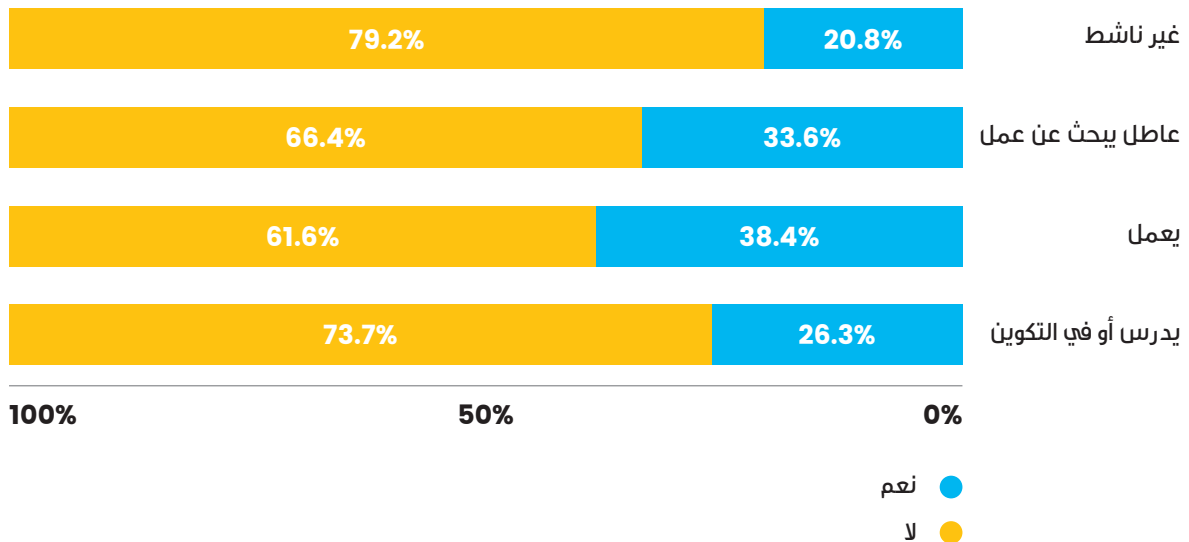
المشابهة للمجتمع التونسي من حيث قوة الثقافة الذكورية وارتباط العيب والحرام والأحكام الأخلاقية بالمرأة أكثر من الرجل، كما ان امكانية الوصول إلى المخدرات وإيجاد أمكنة لاستهلاكها أكبر بكثير لدى الذكور بحكم سهولة تواجدهم في الفضاء العام حتى في ساعات متأخرة وفي أماكن «خطرة».

#### - استهلاك المخدرات حسب الفئة العمرية



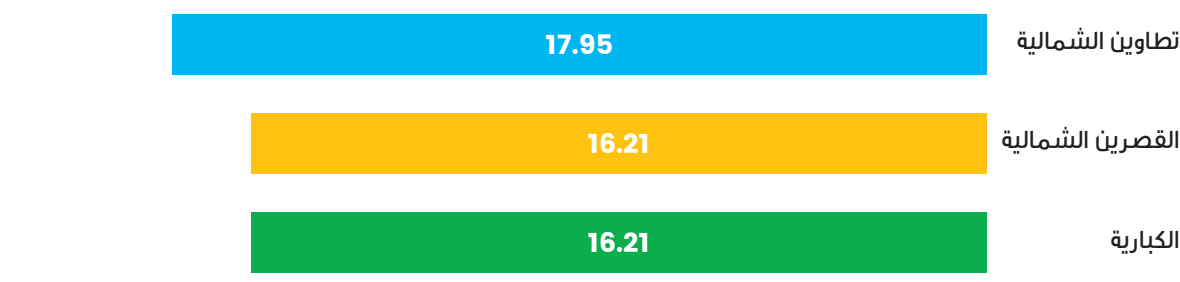
لا توجد فروق كبيرة جدا عند المقارنة بين نسب الاستهلاك لدى الفئات العمرية الثلاث المستجوبة: أعلى نسبة لدى فئة 25-29 وهذا طبيعي لأن المنتمين لها قد يكونوا مستهلكين حاليين او استهلكوا سابقا عندما كانوا في فئة عمرية أدنى. من هم دون العشرين سنة أقل استهلاكا نسبيا، ربما بسبب مسألة الاستقلالية المادية وسلطة العائلة وقلة الضغوط والتجارب مقارنة بفئات أكبر سنا.

#### - استهلاك المخدرات حسب النشاط الاقتصادي



النشطين اقتصاديا هم الأكثر استهلاكا للمخدرات سواء كانوا يعملون (38,4%) أو يبحثون عن عمل (33,6%). تتراجع النسبة بأكثر من 10 نقاط لدى المستجوبين الذين مازالوا في مقاعد المؤسسات التعليمية والتكوينية وأكثر من 15 نقطة لدى غير النشطين اقتصاديا. هذه النتائج ترجح ارتباط الاستهلاك -نسبيا- بالاستقلالية المادية والعائلية من جهة، وكثافة العلاقات الاجتماعية وكذلك الضغوط الاقتصادية.

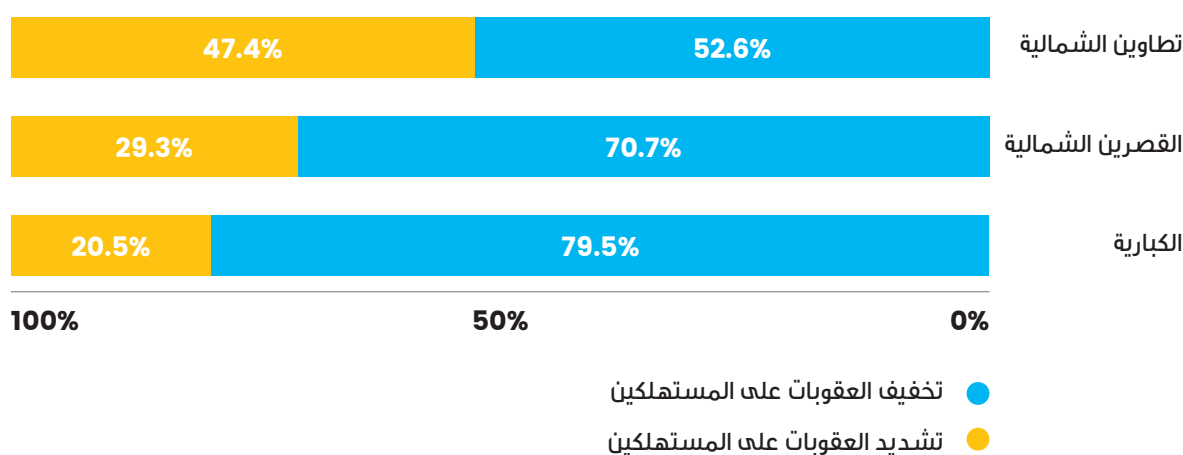
## السن عند أول استهلاك حسب المنطقة



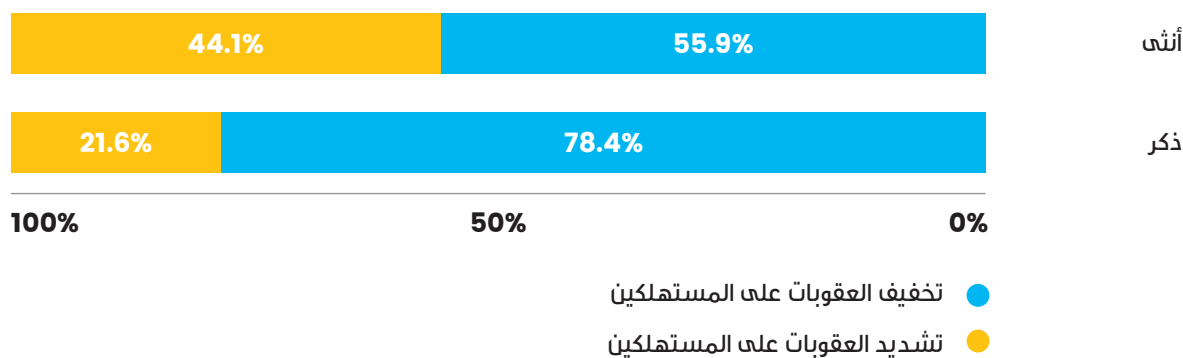
معدل الأعمار عند الاستهلاك أول مرة هو ذاته في كل من الكبارية والقصرين الشمالية: 16.21 سنة وهو أقل بشكل ملحوظ من معدل تطاوين الشمالية حيث يبلغ 17.9 سنة أي على مشارف سن الرشد القانونية. وهذا التفاوت منطقي اعتبارا لارتفاع نسب الاستهلاك وانخفاضها حسب المنطقة.

## 3.4 الموقف من العقوبات المسلطة على مستهلكي المخدرات

- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب المنطقة

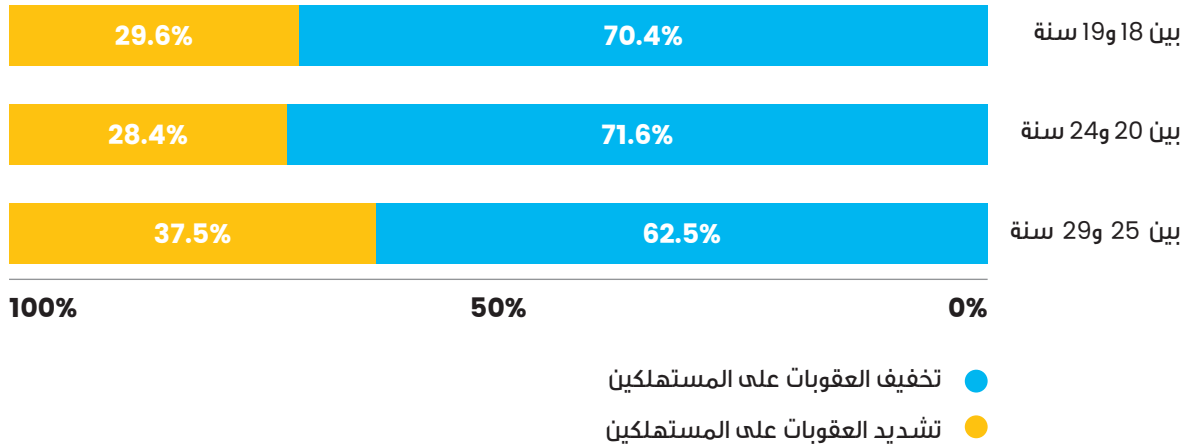


- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب الجنس

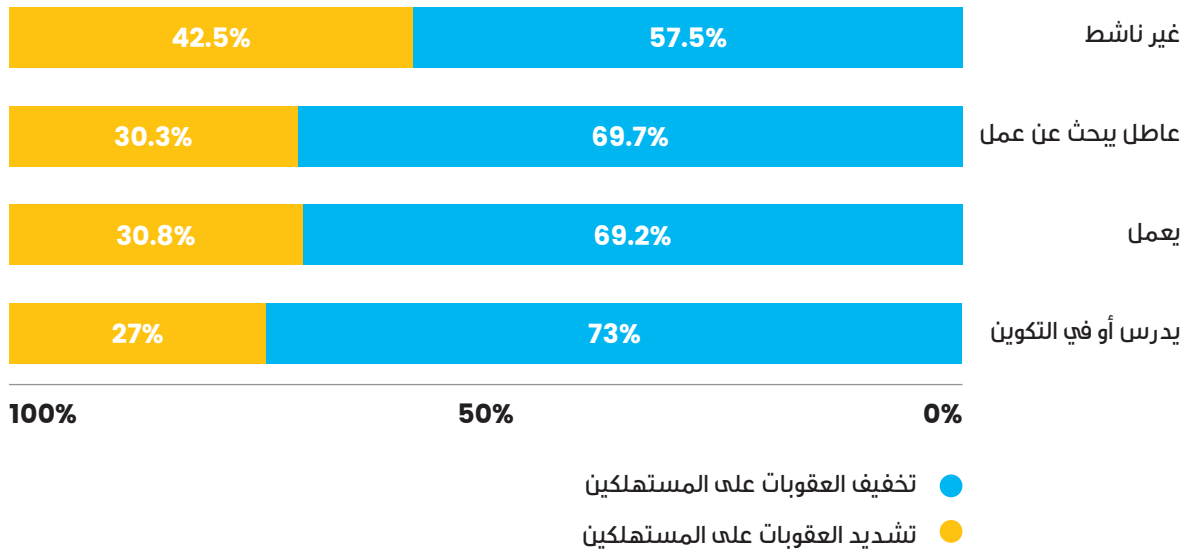




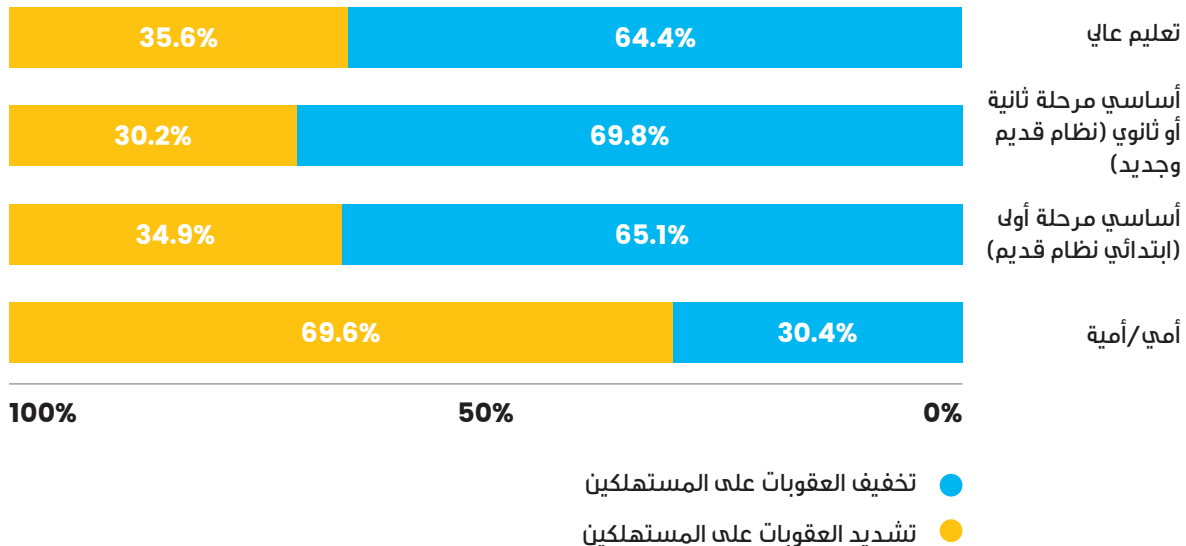
## - الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب الفئة العمرية



## - الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب النشاط الاقتصادي



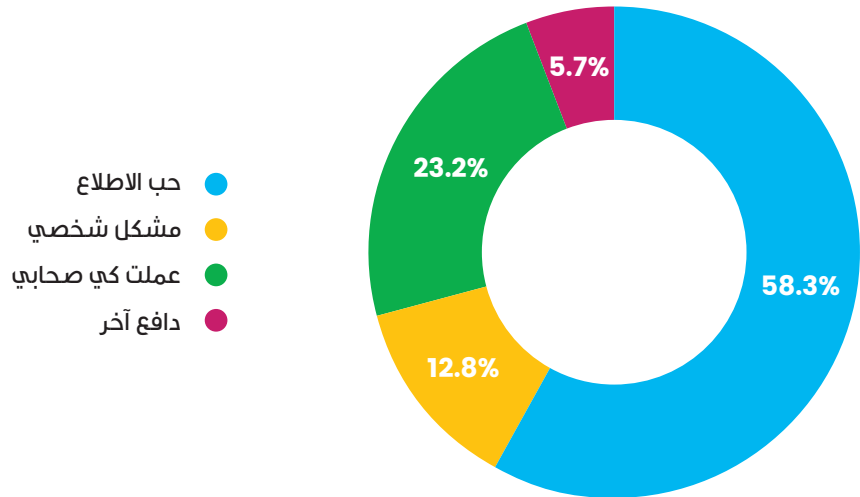
## - الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب المستوى التعليمي



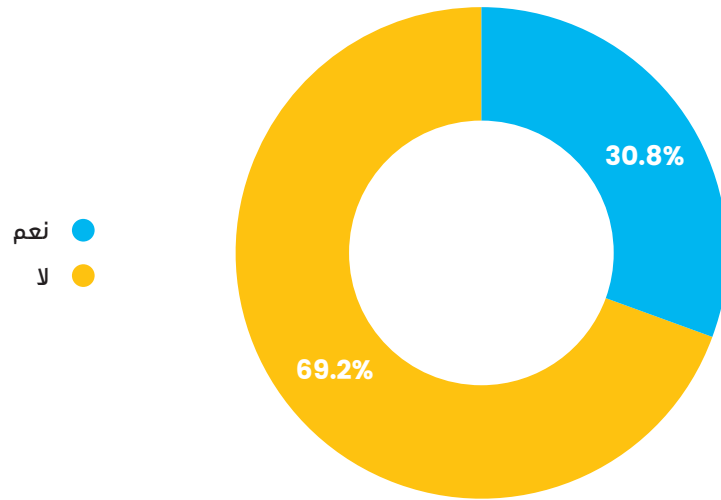
الملاحظة الأولى التي تبرز للأعين هي ان غالبية المستجوبين، على اختلاف جنسهم ومناطق سكنهم وأعمارهم ونشاطهم الاقتصادي ومستواهم التعليمي، يؤيدون تخفيف العقوبات على مستهلكي المخدرات. باستثناء فئة الأميين التي عبر 30,4% من أفرادها فقط عن دعمهم للتخفيف (علما وأن عددهم في العينة لم يبلغ سوى 24 شابا وشابة وهو ما يضيفي نسبة على دلالة النتائج الخاصة بهم) فإن نسب التأييد لدى كل الفئات الأخرى تفوق الـ 50% مع تفاوتات هامة أحيانا. المنطق العام الذي يمكن أن نستشفه من إجابات المستجوبين مرتبط بنسب الاستهلاك: الفئات التي تستهلك أكثر هي الداعم الأكبر للتخفيف، مع وجود استثناءات. مثلا نسبة الداعمين من الذكور 78,4% أكبر من الإناث 55,9%. مع الإشارة هنا إلى ان نسبة المستجوبات اللواتي صرحن بأنه سبق لهم أن استهلكن المخدرات تبلغ 6,7% أي أقل بكثير جدا من نسبة الذكور المستهلكين 52,5%. على مستوى المناطق نجد ان نسبة الداعمين في الكبارية 79,5% والقصرين الشمالية 70,7% أكبر بكثير من النسبة في تطاوين الشمالية حيث لا تتجاوز النسبة 52,6%. وهذه أرقام تتناسب مع الفرق في نسبة المستهلكين بين عينات المناطق الثلاث. الاستثناءات نجدها عند تفحص النتائج حسب الفئة العمرية والنشاط الاقتصادي. مثلا فئة 25-29 سنة التي تأتي الأولى في نسبة المستجوبين الذين سبق لهم استهلاك المخدرات هي الأقل دعما لتخفيف العقوبات بين الفئات الثلاث: 62,2%. أي أقل بقرابة عشر نقاط من الفئتين الأخرتين، ولعل تفسير هذا «التناقض» يكمن في كونها الفئة الأعلى سنا مما يفترض من جهة انها الأكثر «نضجا» وتجربة، ومن جهة أخرى الأقرب إلى الافكار «المحافظة». وكذلك نجد ان فئة المستجوبين «يدرس أو في التكوين» التي يستهلك أفرادها أقل من أغلب الفئات الأخرى هي الأكثر تأييدا لتخفيف العقوبات بنسبة تبلغ 73%. وقد يكون هناك تأثير للحوادث المتكررة لتلاميذ حرموا من استكمال الدراسة وضرب مستقبلهم بسبب اتهامهم باستهلاك المخدرات. ومن المرجح ان هذا الدعم يعود لكون الفئات المستجوبة هي المعنية أكثر باستهلاك المخدرات والعقوبات القانونية المحتملة، وربما كانت النسب لتتغير بشكل كبير لو تم توجيه السؤال لفئات عمرية أكبر.

#### 4.4 التجربة الشخصية

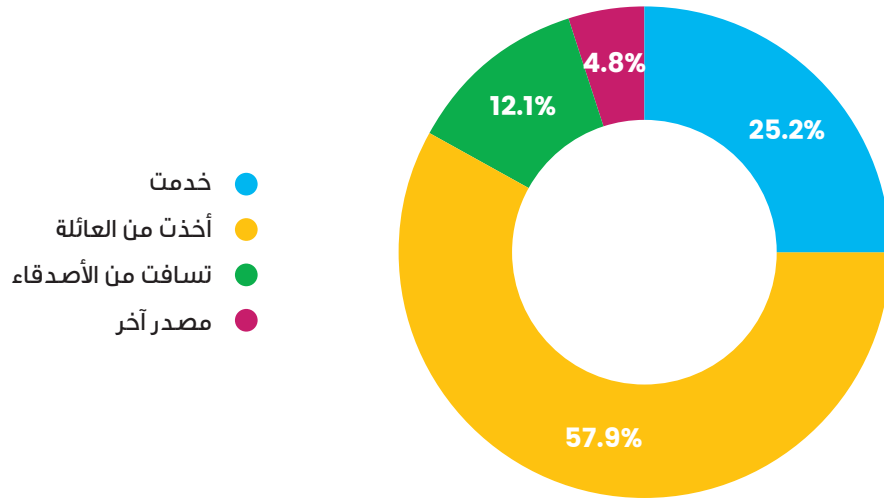
- اهم دافع في اول مرة استهلكت فيها



## - هل كان الاستهلاك لأول مرة بمقابل ما ي؟



## - مصدر الحصول على المال للاستهلاك

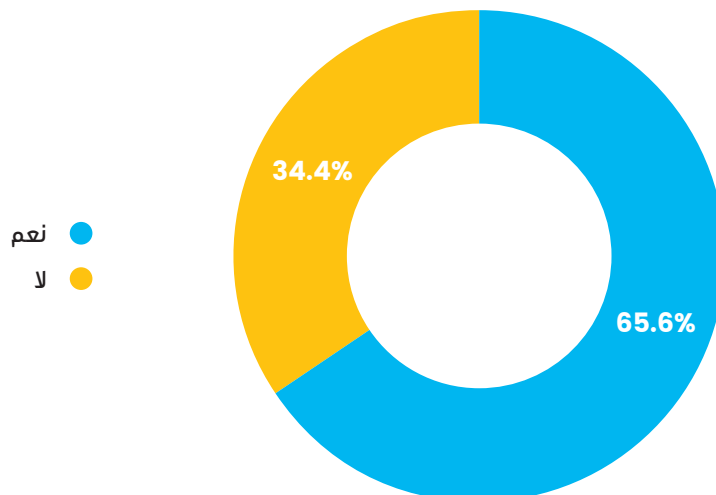


وجهت هذه الأسئلة للمستجوبين الذين صرحوا بأنه قد سبق لهم استهلاك المخدرات، وهي تتعلق بالتجربة الأولى.

فيما يتعلق بالأسباب التي تدفع الشباب إلى خوض تجربة الاستهلاك لأول مرة فإن الإجابات كانت مختلفة بشكل كبير عن التمثلات العامة التي وردت على لسان عموم المستجوبين: ليس الهروب من الواقع وتعميداته هو السبب الرئيسي بل حب الاطلاع بنسبة 58,3% يليه التأثير بالأصدقاء وتقليدهم بنسبة 23,2% وبنسبة أقل كثيرا المشاكل الشخصية (12,8%). كما يتضح من أجوبة المستجوبين المعنيين ان عدم امتلاك المال الكافي لا يمثل عقبة في الحصول على المخدرات، بالأخص في المرات الأولى حيث صرح 69,2% من المستجوبين المعنيين بأنهم لم يدفعوا مقابل المخدرات التي استهلكوها في أول تجربة لهم. وهذا يؤكد ان استهلاك المخدرات لدى الشباب هو بالأساس تجربة «جماعية» تتم في إطار «شلة» الأصدقاء و/أو أبناء الحي الواحد (ولاد الحومة). حتى عندما يكون الاستهلاك بالمقابل فإن مصدر المال يكون في أغلب الأحيان من عند الآخرين: العائلة بنسبة 57,9% والأصدقاء بنسبة 12,1%. وبما ان المخدر الأكثر رواجاً في تونس، أي القنب الهندي (الزطلة) يعتبر «رخيصاً» نسبياً مقارنة بالمخدرات الثقيلة فهذا قد يفسر سهولة الحصول عليها «مجانياً».

## 5.4 وتيرة الاستهلاك وتواتره

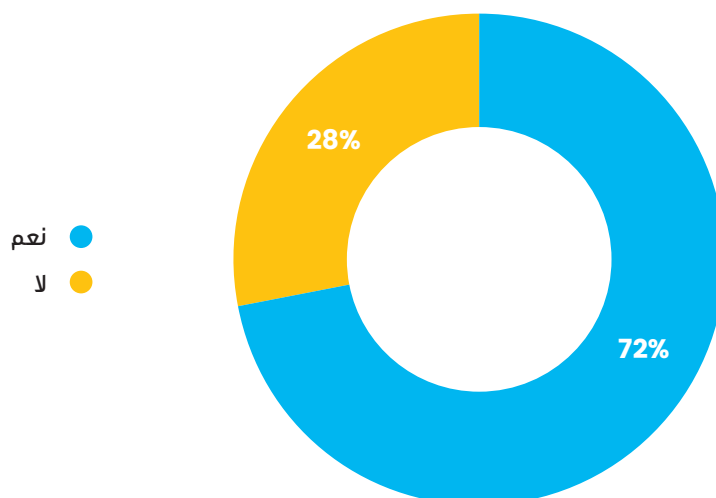
- الاستهلاك في العام الماضي



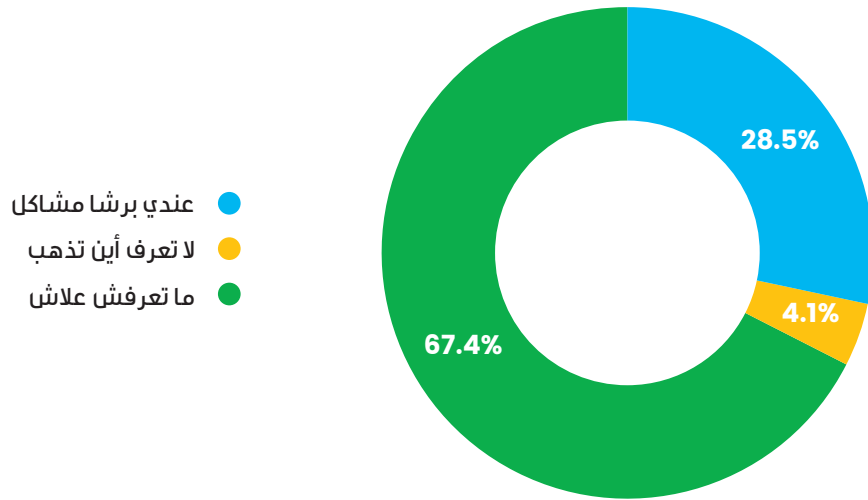
للتعرف أكثر على حجم الاستهلاك ووتيرته سألنا المستجوبين الذين صرحوا بأنهم قد استهلكوا مخدرات سابقا ان كانوا قد قاموا بذلك في السنة الفائتة، أجاب 65,6% منهم بنعم. ثم قسمنا هذه المجموعة إلى ثلاث فئات حسب وتيرة استهلاكها: يومي (من مرة إلى عشرين كل يوم)، أسبوعي (من مرة إلى سبعين مرة كل أسبوع)، شهري (من مرة إلى 90 مرة كل شهر). وجدنا ان معدل الاستهلاك اليومي يبلغ 3.5 مرة، في حين ان معدل الاستهلاك الاسبوعي هو في حدود 11 مرة، أما معدل الاستهلاك الشهري فيقدر بـ 20.3 مرة.

## 6.4 الكف عن الاستهلاك

- محاولة الكف عن الاستهلاك بالوسائل الخاصة؟



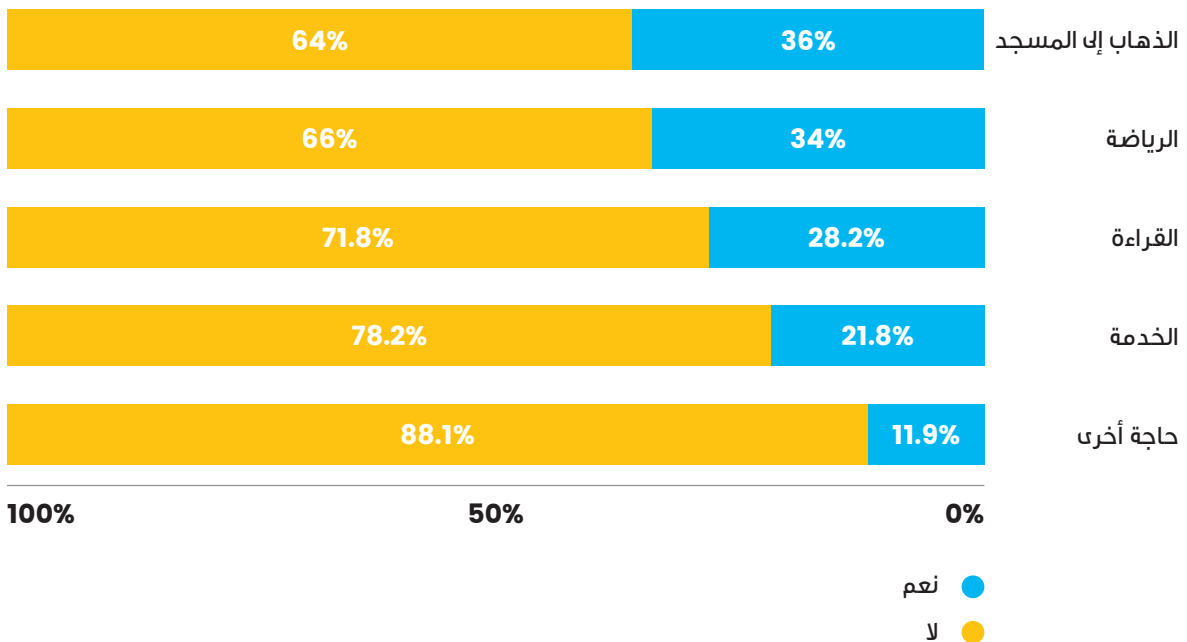
## - لماذا لم تحاول الكف عن الاستهلاك؟



هناك رغبة واضحة لدى أغلب المستهلكين في التوقف عن الاستهلاك، 72% منهم صرحوا بأنهم حاولوا الكف عن الاستهلاك بوسائلهم الخاصة. ونذكر هنا بأن أكثر المستجوبين قد صرحوا بأنهم لم يتلقوا أي معلومات حول استهلاك المخدرات وسبيل التوقف عنه، مما يعني أنه لو توفرت استراتيجيات وطنية حقيقية وبنية تحتية صحية ملائمة لعلاج الإدمان فسيتمكن اخراج الكثير من الشباب من دوامة الإدمان. حتى بالنسبة للمستجوبين المستهلكين الذي صرحوا بأنهم لم يحاولوا الكف عن الاستهلاك، ونسبتهم 28%، نجد ان 67,4% لا يعرفون لماذا لا يستطيعون التوقف عن الاستهلاك في حين ان 4,1% لا يعرفون أصلاً إلى أين يذهبون بالضبط لتلقي مساعدة في علاج الإدمان. ضعف المجهود التوعوي والتواصل الرسمي وغياب الإحاطة والمرافقة الطبيتين والنفسيتين هي عوامل تحرم عدد كبير من الشباب المدمن على المخدرات من إمكانية الإقلاع والتعافي.

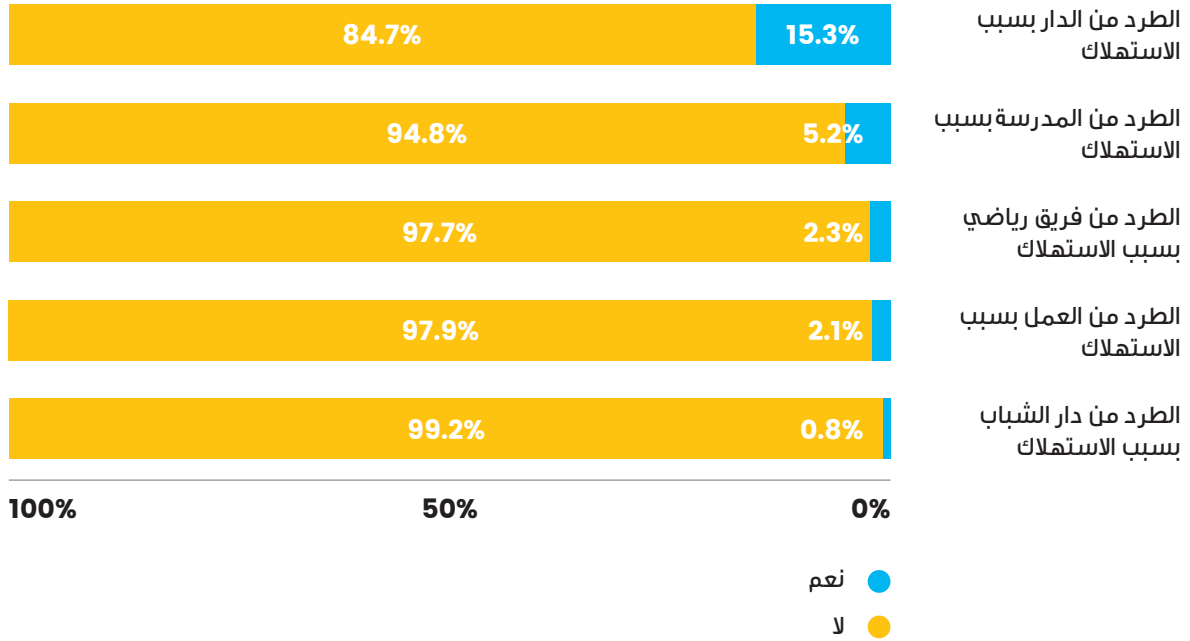
## 7.4 تأثير الإدمان على الحياة اليومية للمستهلك وعلاقاته مع محيطه

- تأثير الاستهلاك على بعض الأنشطة التي كنت تقوم بها



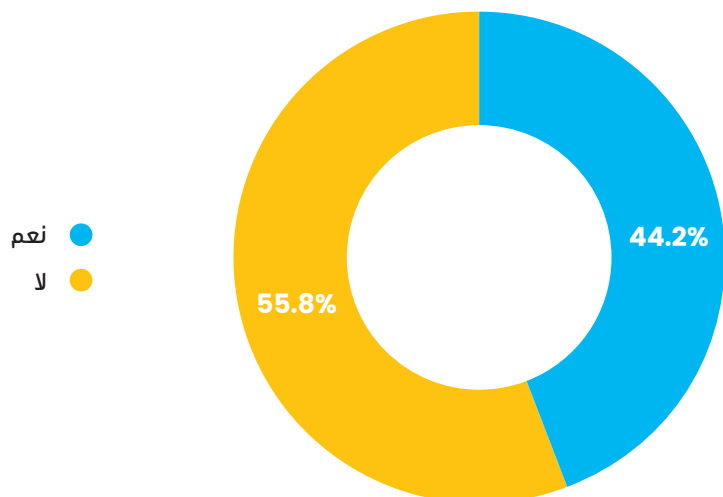
من خلال اجابات المستجوبين نستشف ان استهلاك المخدرات يؤثر بشكل نسبي على أغلب نشاطات وجوانب حياة المستهلك. الذهاب إلى المسجد هو النشاط الأكثر تأثراً 36% مما يعني ان هناك تمثّل قوي للمخدرات كـ«معصية» تستوجب الانقطاع عن الأماكن المقدسة. تليها الأنشطة الرياضية بنسبة 34%. وربما يعود هذا الارتفاع إلى أهمية وحضور هذه الأنشطة في سن الشباب، وطبعاً هناك تأثير صحي وذهني بالمخدرات يمس بالرغبة بممارسة الرياضة وحتى القدرة على ذلك، في حين تظهر نسب تأثير الدراسة والعمل متقاربة وقل أهمية.

#### - الطرد بسبب الاستهلاك



ولئن كانت الظاهرة محدودة نسبياً إلا ان الاستهلاك قد يؤدي إلى اقضاء المستهلك -وقتيًا أو نهائياً- من واحدة أو أكثر من دوائر محيطه العلائقي. الطرد من منزل العائلة هو الأكثر تواتراً في اجابات المستجوبين المستهلكين بنسبة 15.3% يليه الطرد من مؤسسة تربية بنسبة 5.2%. هذه النسب مقلقة فطرد شاب من واحدة من هاتين المؤسستين أو كليهما لن يساعده بكل تأكيد في الكف عن الاستهلاك وقد يجعله أكثر هشاشة أمام المخدرات وغيرها من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر.

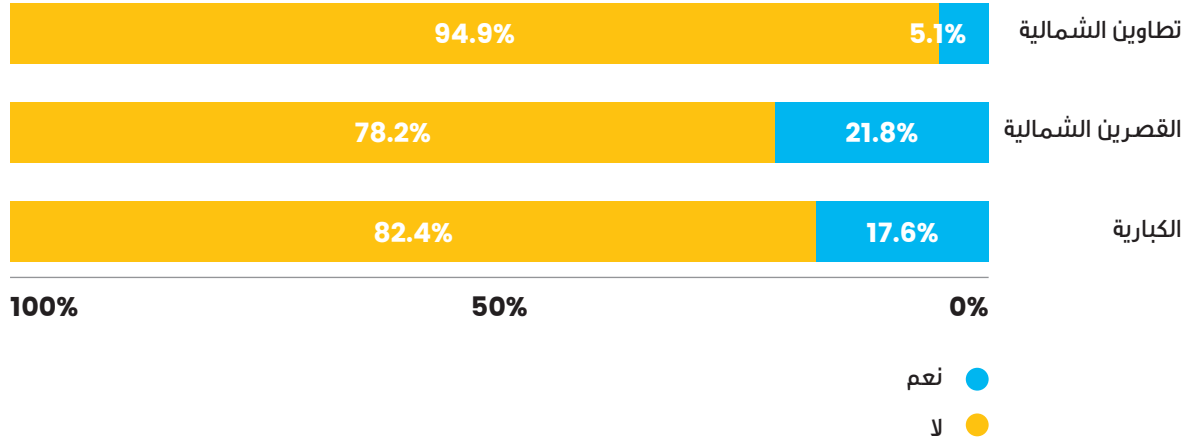
#### - هل تسبب الاستهلاك في مشاكل في علاقتك مع العائلة؟



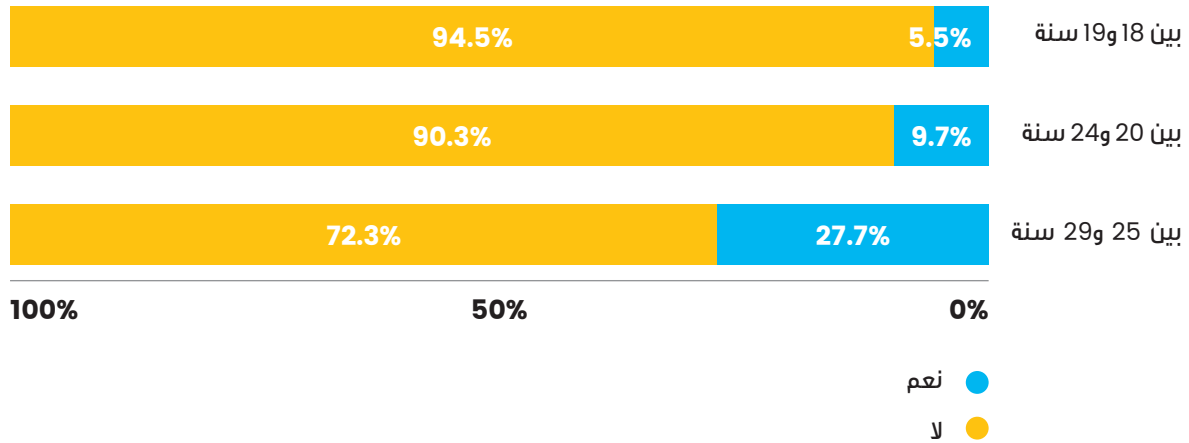
أقل من نصف المستجوبين المستهلكين أكدوا ان استهلاك المخدرات سبب لهم مشاكل في علاقتهم مع عائلاتهم، لكن هذا لا يعني بالضرورة ان أغلب العائلات تقبل أو تتسامح مع الظاهرة، الأرجح ان الكثير من العائلات لا تتفطن إلى استهلاك أبنائها للمخدرات.

#### 8.4 الايقاف أو السجن بسبب الاستهلاك

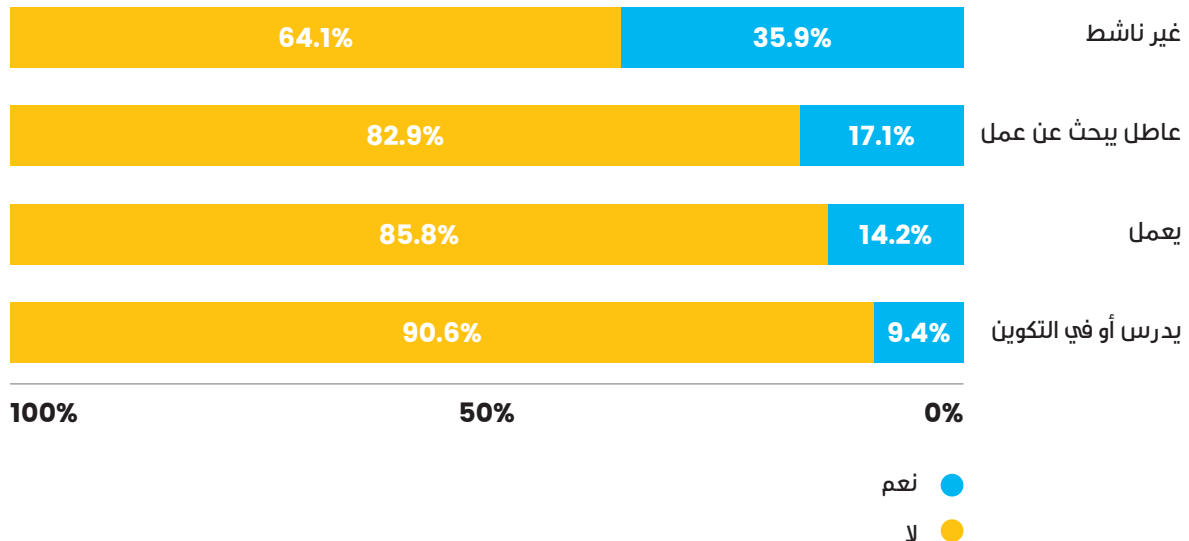
- التوقيف أو السجن بسبب الاستهلاك حسب المنطقة



- التوقيف أو السجن بسبب الاستهلاك حسب الفئة العمرية



- التوقيف أو السجن بسبب الاستهلاك حسب النشاط الاقتصادي



إذا ما قارنا نسبة المستجوبين الذين سبق لهم ان استهلكوا مخدرات ونسبة الذين صرحوا بأنهم تعرضوا للإيقاف أو السجن بسبب ذلك فسنجد تناسبا واضحا وشبه كامل. نسبة المستجوبين الذين تعرضوا للإيقاف أو السجن في الكبارية والقصرين الشمالية هي من جهة مرتفعة جدا (17.6% و 21.8%) ومن جهة أخرى أعلى بكثير من النسبة المسجلة في تطاوين الشمالية: ما بين 3 و4 أضعاف. المستجوبون المنتمون للفئة العمرية بين 25 و29 سنة هم الأكثر استهلاكاً للمخدرات وكذلك الأكثر عرضة للإيقاف والسجن، وينطبق نفس الأمر على الفئة العمرية 18-19 سنة فهي الأقل استهلاكاً وكذلك الأقل عرضة للسجن والإيقاف. وإذا ما اعتمدنا متغير النشاط الاقتصادي فسنجد تناغماً للنسب أيضاً عند فئات العاملين والعاطلين والمتابعين للدراسة والتكوين لكننا نجد مفارقة كبيرة: الأقل استهلاكاً للمخدرات، أي فئة غير الناشطين، هي الأكثر تعرضاً للإيقاف والسجن. لا يوجد تفسير واضح أو قطعي لهذه المفارقة لكن ربما يكمن السر في انعزالها وضعف علاقاتها و«نقص خبرتها» في تفادي الإيقاف مما يسهل استهدافها أو استعدادها أكثر للتصريح بذلك.

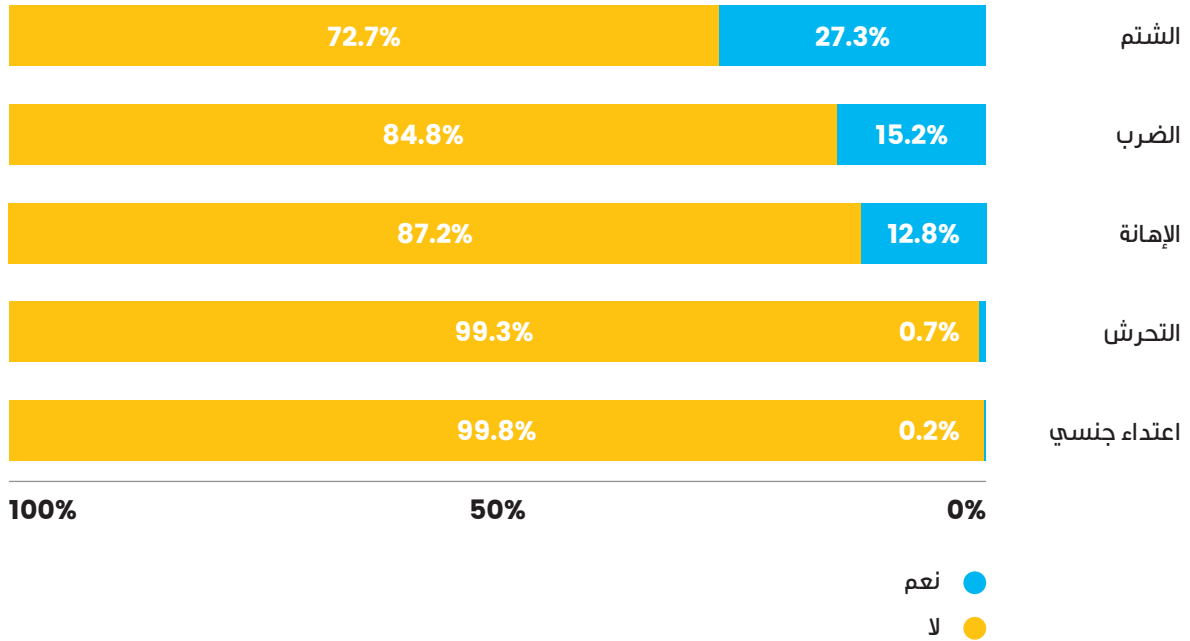
حسب اجابات المستجوبين الذين تعرضوا للإيقاف و/أو السجن بسبب استهلاك المخدرات نجد ان متوسط المدة المقضاه في السجن هي 7,35 شهرا. ونشير هنا إلى ان أكثر من ربع نزلاء السجون التونسية أودعوا فيها بسبب قضايا استهلاك المخدرات. في حين تبلغ نسبة المساجين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة 55% من مجمل نزلاء السجون التونسية.

## 5. العنف

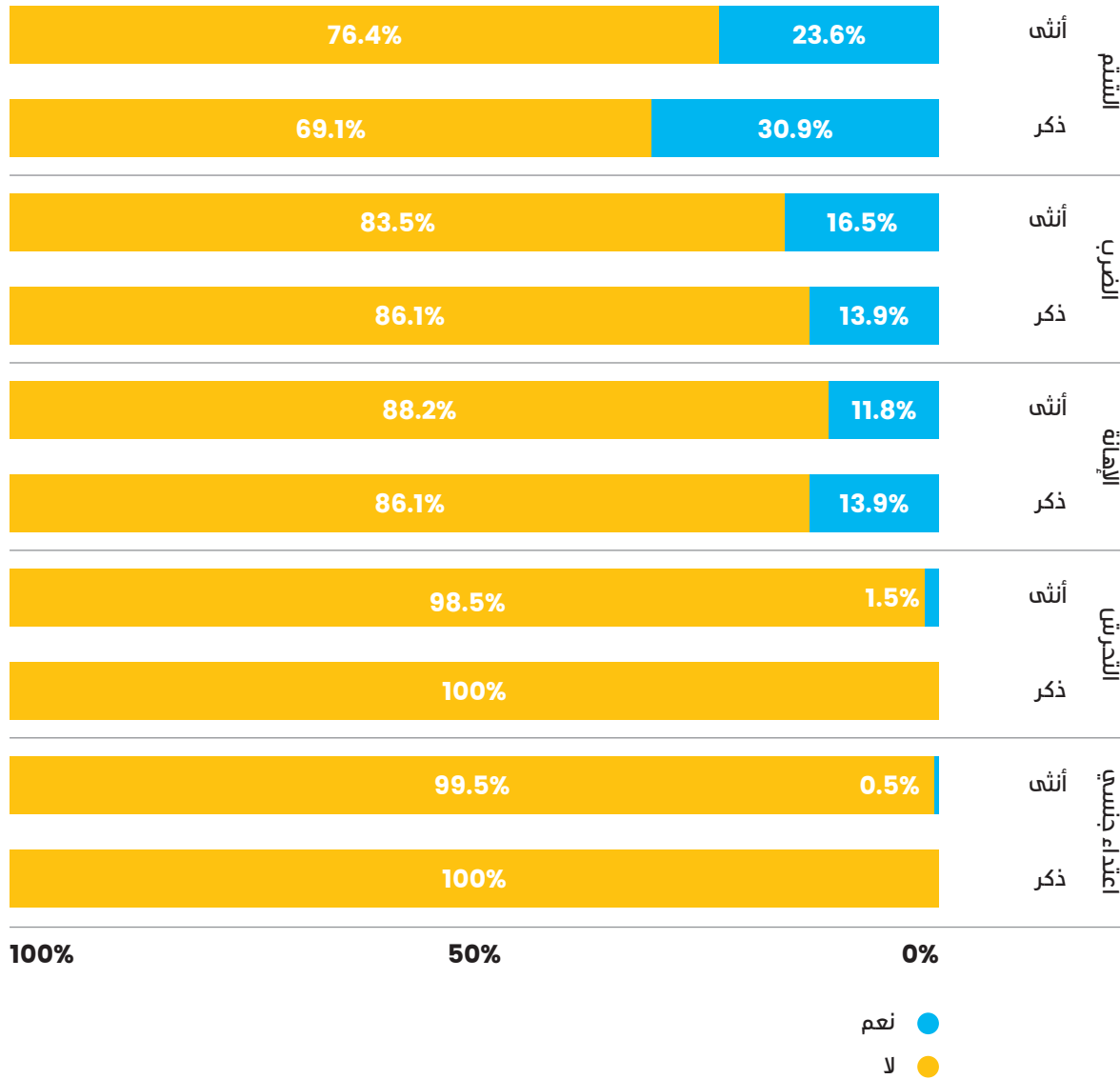
العنف من أهم المخاطر التي تتهدد الشباب سواء في الفضاء العام أو الخاص، على اختلاف جنسهم وفئاتهم العمرية ومستواهم التعليمي. أردنا في هذا الجزء ان نستكشف مدى انتشار الظاهرة لدى الشباب كضحايا وممارسين للعنف، موقفا وتمثلا وردود فعل، مع تبين الفروقات الهامة حسب المتغيرات التي اعتمدها في هذه الدراسة.

### 1.5 التعرض إلى أحد مظاهر العنف في السنة الأخيرة

- التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في البيت

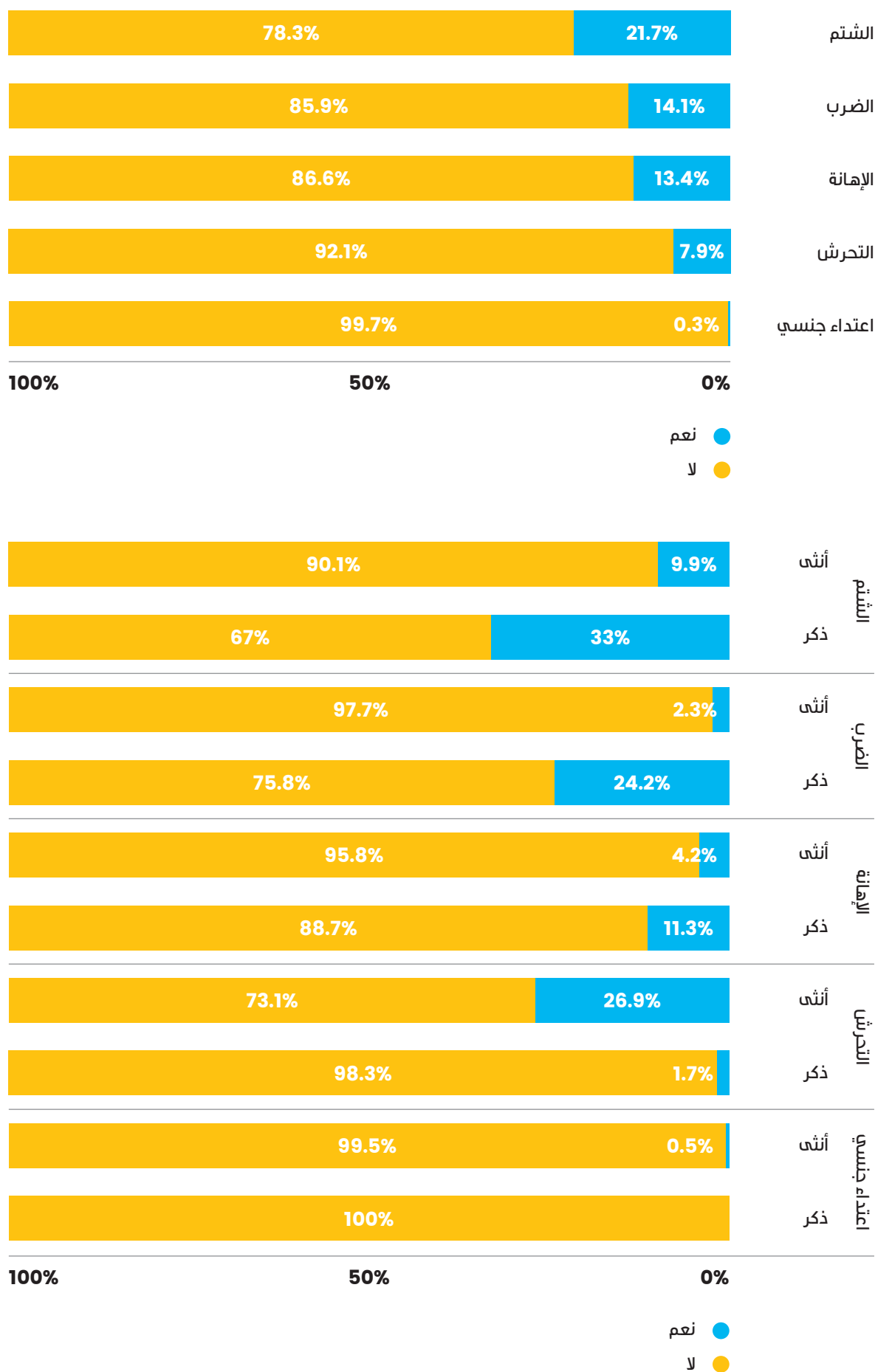






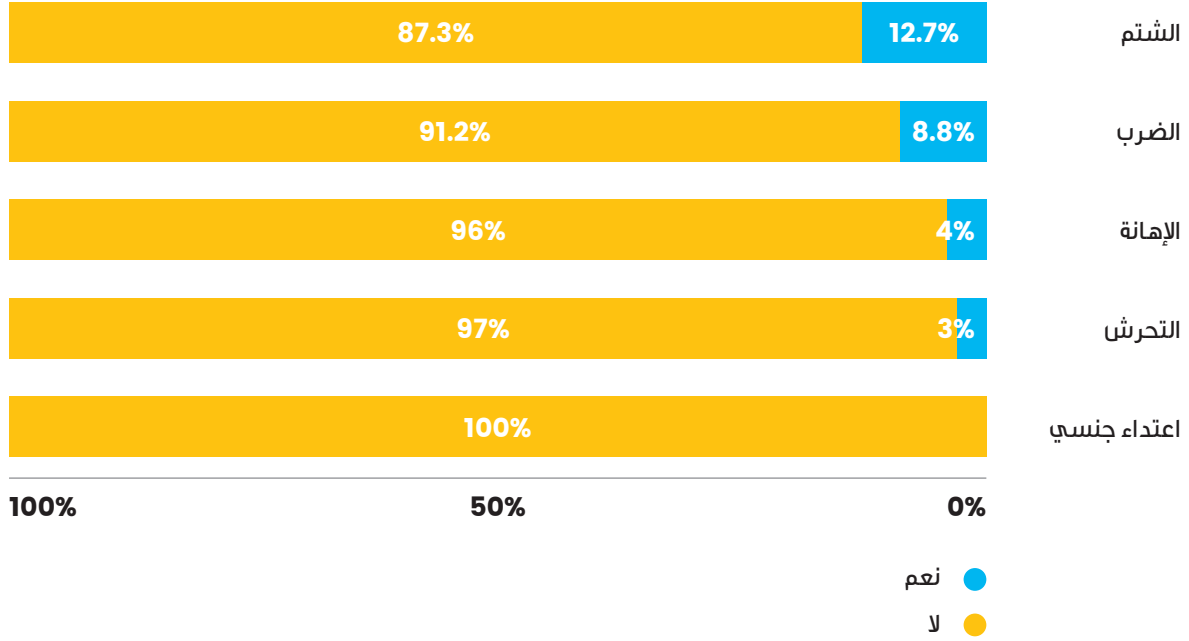
الشتم أي العنف اللفظي هو الشكل الأكثر حضوراً في البيت حسب المستجوبين، يليه الضرب والإهانات. وحسب المعطيات المتوفرة نجد ان الذكور أكثر عرضة للشتم والإهانات، في حين ان الإناث أكثر عرضة لأشكال العنف المادي الموجه ضد اجسامهن: الضرب والتحرش والاعتداء الجنسي. مما يعني ان اختيار شكل العنف الممارس لا يخضع فقط للانفعال وردة الفعل، بل ينبع أيضاً من تمثلات للنوع الاجتماعي وطريقة التعامل معه.

## - التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في الشارع

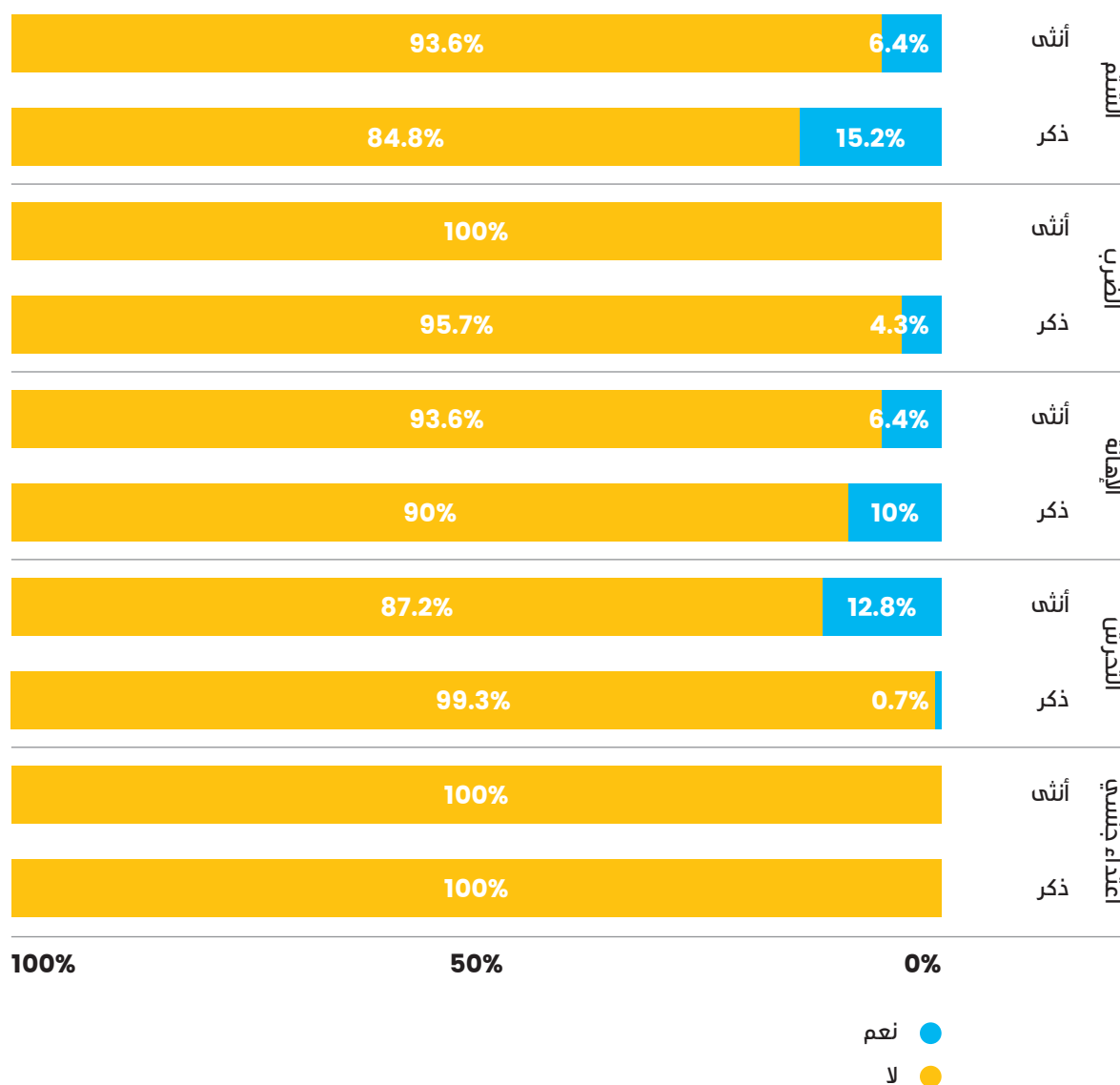


في الشارع نسجل ارتفاعا كبيرا لنسبة الإجابات التي تصرح بتعرض المستجوب للتحرش وهو ثاني أكثر شكل عنف حضورا بعد الشتائم. الذكور أكثر تعرضا للعنف في الشارع خاصة عندما يتعلق الأمر بالشتيم والضرب والإهانة، بنسب أعلى بكثير من تلك المسجلة عند الإناث، وهذا يعود إلى قوة حضور الذكور وطول الوقت الذي يقضونه في الشارع بالإضافة إلى كونهم أكثر احتكاكا بالسلوكات المحفوفة بالمخاطر. لكن هذا لا يعني ان الشارع مكان آمن للإناث، 26,9 % من المستجوبات تعرضن للتحرش و0,5% للاعتداء الجنسي.

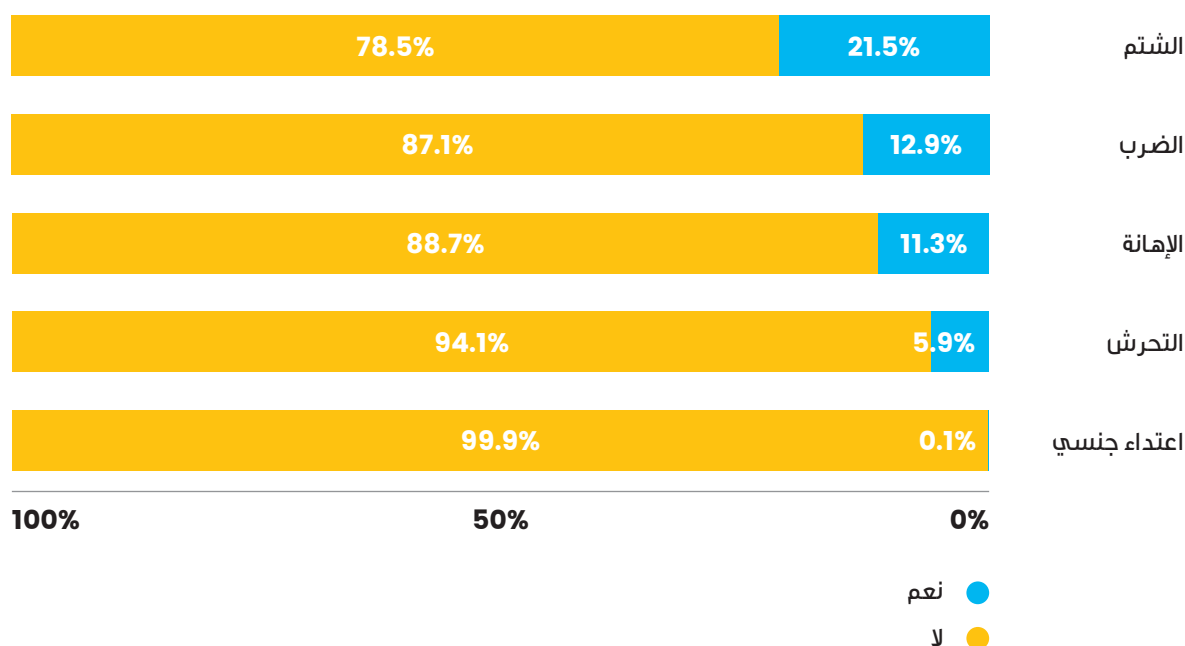
#### - التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في العمل

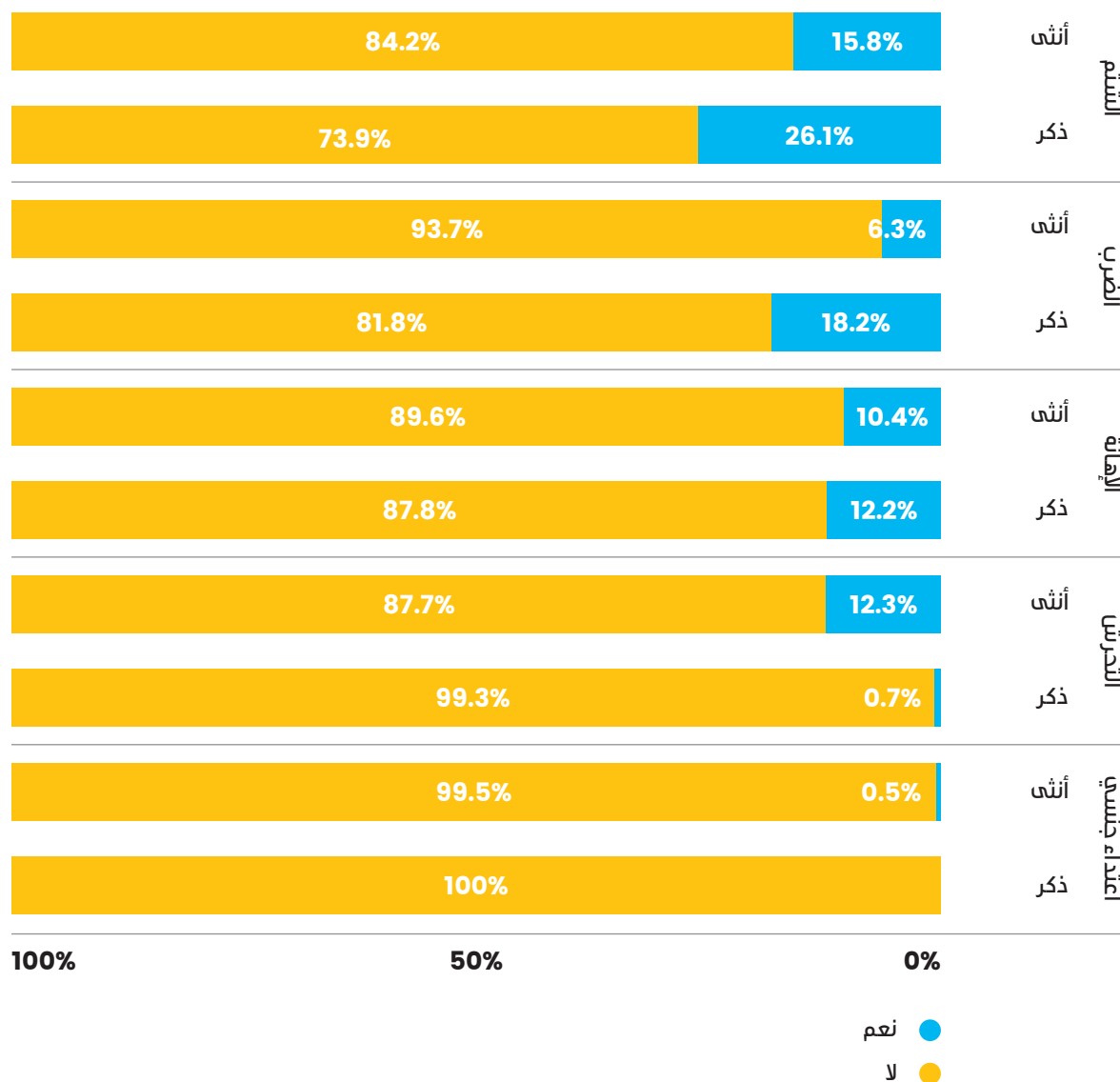


العنف في موقع العمل تختلف أشكاله نسبيا عن الأماكن الأخرى، يبقى الشتيم هو الأكثر حضورا وترتفع نسبة التعرض للإهانة لكن تتناقص نسب اللجوء إلى الضرب خاصة عند الإناث. الذكور أكثر عرضة للعنف الشديد في مواقع العمل ربما لأنهم الأكثر حضورا في سوق الشغل، خاصة الهش والخطير وغير المقنن، وكذلك لاعتبارات ثقافية تقبل تبادل العنف بين الذكور لكنها تستهجن تعنيف ذكر «غريب» لأنثى. التحرش بالإناث في مواقع العمل أقل مما هو عليه الأمر في الشارع لكن النسبة تبقى مرتفعة: 12,8 %.



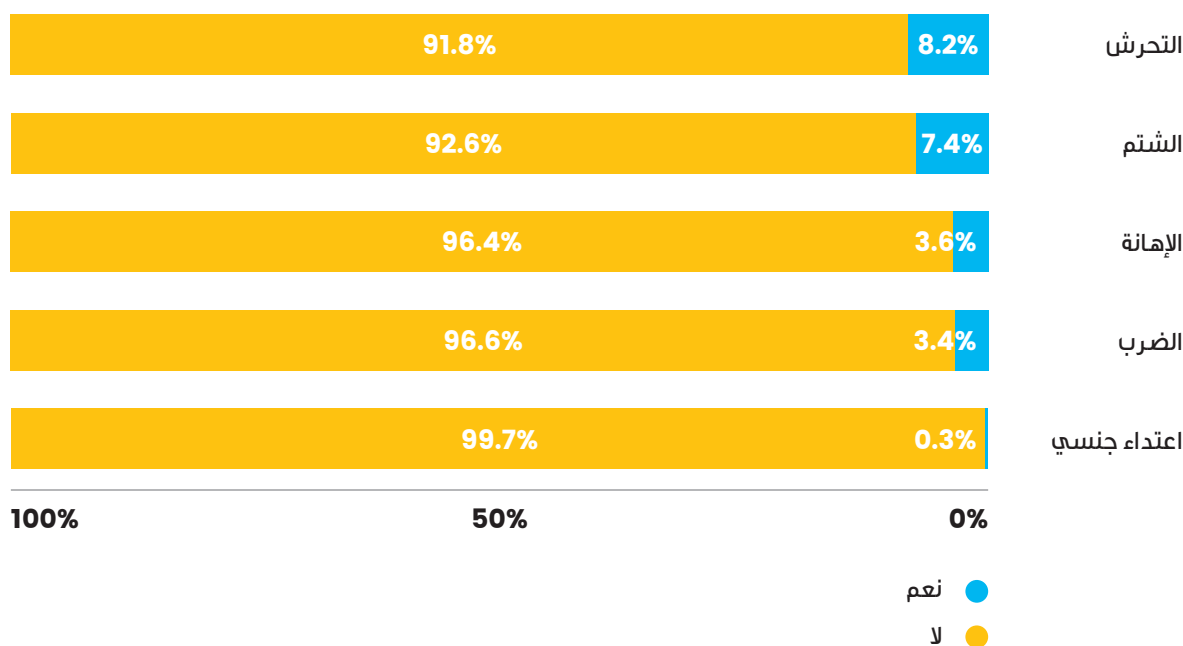
- التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في المدرسة





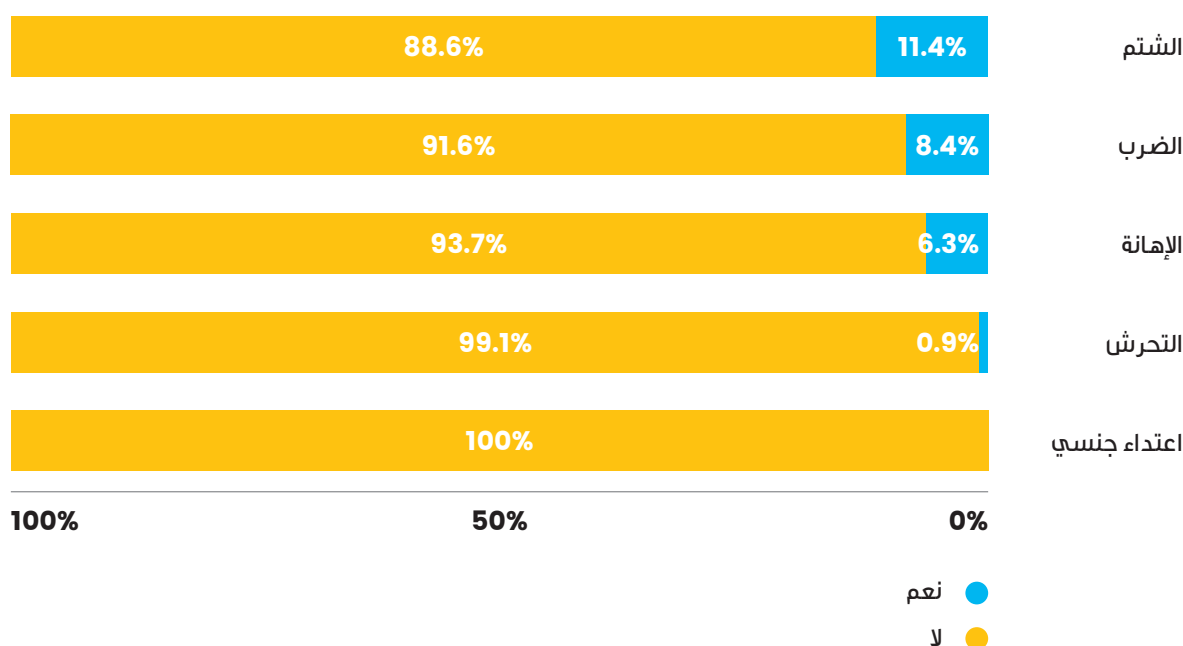
لا تتوفر لدينا معطيات حول القائمين بالفعل بالعنف في المؤسسات التربوية لكن النسب مرتفعة ومخيفة في محيط يفترض انه آمن. لا يقتصر الأمر على العنف اللفظي والإهانات بل يتطور إلى الضرب الذي تعرض له 12,9% من المستجوبين والتحرش بنسبة 5,9% وفي حالات نادرة الاعتداء الجنسي. الذكور مرة أخرى أكثر عرضة للعنف من الإناث باستثناء فيما يخص التحرش والاعتداء الجنسي.

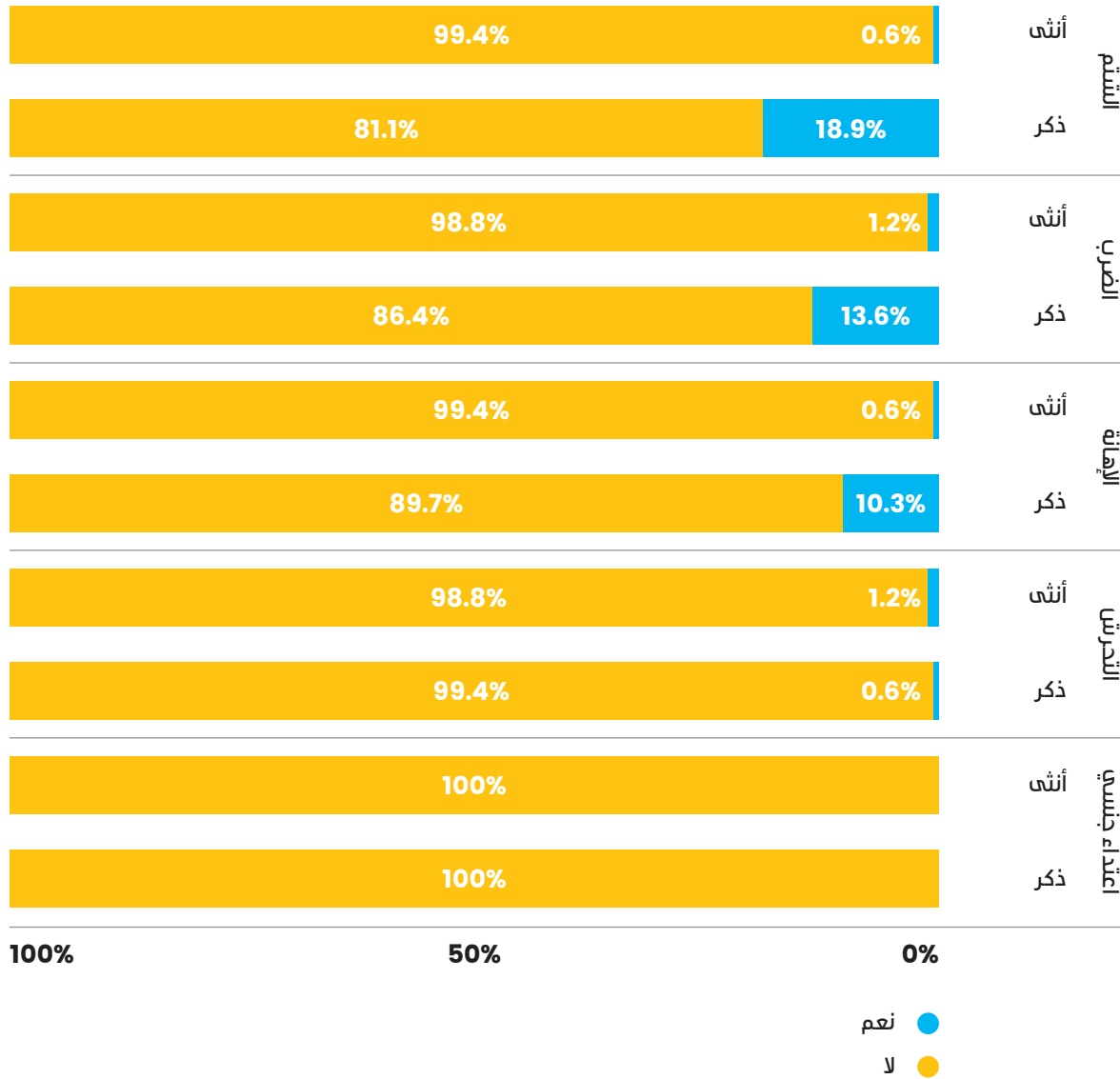
## التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في وسيلة نقل



وسائل النقل هي المكان الوحيد الذي لا نجد فيه الشتم كأكثر شكل عنف تواترا، بل التحرش: 8,2 % من المستجوبين صرحوا بتعرضهم لهذا الشكل من العنف اثناء استعمالهم وسائل النقل، وطبعاً هذه الظاهرة تمس الإناث بشكل شبه حصري: 15,5 % مقابل 1,3 % عند الذكور الذين يتعرضون بدورهم للضرب والإهانة والشتيم بنسب أعلى بكثير من الإناث، وفضلاً عن العوامل الثقافية والجنسية فمن المؤكد ان الحالة المزمنة لأسطول النقل الجماعي في تونس (نقص في العربات، اكتظاظ، غياب منظومات المراقبة والحماية) تلعب دوراً مهماً في جعل وسائل النقل مكاناً غير آمن لنسبة مرتفعة من المستعملين.

## - التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في الملعب

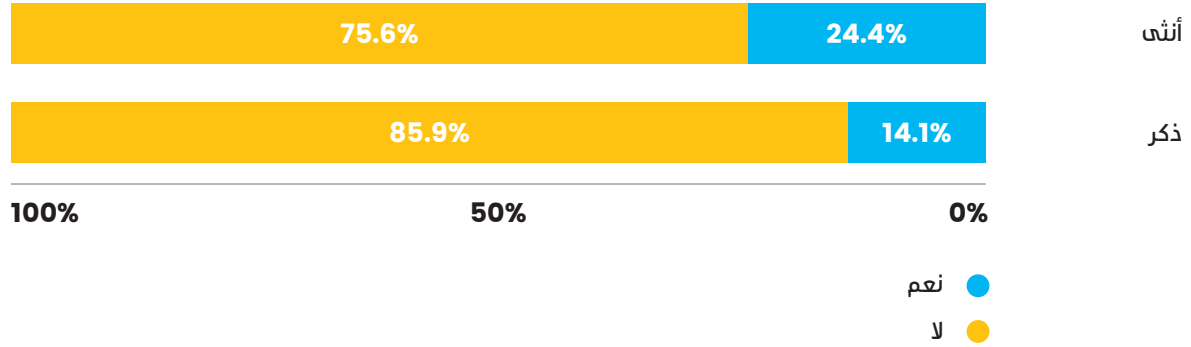




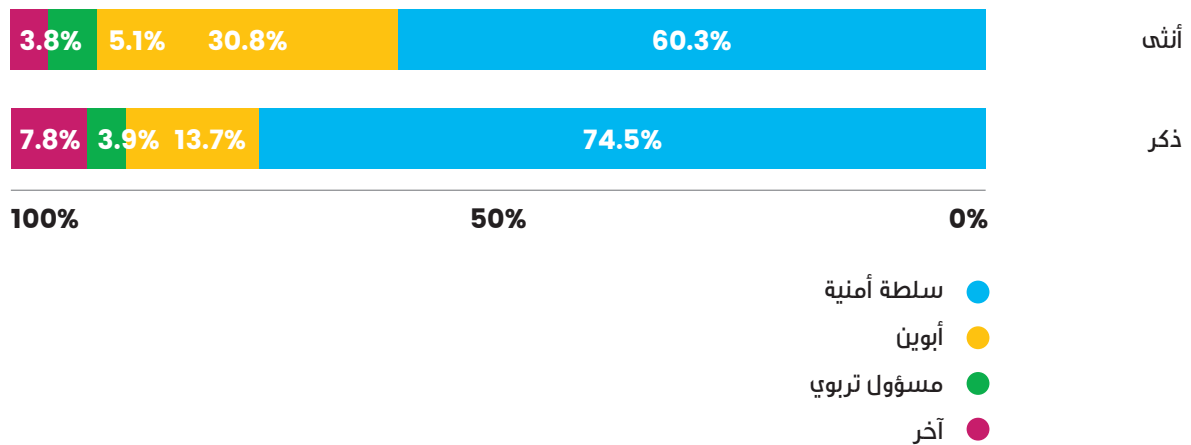
ما زالت الملاعب على الرغم من الحضور المتزايد للإناث في الميدان والمدارج فضاء ذكوريا بامتياز مما يفسر ضعف نسب العنف الممارس على الإناث فيها مقارنة بالنسب المرتفعة التي يصرح بها المستجوبون الذكور. كما ان الكثير من الفتيات والنساء تذهبن للملاعب مصحوبات بذكور مما يقلل احتمالات تعرضهن للعنف. حتى فيما يخص التحرش، الملعب هو المكان الوحيد الذي تتقارب فيه النسبة المسجلة لدى الجنسين: 1,2% و 0,6%.

## 2.5 تقديم شكوى إثر التعرض للعنف

- تقديم شكوى إثر التعرض للعنف حسب الجنس



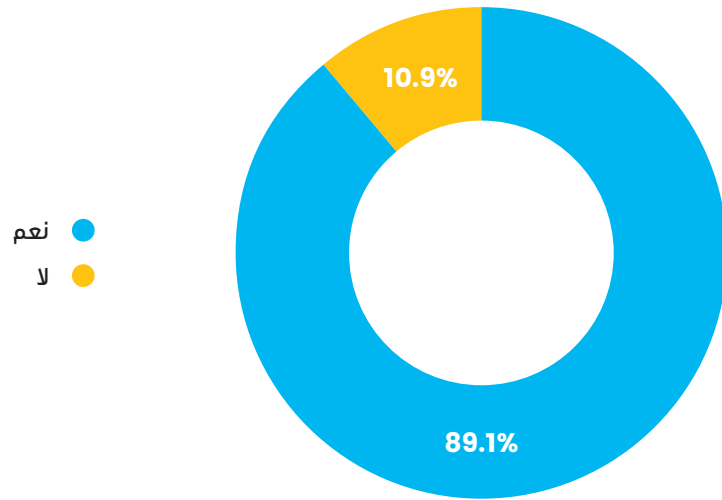
- الجهة التي قدمت لها الشكوى حسب الجنس



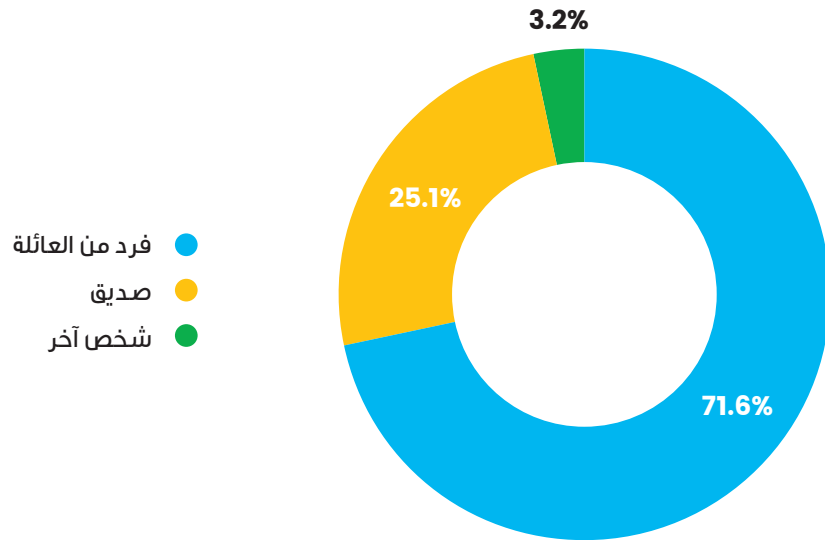
نستشف من خلال الإجابات ان هناك نوع من السلبية في التعامل مع العنف. ربما يحيلنا ذلك الى عدة فرضيات منها الخوف من ردة فعل المعتنف أو درجة القرب منه والعلاقة العاطفية معه أو «الفضيحة» أو يأسا من التعامل مع الشكوى بجدية ومعاقبة المعتنف. طبعاً البيانات الواردة هنا ليست كافية لصياغة تصور شامل وقطعي حول تفاعل الشباب - والتونسيين عموماً - مع العنف المسلط عليهم. نسبة المستجوبين الذين قدموا شكوى بعد تعرضهم للعنف منخفضة جداً، وهي عند الإناث أرفع بشكل ملحوظ مما هي عليه عند الذكور: 24.4% مقابل 14.1%. وربما يرتبط هذا الفارق بعوامل تتعلق بالنوع الاجتماعي مثل الاعتقاد بأن الذكر أقدر على تحصيل حقه بمفرده وأنه يجب أن يكون أكثر صلابة واطل شكوى. وان الأنثى تحتاج لحماية أكبر. وفي حالة تقديم الشكوى فإن الذكور يميلون أكثر للسلط الأمنية ولا يلجؤون إلى العائلة أو المسؤولين التربويين إلا في حالات قليلة. الإناث أيضاً يتجهن إلى السلط الأمنية كوجهة أولى لكن بنسبة أقل من الذكور ويعولن على العائلة بشكل كبير خاصة بالمقارنة مع الذكور: 30.8% مقابل 13.7%.



## - هل تبادلت الحديث حول ما حصل لك مع شخص آخر؟



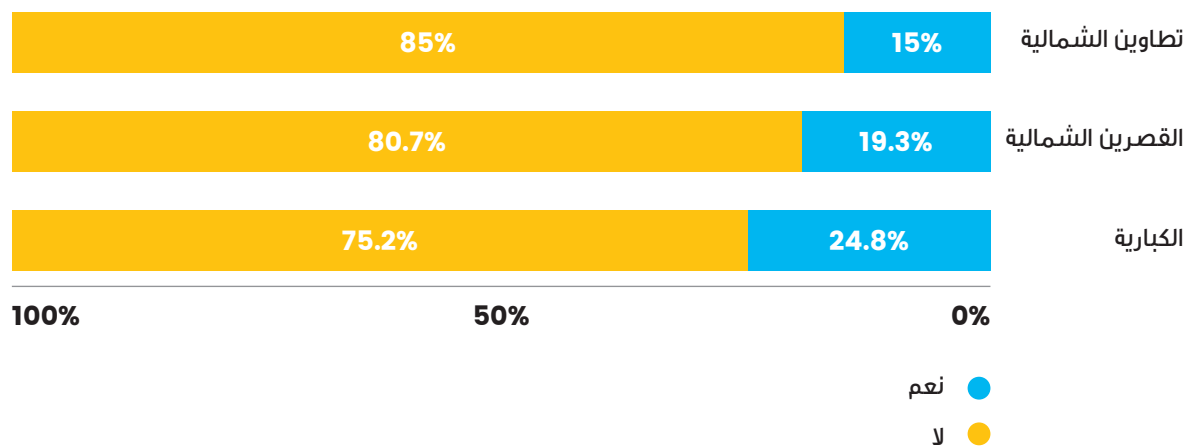
## - مع من تبادلت الحديث؟



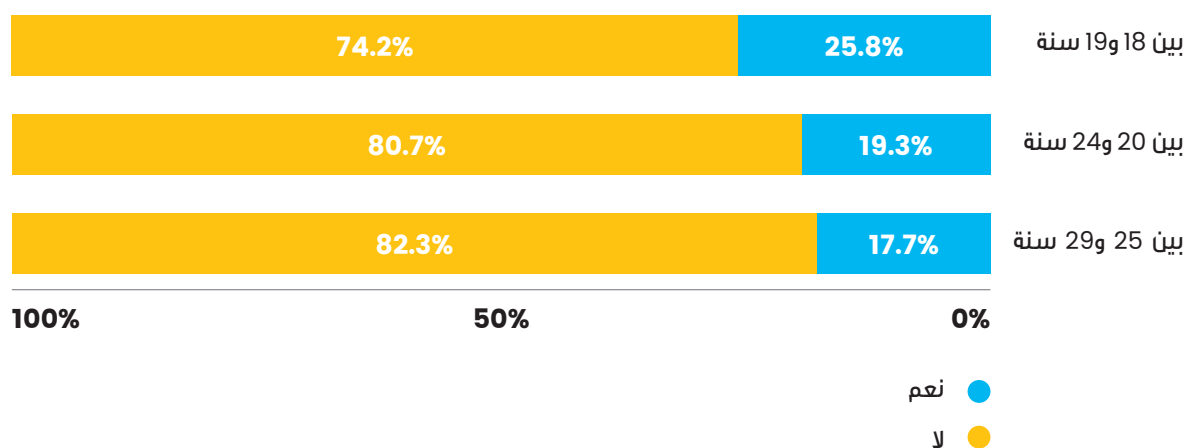
عدم تقديم شكوى لا يعني بالضرورة اخفاء الأمر تماما، إذ نجد ان قرابة 90 % من المستجوبين الذين تعرضوا للعنف قد تحدثوا حول الأمر مع شخص أو أشخاص آخرين، وهو في أغلب الأحيان فرد من العائلة وبنسبة أقل بكثير صديق (ربع الاجابات) وفي حالات نادرة شخص خارج هذين الإطارين.

### 3.5 ممارسة العنف

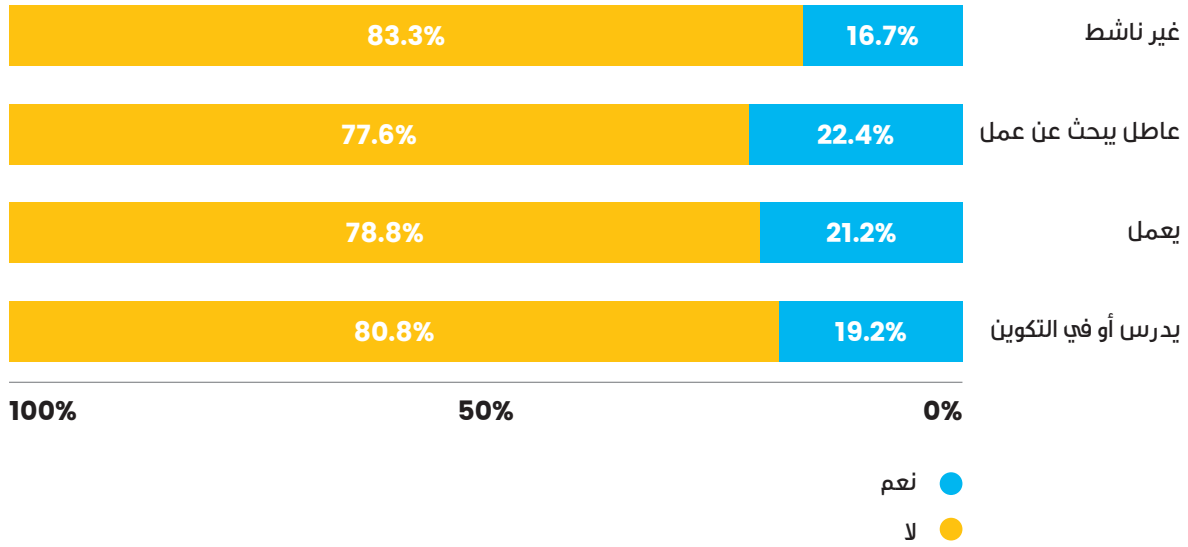
في السنة الأخيرة هل قمت بالاعتداء على شخص آخر؟ (حسب المنطقة)



في السنة الأخيرة هل قمت بالاعتداء على شخص آخر؟ (حسب الفئة العمرية)



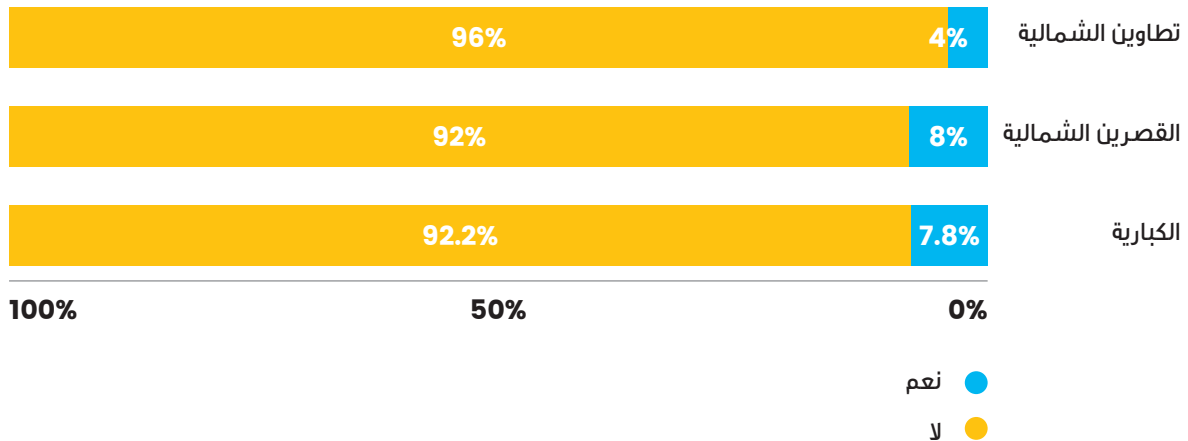
## الاعتداء على شخص في السنة الأخيرة حسب النشاط الاقتصادي



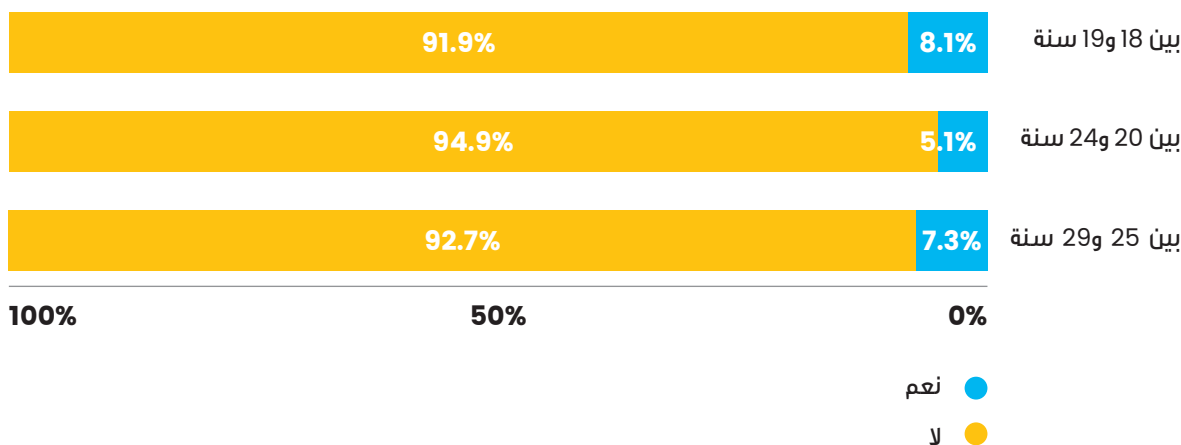
أردنا النظر إلى مسألة العنف من الجهة المقابلة: مدى تفشي الممارسات العنيفة عند المستجوبين. نسبة ممارسة العنف مرتفعة بصفة عامة في المناطق الثلاثة لكن بشكل أبرز في منطقة الكبارية حيث نجد ان قرابة ربع المستجوبين صرحوا بأنهم اعتدوا على اشخاص آخرين. لا يوجد تفسير قطعي للتفاوت بين المناطق الثلاثة، لكن قد يكون هناك دور لارتفاع احتمالات التعرض للسلوكيات المحفوفة بالمخاطر وكثافة الاحتكاك بين الشباب في الشارع في بعض الأحياء الشعبية الواقعة على تخوم المدن الكبرى، وكذلك الخصائص الثقافية-الاجتماعية في المناطق الداخلية حيث «الكل يعرفون بعضهم البعض» والروابط العروشية ما تزال حاضرة ونوعا ما «رادعة». وبالنظر إلى متغير السن نجد ان الفئة العمرية الأصغر هي التي تمارس العنف أكثر وتتناقص النسبة كلما تقدم المستجوبون في السن اي كلما زاد نضجهم وانخراطهم في الحياة المهنية واحتمال تأسيسهم لعائلة. العاطلون عن العمل هم الأكثر ممارسة للاعتداء بالعنف مقارنة بالفئات الاقتصادية الأخرى، وقد تكون الحالة المادية هي الدافع أو الحالة النفسية الناجمة عن البطالة. النسبة الأضعف نجدها عند فئة غير الناشطين وهذا يعود إلى ضعف تواجدهم في الفضاء العام ومحدودية احتكاكهم بالمجتمع.

## 4.5 الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة

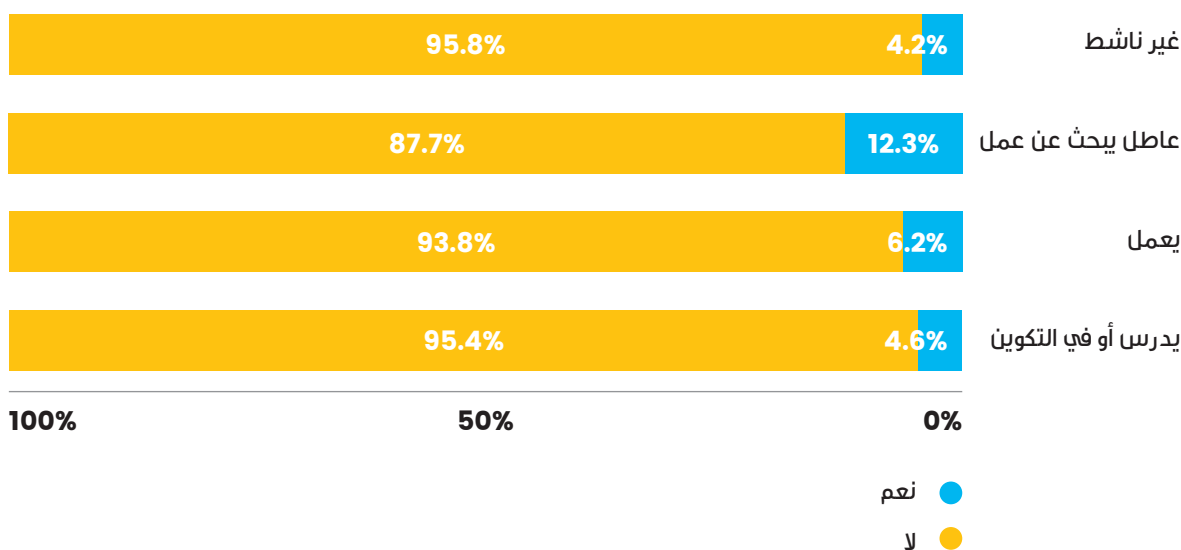
الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب المنطقة



## الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب الفئة العمرية



## الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب النشاط الاقتصادي

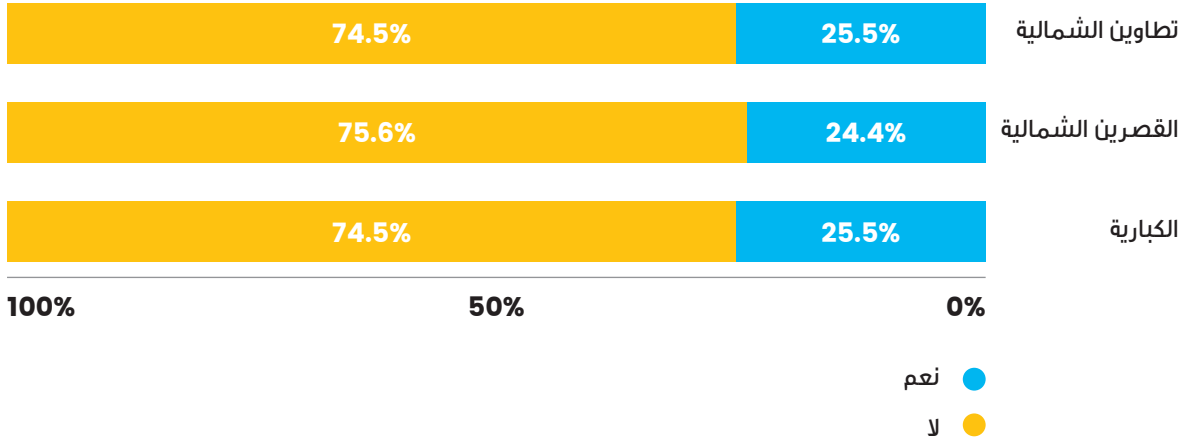


على الرغم من ان الكبارية هي أكثر منطقة صرح مستجوبوها بأنهم اعتدوا على آخرين فإن القصيرين الشمالية هي التي سجلت أعلى نسبة في الإيقاف والسجن بسبب ممارسة العنف مما يحيلنا إلى السياسات الأمنية التي وان كانت تميل عموماً إلى التضييق على حركة الشباب في المجال العام والتعامل معهم كمشتبهين فإنها تستهدف بشكل أكبر مناطق بعينها من حيث المراقبة والعقاب في التعامل. نلاحظ أيضاً ارتفاع نسبة الإيقاف والسجن عند فئة 25-29 سنة على الرغم من كونها مارست الاعتداء بالعنف أقل من غيرها، وربما يتعلق الأمر بأشكال العنف الممارس وحدثها لكن ليس لدينا معطيات تفصيلية. والنسبة للفئات الاقتصادية فنسب الإيقاف والسجن منسجمة مع نسب ممارسة الاعتداء.

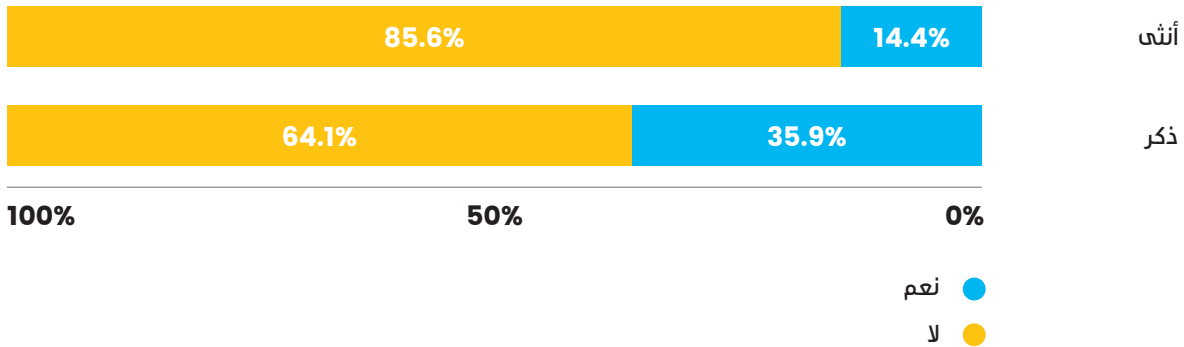
## 5.5 الموقف من العنف

(1) الرأي في المقولة بأن المرأة التي لا تستمع لكلام الأب/الزوج، تستحق الضرب

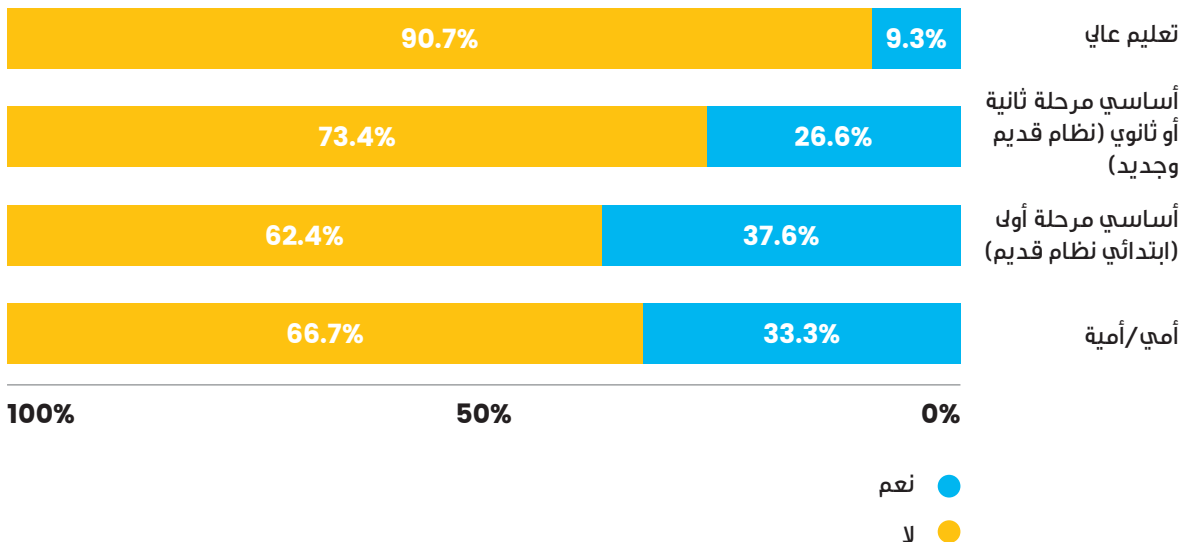
- حسب المنطقة



- حسب الجنس



- حسب المستوى التعليمي

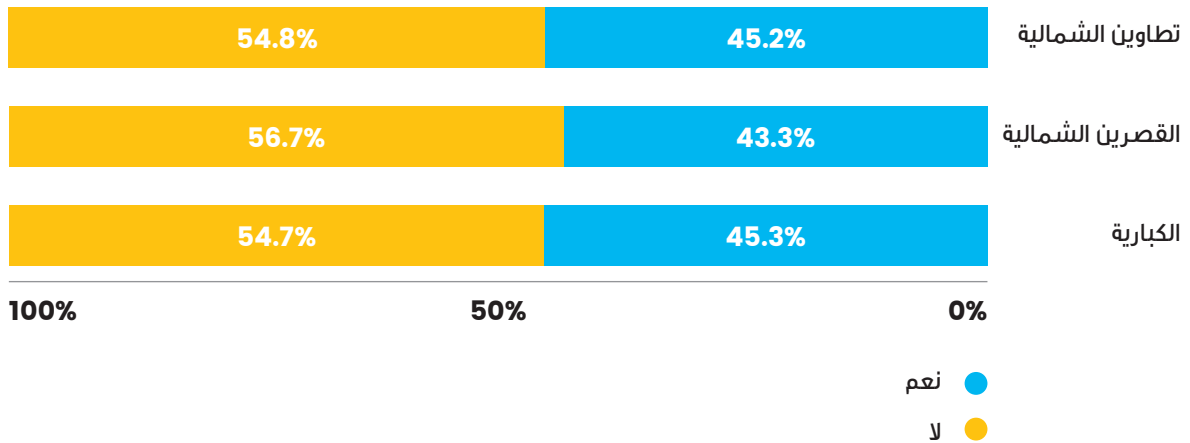


تظهر الرسوم البيانية ان نسب تقبل ضرب المرأة من قبل الأب و/أو الزوج مرتفعة وشبه متطابقة في المناطق الثلاثة التي شملها التحقيق: ربع المستجوبين لا يرى مشكلة في هذه الممارسة، وترتفع النسبة عندما نعالج إجابات المستجوبين الذكور فتصل إلى 35.9%. تقارب نسب المناطق الثلاث يفند الاعتقاد الشائع بأن المناطق الجنوبية للبلاد -المعروفة بأنها عموماً محافظة أكثر من بقية المناطق- هي الأكثر ذكورية وميزوجينية، على الأقل هذا ما لمسناه فيما يتعلق بإضفاء الشرعية على ممارسة العنف الجسدي ضد النساء

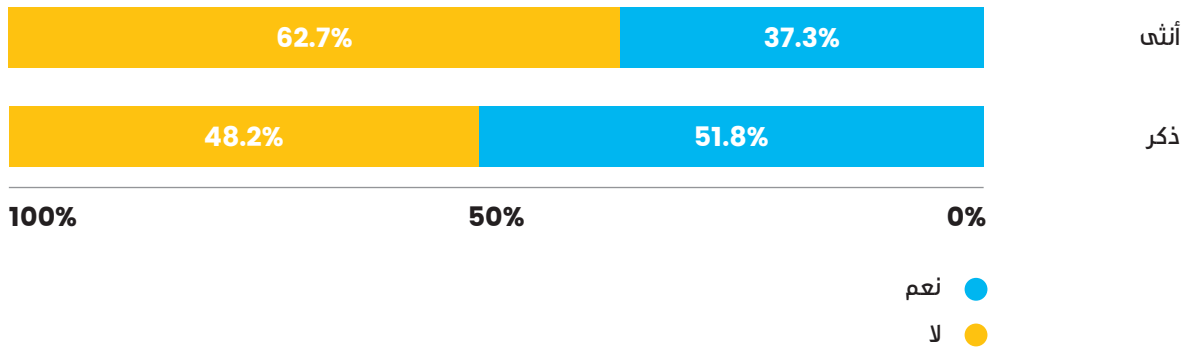
نسبة الإناث اللواتي يعتقدن ان المرأة تستحق الضرب عندما "تتمرد" على والدها و/أو زوجها أقل لكنها تعتبر مرتفعة جداً بما أن الأمر يتعلق بممارسة قد يتعرضن لها، وهذا يبين ان جزء هاماً من المستجوبات يستبطن شرعية الممارسات الذكورية الأكثر عنفاً. تظهر البيانات المستخلصة من الإجابات ان هناك ترابطاً وثيقاً بين المستوى الدراسي والموقف من ضرب المرأة. المستجوبون الأميون أو الذين لديهم مستوى تعليمي ابتدائي هم الأكثر تأييداً لمقولة استحقاق المرأة للضرب في حدود ثلث العينة. تنخفض النسبة إلى حدود الربع عند فئة مستوى تعليمي أساسي/ثانوي وإلى أقل من 10% عند المستجوبين من فئة مستوى تعليم عالي.

(2) الرأي في المقولة بأن الابن أو البنت التي لا تستمع لكلام أبويها تستحق الضرب

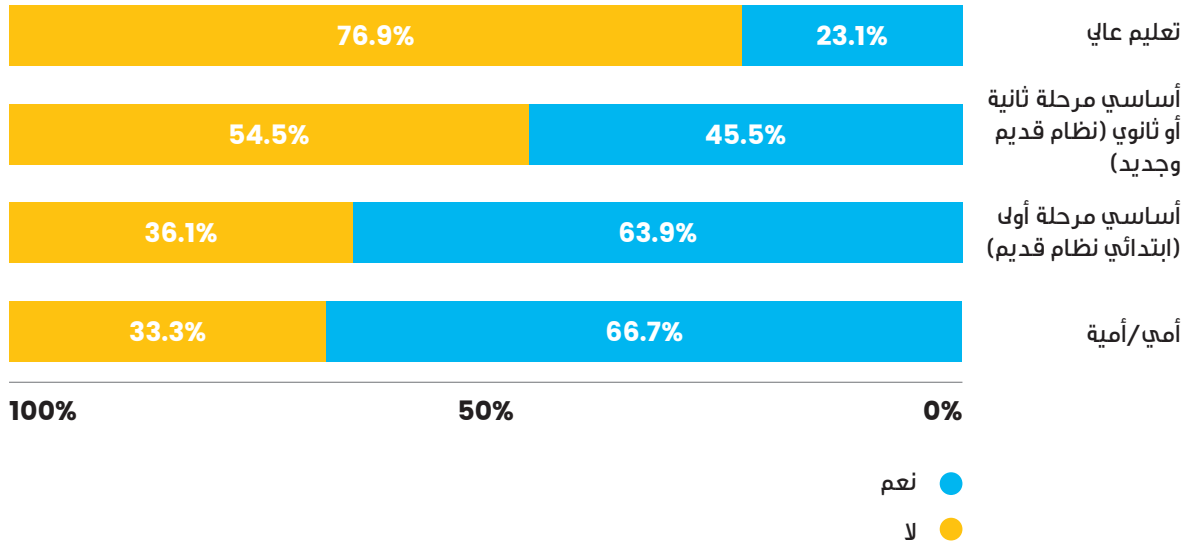
#### - حسب المنطقة



#### - حسب الجنس



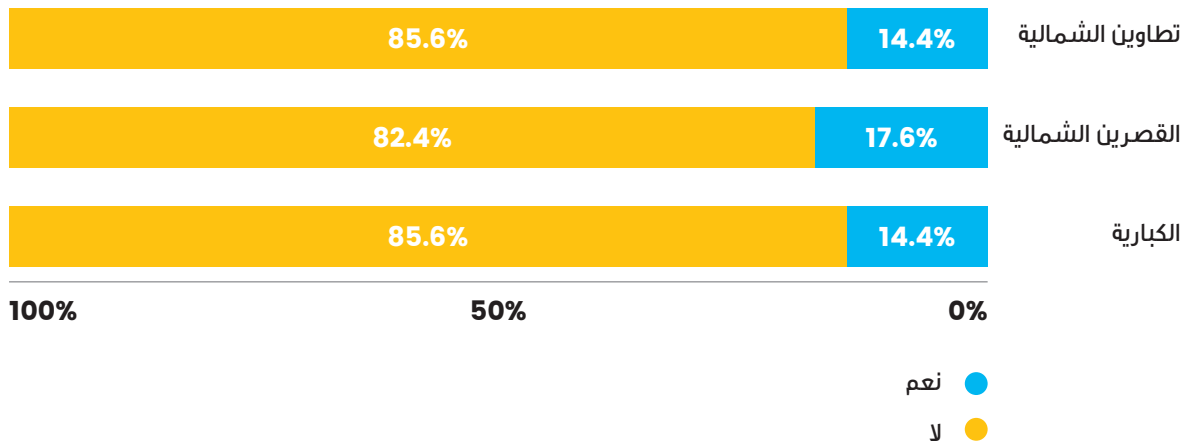
## - حسب المستوى التعليمي



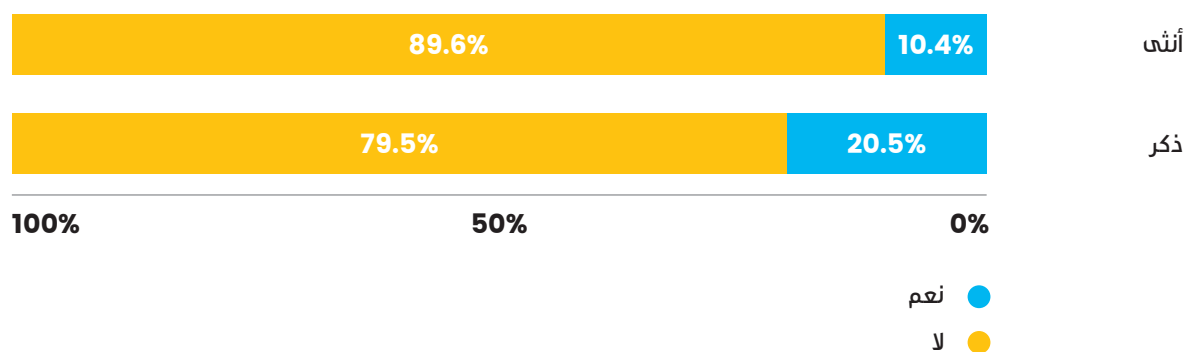
نجد نفس نمط الإجابات عن السؤال السابق (الرأي من ضرب المرأة) عند سؤال المستجوبين عن رأيهم في ضرب الأبناء غير المطيعين، لكن النسب أعلى بكثير بشكل يبعث على القلق الشديد. قرابة نصف العينة موافق على فكرة ضرب الأطفال، وترتفع النسبة إلى 51.8% عندما نتفحص إجابات الذكور، وتفوق 60% عند المستجوبين الأميين وذوي المستوى التعليمي الابتدائي. تبدو فكرة ضرب الأبناء غير المطيعين وكأنها أمر طبيعي تماما، ولا ننسى اننا هنا نستطلع إجابات شباب تقل أعمارهم عن 30 سنة أغلبهم سيكون شريكا في تأسيس أسرة وتربية أبناء في السنوات القادمة.

## (3) الرأي في المقولة بأن التلميذ/التلميذة غير المجتهد يستحق الضرب

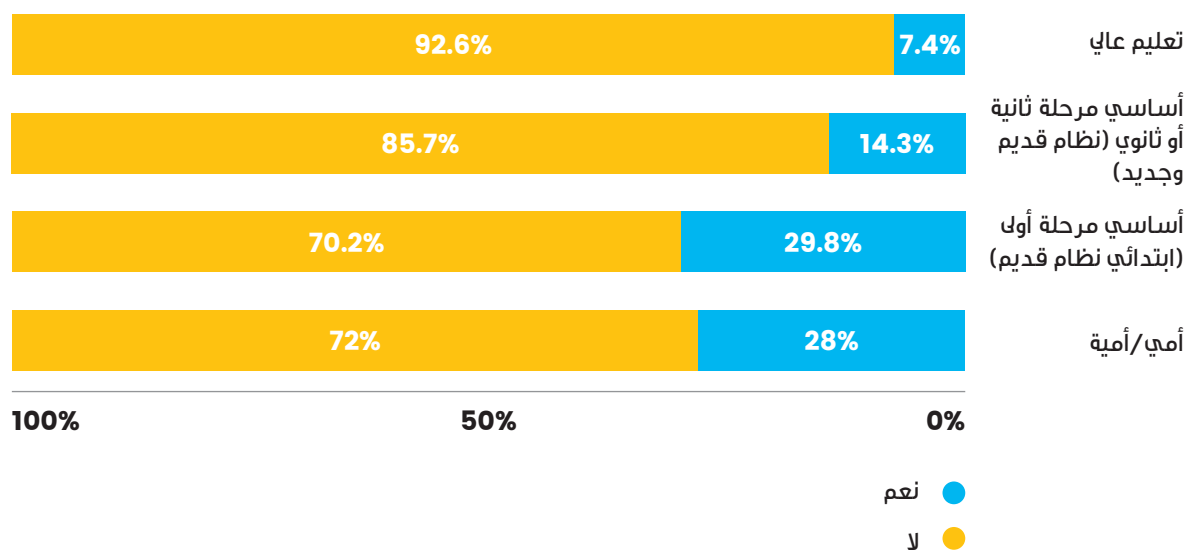
## - حسب المنطقة



## - حسب الجنس



## - حسب المستوى التعليمي



ضرب التلميذ(ة) غير المجتهد(ة) هي المقولة الأقل مقبولة لدى المستجوبين على اختلاف فئاتهم. ترتيب موافق المستجوبين حسب متغيرات المنطقة والجنس والمستوى التعليمي مماثل للنتائج المستقاة من الإجابة على المقولتين الأولى والثانية لكن النسب أقل بكثير.



## خلاصة

تؤكد البيانات المستخلصة من الاستمارة أمرين رئيسيين: وجود تقارب كبير بين المناطق الثلاث في النسب العامة المسجلة بخصوص أغلب المحاور (مع تقارب أكبر بين نسب الكبارية والقصرين الشمالية) لكن هناك فوارق هامة عند فرز النتائج حسب المتغيرات خاصة الجنس والمستوى الدراسي.

استطلاع المحيط الاقتصادي والاجتماعي يبين لنا مثلا ان هناك تحسنا كبيرا في المستوى التعليمي للمستجوبين مقارنة بأبائهم وأمهاتهم لكنه يظهر أيضا تفاوتات جهورية في القدرة على مواصلة التعليم ويؤكد وجود «جيوب» أمية مقلقة في بعض المناطق كالقصرين الشمالية مثلا، وتناميا لظاهرة الانقطاع عن الدراسة - خاصة عند الذكور - في سياق من فقدان المدرسة لدورها كمصعد اجتماعي. معطيات هذا المحور تكشف بشكل جلي ان الهجرة أصبحت «قارب النجاة» الأكثر حضورا والحاحا في أذهان الشباب، الذكور منهم بالأخص، خاصة مع حجم الهشاشة الاقتصادية التي تؤكدتها نسب المستجوبين الباحثين عن عمل وغير الناشطين والعمال اليوميين.

هشاشة فاقمتها الكورونا جراء ما تسببت فيه من ركود اقتصادي وفقدان لمواطن شغل. من خلال المعطيات يتجلى أيضا ارتفاع مستوى التبعية الاقتصادية للنساء. فبالإضافة إلى نسبة البطالة المرتفعة والقريبة من نسبة الذكور بل وتفوقها بالنسبة لذوي مستوى التعليم العالي، نجد ان المستجوبات اللاتي لا نشاط اقتصادي لهن ويقع تصنيفهن ضمن «غير الناشطات» تفوق نسبتهن نسبة «غير الناشطين».

والأكد أن لهذه التبعية الاقتصادية انعكاسات اجتماعية ثقافية متعدد التعبيرات. من ذلك أن معظم «غير الناشطات» وكذلك نسبة هامة من العاطلات عن العمل يعتبرن غير «شؤون المنزل» «نشاطهن المهني»، وهو «نشاط مهني» نسائي بصفة مطلقة ولا يعتبر أي شاب مستجوب من الذكور غير الناشطين أو العاطلين عن العمل «شؤون المنزل» نشاطه المهني. ويتوافق كل هذا مع ارتفاع نسب التغطية الاجتماعية مع العائلة أو القرين كما يساهم في انخفاض نسبة من لهن نشاط رياضي أو ثقافي إلى حوالي نصف النسبة المسجلة لدى الذكور وفي ندرة من يقضين أوقات فراغهن في الشارع أو المقهى (على عكس الذكور تماما) مقابل ارتفاع نسبة من يقضين أوقات فراغهن أمام التلفزة أو مع العائلة.

فيما يخص المحور الثاني، على الرغم من ان أكثر من 90% من المستجوبين يقيمون حالتهم الصحية بالجيده وحتى الجيدة جدا فإن اجاباتهم على بقية أسئلة محور الصحة العامة والنفسية تكشف نسبة هذا التقييم. فأكثر من نصف الشباب (55%) ذهبوا للتداوي خلال السنة الفائتة، (ربعم قاموا بعيادات في القطاعين العام والخاص والبقية مناصفة إما في هذا أو ذاك من القطاعين). وأكثر من 30% من المستجوبين أصيبوا بفيروس كوفيد-19 مرة على الأقل. لاحظنا أيضا نسبة مرتفعة من المستجوبين الذين يعانون من أمراض مزمنة خاصة في القصرين الشمالية حيث بلغت 11,4% من العينة، وبصفة أقل في الكبارية بنسبة 8,7% (مقابل 3,8% فحسب في تطاوين الشمالية).

تقييم المستجوبين لصحتهم النفسية اقل تفاؤلا نسبيا من تقييمهم لصحتهم الجسدية مع تناغم نسبي بين التقييمين. فعموما، كلما كان تمثل المستجوب لحالته النفسية إيجابيا كلما كان تصورهم لحالته الصحية العامة إيجابيا ولكن العكس ليس صحيحا بالنسبة إلى أكثر من 350 شابا أو شابة يقيمون حالتهم الصحية إيجابيا على عكس حالتهم النفسية.

كما أن الشباب يحس بحاجة لخدمات الصحة النفسية. فرغم أن 0,4% فقط من الشباب يذكرون القطاع الصحي كوجهة أولى لهم عند الإحساس بمشاكل نفسية ويختارون الأم أو الأصدقاء أو الإخوة والأخوات (معبفاء ثلثهم لا يلجؤون إلى أحد)، فإن أكثر من 25% صرحوا بأنهم شعروا بالحاجة لملاقة طبيب نفسي (médecin psychiatre) أو اخصائي نفسي (psychologue) خلال السنة الفائتة مع تفاوتات هامة خاصة حسب متغير الجنس (حوالي 20% لدى الشبان الذكور مقابل 34% لدى الشابات) ومتغير النشاط الاقتصادي (حوالي 20% لدى غير الناشطين مقابل 34% لدى العاطلين عن العمل). هذه الحاجة والرغبة لا تترجم إلى فعليا إلى عيادة طبيب أو اخصائي نفسي إلا لِمَا (حوالي 12% ممن أحسوا بالحاجة لهذه العيادة) لعدة أسباب منها المجتمعي في علاقة بالوصم والسخرية، ومنها المتعلق بضعف الإمكانيات المادية و/أو صعوبة الوصول إلى الهياكل الصحية، وهي عوامل أعتبرها معظم الشباب المشارك في البحث تمثل عوائق أمام الذهاب لاستشارة نفسية. وكان تقييم زيارة الطبيب أو الاخصائي النفسي إيجابيا من مختلف الجوانب بالنسبة لـ 3/4 من تمكّنوا من القيام بها، لكنها كانت بمقابل بالنسبة إلى ثلثهم.

كذلك، صرح أكثر من ثلث الشباب المشارك في هذا البحث بأنهم تعرضوا في السابق لمشاكل نفسية وكان الشعور بالقلق والتوتر وبالضغط النفسي حاضرين دائما لدى أكثر من نصف هؤلاء وأحيانا لدى أكثر من ثلثهم، في حين كان الاكتئاب أقل حضورا خاصة كشعور دائم وكان غائبا أو نادرا لدى نسبة تتجاوز الثلث قليلا.

من خلال البيانات التي جمعناها لاحظنا أن أغلبية الشباب يصرون بعدم توفر معلومات كافية حول الأعراض الرئيسة للأمراض النفسية وما يجب القيام به عند التعرض لمشاكل نفسية وخاصة كيفية الوقاية من الأمراض النفسية وبالأخص ما يتوفر من إمكانيات تعهد وعلاج، وعلى العكس من ذلك فإن أغليبتهم يعتبرون أن لديهم معلومات كافية حول أسباب الأمراض النفسية وهو ما تؤكد لدينا من خلال تعرف معظمهم على أهم مسببات الاضطرابات النفسية.

كما أن معظم الشباب يعتبرون العلاج النفسي ودعم الأهل أو الأصدقاء طريقين لمساعدة من يعاني من مشاكل نفسية لكن حوالي نصفهم لا يعتبرون الأدوية تساعد على ذلك. أما في مستوى طرق التعريف والتحسيس بالشاكل النفسية فيبقى وجود أخصائيين نفسانيين بالوسط المدرسي حائزة على شبه إجماع من الشباب المشارك في البحث تماما مثل الحملات التحسيسية التي لم يستفد منها سوى 10% منهم. كما أن وجود صفحة خاصة على الانترنت ورقم أخضر للمساعدة سبيلان للتحسيس والإعلام والتوجيه تباعا حسب حوالي 4% و 3% من الشباب.

إجابات المستجوبين في محور الإدمان تؤكد أولا الانتشار الواسع لظاهرة استهلاك المخدرات، وثانيا أنها تغلغت لدى الذكور أساسا بنسبة تقارب أو تفوق نصفهم مهما كانت أعمارهم أو نشاطهم الاقتصادي، ولكنها بدأت تغزو الإناث وثالثا ان هناك تفاوت بين المناطق لاعتبارات تتعلق بمسالك الترويج والخصائص الاجتماعية-الثقافية (في تطاوين الشمالية نسبة المستهلكين أضعف بكثير من المنطقتين الأخرين). كما تظهر ان هناك تقصيرا كبيرا من الهياكل الصحية والتربوية العمومية في المجهود التوعوي بمخاطر المخدرات وتوفير آليات وهياكل علاج المدمنين عليها. والملاحظ ان العامل المادي على أهميته ليس محدد في إمكانية الوصول إلى المخدرات وادمانها.

أما في محور العنف فتبين الإجابات ان العنف من المخاطر الجدية والمتواترة التي تتهدد الشباب وأن أشكاله الممارسة على المستجوبين تختلف أحيانا حسب النوع الاجتماعي والمكان الذي ترتكب فيه. الذكور أكثر عرضة للضرب في كل الأماكن باستثناء المنزل حيث تصبح نسبة الإناث اللواتي يتعرضن لهذا الشكل من العنف أعلى. وبشكل عام يتعرض الذكور إلى نسبة أكبر من العنف بجميع أشكاله في أغلب الأماكن، باستثناء التحرش والاعتداء الجنسي اللذان يمارسان بشكل شبه حصري على الإناث.

الشارع ووسائل النقل هي أقل الأماكن أمانا بالنسبة للإناث فيما يتعلق بالتحرش لكنها أقل خطورة في نسب ممارسة أشكال العنف الأخرى. كما بينت إجابات المستجوبين تواتر كبير للحالات التي تعرض لأشكال من العنف في المؤسسات التربوية. ونلاحظ ان الحضور القوي نسبيا للعنف المسلط على المستجوبين له اثار أخرى غير الأضرار الجسدية والنفسية، فهناك ما يشبه إعادة إنتاج للعنف من قبل الشباب المعنف سواء عبر نسبة المستجوبين الذين صرحوا باعتدائهم على أشخاص آخرين (وهي مرتفعة بشكل ملحوظ في منطقة الكبارية) أو عبر النسبة المرتفعة للإجابات التي تشرعن ممارسة الزوج/الأب للعنف على الزوجة «غير المطيعة» و/أو تعنيف الأبوين للأبناء، وهي نسبة ترتبط بشكل وثيق بالمستوى التعليمي للمستجوب.

# كفى تهميشا للشباب في السياسات الصحية: تجسيم حق الشباب في رعاية صحتهم وحمايتهم بسياسات شاملة وناجعة ضرورة أولوية

جوهر مزيد

بينت مختلف مكونات هذه الدراسة التي أنجزها مكتب تونس لمنظمة إنترناشونال ألرت أن لا شيء يبرّر التناسي المتواصل للشباب في البرامج ذات العلاقة بالسياسات الصحية وفي خدمات الهياكل الصحية العمومية. وهو تناسي شبيه شامل باستثناء جوانب في مجال الصحة الإنجابية دون نجاعة معتبرة، وأنشطة استهدفت مقاومة التدخين وأثبتت فشلها، إضافة إلى الصحة المدرسية والجامعية التي تآكل مفعولها المحدود في ظل تكلسها وتهميشها على كل المستويات.

الشباب فئة عمرية لا يُمثّل التلاميذ والطلبة سوى نسبة الربع منها، ولها حاجيات خصوصية تشمل كل المكونات البدنية والنفسية والاجتماعية للصحة مثلما عرّفتها المنظمة العالمية للصحة.

فالانطباع العام بأن الشباب شريحة تلمذية وطلابية أساسا، وأنه يمكن اعتبارها في منأى إلى حدّ كبير من «المعاناة» من إشكاليات صحية، خاصة بالمقارنة مع فئات عمرية أخرى، أقرب إلى الوهم منه إلى الواقع.

وهذا الانطباع ناتج عن طغيان رؤية سطحية وجزئية وأحادية الجانب للصحة تكاد تختزل الصحة في مكوناتها البدنية وإشكالياتها في الأمراض المزمنة أو العويصة التي تصيب الإنسان في مراحل أكثر تقدما من العمر (وهي أولويات مؤكدة وإشكاليات جدية جدا دون شك).

كما أنه ناتج عن مسافة تفصل الفاعلين في السياسات الصحية بما فيهم المهنيون عن أغلب الشباب، مسافة كثيرا ما تبقى عمليا كبيرة حتى خلال «التعامل» المباشر بين «مقدم» خدمة في مجال الصحة وشباب أو مجموعة شباب، سواء في إطار برامج الصحة المدرسية والجامعية أو في العيادات الطبية العادية أو بمناسبة تقديم بعض الخدمات الصحية الأخرى بما فيها التثقيف والإعلام والتحصين في مجال الصحة.

ويمكن القول دون مغالاة أنّ كلّ هذا يُسبّب تهميش الشباب في البرمجة والممارسة في قطاع الصحة ويزيد في هشاشة الشباب كقوة عمرية تختص بأهم تحول في حياة الفرد من الطفولة «المحمية» و«المكفولة» و«القاصرة» إلى المواطنة «المسؤولة» و«الفاعلة» و«القائمة بشؤونها» لكنه تحوّل ما انفك مستوى الضبابية التي تحفّ به يتعاظم فغدا طاغيا على المشهد.

من أبرز ما أوضحتته الدراسة الكمية أن الشباب في حاجة إلى خدمات صحية في مستوى أولوية متقارب مع بقية الفئات والشرائح:

8% من الشباب يصرحون أنهم مصابون بأمراض مزمنة، وهي نسبة لا يمكن التهوين منها رغم أنها نصف النسبة الوطنية العامة (16% حسب المعهد الوطني للإحصاء)، إذ تمثل حوالي 200 ألف شاب وهو في حد ذاته رقم هام وكبير، رغم أن جزء من المصابين فعليا بمرض مزمن ما ومهما كانت أعمارهم لا يعلمون بمرضهم (لعوامل متعددة). وهذه النسبة تُبرز قصور منظومة صحية تكاد تحصر الأمراض المزمنة في بضع أمراض وتُهمل عمليا عديد الأمراض المزمنة المتواترة كالربو وما شابهه ومئات الأمراض النادرة التي يصيب الكثير منها الشباب.

- أكثر من نصف الشباب (55 %) قاموا بعيادة طبيب(ة) خلال سنة وهي نسبة، رغم العوائق والصعوبات التي تعترض الشباب بصفة خاصة لإجراء العيادة الطبية، تقارب النسبة الوطنية العامة (كل الأعمار مجتمعة) التي جاءت في المسح الوطني الشامل حول الصحة في سنة 2016 (61 %).

- وأكثر من ربع الشباب يعتبرون حالتهم النفسية سيئة أو سيئة جدا، وحوالي نفس النسبة شعروا بالحاجة للذهاب إلى اختصاصي أو طبيب نفسي في السنة التي سبقت الدراسة

هذه المعطيات المجسّمة بصفة مباشرة للوضع الصحي للشباب تُسقط نظرية الصحة الجيدة لهاته الشريحة العمرية- الاجتماعية بل وتُبين أنّ وضعها الصحي يمثّل عامل هشاشة إضافي لوضعها العام

لكنّ أوّل ما يصطدم به الشباب تمييزهم سلبيا في مستوى الحق في التغطية الصحية وفي الولوج إلى الخدمات الصحية دون صعوبات مادية. فنصف الشباب في سن 18-29 سنة محرومون من التغطية الصحية، وهي نسبة تمثّل على الأقل مرتين ونصف النسبة الوطنية التي تتراوح حسب المصادر بين 17% (المعهد الوطني للإحصاء 2015) و20% (المعهد الوطني للصحة 2016). والمعروف أنّ الحرمان من التغطية الصحية يؤدي إلى الحرمان من الحق في الرعاية الصحية (وهو ما أكدّه المسح الوطني للصحة المُجرى سنة 2016).

**أهمية نسبة الشباب المحرومين من التغطية الصحية تستوجب أفراد الموضوع بخطة ناجعة تشمل مختلف فئات الشباب وخصوصياتها الاقتصادية وتضع حداً لآليات معقدة أو مُهينة وضعت لتمكين بعض الشباب من الحصول على تغطية صحية في ظل منظومة قانونية مجحفة.**

إضافة إلى الحرمان من التغطية الصحية، فإن رُبع «المتمتعين» بتغطية صحية لهم تغطية فردية. أما بالنسبة للبقية فيتقاسمون نفس بطاقة العلاج المسلمة للقرين أو الولي (المضمون الاجتماعي أو الحاصل على بطاقة علاج مجاني أو بتعريفه منخفضة). وفي هذه الحالة فإن نسبة هامة من الشبان والشابات يجدون صعوبة في استعمال بطاقة العلاج عند الإحساس بالحاجة إلى خدمة صحية. ويعود ذلك لأسباب مختلفة. فقد يتواجد الشاب أو الشابة في مدينة غير مكان إقامة صاحب البطاقة (الولي أو القرين) لظروف شتى. كما أن الولي أو القرين صاحب البطاقة كثيرا ما يرفض تمكين الشاب أو الشابة من بطاقة العلاج أو يمانع في ذلك، إذا لم يُفصح/تُفصح عن تفاصيل الحاجة إليها (السبب الصحي بدقة أو طبيعة الخدمة الصحية والغرض منها ومكانها أو مسدي الخدمة الصحية الذي ينوي الشاب أو تنوي الشابة التوجه إليه). وإضافة لذلك، فإنه إذا لم يكن الأمر يتعلق بطاقة علاج مجاني، يقترن استعمال البطاقة بضرورة دفع مبلغ للانتفاع بالخدمة الصحية، وهنا فإنه من غير النادر أن يتحصل/تتحصل الشاب(ة) «التابع(ة)» ماليا لولي أو القرين على المبلغ المطلوب حتى ولو كان محدودا أو حتى زهيدا.

لذلك، فإن تمكين الشباب مهما كان وضعه الاقتصادي من تغطية صحية وبصيغ تُمكنه من الانتفاع بها دون صعوبات إجرائية أو مالية، ودون وصاية أو ضغط أو تحكّم من «مُعيل» أسري، يُمثّل مدخلا ضروريا وأساسيا لمسار تجسيم الحق في الرعاية الصحية.

لكن عدة مصاعب متنوعة أخرى تعترض الشباب في الحصول على حقة في رعاية صحية تلائم خصوصياته وتستجيب لحاجياته

وقراءة نتائج الدراسة تبين أنّ المعضلة الأكبر تبقى في إمكانية الحصول على خدمات في مجال الصحة النفسية، فالشباب الذي قام فعلا بزيارة طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي لا تبلغ حتى ثُمّن من شعروا بالحاجة لذلك. ومن البديهي أنّ الفارق بين النسبتين لا يمكن تفسيره فقط بوضعية التغطية الصحية من جهة، التي لم تمنع أكثر من نصف الشباب من القيام بعيادة طبية، وبإمكانية تَرُدّد نسبة من الشباب المعني في تفعيل الإحساس بالحاجة لخدمة مختصة في الصحة النفسية من جهة أخرى.

والاحتمال الأقرب إلى الواقع أنّ صعوبات الوصول إلى اختصاصي نفسي أو طبيب نفسي سبب رئيسي إن لم يكن السبب الأول.

ففي ولاية تطاوين لا يوجد أي إخصائي نفسي أو طبيب نفسي لا في القطاع العام ولا في القطاع الخاص باستثناء إخصائية نفسانية بمركز الصحة الإنجابية التابع للمندوبية الجهوية للأسرة والعمران البشري.

ليس الوضع في القصرين أفضل رغم وجود عيادة للطب النفسي بالمستشفى الجهوي لكن طاقتها محدودة جدا مع عدد مرتفع من المرضى النفسيين المزمنين المتعهد بهم فيها، ثم إن تأمينها لا يقع من طرف طبيب مختص بل من طرف طبيب عام تطوع لملء الفراغ بعد تكوين سريع، ضئيل. كل هذا يجعل حصول شباب على موعد يتناسب مع إحساسه بالحاجة لعيادة طبيب نفسي أمرا عسيرا جدا مع ظروف ضعيفة في مستوى الفاعلية. أما فضاء الشباب التابع للمركز الجهوي للأسرة والعمران البشري والذي يتواجد به إخصائي نفسي فيبدو أنه غير معروف لدى أغلب الشباب.

الوضع أفضل في العاصمة لكن ليس كثيرا. فرغم وجود 80 طبيبا نفسانيا حسب عمادة الأطباء معظمهم يعملون بالقطاع الخاص، يبقى مستشفى الرازي المتخصص في الأمراض النفسية والموجود بولاية منوبة الملجأ الوحيد للشباب وسكان الكبارية وجبل مناطق ولاية تونس في القطاع العمومي، وهو ما يطرح عدة إشكاليات وفي مقدمتها الخوف من الوصم الذي اعتبره 80% من الشباب المستجوب في الدراسة سببا يُثني الشخص عن عيادة طبيب نفسي (خصوصا عندما يتعلق الأمر بشعور بالحاجة إلى «استشارة» نفسية أو إلى تعهد نفسي «مؤقت»). ويضاف إلى ذلك، ليس فقط المشاق المرتبطة بمسافة تفوق 15 كلم تفصل منطقة الكبارية عن منوبة ويتطلب قطعها عبر النقل العمومي استعمال عدة وسائل نقل، بل أيضا إجراءات ليست معلومة دوما من طرف الشباب والسكان وتقضي بضرورة الحصول على إحالة لعيادة الطب النفسي برسالة من طبيب عام أو من طبيب مباشر في اختصاص آخر والتغلب مرة أولى للحصول على موعد. ولتفادي هاته العوائق، تبقى إمكانية التوجه للقطاع الخاص بكلفته المالية التي تمثل بالنسبة لأكثر من ثلثي الشباب سببا للتخلي عن العيادة في مجال الصحة النفسية، تماما مثل غياب المعلومة الكافية عن كيفية الحصول على عيادة نفسية في الوقت المناسب.

أمام هذا الوضع، يتحتم توفير خدمات صحة نفسية للشباب، لامركزية بصفة تُمكن الشباب والسكان من الولوج إلى خدماتها بصيغ ناجعة، والاستعاضة عن ما يسمى بـ «الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالصحة النفسية» التي «أحدثتها» الوزارة منذ حوالي 15 سنة دون أن يبلغ صداها حتى إلى مهنيي الصحة (رغم أنه جيء بها لتتجاوز جمود «البرنامج الوطني للصحة النفسية» ففضت عليه وبقيت اسما بلا مسمّى) بخطة عملية تتوفر لها المتطلبات المادية والبشرية بما يسمح بتفعيلها بسرعة وبصفة مستدامة، ولا تكفي بانتظار تخرج طبيب نفسي لكل جهة داخلية في سنة 2024، بل تُدمج ذلك كمنفعة دعم لخطة ناجعة فعلا في كل المستويات.

وفي هذا الإطار، ينبغي تطوير آليات تكوين للمهنيين المباشرين في الخط الأول للقطاع الصحي خاص بصحة الشباب سواء في إطار تكوين أساسي ومستمر مهيكلي، أو في إطار تطوير تكوين أكاديمي خاص منها ماجستيريات خاصة بأطباء الخط الأول من جهة وممرضات الخط الأول من جهة ثانية ولمهنيين آخرين (مثل القابلات والإخصائيين النفسيين على سبيل الذكر لا الحصر).

كما أن كل المعطيات تُبرز ضرورة توفر خلايا استشارة وتوجيه وتعهد نفسي مفتوحة مباشرة دون ضرورة توجيه طبي أو غيره، في مختلف الدوائر الصحية يديرها إخصائون نفسانيون مختصون في علم النفس السريري أو علم النفس لدى الأطفال والشباب، مع إعطاء الأولوية إلى مراكز الولايات الداخلية ومن ثمة إلى معتمدياتها الأبعد عنها. ويتطلب الأمر مراجعة عميقة شاملة لوظيفة المختص النفسي عموما ولموقعه في قطاع الصحة العمومية. ويتأكد هذا من خلال إجابات الشباب التي أبرزت احترازا نسبيا من اللجوء الأوتوماتيكي إلى الإطار الطبي في علاقة مع الصعوبات النفسية وميلا أكثر للاستعانة بإخصائي نفسي، للابتعاد عن العلاج الدوائي الذي لا يعتبره نصف الشباب طريقة تساعد على تجاوز المشاكل النفسية في حين أنهم يُجمعون تقريبا على أن العلاج النفسي طريقة ناجعة.

إضافة إلى خدمات الصحة النفسية ذات الطابع العلاجي العام، يبين البحث بخصوص التجربة السجنية في مجال الصحة حتمية تمكين الشباب القابع في المنشآت السجنية من خدمات صحة نفسية خاصة بهم تديرها هيكل وزارة الصحة بمشاركة وزارات أخرى وجمعيات علمية - اجتماعية مختصة في الصحة النفسية ومنظمات حقوقية.

كما أن نتائج الدراسة الأساسية الكمية والبحث الخاص بالقلق أبرزت أن العاملين من الشباب ليسوا أقل عرضة لاضطرابات وصعوبات نفسية من فئات شبابية أخرى، وقد أثبتت دراسات في تونس وخارجها مثلما ورد خاصة في الورقة المتعلقة بالقلق، أن خصائص العمل وظروفه أصبحت مصدرا هاما لمثل تلك الاضطرابات.

**لذا من الضروري إدماج إخصائيين نفسانيين مختصين في مجال علم النفس الخاص بالشغل في هياكل طب الشغل أو الصحة والسلامة المهنية مع توضيح آليات تدخلاتهم وسبل تحقيق نجاعتها. وبطبيعة الحال فإن الأمر يستوجب تطوير مستويات تكوين الإخصائيين النفسانيين كما وكيفاً (بما في ذلك توسيع التكوين إلى مؤسسات جامعية خارج العاصمة)**

لكن مختلف أبحاث الدراسة تُبرز أنه يتحتم، بالتوازي مع وضع برامج الخدمات العلاجية في مجال الصحة النفسية موضع التفعيل والتقييم والمتابعة وما يتبع من تعديل وتطوير، أن تتحمل الحكومة ومختلف الوزارات وهيكلها المعنية مسؤوليتها في رسم وتفعيل خطط التصدي للأسباب المباشرة والعميقة التي أدت وما انفكت تؤدي إلى تفاقم تدهور الصحة النفسية للشباب، وبتشريك حقيقي للشباب من خلال جمعيات المجتمع المدني الفاعل ضمنها أو في المجالات ذات الصلة. وبدون ذلك لا يمكن أن يقع كبح التدهور وتداعياته مهما وفرت من أسباب الرعاية الصحية.

فالبحث الخاص بالقلق لدى الشباب يبرز معدلات لمستوى القلق تفوق «الحد الفاصل بين الطبيعي والمرضي» لدى مختلف مجموعات الشباب حسب المتغيرات المتعارف عليها المناطقية والاقتصادية-الاجتماعية، وهو ما يستوجب عملا في العمق للحد من عوامل تطور هذا المؤشر للصحة النفسية. كما أن الشباب المشارك في الدراسة الكمية أكد العوامل والأسباب المعروفة لتدهور الصحة النفسية للشباب. فقد مثلت المشاكل العائلية والصدمات النفسية والعاطفية والظروف الاجتماعية أسباب الاضطرابات النفسية الأكثر اختيارا من الشباب المشارك في الدراسة من بين عدة اختيارات عُرضت عليه. كما أن الشباب الذين صرّحوا بتعريضهم لبعض المشاكل النفسية (وبلغت نسبتهم أكثر من ثلث الشباب المشارك) عرّوا ذلك أساسا إلى أسباب في علاقة بالخوف من غموض المستقبل وعدم وضوح الرؤية، فبالظروف المادية الصعبة، ثم بأزمة البطالة.

وبالتأكيد فإن لوزارة الصحة دورا هاما في المجال لكنه ينبغي أن يقطع مع رؤية تحصره في التثقيف الصحي التقليدي المعتمد على خطاب يبقى مدرسياً أحادي الجانب ويطغى عليه الجانب التلقيني المعرفي أو الأبويّ النُصوح، رغم بعض المساعي التطويرية، مما أدّى إلى عقم جهود عقود من الأنشطة التي كثيرا ما اكتفت بتظاهرات مناسباتية بل حتى احتفالية رسمية. ويتطلب الوضع توثورا للرؤية التي تُوجّه الأنشطة الخاصة بالشباب واليافاعيين سواء في الوسط المدرسي والجامعي أو خارجه (بما في ذلك تلك التي تهتم بالصحة البدنية والتي فشلت في منع انقطاع جزء من التلاميذ والطلبة عن الدراسة بسببها مثلما أبرزت الدراسة). وينبغي إيلاء الصحة النفسية مكانة بارزة فيها بآليات جديدة وإمكانيات بشرية مكنونة وبمساهمة قوية ومستدامة وعامة للإخصائيين النفسانيين سواء في أنشطة تكوينية وتطويرية لقدرات مجموع الشباب واليافاعيين أو في مهام إصابات ومرافقة وتوجيه بصفة فردية لمن يتقدم منهم طلبا لذلك أو في إطار تقصي نشيط. ويتطلب هذا مراجعة لدور مختلف الأطراف المتدخلة لتوفير استقلالية تدخلات المهنيين خاصة في مستوى التعهد الفردي، مع ضمان متابعة الجدية والانضباط في القيام بالمهام حتى لا تبقى الخدمات المقدّمة خارج الهياكل الصحية من قبيل العمل الثانوي الذي تقع النضحية به عند وجود صعوبات أو نقص في الإطار البشري، ويكون ذلك بالمتابعة والتقييم الذاتي والخارجي والمساءلة، ولكن كذلك بإيجاد صيغ جديدة تضمن الدقة والوضوح.

لكن الجانب الوقائي المباشر من خلال تطوير قدرات اليافاعيين والشباب في التعامل مع الصعوبات (والإغراءات في مجال السلوكيات الخطيرة على الصحة) يستوجب مراجعة للمناهج والبرامج المدرسية خاصة حتى يقع تعويض جزء من الحشو المعرفي التلقيني بعمل نشيط مع المتكويين يمكّنهم من التسلح بمهارات حياتية.

والهياكل الخاصة بالأطفال والشباب والثقافة كان من المفروض أن تقدر على استقطاب الشباب واليافاعيين بمختلف فئاتهم وتمكّنهم من فضاءاتها ليطوروا فيها أنشطة تتلاءم مع ميولاتهم وتكون تكوينية في شتى المجالات في نفس الوقت

كما أن توفير مناخ ومحيط عيش سليم يساهم في تخفيف وطأة معاناة الشباب المتعددة الجوانب وفي تقليص أثر المخاطر الصحية النفسية والبدنية والاجتماعية المحدقة بهم، مهمة مشتركة لكل القطاعات وكل السلط بما فيها المحلية ويبقى تحقيقها رهين إرادة أولا وصياغة مشتركة مع المعنيين أنفسهم والمجتمع المدني لاستراتيجيات وخطط ثانيا وتوفير الإمكانيات المتنوعة لتنفيذها مع إيجاد آليات متابعة وتقييم ومراجعة بمساهمة نشيطة من المعنيين.

ويبقى العمل الأعمق من مهام الدولة ككل بمختلف هياكلها الرسمية أو لا باعتبارها الجهة المسؤولة (وبمكوناتها المجتمعية ثانياً بدورها الضاغطة والمقترح والشريك في صياغة الرؤى والسياسات ومتابعة تطبيقها والتقييم والمراجعة) لمعالجة معضلات البطالة أساساً ولكن كذلك ظروف الشغل والعمل التي أصبحت لنسبة كبيرة من الأجراء مهما كانوا مصدر إزعاج نفسي وإرهاق بدني غير مُبرّرين في غالب الأحيان تماماً مثلما أنّ هشاشة العمل في قطاعات كبيرة لا تضمن أدنى الراحة الاجتماعية في وقت يمثل فيه الرفاه الاجتماعي أحد مكونات الصحة الثلاثة (إلى جانب الرفاه البدني والرفاه النفسي) مثلما عرّفتهما المنظمة العالمية للصحة. كما أنّ فئة غير الناشطين من الشباب، سواء ممن يعتبرون أنفسهم (ذكوراً وإناثاً) عاطلين عن العمل دون البحث عنه أو يعتبرون شؤون المنزل نشاطهم المهني العادي، في حاجة أكيدة إلى برامج خاصة بها لأن نتائج الدراسة الكمية والبحث الخاص بالقلق تبقى غير مطمئنة رغم ما يبدو من نزوع إلى وجود نسب أقل من إشكاليات الصحة النفسية تماماً مثل معدلات مستوى قلق أقل لديهم، فقد يُخفي ذلك وضعاً عميقاً من الهشاشة في علاقة بانسحاب اجتماعي وجمود عن الفعل الاجتماعي (وهو ما أوضحته الباحثة دنيا الرميلى في الورقة الخاصة بالبحث حول القلق وتعمقت فيه انطلاقاً مما قدمه الباحث محمد علي بن زينة في دراسة سابقة سنة 2018<sup>30</sup>) بكل تبعاته على مختلف مكونات الصحة النفسية والاجتماعية والبدنية.

ويمكن القول أنّ الجزأين الأخيرين من الدراسة المتعلقين بالإدمان والعنف بيّننا عمق الأزمة الصحية التي يعيشها الشباب أساساً في الجانبين الاجتماعي والنفسي خاصة لكن مع تبعات أكيدة على المستوى البدني في المنظور الفوري والآجل، كما وضّحنا الأصعب على المهام المحمّلة على القطاع الصحي وقطاعات أخرى (التربية، التكوين المهني والتشغيل، الشباب، الثقافة، الشؤون الاجتماعية، التعليم العالي، البلديات، المجتمع المدني، المرأة والأسرة، العدل، ...).

أول ما ينبغي ملاحظته بخصوص موضوع الإدمان، أنّه في حين أصبح الاستهلاك المتكرر للمخدرات وباء صحياً اجتماعياً لا يبتعد كثيراً جداً في تواتره عن إدمان التدخين ولا يتطلب الولوج إليه مقابلاً مالياً في ثلثي الحالات أساساً بفعل نشاط حثيث للمروجين المباشرين واستثمار كبير للوبيات اقتصاد المخدرات بحكم تحوّل الأمر إلى إدمان يومي أو أسبوعي في أغلب الحالات، تبقى سياسة الصمت عن تناول الموضوع طاغية على المشهد حيث أنّه لم يسبق لأكثر من نصف الشباب أن قدّمتم لهم أيّ معلومات حول المخدرات وطرق الكف عن استهلاكها من أي هيكّل (وظلّ الوسط المدرسي والجامعي الموقع الرئيسي لتقديم المعلومة).

لذلك ليس من الغريب أن نجد أن أغلب الشباب المستهلك للمخدرات حاولوا التوقف عن ذلك لكنهم واصلوا الاستهلاك في غياب حتى إعلام متوفر واضح حول صيغ وأماكن المساعدة على التوقف أو مرافقته. كما أن أضرار الإدمان الاجتماعية والبدنية ليست محسوسة بما فيه الكفاية في بداية طريق الإدمان، فهو غالباً ما لا يتجاوز صعوبات علائقية في مستوى العائلة وتأثيرات محدودة على الدراسة أو العمل، مع أن أكثر من مستهلك على 5 كان قد أقر بأن ما أصابه من اضطرابات نفسية كان في علاقة بحالة الإدمان التي يعيشها. وربما كان الإيقاف والسجن أهم الانعكاسات السلبية للاستهلاك خصوصاً وأن أكثر من مستهلك على 6 صرح بأنه أوقف أو سجن بسببه ولمدة بلغت حتى السنتين للبعث. وتجدر الإشارة إلى أنه من مجموع الشباب المشارك في الدراسة، يُعتبر تباعاً حوالي 90% وأكثر من 80% التجربة السجنية والإدمان سببين للاضطرابات النفسية.

هذه المعطيات تبين ضرورة القطع مع سياسة النعامة والرياء أمام استهلاك المخدرات، والكف عن التعامل معه كظاهرة أو مسلكية إجرامية وفصله عن الأفعال الإجرامية الحقيقية (الترويج وما يرتبط به من إنتاج أو تهريب أو تبييض أموال ...). بل اعتبار الإدمان وباء صحياً اجتماعياً نفسياً بالأساس، ومواجهته بإدراج مختلف جوانب المكافحة الوقائية والعلاجية في مختلف هياكل القطاع الصحي العمومي بدعم وتكامل وشراكة مع النسيج المجتمعي العامل في قطاعات الشباب والأحياء والمختص في المجال، إلى جانب قيام المؤسسة التربوية والتكوينية والتعليمية ومؤسسات الشباب والثقافة والفنون وغيرها وحتى المؤسسات الإنتاجية والاقتصادية بدورها في الإعلام المبكر وتطوير قدرات الرفض أمام الإجراءات وتعهد المنزليين قبل فوات الأوان مع ضرورة تغيير بيئة التعليم والتكوين والتربية والعمل والرفاه والثقافة لتحقيق مصالح المواطن والشباب خاصة معها، إضافة إلى أن ما سبق أن تناولناه من أهمية تحمل الدولة مسؤوليتها في إيجاد حلول ناجعة لمعضلات البطالة وتهميش الجهات الداخلية والأحياء الشعبية والمناطق المحيطة بالمدن وحرمان فئات واسعة من مقومات الأمان الاجتماعي مثلما حددتها السلطة نفسها.

30 بن زينة، محمد علي وزملاؤه، (2018). في سوسولوجيا الهوامش في تونس: دراسات في المناطق الحدودية والأحياء الشعبية. تونس: دار محمد علي الحامي للنشر.



رغم خصوصياته مقارنة بالإدمان، يمثل العنف وجهاً ثانياً لأزمة الصحة الاجتماعية التي يعيشها الشباب، وربما كان مؤشراً أكثر دلالة باعتبار ما بلغه من انتشار وقع التطبيع معه في كل البيئات الاجتماعية تقريباً. فأكثر من نصف الشباب صرحوا أنهم تعرضوا لأحد مظاهر العنف في السنة التي سبقت الدراسة.

ويبقى البيت أكثر مكان يتعرض فيه الشباب إلى عدة مظاهر للعنف، يليه الشارع غير بعيد عنه، ثم المحيط المدرسي، ووسائل النقل، ومكان العمل والملعب.

تتصدر الشتائم مظاهر العنف في كل مكان باستثناء وسائل النقل التي يطغى فيها التحرش. هذا الأخير يأتي كذلك في مرتبة متقدمة في الشارع (ثانياً) والعمل (ثالثاً)، ويتواتر في المدرسة بنسبة تفوق ما هو مسجل في العمل رغم المرتبة الرابعة. نادراً ما أقر الشباب بتعرضه للتحرش في البيت (أو الملعب)، لكن الضرب يأتي مظاهر العنف المنزلي أو في الوسط المدرسي والملعب وثالثاً في الشارع. الإهانات تأتي مظهر للعنف في العمل وثالث مظهر في بقية الأماكن باستثناء الشارع (رابعاً).

ولعل من أبرز النتائج أنه باستثناء التحرش والاعتداء الجنسي اللذين صرح عدد محدود من الشباب الذكور بأنهم كانوا ضحية لأحدهما أو كلاهما، فإن الذكور صرحوا بنسب غالباً ما تكون أكثر من الشابات بتعرضهم لبقية مظاهر العنف بما في ذلك الضرب. لكن يبقى الضرب أكثر تواتراً على الشابات في البيت على عكس المدرسة. ويبدو الوضع في الشارع والعمل لافتاً للانتباه حيث الضرب موجه بصفة حصرية أو تكاد إلى الشباب الذكور في حين يكاد التحرش ينصب على الشابات فحسب، ويتقاسم الطرفان التعرض للشتائم والإهانات لكن بنسب أكثر بوضوح لدى الذكور.

لكن النتائج الأكثر بعثاً على الحيرة إقرار شباب من كل 5 شباب بقيامه بالاعتداء على شخص في السنة الأخيرة وأكثر من 6% وقع إيقافهم بسبب ممارستهم العنف. ولا يقل باعثاً على الانزعاج، أن نسبة غير يسيرة يزّون أن الضرب مشروع في البيت ضد الابن/البنات (45%) أو الزوجة (22%)، وفي المدرسة ضد التلميذ/التلميذة (15%)، وهذه الآراء يتقاسمها شباب المناطق الثلاثة بنسب متقاربة جداً. الشباب من مختلف المستويات التعليمية والشرائح العمرية والوضعيات الاقتصادية والجنسيتين بصفة متفاوتة.

وعموماً نتائج الدراسة بخصوص العنف تبرز أن الجانب الاجتماعي لصحة الشباب عميق الاضطراب وهو ما يتطلب عملاً مشتركاً للوصول إلى فهم شامل للأسباب المباشرة والأصلية وتحديد مقاسمات لآليات تعهده وقاية وعلاجاً بمقاربة متعددة الأوجه والقطاعات وعلى مراحل محددة بأهداف دقيقة.

في الختام يمكن القول أن صحة الشباب أولوية على قدم المساواة مع الأولويات التقليدية التي تخص أساساً شرائح عمرية أخرى وأن النجاح في التحديات التي تطرحها رهين العودة إلى مسلمات نكرر قولها ولا نوليها قيمة في الواقع:

\_ أولها الانطلاق من تعريف الصحة وتمكّن مكوناتها الثلاثة البدنية والنفسية والاجتماعية والافتتاح بأن الشباب في وضع صحي غير مطمئن في كل الجوانب،

\_ ثانيها القطع مع الرؤية المتكلسة والتقليدية من جهة والصبغة المناسباتية الدعائية للأنشطة المجودة التي استهدفت بعض جوانب من صحة الشباب، ليس فقط تلك التي قامت بها الهياكل الرسمية مباشرة بل حتى أغلب تلك التي عهدت بها إلى بعض هياكل جمعياتية.

\_ ثالث إقرار المسؤولية المتعددة لمختلف السُّلط والقطاعات والضرورة الحياتية لشراكة مجتمعية فعلية في كل البرامج وكافة مراحلها.

أخيراً يبقى توفر الإرادة السياسية وتجسيماها في توفير الإمكانيات لترجمة ما يقع الاتفاق عليه في الواقع العامل الحاسم. وللإرادة السياسية ترجمة واضحة بالتخلي عن السياسات التقيفية في المجالات الاجتماعية وفي مقدمتها الصحة بالترفع في النسبة المخصصة لوزارة الصحة من ميزانية الدولة إلى مستويات ما قبل سنة 2005 والقيام بالانتدابات الضرورية للقطاع على عكس ما وقعت برمجته في 2022 من تخفيض غير مسبوق في أعوان وإطارات الصحة بعدة آلاف منهم والقطع مع المحسوبة وتضارب المصالح المتفشية في كل المستويات.









حظي هذا الإصدار بدعم من وزارة الخارجية الهولندية.

#### إنترناشونال أألرت

٣٤٦ شارع كلافاام، لندن، SW٩ ٩AP، المملكة المتحدة  
**هاتف:** +٤٤ (٠)٢٠ ٧٦٢٧ ٦٨٠٠ **فاكس:** +٤٤ (٠)٢٠ ٧٦٢٧ ٦٩٠٠  
info@international-alert.org  
**www.international-alert.org**



مؤسسة خيرية مسجلة تحت رقم ٣٢٧٥٥٣