



شباب في الهوامش الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرىن الشمالية وتطاوين الشمالية

تحت اشراف
الفقة لملاوم ومريم عبد الباقي

فريق البحث والتحرير

جوهر مزيد
دنيا رميلي
محمد رامي عبد المولى
محمد علي بن زينة



حول إنترناشونال ألت تونس

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

يعمل مكتب تونس لمجموعة إنترناشونال ألت منذ 2012، على دعم الحقوق الاقتصادية والاجتماعية وتعزيز مشاركة الشباب في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية واسناد آليات الديمقراطية التشاركية المحلية ومشاريع نموذجية في الاقتصاد الاجتماعي والتضامني.

www.international-alert.org

© إنترناشونال ألت 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 تسبة كلياً إلى المصدر.

تصميم النسخة العربية: مارك رشدان

صورة الغلاف الأمامي: أيمن سبع

صور: صدري خياري



إنترناشونال
التراف

شباب في الهوامش

الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية

تحت اشراف
الفلة لملاوم ومريم عبد الباقي

اللجنة العلمية
أحمد خواجة
جوهر بن مزيد
فاطمة الشرفي

فريق البحث والتحرير
جوهر مزيد
دنيا رميلي
محمد رامي عبد المولى
محمد علي بن زينة

المشرف التقني
أنيس بوجعامة

المشرفون الجهويون
رجاء قسومي ومراد عرضاوي

الباحثون الميدانيون
مروى فارحي، إيمان نداري، أمانى رحمنى، يانس غضبانى، محمد كارم حمزوى، ضياء الحق حمدى، أنور
الهمامي، نجلاء الشهيدى، ياسين عبیدى، ذاكر زكرياء، أسامة الظاهري، ياسمين حاجى، أميمة بن اسماعيل،
نجيب العيدودى، بلقاسم الهوش، أيمن الفاروقى، عبيد الله الدبابى، حليمة التزغدانتى، مروى الطايع، أم
كلثوم بوفلحة وسمية الدبابى

المراجعة والترجمة
حبيب حاج سالم
جوهر مزيد

المستشارون
أحلام بلحاج
حمدى قزارة

المحتويات

السير الذاتية للباحثين وأعضاء اللجنة العلمية والمستشارين
5

مقدمة
7

ألفة لملوم ومريم عبد الباقي

مسارات سجنية لشباب من الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية: عن الحق في الولوج إلى الصحة الجسدية والنفسية
13

رامي عبد المولى

القلق كأحد مؤشرات الصحة النفسية لدى الشباب: مخرجات بحث ميداني في الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية
36

دنيا الرميلى

نتائج الدراسة الميدانية حول الصحة النفسية للشباب والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية
58

ألفة لملوم، جوهر مزيد، رامي عبد المولى، محمد علي بن زينة ومريم عبد الباقي

كفى تهميشاً للشباب في السياسات الصحية: تجسيم حق الشباب في رعاية صحتهم وحمايتها بسياسات شاملة وناجعة ضرورة أولوية
127

جوهر مزيد

السير الذاتية للباحثين وأعضاء اللجنة العلمية والمستشارين

أحمد خواجة

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

تركز أبحاثه حول الذكرة الجماعية وكتابه 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 والعمان البشري وجامعة الدول العربية حول صحة الأسرة والمرأة في الوطن العربي. PAPFAM

الغة لملاوم

دكتورة في العلوم السياسية ومديرة مكتب إنترناشونال الر特 بتونس. شغلت سابقاً بباحثة في المعهد الفرنسي للشرق الأدنى في بيروت واستاذة مساعدة في العلوم السياسية في جامعة ناتار، باريس 10.

من اصداراتها:

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.

جوهر مزيد

طيب 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«الئتلاف المجتمع المدني للدفاع عن القطاع العمومي للصحة» والعمل مع الجمعيات بخصوص قطاع الصحة.

يتعاون مع منظمة إنترناشونال الر特 في إطار تطوير آليات تشارکية مواطنية، خاصة بالجهات والمناطق المهمشة، لتقدير الخدمات الصحية بالقطاع العمومي وصياغة تصورات لإصلاح المنظومة الصحية.

دنيا الرميبي

دكتورة وباحثة 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 أيضاً استاذة في المعهد العالي للعلوم التمريض بتونس. تهتم بشكل خاص بالموضوعات البحثية المتعلقة: بالمعاناة في العمل، والمخاطر النفسية والاجتماعية، والعنف، والانتحار، والبطالة، والتشغيل ...

فاطمة الشرفي

متخصصة 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 والمرأهقين بكلية الطب في تونس بجامعة تونس المنار. تبادر الطب النفسي في قسم الطب النفسي للأطفال والمرأهقين 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. تتركز بعض إبحاثها 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 صحافي مهتم أساسا بالقضايا الاجتماعية - الاقتصادية: هجرة غير نظامية، اقتصاد موازي، السياسات الاقتصادية، إدارة المرفق العام، البيئة واستغلال الموارد الطبيعية. يعمل ضمن فريق منصة «السفر العربي» ويتعاون مع عدة مواقع ومنصات صحفية أخرى: جريدة الأخبار اللبنانية، أوريان 21، المفكرة القانونية، المراسل، The Funambulist.

محمد علي بن زينة

أستاذ وباحث متخصص في الديمغرافيا الاجتماعية بقسم علم الاجتماع بجامعة تونس. من اصداراته: دولة في انتقال ومجتمع في حراك، تونس (2011-2014) - مؤلف جماعي صدر تحت إشراف مزدوج مع د. عيسى قادری، (نقوش عربية، 2018) تونس (بالفرنسيّة). والشباب في دور هيشر والتضامن، دراسة سوسيولوجية - مؤلف جماعي صدر تحت إشراف مزدوج مع د. ألفة لملاوم، (نقوش عربية، 2015) تونس (بالفرنسيّة).

مريم عبد الباقي

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

المستشارون:

أحلام بلحاج

دكتورة متخصصة في الطب النفسي للأطفال وأستاذة بكلية الطب بتونس ورئيسة قسم في مستشفى المنجي سليم. بالإضافة إلى كونها ناشطة نسوية ولعاقبة.

حمدى قزارة

طبيب مقيم في الطب النفسي وطب الإدمان في سويسرا.

مقدمة

ألفة لملوم ومريم عبد الباقي

أولت منظمة إنترناشيونال أرت قدرًا كبيراً من الاهتمام بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية للشباب في الأحياء الشعبية والمناطق الحدودية المهمشة منذ بدء عملها في تونس عام 2012. وإن شأنها مكتب فرعية في المناطق الحدودية، استفادت المنظمة ايجاباً 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 الاحتياج على عدم وجود طبيب أو مهندس نساء وتوليد ما أدى إلى وفيات متكررة لحوامل في الولاية.¹ واستجابة لهذا الاستحقاق الملحق، أطلقت إنترناشيونال أرت دراسة مواطنية تشاركية، هي الأولى من نوعها في تونس. أجرت تقييمًا 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 المهمشة التي تشهد العدالة للمساواة في الوصول إلى الخدمات الأساسية، وفي الترويج لسياسات عمومية أكثر عدلاً وشمولاً.² مذاك، طور مكتب إنترناشيونال أرت 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 الإصدار استمرار لمقارتنا في معالجة الوصول غير المكافئ إلى حق دستوري، هو الحق في الصحة، في المناطق المهمشة وفي تعزيز آليات الحكم التشاركي وإنتاج معرفة مواطنية يمكن من اقتراح بدائل تستجيب لاحتياجات المواطنين. وبشكل أكثر تحديدًا، يركز هذا الإصدار على تصورات الشباب بمعاناتهم وسلوكياتهم المحفوظة بالمخاطر ومواطن هشاشتهم وتجاربهم السجنية في علاقة بصحتهم الجسدية والنفسية.³ تناول هذه المسائل بمعزل عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب وإطاراتهم الجغرافي سيكون قاصراً من الناحية المفاهيمية. لذلك وقع الاختيار على إجراء الدراسات الميدانية في ثلاث مناطق تعاني التهميش: هي الكبارية، إين يعيش نحو 10 بالمئة من سكان تونس العاصمة ومدينة القصرين الشمالية على الحدود التونسية الجزائرية ومدينة تطاوين الشمالية على الحدود التونسية الليبية إين انشأت إنترناشيونال أرت مكتباً في كلٍّ منها عامي 2013 و2015 على التوالي.

تحظى مسألة الصحة النفسية باهتمام متزايد في المنطقة العربية ويندرج إصدارنا 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. إضافةً إلى ذلك، أكد نصف المستجيبين الشباب العربي أن هناك وصم مرتبط بالسعى للحصول على الرعاية الطبية لمشاكل الصحة النفسية.⁴ 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 لاصدارنا الجديد على اتساع مجاله الميداني غير المسبوق والذي شمل ثلاث مناطق، ولكن تكمّن 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 منظمتنا البحثي الدوّوب ونشاطنا الميداني الذي عالجنا خلاله آليات التهميش والحرمان وفكّناها على مرّ أعوام في المناطق الداخلية والاحياء الشعبية، وشمل مسائل الانقطاع المدرسي وتجارة الحد والولوج إلى القضاء والسياسات العمومية لإدماج الشباب وعلاقة الشباب بمؤسسات الدولة وتجاربهم مع العنف واستراتيجياتهم المعيشية...

تطاوين: النساء يحتجنون على ارتفاع عدد وفيات الحوامل، موقع قناة نسمة. الظرف: shorturl.at/ruFG0 1

<https://www.international-alert.org/ar/publications/evaluation-public-health-services-governorate-tataouine-diagnosis-and-alternatives/> 2

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها "حالة من العافية يمكن فيها للفرد تكريس قدراته أو قدراتها الخاصة والتكييف مع أنواع الإجهاد العادلة والعمل بتفان وفعالية والإسهام في مجتمعه أو مجتمعها". 3

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

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 المهمّشة. هناك استخدام يزداد كثافة وبروزا لمفهومي البنية والبنية الاجتماعية في أدبيات علم الاجتماع الطبي منذ النصف الثاني من الثمانينيات، وهو يميل إلى تأويل أكثر شمولاً ونقدية للصحة والمرض ووقعهما على الجسم من خلال التركيز على السلطة كعامل بنويي رئيسي في كل من المعالجة الصحية والمجتمعية للمرض (ويليامز، غاريث، 2003). وهذه المقاربة لا ترى الجسم ك مجرد معطى معزول، بل تعتبر أن الصحة والمرض نتاج لسياسات اجتماعية وثقافية وتاريخية محددة (فروند وماغواير، 2003).

بناء على ذلك، تهتم هذه الدراسات بتفصي تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية للشباب، وكذلك محیطهم المجاكي، على صحتهم الجسدية والنفسية. إن تناول الصحة من خلال الارتباطات بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمالية والمؤسسيّة يوفر منظوراً أشمل للتجارب المعيشية للشباب، بفضل دراسة آثار سياسات التقشف في المناطق الثلاث، أو تقلص دولة الرعاية والسيطرة المستجدة للمسوؤلية الفردية - والتي تطرق إليها الشباب أثناء البحث - تنهل فصول هذا الإصدار من هذه الواقع لإظهار هشاشة الشباب فيما يتعلق بولوجهم إلى خدمات الرعاية الصحية واستراتيجياتهم المعيشية.

تمنحنا المقاربة النظرية لويك فاكون حول "الإدارة النيليرالية لانعدام الأمن الاجتماعي" فهماً أفضل للطرق التي تعامل بها الدولة الفقر عبر اعتماد شائبة المساعدات الاجتماعية والسياسات العقابية كتقنيتين لإدارة التهميش (فاكون، 2009). ويتجلى ذلك في غياب الدور التأهيلي للدولة وتقليل برامجها الاجتماعية توازيًا مع اللجوء إلى العقوبات السجنية في التعاطي مع مشاكل اجتماعية. هذا الاعتماد على النظام العقابي ليس انحرافاً عن النموذج النيليري بل جزء أساسي منه، ولا يقتصر ذلك على تونس أو العالم العربي، فقد أدت سياسات التقشف في البلدان الغربية وببرامج الإصلاح الهيكلي النيليرالية في بلدان الجنوب إلى تسريع تفكيك دولية الرعاية الاجتماعية (دايفيس وتايلور، 2001).

تبنت تونس أول برنامج إصلاح هيكلي في الثمانينيات ضمن التزامات مع المؤسسات المالية الدولية التي بدأت التعامل معها في السبعينيات (فايفر، 1999). من خلال برنامج الإصلاح الهيكلي الأول بين 1986 و1992 والبرنامج الثاني من 2013 إلى 2020، التزمت تونس بالوصفات النيليرالية وكرستها من خلال إعادة هيكلة تشريعية وتنظيمية واقتصادية مكثفة، ما أدى إلى مقاربة اقتصادية طغى عليها التقشف وسداد الديون على حساب رفاه التونسيين،⁵ وشملت بعض الإجراءات المالية التي تم تفيذها على مر السنين تسييقها في الرواتب وتجديدها لانتداب في الوظيفة العمومية، وخفيفياً في قيمة العملة، وبخصصة مؤسسات عامه.⁶ واضفاء ضرائب جديدة على الاستهلاك ولا سيما ضريبة القيمة المضافة، وخفضاً للإنفاق العام، ولم يخل المسار من تدخلات للمؤسسات المالية الدولية في سياسات التنمية العامة، وهي سياسات استخدمتها الدولة لفترة طويلة كمصدر لشرعيتها.

وأثرت سياسات التقشف احتجاجات بدأت باتفاقية الخبر التي انطلقت في أواخر 1983 وتأججت 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 الحكومة الأمنية لتلك الجهات. وبحسب سكان المناطق الحدودية، فإن هذه الحكومة 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 النيليري"، وهي ترتكز على مقاربة تفصل المجال الجنائي عن مجال الاقتصاد السياسي وتقييم حدوداً تفصل العقوبة الجنائية عن الإطار الاقتصادي وتجعلها الفضاء الوحيد لتدخل الدولة الشرعي. بناء على نفس المنطق، يعتبر التبادل الاقتصادي الذي يشكل القسم الأكبر من التفاعل البشري، طوعياً ومتوازناً ومنظماً له غاية سامية، ويحصر تدخل الدولة الشرعي في المجال الجنائي. أدى هذا المنطق إلى توسيع النظام السجناني منذ القرن التاسع عشر (هاركورت وإيبو، 2010)، وهو ما جعل السجون في أحياناً كثيرة

http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/fmi_impact_of_tunisia_currency_devaluation_en.pdf 5

6 تمت خصخصة 250 شركة عامة بين سنتي 1987 و2010g. انظر: http://www.economie-tunisie.org/sites/default/files/bp_11_fmi_impact_devaluation_dinar.pdf

موقع "تغيير اجتماعي" (ديفيس وشيلور، 2001) حول نزائلاًها إلى غير مرئيين 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 وتدور خدمات المستشفيات في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية، وهو ما جعل الولوج إلى الرعاية الصحية أمبازاً لم يعمم 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 المستشفيين 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 التفكير المنهجي لنظام الرعاية الصحية العمومي، فمنذ منتصف الثمانينيات ومع بداية تنفيذ سياسات الإصلاح الهيكلي في تونس، خفضت 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 الإطار 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 حينها بين الاتحاد العام التونسي للشغل والحكومة. وشكل ذلك تمويلاً عاماً غير مباشر للمستثمرين الخواص في قطاع الرعاية الصحية (على سبيل المثال، لا يتوفّر سوى 48 ماسحة بالأشعة في القطاع العام مقارنة بـ131 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 مصرافية وحتى رؤوس أموال خليجية في المصانع الخاصة وصناعة الأدوية في تونس، مدفوعة بأهداف ربحية عزّزتها 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 قطيعة مع سياسات التقشف التي تخدم مصالح القطاع الخاص، كما أنها لم تتخذ أي خطوات للحد من التفاوت الجهوّي 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 التقادع.

ورغم مطالبةحركات المجتمعية 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 ل الدين 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.⁷

انطلاقاً من هذه الخلفية، كيف يمكننا رصد وضع الشباب المهمش ضمن سياق أوسع؟ بالنظر الى 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 اطباء بالنسبة لعدد المواطنين منخفض بشكل فادح في هذه المناطق،⁸ وانتشار ارفع للعنف في المدارس،⁹ وضعف او غياب البرامج الاجتماعية والثقافية للشباب، ونقص في خدمات الرعاية الصحية يعيق ولوج الشباب إليها. ويقترن كل ذلك بجرائم الفقر، مما يفسر العلاقات المتورطة 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، مؤكدين أن معدلات الاعتقالات العالية أصلاً آخذة في الارتفاع أكثر.¹⁰

يعتمد هذا الإصدار الجديد على فرضية أنه لا يمكن النظر إلى آثار تقلص دولة الرعاية بمعزل عن وقوعه على صحة الشباب وبالخصوص لكم النفسية في المناطق الداخلية والأحياء الشعبية في تونس. كما يستند على مقاربة منهجية في الناج معرفة تعتمد على تقييم ينطلق من القاعدة يشارك فيه هؤلاء الشباب أنفسهم، المهدف 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 بيسرا، 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 النفسية حيث يواجه الشباب الوصم والعنف والخوف من موظفي الرعاية الصحية، وهو ما ينطبق بالخصوص في موضوع معالجة الإدمان بجعل غياب برامج إعادة تأهيل للشباب الذي يتعاطي المخدرات، وكذلك خشية هؤلاء من المطالبة بالعلاج بسبب تجريم استهلاك المخدرات.

نود أن نسوق ثالث ملاحظات لشرح المنهجية المتبعة في هذا الإصدار. تتعلق الأولى بطريقة إجراء البحث، فقد تم في المراحل الأولى للعمل تشكيل لجنة علمية متعددة التخصصات لتقديم المنشورة 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 منتظمة قامت كذلك بمراجعة النتائج الأولية للعمل وتحديد نقاطه ومناقشته سبل تجاوز العقبات السياسية التي تحول دون جمع البيانات. استفاد العمل أيضاً من المؤلفات والاستطلاقات الأخرى التي نشرتها جامعات ومؤسسات طيبة في فرنسا (ديسو، 2021) وإيران (فرجذجان، 2014) وبلجيكا وأمريكا اللاتينية (لاندغرين، 2000) وكندا وأستراليا. أجرينا أيضاً استبيانات مع محام حول الاعتبارات الأخلاقية والقانونية لجمع البيانات، وأشارتنا في العمل 24 باحثًا 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 متقدمة في إشراك الشباب من الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية نفسها في إنتاج المعرفة معهم ومن خاللهم، ويتراافق 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 مده بمعلومات وأرقام لاختصاصيين نفسيين للحصول على مساعدة في حالة أي منهم حاجته لها. اهتممنا أيضاً بسلامة المشاركون في نقاشات المجموعات البدوية، 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 كثب في تمثلات الشباب لصحته وظروفه ولوجه للعلاج وشكل العنف الذي يتعرض له باعتبار متغيرات الجنس والسن والمستوى

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

9 التشخيص المواطن للتعليم الثانوي: دوار هيشر، دي النور بالقصرين وتطاوين الشمالية. إنترناشونال أرت، 2020. <https://www.international-alert.org/ar/publications/citizen-diagnostic-secondary-education-tunisia>

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

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

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

تناول 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 السجنوي والقضائي.

في الختام، نود توجيه شكرنا لكل من ساهم في إنجاح هذا العمل الجماعي من عضوات وأعضاء اللجنة العلمية، وفريق العمل من الباحثين والمحررين والباحثين الميدانيين، الأطباء الذين اسدو بمنصاتهم، شركائنا في المجتمع المدني جيل ضد التهميش في الكبارية وفي القصرين الشمالية وفي 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 Provence, 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 penality: 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

رامي عبد المولى

تقديم الدراسة

في سياق مشروعها البحثي الجديد « الصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر لدى الشباب في الكبارية والقصرين الشمالية وتطاوين الشمالية » نظمت إنترناشونال أرت ورشات تكوينية وقادت بعده دراسات كمية ونوعية اختراع ان تخصص إدراها 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: تمثالت المخاطر والسياسة والدين »¹¹ نجد مثلاً أن 17.7% من الشباب المستجوبين في منطقه « دوار هيشر » و9.6% 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 « السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع »¹² نجد ان نسبة السجناء الذين تراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة تبلغ 55% في حين تمثل الفئة العمرية 30-39 سنة 29% من مجمل المقيمين في السجون 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 استعجالية مثل البطالة والمدرارات (التي كثيراً ما تناقض ضمن مقاربات أمنية واجتماعية دون اهتمام بالجانب الصحي) «الحرقة». الخ. تصبح هذه المسألة شبه نقطة عمياء عندما يتعلق الأمر بالشباب الذين قضوا عقوبة سجنية، وهنا نشير إلى صعوبة القيام بدراسات ميدانية تتناول موضوع الصحة البدنية والنفسية للمساجين نظراً لصعوبة الولوج إلى المؤسسات السجنية من جهة، والحساسية والإراج للذين 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 والمهامشين.
- ب. الدور الذي يلعبه كلٌ من العائلة والمحيط العلائقي (العرش، الحي، الأصدقاء) في إسناد الشباب المسجون وحمايته.
- ت. تمثل الشباب لمسألة الصحة.
- ث. الآثار النفسي للتجربة السجنية على الشباب وتأثيرها على تمثيلهم للدولة.

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

11 شباب في الهوامش. تمثالت المخاطر والسياسة والدين في تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية ودوار هيشر، تحت إشراف محمد علي بن زينة وألفة لملوم ومرим عبد الباقى. إصدار إنترناشونال أرت، تونس، نوفمبر 2020.

12 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

تقديم العينة

وفي هذا الإطار اخترنا أن ترتكز الدراسة الميدانية النوعية على لقاءات ونقاشات مباشرة وجماعية مع عينة من الأفراد توزعوا بين ثلات مجموعات بؤرية وطرحنا عليهم جملة من الأشكاليات مقسمة إلى أربعة محاور: (1) الوضعية العائلية والاجتماعية - الاقتصادية والمستوى الدراسي والسلوكات المحفوفة بالمخاطر للمشارك (2) تجربته السجنية (3) مرحلة ما بعد السجن (4) تقييمه لمنظومة العدالة والسجن والعقوبات، وتمثله للعلاقة بين أوضاعه الاقتصادية-الاجتماعية وتجربته السجنية. ركزنا بشكل كبير على المحورين الثاني والثالث مع إلاء مكانة مركبة لمسألة الصحة في الأسئلة والنقاشات. ضمت العينة 19 مشاركاً متوزعين على ثلات مجموعات بؤرية في ثلاث مناطق: 5 من دي/معتمدية «الكبارية» بولاية تونس، 9 من معتمدية القصرين الشمالية و5 من معتمدية تطاوين الشمالية. أجريت اللقاءات مع المشاركين في مقرات فروع إنتراشونال أرت في القصرين الشمالية وتطاوين الشمالية، ومقر جمعية «جيلا ضد التهميش» في الكبارية.¹³

كل المشاركين من الذكور وذلك لصعوبة الحصول على شهادات من سجينات سابقات من جهة، وصعوبات التواصل والاحرجات التي قد يتسبب فيها حضورهن في مجموعة مختلطة من جهة أخرى. كما ان خصوصيات وضع النساء السجينات سواء تعلق الأمر بالوضع الصحي أو العائلي (حمل، أمومة، إرضاع، رعاية أطفال) والاجتماعي (النبد 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. تراوح أعمار المشاركين في المجموعات البؤرية ما بين 19 و58 سنة، منهم من عاش تجربة سجنية في السنوات الأخيرة (فئة الشباب) أو قبلها خلال فترة شبابهم (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. وتتنوع الجنح والجرائم التي اتهم المشاركون في المجموعات البؤرية بارتكابها وسجنوا على أثرها أو أوقفوا لمدة قد تطول، ويمكن أن نرتّبها كالتالي: (1) سرقة (2) سكر وعنف / عنف شديد (3) استهلاك مخدرات (4) تهم 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»¹⁴: 4% تعليم ابتدائي، 43% تعليم ثانوي (اعداديات ومعاهد ثانوية)، 3% تعليم عالي. أما بالنسبة للوضع الدراسي/المهني الحالي للمشاركين فالملاحظة الأولى تتمثل في انقطاعهم جميعا عن الدراسة، والثانية ارتفاع نسبة البطالة والتتشغيل المهني و/أو متدي الأجر: 47.5% عاطلون عن العمل، 21% يعملون عبر آلية الحضائر، 10.5% عمالة يوميون (خدمة حزام)، 10.5% فقط يمارسون عملا حرفييا (سباك، طلاء هيكل 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 أن 52.6% منهم كانوا يستهلكون الكحول وأو المخدرات بشكل مفرط يصل إلى حد الإدمان. هذه الأرقام تؤكد النتائج المضمنة في الدراسة التي اصدرتها إنتراشونال أرت في نوفمبر 2020 «شباب في الهوامش»، حيث نجد ان البطالة ثم

13 أوجه بالشكل إى:

- كل المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث، الذين منحونا من وقتهم وتفهم قدرها كبارا ليحدثونا عن تجارب وذكريات مؤلمة فيأغلب الأحيان.
- جمعية «جيلا ضد التهميش» التي احضن مفترها النقاشات مع المجموعة البؤرية في الكبارية.
- السيدة رجاء قسموني من مكتب إنتراشونال أرت بولاية القصرين والسيد مراد العرضاوي من مكتب إنتراشونال أرت بولاية تطاوين على كل الجهود التي بذلها والتسهييلات التي قدمها خلال العمل في المجموعات البؤرية في الولايات.
- السيدتين آنفة لملوم ومريم عبد الباقى من مكتب إنتراشونال أرت - تونس من أجل كل النقاشات التربوية والملحوظات 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



Sadri Khiali 2021

الإدمان يحتل 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 للأغلب المبحوثين وعلاقتها بضعف المستوى التعليمي من جهة، وإمكانية انتهاج السلوكات المحفوفة بالمخاطر من جهة ثانية. وهذه الهشاشة «الفردية» هي في غالب الأحيان استمرار لهشاشة أوضاع عائلات المشاركون في المجتمعات البؤرية الثلاث. لم نلاحظ إشارات من المشاركون في المجتمعات البؤرية إلى تفكك أسري، في حين نجد أن الذي المبحوث كانا مطلقين لحظة دخوله السجن أول مرة. المشكلة الأساسية تكمن في ضعف مداخل العائلة (وأحياناً انعدامها) مع ارتفاع عدد أفرادها. وباستثناء المشاركون في مجموعة القصرين الشمالية الذين أكدوا لهم أن أمهاهم يشتغلون أو مقاعدات (عاملات فلاحيات بالأساس) فإن البقية نشأوا في عائلات يعيشها أساساً عامل الأب وعادة ما يكون هشاً ومتذملاً للأجر: 6 عمال يوميين، 3 عمال في الحضيرة، 1 راعي أغنام، 1 موظف في البريد، 2 عامل مهاجر في فرنسا، 1 مقاعد، 2 عاطل عن العمل. أربعة من بين المبحوثين توفي آباءهم قبل أو خلال تواجدهم بالسجن.

أهم نتائج الدراسة

1. معاناة متعددة الأشكال والمراحل والآثار

لم تقطع منذ 2011 مطالبات المنظمات الحقوقية والهيئات دستورية وحتى منظمات أممية بتنقيح القانون عدد 52 لسنة 2001 المؤرخ في 14 ماي 2001 والمتعلق بنظام السجون في تونس أو استبداله بقانون جديد لما لمست فيه من عدم مطابقة مع المعايير الدولية المعتمدة لضمان الحرمة الجسدية والمعنية للسجنين وكذلك كرامته وصحته. الشهادات الواردة في تقارير هذه المنظمات تبين أن الحد الأدنى من الحقوق التي «يقرها» هذا القانون غير مراعي، وهذا الأمر توكله أيضاً شهادات المشاركون في المجتمعات 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 البدنية ومساعدته على الاندماج فيها.

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

الفصل 15. يودع السجناء بغرف ذات تهوية وإضاءة كافيتين وتتوفر فيها المرافق الصحية الضرورية، كما توفر إدارة السجن لكل سجين عند إيداعه فراشاً فردياً وما يلزم من غطاء.

الفصل 17. لكل سجين الحق في:

مجانية التغذية،

مجانية المعالجة والدواء داخل السجن وعند التعذر بالمؤسسات الاستشفائية بإرشاد طبيب السجن،

توفير مستلزمات الحلاقة والنظافة وفق التراتيب الجاري بها العمل،

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

مقابلة المحامي المكلف بالدفاع عنه بدون حضور أحد أعيان السجن بالنسبة إلى الموقوف تحفظياً أو المحكوم عليه بحكم غير بات وذلك بناء على ترخيص من الجهة القضائية المتعهدة.

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،

مكاتب 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 جنازة أحدهم وفقاً للأحكام القانونية المنظمة لمؤسسة قاضي تنفيذ العقوبات وللتراتيب الجاري بها العمل.

بتلقي زيارة ذويه وغيرهم وذلك وفق التراتيب الجاري بها العمل.

بالمراسلة عن طريق إدارة السجن،

بتلقي المؤونة والطرود والملابس التي ترد عليه من أهله،

بقبول الدولات والشيكات الموجهة إليه أو إرسالها إلى عائلته.

بإبرام العقود المتأكدة ما لم يكن هناك تحرير قانوني، وبعد الترخيص من الجهة القضائية المعهدة بالنسبة إلى الموقوف تحفظياً أو المحكوم عليه بحكم غير بات، ومن الإدارة المكلفة بالسجون والإصلاح بالنسبة إلى المحكوم عليه بحكم بات.

الفصل 19 . يحق للسجنين:

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

الحصول على الوثائق المكتوبة الأخرى التي تمكّنه من متابعة برامج دراسته بالمؤسسات التعليمية من داخل السجن.

متابعة برامج التعليم والتنقيف والتوعية التي تنظمها إدارة السجن.

الخروج للفسحة اليومية بما لا يقل عن ساعة.

تعاطي الأنشطة الفكرية والرياضية طبقاً للإمكانيات المتاحة تحت إشراف موظف مختص تابع لإدارة السجن.

متابعة البرامج الترفيهية طبقاً للتراثي الجاري بها العمل.

الشغل مقابل أجر وطبقاً للإمكانيات المتاحة، بالنسبة إلى المحكوم عليه، على أن لا تتجاوز حصص العمل المدة القانونية. ويحدد قرار مشترك من الوزير المكلف بالسجون والإصلاح والوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية شروط وكيفية التأجير.

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

الفصل 24 . لا يمكن تسلیط عقوبة تأديبية على السجين إلا بعد الاستماع إليه وتلقيه وجهه دفاعه ويستعان عند الاقتضاء بمتّرجم بالنسبة إلى المساجين الأجانب.

الفصل 37 . تهدف الرعاية الاجتماعية للسجنين إلى:

تأهيله ورعايته أثناء إقامته بالسجن.

تعديل سلوكه الإنحرافي.

صقل طاقاته الفكرية والبدنية وذلك بإعداده للحياة الحرة وتدريبه مهنياً ومساعدته على التعلم وتهذيب سلوكه.

متابعة حالته عند الإفراج عنه وتسهيل اندماجه في محیطه الأصلي بالتنسيق مع الهيئات المختصة المعنية.

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

الفصل 39 . يقع، في حدود الإمكانيات المتاحة، تكوين السجينين في إحدى المهن التي تتماشى ومؤهلاته وذلك

بالورشات المعدة للغرض أو بالحضائر والضيغات الفلاحية التابعة للسجون.

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

أ. إذلال ممنهج

«كيف كنت صغير كنت نحلم نرفع علم تونس، كيف دخلت الحبس طيحيوي السروال». (محمد علي¹⁵، الكبارية)

هكذا تحدث أحد المشاركون عن الإذلال الذي يعيشنه السجين منذ الدقائق الأولى بعد ايداعه السجن. وهو يقصد الحديث عما يسمى في قاموس السجون بـ «طليس وكم»، اجراء تقليسي يفرضه أعون السجون ويتمثل في تعرية السجينين 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 أدى في شهادات الكثير من المشاركون عن انتهاك الحرمة الجسدية وعدم احترام خصوصيتهم خلال هذا الإجراء مثل تعرية المسجون أمام مساجين آخرين وتعتمد إهانته بعبارات وإيحاءات بذيئة. يتمثل الكثير من المساجين هذا الإجراء كممارسة هدفها إذلال السجين، خاصة المبتدئ، وكسر «شوكته» منذ وضع قدمه في السجن. وحسب تصريحات عدة مشاركون تستمرة الممارسات المهينة حتى خلال حلقة شعر السجين بشكل سريع وفظ. «كايدهم يجزو في الغنم» يصف أحدهم الأمر. بعد «حفلة الاستقبال» هذه يصبح الإذلال خبرا يوميا يفرضه الحراس والإداريون على السجينين بأشكال عدّة. شتائم بمناسبة أو بدونها، تعنيف جسدي لأنفه الأسباب، تعفيش مهين بدون سبب مقنع، اجبار المساجين على الوقوف عدة مرات من أجل «الحساب» (الاحصاء) أو «إعطاء الاحترام» (التحية) لأعون السجن، اقتطام الزنازين في ساعات متأخرة من الليل، الخ. من خلال شهادات المشاركون في المجموعات البؤرية نستشف ان إحساسهم بالإذلال كان يتامى ليقينهم بأنه بإمكان أعوان السجون أن يسلبوهم حقوقهم ويعتذروا على حرمتهم الجسدية ويكيلوا لهم السباب دون أي محاسبة أو عقاب.

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

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

« تعرضت لأسوء المعاملات، تقول غوانغانامو.. عملت عركة مع مدير السجن، ياخبي عراويني ويسبيو عليا الكلاب» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

تواتر الشهادات ومقاطعها في المجموعات البؤرية الثلاث يؤكّد ان هذا السعي لإذلال السجين ليس مجرد ممارسات منفلترة او انحرافات فردية، بل منهاج عمل شائع، والمفارقة ان أكثر المساجين تضررا من هذه الممارسات هم في العادة -حسب ما أكدّه عدّة مشاركون - المبتدئون والأصغر سنًا وكثيراً منهم متهمون بقضايا «خفيفة»، في حين يتبنّب الأعون الافراط في هذه الممارسات مع المدانين في قضايا خطيرة والذين يقضون أحكاما ثقيلة، ربما لأن هؤلاء ليس لديهم ما يخسرون وقد يردون الفعل بشكل عنيف.

ب. انعدام شروط الراحة والخصوصية

النظام السجنـي في تونس قائم على الحبس الجماعي ليل ونهارا، هذا ما نص عليه أمر عدد 1876 لسنة 1988 مؤرخ 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 امتيازا. وهذا حسب التقييم الوارد في «الكتاب الدليل للإطار القانوني المتعلق بالسجون

¹⁵ حفاظا على سرية هوية المشاركون أخفينا الألقاب العائلية واستعملنا أسماء مستعارة فيأغلب الأحيان، وعلى الرغم من ان الكثير من المشاركون أصرروا على استعمال أسمائهم وألقابهم الحقيقة معتبرين انه ليس لديهم ما يخافونه فإننا أثركنا الحفاظ على خصوصيتهم وسلامتهم.

في تونس¹⁶ مخالف للتوجه السائد في الدول التي توفر حقوق المساجين أهمية وتحترم المعايير الدولية بشأنها. أصلاً هندسة السجون التونسية وتقسيمها للغضاء مبنيان على تجميع السجناء. المشكلة الثانية إن طاقة استيعاب الوسط السجني يتم تجاوزها بشكل كبير يمثل اعتداء صارحاً 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 ألفاً¹⁷. وأشارت عدة تقارير لمنظمات حقوقية محلية ودولية وهيئات دولية وحتى هيئات دستورية¹⁸ إلى الاكتظاظ الشديد في السجون التونسية والذي تفوق نسبته 150% من طاقة الاستيعاب في بعض السجون. أكد لنا الكثير من المشاركيين أنهم وجدوا صعوبات في الحصول على سرير خاص بهم خلال الأيام الأولى من إيداعهم السجن والهم اضطروا إما لمشاركة سرير مع مسجون آخر في وضعية "رأس وذنب" أو النوم في "الاوتوروت" 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 حظوظه أو بعد شغور سرير إثر نقل سجين آخر أو الإفراج عنه. وللحصول على دد أدنى من الخصوصية يلجأ المساجين إلى صنع «درقة» (خلوة) باستعمال الملاءات عبر ربطها بأعمدة السرير.

«أطيب حاجة هي الضوء اي ديمًا يشتعل، تعذيب نفسي». (صالح، الكبارية)

«في ليام لو لي كنت ساعات ما نحب نشوف حد ونحب نبكي. نطلع للبياض ونعمل «درقة» باش ما ينشوفنني حد» (هيكل، الكبارية)

«بالنسبة للنوم لقيت ولد حومتي ترافق معااه على البياض متاعه راس ورجل، ومن غدوة دفعت عشرة لاف رشوة ودبّرت بياص» (هيثم، قصرين الشمالية)

«المشكلة في النوم ساعات تلقي خمسة م الناس في زوج بياصات، شاتيري فيها أكثر من 140 واحد وهي تهز سبعين ولا ثمانين. الحس والوسخ برشة» (سعيد، القصرين الشمالية)

«في الجبس فمة مشكلة اكتظاظ، في لول ترقد كراع وراس مع مسجون آخر ولا في «الأوتوروت» (ممتشي). 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 الالزمة حتى يضمن السجين نظافته الشخصية ونظافة الأمكانة التي ينام ويعيش ويأكل فيها. هذا الأمر أجمع عليه كل المشاركيين. تحدثوا عن النقص الكبير في عدد دورات المياه مما يضطرهم إلى الانتظار طويلاً حتى تفرغ واحدة وبإمكانوا من قضاء حاجتهم بشكل سريع لكي يتركوا المكان لبقية المنتظرين. كما اشتکوا من قصر المدة المخصصة للاستخدام. كما أن درجة حرارة مياه الاستحمام تكون في أحيان كثيرة غير مناسبة مع الفصل والطقس. اشتکي بعض المشاركيين من «قذارة» الأدوات المستعملة في حلقة الشعر وقص الأظافر التي على حسب أقوالهم تستعمل من قبل مئات المساجين دون تنظيف وتعقيم. وتحدث آخرون عن اتساخ الحشائيا والأغطية التي تستعمل لمدة طويلة دون تنظيف فتصبح رائحتها كريهة. عدة مساجين لا يستعملون إلا الأغطية التي توفرها عائلاتهم ويحاولون تنظيفها بأمكنة نوفهم وملابسهم بإمكاناتهم الشخصية دون التعويل على ما توفره إدارة السجن. وضع عشرات، وأحياناً، مئات المساجين في مكان مغلق وضيق ومتسرّع مع نقص التهوية يزيد الطين بلة، حيث أصيب عدد كبير من المشاركيين بالجرب وعاني أغلبهم من البق وحشرات أخرى.

«الزورة اي عطاوه اي حتى الكلب يعيدها.. الدوش صف طويل والأعوان تعيط أخرج.. ساعات نكملو ندوشو في التوالات» (نسيم، الكبارية)

16 الكتاب الدليل للطار القانوني المتعلق بالسجون في تونس، إصدار وزارة العدل والهيئة الوطنية ل الوقاية من التعذيب، تونس، جوان 2021.
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 أفريل 2021
<https://bit.ly/3prra4v>:2021

-Lutter contre la surpopulation carcérale en Tunisie, policy brief publié par Avocats Sans Frontières, septembre 2019.
<https://bit.ly/3dlP1gE>

18 انظر المصدر السابق.

«البقاء ما يخليكش ترتاح، البقاء في كل بلا صفة في بدني» (هيكل الكبارية)

«أجيب حاجة هي الخمج، عندنا معتقل في تونس موش جبس» (عمر، الكبارية)

«الجبس في الصيف حتى عدوك الله لا تدخلو خليه، نار خارجة من الوطا والعرق ينز.. نوقفو 80 واحد في صف الدوش نستنوا في الدور متاعدا» (هيثم، الفصرين الشمالي)

«منشكلا زادة في النظافة سواء التوالات ولا الدوش، صف طويل تبقى تستوي بالساعة» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

د. أكل لا يؤكل...

أمر آخر لا يختلف فيه مسجوناً/مساركاً: الطعام الذي توفره السجون التونسية هو بحد ذاته عقاب. بالإضافة إلى رداءة مذاقه فهو غير صحي ولا تتواء فيه، أساساً معجنات تطبخ بكميات كبيرة كيماً اتفق وتدلق للمساجين. أغلب المبحوثين أكدوا أنهم لم يكونوا يتناولون طعام السجون بل يغولون أساساً على "القففة" أي المأكولات التي تجلبها عائلة المسجون أسبوعياً أو أقتداء قسائم تمكّنهم من اشتراء مأكولات من مقاولة السجن. وبحدهم المساجين الأفقر حالاً أو الفاقدين للسن العائلي هم من يأكلون طعام السجن بانتظام، وأكمل غالبية المشاركون في المجموعات البؤرية أنهم لم يجدوا مشاكل في الحصول على طعام صالح للأكل إذ أن أغلب النزلاء يتقاسمون القفاف. وهناك حتى اتفاقات حول تناوب عائلات المساجين على احضار القففة في أيام معينة ومتخالفة ليتوفر الطعام الطازج بشكل مستمر وكاف.

«الماكلا متع الحاكم ناكلوها م اللز كيف ما فماش ففة، اما ديمانا نقسمو القفاف» (سعيد، الفصرين الشمالية)

«أمي ربي يفضلها ديمانا تزوري والقففة توصللي منظمة جوي باهفي» (محمد علي، الفصرين الشمالية)

«كيف شديت أنا كانت القففة تدخل قداش من مرة في الجمعة، توة ولات مرة وحدة في الجمعة وقرب يقطعوها باش العباد تشرى م الكنتينة» (عادل، الفصرين الشمالية)

«بالنسبة للماكلا ما كليتش من ماكلا الجبس، قسمت القففة مع المرابيط لخرفين» (بلال، تطاوين الشمالية)

«في الإيقاف كانوا يجيروننا ساندوينشنات لوبينا نطيشونهم ما ناكلوهميش، الدار يجيروني ساندوينشنات وحوت» (سامي، تطاوين الشمالية)

«ماكلا الجبس 15 كيلو مقرونة يزيدوها الماء ويفروها على 500 مسجون» (صالح، الكبارية)

«ماكلا الجبس ما تتكلش.. أمي عمر كبيرة ومريضة كانت تزوري كل جمعة وتجيب القففة» (نسيم الكبارية)

هـ. العنف

لا تنتهي المعاملة السيئة والممارسات العنيفة المسلطة على الشباب الموقوف بداعيه السجن، بل تستمرة، حسب ما أكدته شهادات المشاركون في المجموعات البؤرية الثلاثة وعشرات التقارير والبيانات الصادرة عن منظمات حقوقية وهيئات رسمية، داخل المؤسسة السجنية، لكن بشكل أقل حدة وإيذاء وتوارد مقارنة بما يحدث في أماكن الاحتجاز التابعة لوزارة الداخلية.¹⁹

¹⁹ هذه ليست مجرد تخمينات أو انطباعات بل نتائج تستند إلى عدد الشكاوى التي تتلقاها منظمات وهيئات تعنى بمكافحة التعذيب وحقوق الإنسان عموماً. انظر مثلاً: -التقرير المواري 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 وغيرها من ضرورب المعاملة او العقوبة القاسية او الانتقامية. <https://bit.ly/3x7Ua8g>

-التقرير الوطني حول حقوق الإنسان 2016-2019 الصادر عن الهيئة العليا لحقوق الإنسان والهيئات الأساسية، ديسمبر 2020. -Rapport alternatif pour l'examen du VIEM 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 المشاركيين حول مصادر هذا العنف واشكاله، نجد أن إدارة وأعوان السجون هي المصدر الأول للعنف، يليها «الكبران» (ناظر الغرفة/الزنزانة، سجين تفوض له إدارة السجن بشكل غير رسمي بعض السلطة والصلاحيات) وبشكل أقل المساجين الآخرين. تقطع شهادات المشاركيين في المناطق الثلاثة التي شملتها الدراسة. في الكبارية كانت الشكوى أساساً من أعوان السجون الذين ينهرون المساجين ويشتمونهم بشكل متكرر وغير مبرر، ولا يتوازنون عن ضربهم في عدة حالات؛ أكد آثاث من بين المشاركيين أنهما أصيباً بكسور في أيديهما جراء العنف الشديد الذي مارسه عليهم حراس. كما وأشار مشاركون آخرون إلى تعمد «الكباران» الوثنية بالمساجين وتحريض الأعوان عليهم مما يعرضهم للعنف. لم تذكر الشهادات حالات عنف مسلطة من مساجين آخرين وإن لم تتفق وجوهها في الوسط السجنوي. في تطاوين الشمالية استمعنا إلى شهادات تتهم أعوان السجون بـ«ممارسات عنيفة ترقى إلى التعذيب»:

«جاو جماعة من الجيش يحبوا يعملولنا تجنيد اجباري بعد الحبس. قللتكم ما نعديش جيش وتعاركت معاهم ركبوبي «عينوت» في يديا وساقيا ودخلوا علينا بالضرب» (بشير، تطاوين الشمالية)

«كليت «الفلقة»، يخلوي في «سليب امريكان» وبيدو يضربو، وبعد يصبو الماء على ساقيا باش ما يتنفسوش وما يخليوش اثر عنف». (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

ولم ترد في الإجابات حالات عنف من قبل «الكباران» أو بقية المساجين. ولا تختلف كثيراً إجابات المشاركيين في مجموعة القصرين الشمالية: أعوان السجون هم المصدر الأول للعنف، اللفظي أساساً والجسدي بشكل أقل تواتراً. كما وردت في إحدى الشهادات شكوى من افتراك أعوان لأدباش وأمتعة للمساجين. في هذه المجموعة البدوية أيضاً تحدث بعض المشاركيين عن عنف يسلطه بعض المساجين المحكومون في قضايا خطيرة بأحكام ثقيلة على المساجين الآخرين خاصة الأصغر سناً والأقل خبرة، ممن لا «ظهر» لهم في السجن.

وفي المجموعات البدوية الثلاثة، خاصة في الكبارية وتطاوين، توأرت الشكوى من كثرة اللجوء إلى عقوبة «السيلون» (السجن الانفرادي في غرف ضيقة وغير مهيأة مع معاملة أكثر سوء من المعتاد). أكثر من نصف المشاركيين سلطت عليهم هذه العقوبة مرة واحدة على الأقل. أحد المشاركيين أكد أنه قضى ما يقارب السنة أشهر -متفرقة- في «السيلون». وتشير 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 فصلاً واحداً 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، وتمثل هذه المكافأة في:

1. الزيارة بدون حاجز.
2. الأولوية في التشغيل.
3. إعادة التصنيف على مستوى الشغل.
4. مساندة الملفات المتعلقة بالسراج 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 المسؤولية والطرود لمدة معينة على لا تتجاوز خمسة عشر يوماً.
2. الحرمان من زيارة ذويه له لمدة معينة على لا تتجاوز خمسة عشر يوماً.
3. الحرمان من تلقي أدوات الكتابة والنشريات لمدة معينة على لا تتجاوز خمسة عشر يوماً.

4. الحرمان من الشغل.
5. الحرمان من المكافأة.
6. الحرمان من اقتتاء المواد من مغازة التزويد بالسجن لمدة لا تتجاوز سبعة أيام.
7. الإيداع بغرفة انفرادية توفر فيها المرافق الصحية وذلك لمدة أقصاها عشرة أيام، بعدأخذ رأي طبيب السجن، ويكون خلالها تحت رقابة الطبيب الذي يمكن له طلب مراجعة هذا الإجراء لأسباب صحية.

وتسلط هذه العقوبات وتعدد مدتها من قبل لجنة التأديب وذلك بقطع النظر عن التبعات الجزائية عند الاقتضاء.

ويتمكن مدير السجن الاكتفاء بتوجيه إنذار أو توبخ 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 ويستعان عند الاقتضاء بمترجم 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. ترکب 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 النفسي لإبداء رأيه.

الفصل 27. يجب على السجين الذي تعمد إلحاق ضرر بمتلكات السجن أن يعوض قيمة ما وقع الإضرار به.

و. الفراغ

على الرغم مما ينص عليه الإطار التشريعي (انظر أهم الفصول الواردة في القانون المتعلق بنظام السجون في تونس) من ضرورة توفير إمكانية ممارسة نشاطات رياضية وترفيهية وتكوينية وتعليمية ومهنية، فإن تصريحات المشاركين في المجتمعات البؤرية يؤكد مدى الهوة بين الحقوق والمنـ، بين ما يقوله القانون وما يوفره الواقع السجين. باشتئـ بعض التمارين الرياضية ومباريات كرة القدم ومشاهدة التلفاز، والمهام الموكولة من قبل «الكيران» و«الكيران كورفي» (الذي يوزع المهام) فإن اغلب المساجين المستجوبـ لا يمارسون نشاطات أخرى خاصة خارج الزنزـات التي يقضـون فيها مدة تصل إلى 22 ساعة يوميا. لم يمارس أي واحد من بين المشارـين في المجتمعات الثلاثة نشاطا مهنيـا ولا تأهـيلـيا مـأجـورـا أو بلا مقابل داخل السـجن. وبخصوص برامج إعادة التأهـيل التي يفترضـ أن تـقـرـحـها وتـقـرـحـها إدارة السـجن أكدـتـ الكـثيرـ منـ الشـهـادـاتـ انـ هذه البرـامـجـ «امتـياـزـاتـ» لا تـمـنـحـ لـجـمـيعـ المسـاجـينـ بلـ تـخـضـعـ لـمـقـايـيسـ العـلـاقـاتـ وـالـمـسـوـبـيـةـ وـالتـذـيلـ لـكـبرـانـ وإـداـرـةـ السـجـنـ.

«ما تلقى شيء في الحبس، الخدمة كرفي (بلا مقابل)، وإعادة التأهيل بالعلاقات والرشوة، ما حبيتش نتعلم نجارة ولا حدادة، ما خدمتهم في السيفيل (الحياة المدنية) باش نخدمهم في الحبس كرفي» (هيكل، الكبارية)

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

«في الإصلاحية تعلمت صنع اقفال الطيور، وفي الحبس ما تعلمت شيء» (بشير، طاوبين الشمالية)

«تعلمت نجارة في الإصلاحية.. وفي الحبس إعادة التأهيل موش للناس الكل، لازم الفرتونة (الحظ) وال العلاقات» (عبد الواحد، طاوبين 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 الإندرافي.
3. صقل طاقاته الفكرية والبدنية وذلك بإعداده للحياة الحرة وتدريبه مهنياً ومساعدته على التعلم وتحذيب سلوكه.
4. متابعة حالته عند الإفراج عنه وتسهيل اندماجه في محیطه الأصلي بالتنسيق مع الهيأكل المختصة المعنية.

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

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

يفترض المنطق، وحتى القانون، أن يكون للسجن دور إصلاحي يؤهل السجين لطي صفحة الماضي وسلوك طرق تبعده عن بوابات السجون والسلوكيات المؤدية إليها. لكن بالإضافة إلى ضعف برامج التأهيل التعليمي والمهني خلال فترة العقوبة السجنية وانتقاديتها فإن آليات وبرامج إعادة الإدماج في الحياة الاجتماعية والمهنية بعد السجن تبدو شبه معدومة. حتى مكاتب إعادة الإدماج والمساعدة اللاحقة للخروج من السجن» المحدثة بمقتضى القرار عدد 13 الصادر في 22 جانفي 2018 والهادفة إلى تأهيل المساجين ومراقبتهم خلال الفترة الزمنية الأولى بعد إطلاق سراحهم لا يبدو أنها ذات تأثير كبير.²⁰ لم يحدثنا أي واحد من المشاركون في المجموعات البوئية عن مرافقة ومتابعة من أي نوع، على الرغم من أن بعضهم خرج من السجن بعد احداث هذه المكاتب. ربما لأن التجربة مازالت في بداياتها، وهكذا يعود أغلب المساجين إلى المربع صفر بلا إمكانيات حقيقة للتغيير، متقللين بأثر التجربة السجنية المنهكة للجسد والعقل.

²⁰ الكتاب الدليل للإطار القاوي 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 والترفية والغذاء المقبول والصحي. تضاف إلى كل هذه الأمور احساسه ومشاعر تعتمل بداخل السجين في علاقة بالذين يقاسمونه المكان أو الذين تركهم خارجه. قرابة نصف المقيمين في السجون التونسية هم موقوفون²¹ ينتظرون المحاكمة ومصير القضايا المتهمين فيها. وفترة الانتظار هذه قد تطول أشهرًا وسنوات تمر ثقيلة على السجين ينتظر مصيره ما بين الأهل والخوف واليأس. ويمثل النطق بالحكم حتى وإن تضمن عقوبة سجنية نوعاً 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 عائلها الرئيسي أو الثاني كما يكلفها مصاريف محامين وبعدها مصاريف التنقل للزيارة وـ«القففة» وغيرها مما قد يشكل عبئًا ثقيلاً. تكررت عبارة «روح مريض مزيارة» / «تنقل بعد الزيارة» على ألسنة المشاركين، فعلى الرغم من كونها فرصة لملقاء الأهل والحصول على أشياء تسهل قليلاً الحياة في السجن فالمسجون يحس أنه يتسبب في عناء ومشقة لعائلته، كما أن الدوافع الفليلة للزيارة تؤدي احساس الشفقة والحرمان. هناك أيضًا إحساس بالقهقر خاصة لدى الذين من يعتبرون أنفسهم سجنوا ظلماً أو تلقوا أحكاماً قاسية لا تناسب مع الأفعال المنسوبة إليهم، ويترافق هذا القهر مع الشعور بالإذلال من قبل ممثلي المؤسسة السجنية الرسميين منهم وشبه الرسميين كنظام الغرف «الكريات».

هناك أيضًا مساجين متزوجون تركوا زوجات -بعضهن حوامل- خارج السجن، وأطفالاً يكثرون في غيابهم أحيانًا بلا سند مما يسبب أيضًا إحساساً بالذنب والعجز. وربما أفسى ما يتعرض له السجين معرفته بإصابة أحد افراد عائلته بمرض خطير، أو عندما يتوفى أحد والديه أو كلاهما أو آخر أو اخت، ويصبح الأمر عذاباً عندما لا يمنح الإذن بحضور الجنازة. أحد المشاركين أكد لنا أنه طوال الفترة الأولى من سجنه كان لا يدخن ولا يستهلك مخدرات ويحرص على ممارسة الرياضة بشكل يومي لكن عند وفاة إبيه ومنعه من حضور الجنازة انقلب حاله وصار يدخن ويستهلك مخدرات ويدخل في مشاكل مع حراس ومساجين آخرين. سجين آخر أكد أنه حاول الانتحار عندما رفضت إدارة السجن الترخيص له للخروج وحضور جنازة والده. هذا فقدان يزيد هشاشة وضع السجين ويعمق وحدهه وعجزه، وقد رصدنا أربع حالات لسجناء فقدوا قريباً خلال فترة السجن.

2. الحق في الصحة: الغائب الأكبر

الحق في الصحة

الصحة حق لكل إنسان. تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن، وتتوفر الإمكانيات الضرورية لضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية. تضمن الدولة العلاج المجاني لفاقدى السنن، ولذوي الدخل المحدود. وتضمن الحق في التعطية الاجتماعية طبق ما ينظمها 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 أساس شروط العيش»، cnn بالعربية، نشر بتاريخ 8 ماي 2016 <https://arabic.cnn.com/world/2016/05/08/tunisia-prisons-overcrowding>

قواعد نيلسون مانديلا / الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء

القاعدة 25

1 - يجب أن يكون في كل سجن دائرة لخدمات الرعاية الصحية مكلفة بتقديم الصحة البدنية والعقلية للسجناء وتعزيزها وحمايتها وتحسينها، مع إلقاء اهتمام خاص للسجناء الذين لديهم احتياجات إلى رعاية صحية خاصة أو يعانون من مشاكل صحية تعيق 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 تتألف لكل سجين خدمات طبيب أسنان مؤهل.

القاعدة 27

1 - تكفل جميع السجون إمكانية الحصول الفوري على الرعاية الطبية في الحالات العاجلة. أما السجناء الذين تتطلب حالاتهم عناية متخصصة أو جراحة فينقلون إلى مؤسسات متخصصة أو إلى مستشفيات مدنية. ومن الواجب، حين توفر 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 إلا لختصاري الرعاية الصحية المسؤولين اتخاذ قرارات إكلينيكية، ولا يجوز لموظفي السجون غير الطبيين إلغاء تلك القرارات ولا تجاهلها.

القاعدة 30

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

(أ) تحديد الاحتياجات من الرعاية الصحية واتخاذ جميع التدابير الازمة لتقديم العلاج;

(ب) تبيّن أي سوء معاملة قد يكون السجناء الوفدون قد تعرضوا لها قبل دخولهم السجن;

(ج) تبيّن 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 العدو؛

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

القاعدة 31

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

القاعدة 32

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

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

(ب) التقييد باستقلالية السجناء الذاتية فيما يتعلق بصحتهم والموافقة المستبررة فيما يخص العلاقة بين الطبيب والمريض؛

(ج) احترام سرية المعلومات الطبية، ما لم يؤد ذلك إلى خطر حقيقي ووشيك يهدد بالحق الضرر بالمريض أو بغيره؛

(د) الاحترام المطلق للمشاركة، سواء بشكل فاعل أو غير فاعل، في أعمال قد تشكّل تعذيباً أو غيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو الإنسانية أو المهينة، بما في ذلك التجارب الطبية أو العلمية التي قد تضرّ بصحة السجين، مثل إزالة خلايا أو أنسجة من جسم السجين أو نزع أعضائهم.

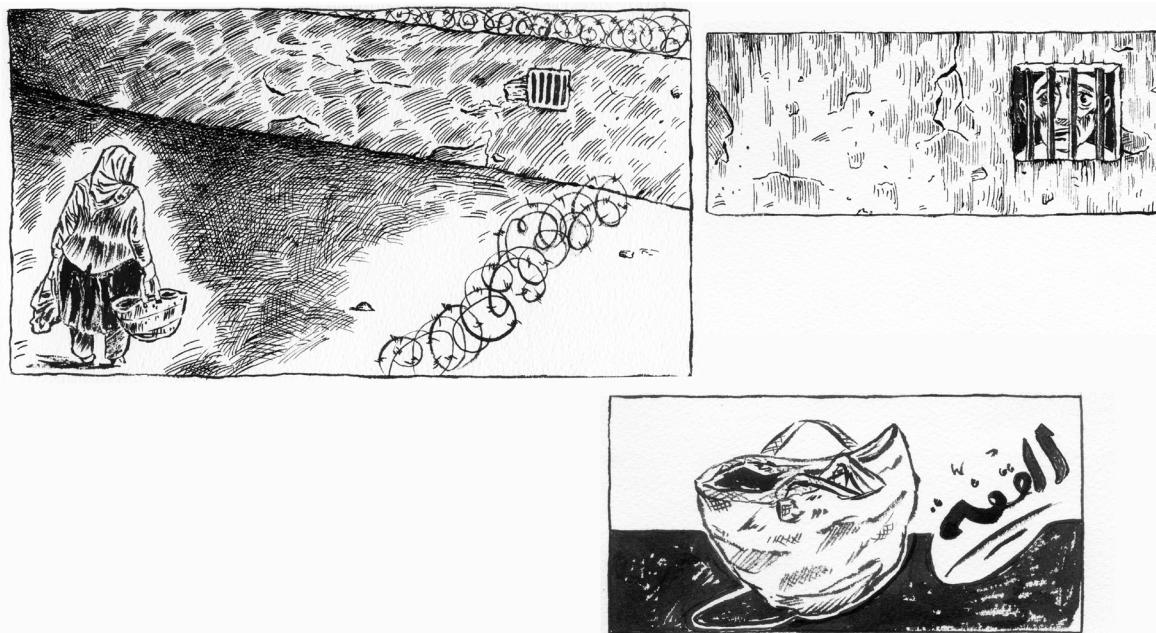
القاعدة 34

إذا تبيّن لاختصاصي الرعاية الصحية أثناء فحص سجين لدى دخوله السجن أو أثناء تقديم الرعاية الطبية له لاحقاً وجود أي علامات تعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو الإنسانية أو المهينة، يجب عليهم توسيع هذه الحالات وإبلاغ السلطة الطبية أو الإدارية أو القضائية المختصة بها. وتطبق الضمانات الإجرائية الصحيحة من أجل عدم تعريض السجين 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 تردي ونقص خدمات المؤسسات العمومية والتكلفة الباهضة لخدمات القطاع الخاص. وتصبح مسألة الصحة أكثر استعجالية وخطورة عندما يتعلق الأمر بالوسط السجني حيث لا يمكن للسجناء مسلوب الحرية أن يتنقل ويكتفى برعايته الصحية وأن يختار الهيكل أو مسidi الخدمات المناسب لحالته. أوضاع السجون التونسية، التي رسمنا لها صورة من خلال احبابات وشهادات المشاركين في العناصر السابقة، تزيد الطين بلة. وعلى أهمية المسألة الصحية خاصة مع هشاشة وضع السجين فإنها لا تحظى بما يكفي من بحث ونقاش في الدراسات الأكademie والتحقيقات الصحية وأحياناً التقارير الحقيقة، لذا اخترنا ان تكون هذه المسألة محورية خلال عملنا مع المجموعات البؤرية الثلاث. اهتممنا 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. تستعرض فيما يلي أبرز النتائج مع فسح مجال أكبر لحديث المشاركين في المجموعات البؤرية الثلاث ومتلاطهم لمسألة الصحة في السجن.

في البداية تنبغي الإشارة إلى أن 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 اختصاصي في الطب النفسي. وبخصوص استهلاكهم للكحول والمخدرات قبل دخولهم للسجن تبيّن أن 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 يلتقو طبيب السجن إلا مرة واحدة أو مرات قليلة جداً. أساساً خلال الفحص الروتيني الذي يجري للسجناء عند ايداعه في المؤسسة السجنية. وحتى هذا الفحص هو، حسب ما نقله لنا مشاركون في



Sadri Kliari 2021

المجموعات البؤرية، عبارة عن مجموعة أسئلة حول الحالة الصحية والتاريخ الطبي/المرضى للسجناء أكثر من أن يكون فحصاً دقيقاً وعمقاً. لاحظنا أيضاً أنَّ أغلبهم لا يُعرف صفة ولا وظيفة الشخص الذي قام بفحصهم في السجن: هل هو طبيب أم إطارات شبيه طبي، يعمل بشكل قار في المؤسسة أم يأتي في إطار فقد من سلطة الإشراف أو من منظمات، وما هو اختصاصه؟ والوصول إلى الطبيب ليس بالأمر الهين في السجن فهو يمر عادة عبر إبلاغ «البران»/ناظر الغرفة الذي يبلغ بدوره أعيان السجون الذين يقررون عرض السجين على الطبيب أم لا. وقد يتعرض السجين الذي يتآلم بشدة وبصوت مسموع أو يلح في طلب عرضه على طبيب السجن أو نقله إلى مؤسسة صحية مدنية إلى الإهانات والشتائم اللفظية وحتى حسب بعض الشهادات إلى الضرب المبرح.

«فرة مسجون معانا في الشابيري ساقه تجرحت وقيحت خسروا عليه كعبات «أدول» وقالوه حلهم فوق الجرح. كيف الوجيعة زادت بيها ولليعطيت في الليل جاو الاعوان قالوه هاو باش نهزوك للسيطار. بعد اقل من ربع ساعة رجعوا للشابيري ظهره أزرق م الضرب». (محمد علي، القصرين)

كما أكد مشاركون، في مجموعة الكبارية خاصة، إنَّ الكثيرون من المساجين يتحبون المطالبة بالخروج إلى المستشفى لأنَّ أعيان السجون يعاملونهم معاملة مهينة وقاسية بشكل متعمد عند القيام بذلك بهدف اثنائهم عن المطالبة مجدداً، فضلاً عن ظروف النقل السيئة والمهينة بين السجن والمستشفى. أحد المساجين دخل السجن ولديه جرح مقطب، اضطر فيما بعد إلى انتراع خيوط التقطيب بمفرده باستعمال قصاصة أظافر مفضلاً عدم الخروج إلى المستشفى.

«على خاطر كان يهزوك للسيطار تتبئع سب وضرب من وقت تخرج م الشابيري حتى لين تروح» (هيكل، الكبارية).

وفي هذا ضرب لمبدأ التمتع بخدمات صحية متكافئة مع تلك المتوفرة لمن هم خارج السجن. طبعاً الخدمات الصحية المتوفرة خارج السجن ليست بالضرورة نعيمًا مفقوداً، فالمشاركون في المجموعة البؤرية في تطاوين الشمالية يعيشون في أقل الولايات حظاً من حيث توفر الخدمات الصحية العمومية وحتى الخاصة كما تظهر ذلك بوضوح الدراسة التشاركية التي أشرفَت عليها إنترناشونال أرت - تونس تحت عنوان «تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص وبدائل»²² والتي أوردت أرقاماً وتقييمات مهمة لهيكل الصحة الموجودة وجودة الخدمات المعروضة وإمكانية الوصول إليها. وليس حال

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

المجموعة البؤرية بالقصرين الشمالية بالأفضل كثيرا فالمشاركون يعيشون في ولاية يقدر فيها متوسط المسافة المقطوعة للوصول إلى مستشفى جهوي بـ 50 كيلومترا وإلى مستشفى جامعي بـ 257 كيلومترا. كما أن اغلب المشاركون في هذه المجموعة البؤرية قضوا فترة العقوبة في سجن «السرس» بولاية الكاف حيث يبلغ متوسط المسافة المقطوعة للوصول إلى مستشفى جهوي 44 كم وإلى مستشفى جامعي 206 كم²³. الأمرأفضل نسبيا بالنسبة للمجموعة البؤرية الكبارية فأغلبهم قضى فترة السجن في المؤسسات الموجودة بإقليم تونس الكبرى وبدرجة أقل زغوان أو المهدية، وهي مناطق تتمتع بوصول أسهل وأسرع للمستشفيات الجهوية والجامعة. الاعادة الصحية بين الجهات في تونس لا تنتهي السجون.

تحيل المجموعات البؤرية الثلاث إلى نوع الإصابات والأمراض التي أصيب بها المشاركون خلال تفضيّتهم فترة العقوبة السجنية: جرب، بواسير، مغص حاد، صداع، جروح وكسور جراء حوادث أو عنف مسلط من الأعوان، التهابات، في اغلب الأحيان يكتفي المسؤول عن الوحدة الصحية السجنية بإعطاء دواء الحرب «اسكابيول» أو أقراص «ادول» (باراسيتامول) أو مسحوق «اسبيجيك»²⁴ وأحيانا لا يمكنون السجناء منها فتدخل العائلة بالضغط على إدارة السجن أو يلتجئ السجين المريض إلى «السوق السوداء» السجنية فيقتني أقراص «ادول» وغيرها (حتى تلك التي تعد مخدرات) من سجناء آخرين يوفرونها لمن يمتلك «ثمنها». أي ان الوحدة الصحية إذا وفرت أدوية تكون الأدوية الأرخص ثمنا وبكميات غير كافية أو تلك الضرورية لتفادي عدوى واسعة النطاق. سجين سابق من مجموعة الكبارية تحدث عن كسر احدى 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 انتهت أوجاع بسبب تسوس في الأسنان:

«مرة رزستي موجوّعة برشة هبلتني مشيت للطبيب، قالي الدواء ما عندناش حاليا. تو بعد شوية نجيبك، مشتى ما رجعش» (عادل)

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

«كيف قابلت طبيب الحبس قاي لباس اقراشوّية قران وتوة ربّي ينرج عليك» (كريم)

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

«تجرحت يدي مرّة مشيت للطبيب عطاني أدول.. داويت روحي بروحى ولاباس» (رائح)

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

لاحظنا خلال النقاش مع المشاركون كثرة الشكوى من عدم حيادية ومهنية طبيب المؤسسة السجنية وعدم احترامه لأخلاقيات مهنته ويبلغ بهم الأمر إلى الشك في كفاءته. فبالإضافة إلى عدم التعompق في فحص السجين المريض ووصف أدوية لا تناسب مع طبيعة المرض أو حدة الأوجاع وكذلك ضعف المتابعة فإن هناك إحساس لدى الكثير من المساجين أن الأطباء يستخفون بحالتهم الصحية وبديائهم. بل إن هناك مبحوثين أثموا أطباء برفض معالجتهم والسخرية منهم وحتى اظهار الشماتة والتواطؤ مع إدارة السجن.

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

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

«ولي يسأل فيما تستهلك في دواء (حبوب مخدرة) في الحبس؟ وتشكون يجبلكم؟ يسقسي فيا يحب يصلبني على راسي»
(بشير، تطاوين الشمالية)

ولم يُلْبِسَ الأمور أَفْضَلَ فِيمَا يَتَعَلَّقُ بِالصَّحةِ الْنَّفْسِيَّةِ، بل لِعُلُوها أَسْوَءُ: فَقَطْ 15% مِنَ الْمُشَارِكِينَ التَّقَوْا أَخْصَائِيَّاً نَفْسَانِيَّاً خَلَالَ افْعَالِهِمْ فِي السَّجْنِ، وَهُمْ يُشَتَّرِكُونَ فِي طُولِ الْمَدَةِ الْمُقْضَاهُ وَتَعْدُدِ الْتَّجَارِبِ السَّجْنِيَّةِ، وَحَسْبَ شَهَادَاتِهِمْ، لَا تَبَدِّلُ إِدَارَةُ السَّجْنِ بِعَرْضِ الْمَسْجُونِ عَلَى الطَّبِيبِ، بل بِطَلْبِ مِنْ جَهَةٍ أُخْرَى، أَحَدُ هُؤُلَاءِ الْمَسْاجِينَ عَرَضَ عَلَى الطَّبِيبِ بَعْدَ الدَّاحِ منْ عَائِلَتِهِ الَّتِي لَاحَظَتْ حَالَتِهِ الْنَّفْسِيَّةِ الْمُتَدَهَّرَةِ خَلَالَ الْزِيَارَاتِ وَتَتَابِيِّ الْعَقَوبَاتِ الْقَاضِيَّةِ بِحَسْبِهِ انْفَرَادِيًّا:

«جاتي طبيبة اعصاب ع المشاكل اي نعمل فيها في الحبس، اعطيكي كعبه «ارطان» وكعبتين «تيميسينا»، دارنا هوما الي تكلمو علينا وكلمو الإداره باش نشوف طبيب، خاطر كيف يزوروني يلقاوي ديماماكرز وكمل ديماما في السيلون» (محمد علي، الكباريه)

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

«الإدارة متاع الحبس عرضتني على سيكاتر، جاتا تفقد من تونس حكاو معانا وبعد مدة جا الطبيب، حكبت معاه نصف ساعه.. ماعجبونييش اسئلته حسيتهم تافهين.. قلتله آكهوا؟ولي يسأل فيما تستهلك في دواء (حبوب مخدرة) في الحبس ولا، وتشكون يجبلكم.. يسقسي فيا يحب يصلبني على راسي.. قلتله ما فماش دواء في الحبس.. ما حبس يعطيوني دواء وماماودش جاء مرة أخرى» (بشير، تطاوين الشمالية)

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

«في جبس صفاقس حيث ناخو حرباش متاع أعصاب، تلاقيت مع الطبيب قلتله ناقصني دواء، قايم انت ناقصك كان الأعصاب.. برة جبر 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 يخلقها الفقدان من ألم وتدھور في الحالة النفسية خاصة وأن السجين لم يكن باستطاعته مرافقته القريب المتوفي في الأيام الأخيرة من حياته.

عموماً لا يُثْقَلُ المبحوثين في الإطار الطبي وتشبه الطبي العامل في السجون، بل ويتمثلونهم كجزء من المؤسسة السجنية العقابية مثلهم مثل الحراس وبقية الأعوان والإدارة. وتتجذر الإشارة هنا إلى أمرين مهمين يجبأخذهما بعين الاعتبار عند تقييم الخدمات الصحية في السجون. أولاً الوضع القانوني والإداري للإطار الطبي وتشبه الطبي في المؤسسة السجنية، فعلى عكس ما قد يتباين إلى الذهن نجد أن وزارة الصحة لا تشرف على العاملين الصحيين في السجون بل إنهم يتبعون الوزارة والإدارة المشرفتين على مركز الاحتجاز (إيقاف وفتي أو سجن): وزارة الداخلية أو وزارة العدل. وهذا الأمر يضع من جهة استقلالية الإطار الطبي وتشبه 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 السجون من وزارة العدل إلى وزارة الصحة وربط الخدمات الصحية في المؤسسات السجنية بنظام الرعاية الصحية العام. وعلى الرغم من تعهدات الدولة التونسية فلا يبدوا أن هناك تقدماً كبيراً في هذه المسألة، على الأقل وفق تقييم الهيئة الوطنية للوقاية من التعذيب. ثانياً، ظروف العمل المتوفرة للأطباء والممرضين العاملين في السجون. المتبوع للشأن الصحي في تونس يعلم مدى تذمر عاملين الصحة من تردي الأوضاع في المؤسسات الصحية العمومية بما فيه المستشفيات الجامعية والمراكيز 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 توفر فيها الشروط الدنيا الازمة للتشخيص الطبي والمداواة والمتابعة للمرضى. وهذا قد يفسر جزئياً ما جاء في شهادات المشاركون في المجموعات البؤرية عن تدني جودة الخدمات الصحية وتوتر العلاقات مع مهنيي الصحة.

يعول المساجين أساسا على الصبر ومرور الوقت حتى ينجلify الألم ويزول مصدره، وفي حالات أخرى يحاولون الحصول على مهدئات وأقراص مخدرة تخفف الأوجاع وتتسهيهم الهموم. ونذكر مرة أخرى بأنّ أغلب المشاركون يعيشون في مناطق مظلومة صحياً و«معتادون» على النقص الشديد في الخدمات الصحية /أو رداءتها. مما يطرح سؤال تمثيل الشباب عموماً - للمؤسسات الصحية؟ وهو سؤال تحاول إنترناشونال أرت - تونس الإجابة 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 أن نسبة العود في تونس تتجاوز 40%²⁵، وهذا ما تتبّعه المعطيات التي استقينها خلال هذه لقاءاتنا مع المجموعات البؤرية الثلاث: 63% من المشاركون في المجموعات البؤرية سجنوا أكثر من مرة.

«نسيت قداش من مرّة، ملي تشنديت أول مرّة وليت داخل خارج». (محمد علي الكبارية)

بعدقضاء 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 ونظارات مختلفة، سجل عدي «ملوث» (بطاقة عدد 3)، الخ. باستثناء اثنين من المبحوثين أحدهما وجد عملاً مباشرة إثر خروجه من السجن والآخر كانت لديه مدخلات يستطيع الانفاق منها فإن بقية المشاركون في المجموعات البؤرية عولوا على عائلاتهم للتكميل بمصاريفهم طيلة الأشهر الأولى التي تلت خروجهم من السجن، وحسب أغلب الشهادات فإنّ الأم تبقى هي «المساند الرسمي» الأول. سجينان سابقان لم يجدا السند العائلي الكافي التجا إلى «حلول» أخرى: التحيل والسطو المسلّح.

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) وتتكفلها بالمصاريف (والده متلاعِد من الوظيفة العمومية)، لكن التجربة لم تطل واعتبرها المشارك مضيعة لوقت والمال. يعقب مشارك آخر بسخرية «عندنا طبة في كل بلاصة في الدوّمة»، يقصد المتاجرين في الأقراص المخدرة.

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

«ديما جيني فكرة نمشي لطبيب نفسي، أما الاماكيّات ما تسمحش وكمل ما فماش طبة في تطاوين، لازم نمشي لجريدة ولا قابس» (بشير، تطاوين الشمالية)

«لو كان نعرف وين الـpsm ونعرفه ينجم يريجني نفسانيَا نمشيله ديراكٌ» (عبد الواحد، تطاوين)

«ما عندنا شي في تطاوين.. تقول في جبس كبير» (سامي، تطاوين الشمالية)

«انا يوّعلي «ستراس» كيف بتطلي الشّرب.. حاولت باش نمشي نداوي بعد قلت تعالج روحي بروحـي خـير» (هيثم، القصرين الشمالية)

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

«احنا في تونس ديما عنديش الوقت باش تدبريمي (لكي تصاب بالإكتتاب)، كان تنهار تضيع بين الساقين.. لو كان كنت اجم راهو مثبت لطبيب نفساني، كل انسان يحتاج لدعم نفسي» (عمر، الكبارية)

بعد تجربة سجنية تفاقم تعقيد ظروفهم الاجتماعية- الاقتصادية المتردية وتسرق سنوات من عمرهم يجد الشباب أنفسهم في حلقة مفرغة شريرة تعيد أغلبهم إلى السجن. خلال الفترات التي يقضونها في «السيفيل» أي خارج السجن تزداد اهتمامات انتهاجهم لسلوكيات محفوفة بالمخاطر. أغلب المشاركون أكدوا انهم يبحثون عن «خيط درقة» أي فرصة لعبور البحر باتجاه السواحل الإيطالية (هجرة غير نظامية). ولئن كان عدد الذين فكروا في الانتحار أو قاموا بمحاولة انتحار محدوداً (الذين) فإن نسبة المشاركون الذين أكدوا انهم حاولوا إيهاء أجسادهم (استعمال آلة حادة لإحداث ندوب في الجسد، ضرب قبضة اليد أو الرأس على سطح صلب) مرتفع: 31.5%. كما أكد 36% من المشاركون 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 المهدّنة)، أو انقطاع شبه تام رغبة في التغيير وسلوك مختلف او خوفاً من المشاكل والتبعات العدلية أو بحكم الزواج وتكوين أسرة (الأولوية لمصاريف البيت والأطفال، «العيّب» والإحساس بالخجل).

«الكونسوماسيون زي العادة، نلقـى فلوس نكونسومـي [..] البلاد هادي ما عايـشـين فيها كان بالدوـحة» (سامي، تطاوين الشمالية)

«في ليام لوـيـت نـسـتـهـلـكـ أـكـثـرـ وـمـنـ بـعـدـ نـقـصـتـ وـنـظـمـتـ حـيـاتـيـ، وـحتـىـ الـأـمـورـ المـادـيـةـ تـحـكـمـ» (بـشـيرـ، تـطاـوـيـنـ الشـمـالـيـةـ)

«نـتـكـيـفـ (ـزـطـلـةـ) أـكـثـرـ ثـلـاثـةـ مـرـاتـ مـنـ قـبـلـ.. وـضـعـيـةـ الـبـلـادـ وـالـحـاـكـمـ يـلـزـمـكـ باـشـ تـدـبـرـيـفـ» (هيـكلـ، الكـبـارـيـةـ)

«نـكـونـسـوـمـيـ أـكـثـرـ مـخـدـرـاتـ وـشـرـابـ، ما نـجـبـشـ نـفـيـقـ» (تـسـيـيمـ، الكـبـارـيـةـ)

«الـشـرـابـ أـكـثـرـ مـنـ قـبـلـ، وـوـلـيـتـ نـتـكـيـفـ (ـزـطـلـةـ)» (سـفـيـانـ، الـقـصـرـيـنـ الشـمـالـيـةـ)



4. عقاب جماعي»: العائلة أيضا تعاني..

تكاد لا تخلو أي واحدة من شهادات المشاركيين من الحديث عن معاناة عائلة الشاب السجين منذ لحظة ايقافه. معاناة نفسية مردها الخوف على ابنها الشاب وما قد يتعرض له من عنف واعتداءات ونقص وحرمان، وكذلك الخوف من مدة العقوبة وضياع مستقبله. وبالطبع هناك معاناة مادية كبيرة، خاصة وإن الظروف الاجتماعية-الاقتصادية لجل عائلات المشاركيين قد متدهورة. تحاول أغلب العائلات وعلى الرغم من الخصاصة توكل محامي لأنها لها خاصة عندما يتعلق الأمر بتهم خطيرة قد تؤدي إلى أحكام ثقيلة. ومنذ إيداع الشاب في السجن تبدأ مرحلة جديدة من الأعباء المادية والجسدية. يعتمد أغلب المبحوثين -في ظل الأوضاع المعيشية المتردية في السجون كما أوضحنا ذلك سابقا- على عائلاتهم لتوفير الطعام والملبس والأغطية وحتى السجاد ومستلزمات النظافة الشخصية. لا يتطلب الأمر فقط وقتا وجهدا ومثلاً لتحضير «القففة» (ال الطعام أساساً والملابس) بل هناك أيضاً مصاريف ومصاعب التنقل إلى السجن يوم الزيارة.

يسرد الكثير من المشاركيين العناء الذي تلقاه عائلاتهم للقدوم لزيارتهم خاصة عندما يكون السجن في ولاية أخرى: الاستيقاظ في ساعة مبكرة جداً والتنقل إلى محطة الحافلات أو القطارات أو «اللواجات» للوصول إلى الولاية التي يقضى 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 وأحياناً الخضوع لتفتيش وممارسات مهينة. الزيارة التي تدوم بضعة دقائق تتطلب في كثير من الأحيان ساعات طويلة من التحضير والتنقل والانتظار وهدر الكراامة، دون الحديث عن التكالفة المالية خاصة ونحن نتحدث عن عائلات فقيرة. لا تكتفي الدولة بسلب الابن حريته بل إنها 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 مشاركيين مما يجعلهم يتذمرون من عائلاتهم التقليل من الزيارات والاكتفاء بإرسال حوالات مالية أو تتفق عدة عائلات مساجين مع بعضها للتناوب على إيصال «القففة» لأنها.

«كيف نتبخ أهي تجيوني -زيارة- نتعب ونمرض، تركب الواج باش تزوري واخوتي موتش معها، تتوش الصبح وتجييلي القفة في عوض أنا نعاونها» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

«كنت نخدم برasha في أمي كيف تقوم ع الفجر وتحضري القفة وتأخو تاكسي باش تهبط بحذا جردة «الباساج» وتأخو كار الـ23 إلى تهز للمرناقية، الاعوان يعاملوهم بطريقة خابية تطيح القدر ويقولو لهم كلام خايب» (هيكيل، الكبارية)

«أهي مرا كبيرة ومريضة كانت تزوري كل جمعة وتجيب القفة، طلبت منها توي تجي جمعة بعد جمعة» (نسيم، الكبارية)

«نخدم كان على العزو، كيف تجيوني للزيارة وتتمرد نمرض وما نرقدش» (محمد علي، القصرين الشمالية)

«نخدم على بابا واهي، الواحد في الحبس ويزيد يتبعهم في جرته» (رمزي، القصرين الشمالية)

لا تنتهي القصة يوم خروج الابن من السجن، فهو إما سيعود إلى البطالة التي كان يعيشها قبل سجنه أو سي فقد عمله / ينقطع عن مساره التعليمي/التكوني مما يعني ضرورة اعاته والتکفل بنفقاته لمدة قد تطول أو تقصر.

وبالحديث عن العائلة فمن الضروري الإشارة إلى أنها -وهذا ما تقوله كل شهادات المشاركيين تقريباً- تكاد تخترق في شخص الأم. لا يعني هذا أن الآباء -وبدرجة أقل الإخوة والأخوات- غائبون تماماً لكن صورة الأم طاغية الحضور، فهي التي تحرص أكثر على «القففة» والزيارة والسؤال على ظروف السجن ومراجعة المحامي وإدارة السجن، وحتى عندما لا يكون لها دخل مادي فهي تتدبر أمورها وتقرض المال من الأهل والجيران سعياً لتحسين ظروف إقامة الابن في السجن، وحتى توفير مصروف الجيب بعد إطلاق سراحه.

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

تمثل دور العائلة من مجموعة بؤرية إلى أخرى، لاحظنا مثلاً في القصرين الشمالية، من خلال شهادات المشاركين، أن دور الأُمّ أهم بكثير من الأب شبه الغائب، وهي في أغلب الحالات تعمل وتتولى الإنفاق على العائلة بحكم اشتغالها في القطاع الفلاحي الذي ما انفك يتأنث (اعتبارات تتعلق بتكلفة اليد العاملة ومردودتها). أما في تصاوين الشمالية، أين نجد أن أمهات كل المشاركين يعملن في البيت، للاحظ حضور أكبر للأب، سلبياً (الخوف منه) وايجابياً (المعيل). في الكبارية هناك توافر أكبر في الأدوار بين الأب والأُم والإخوة مع حضور أقوى للأُم طبعاً.

5. شبكات إسناد داخلي في وجه الآلة العقابية

تتولى العائلة المصغرة وأحياناً الموسعة إسناد السجين من الخارج لكنه يبقى في حاجة إلى إسناد اضافي داخل السجن خاصة في التجربة السجنية الأولى، وبالخصوص في الأيام والأسابيع الأولى. هذا الإسناد الداخلي يوفره أبناء «الحكومة» (الحي) وأو الجهة وأو «العرش» (القبيلة) التي ينتمي إليها السجين، وأحياناً صداقات تشكلت سريعاً في السجن. أولى وظائف الإسناد تمثل في التفاوض مع «الكيران» (ناظر الغرفة) وأو أعون السجون لتوفير سرير للسجين الجديد وإيادعه 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 تمثل في تلقين السجين الجديد «قواعد» وسير الحياة اليومية المشتركة السجنية: البرنامج اليومي، السلوكيات المحمدودة والمكرهة، 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 أو ينتمي إلى «حكومة/جهة/عرش» لديها خصومات مع «حكومة/جهة/عرش» أخرى في السجن. وهناك أيضاً وظيفة الإسناد «الغذائي» فالكثير من السجناء لا تصلهم «القففة» أو «الماندة» (حالة مالية) من عائلاتهم بشكل منتظم (وأحياناً لا تصلهم بتاتاً) مما يجعلهم يعيشون أساساً على «الكوميطة». أي مجموعة من السجناء الذي يتقاسمون ما ترسله عائلاتهم من أطعمة. في أغلب إجابات المشاركين نجد اعترافاً بهذا الإسناد وامتناناً له واقراراً بدوره في تخفيف وطأة السجن. تتكرر عبارات «أولاد حومتي» «ولاد عمي» «ولاد عرشنا» عدة مرات في مختلف الشهادات في المجموعات البؤرية الثلاث. في حالتين فقط وجدنا أن المشارك يفضل الانعزal أو الانفصال عن أبناء «الحكومة» (الحي) وأو الجهة وأو «العرش» (القبيلة) لأنهم «مشاكليه» (يتسبون في المتاعب) وهو يفضل قضاء عقوبته بهدوء دون تعقيدات لأن هناك خصومات واسعة تفاهمن سابقاً 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 إن ظروف العائلة ليست دائماً هي السبب وتحدثت أكثر عن المحيط الاجتماعي (الحي) وتأثير «الخلطة الفاسدة» (مرافقة منحرفين)، وطبعاً يمكن ان نعقب هنا بأن «اختيار» السكن في منطقة/حي ما كثيراً ما يكون مرتبطاً بالظروف المادية للعائلة. كما حدثنا مشاركون عن تأثير انقطاعهم عن الدراسة «طوعاً» أو بعد طردتهم كإجراء تأديبي. وفي حالات قليلة اعتبر المشارك ان لا دخل لأي عامل في دخوله السجن بل هي أساساً تبعات فترة المراهقة و«الطيش».

«الظروف بالطبيعة تاثر.. كيف كان صغار عشنا 11 عام في منسيير، امنيتي لو كان قعدنا غادي راهو حياتنا خير..القصرين تحطيمه وتهميشه..كيف يدا ايلك عنده ستي صغار ويخلص 250 دينار شكون بالش يقرى وشكون بالش يخبي؟ الصغار يخرجون م المكتب بكري ويضيعوا في الشارع ويقطعوا للدخان والكولة، الفراغ وبين يصل» (هيئتم، القصرين الشمالية)

هناك اجماع أكبر فيما يخص تأثير الظروف المادية للعائلة ورأسمالها العائلي في تخفيف الأحكام القضائية (توكيل محامي معروفة، رشى، تدخلات من قبل أقارب متوفدين) أو تحسين ظروف إقامة الإن مسجون، ويعتبر اغلب المستجوبين ان التونسيين ليسوا سواء أمام القضاء وإن الفقراء أقل حظاً في ضمان المحاكمة العادلة.

«لو كان جاء عندي محامي باهيء ولا برasha فلوس راهو روحـتـ مـ المـركـزـ ماـ نـوقـفـشـ قـدـامـ القـاضـيـ، عمرـكـشـيـ شـفتـ مـليـارـديـرـ شـندـ الجـبسـ؟» (محمد علي، الكبارية)

«في قضيتي أنا لو كان موئش العلاقات، ولد عمتي، راهو ما نخرجش.. ما عنديش فلوس» (سامي، تطاوين الشمالية)

«العلاقات أهم حاجة.. والفلوس تجيب العلاقات زاده.. المحامي ماعندوش تأثير كبير» (عبد الواحد، تطاوين الشمالية)

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

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

لاحظنا عموما ان الوعي بالحقوق وفهم اجراءات التقاضي ونقد المنظومة السجنية والأمنية أقوى بكثير لدى المشاركين في المجموعة البؤرية بالكبارة مما هو عليه الأمر في مجموعة تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية، وربما يلعب الاختلاف في المستوى التعليمي والقرب من المركز وكثرة الاحتكاك بالمؤسسات 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، وإن الأمينين 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 الایقافات في محيطهم العائلي والاجتماعي خلال السنوات الأخيرة، اختلفت الانطباعات والآراء من مجموعة بؤرية إلى أخرى. ففي الكبارية وتطاوين الشمالية أكد جلّ المشاركين ان عدد معارفهم الذين أوقفوا أو سجنوا في السنوات الأخيرة أصبح أقل (بكثير كما تقول بعض الإجابات) وعزروا ذلك إلى «الحرقة» (الهجرة غير النظامية) أساسا وإلى انغماس الشباب في استهلاك المخدرات مما يعيدهم «هادئين» ومحبيين، كما تحدث بعضهم عن تخفيض الأحكام في قضايا «الزطلة». ولا يمكن أن نجزم هنا ان كان هناك دور مهم للوضع الوبائي في هذا التناقض. وعلى العكس، أكد أغلب المشاركين في مجموعة القصرين الشمالية ان عدد الایقافات والمساجين في محيطهم قد زاد.

ختاما

لا نزعم ان عينة تعدادها 19 فردا قد تعطينا صورة كاملة ومفصلة أو نتائج واحصائيات حاسمة لكن شهادات واجابات المشاركين في المجموعات البؤرية تتطابق وتتفق معه الحديث عن حالات فردية أو صدف. او الى الاستنتاجات المستخلصة من الدراسة النوعية، يتوجب التذكير به حتى وان بدا بديهيا، يتعلق بالعلاقة الوثيقة بين الانقطاع المدرسي والفقر والبطالة من جهة، والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر من جهة أخرى. طبعا لا نتحدث هنا عن حتمية أو «جينات وراثية» بل عن عوامل اجتماعية - اقتصادية لا يكفي انها لا تحمي الشاب من السلوكيات 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 «بالاكراه، عدم قدرة السجين أو عائلته على التكفل بمصاريف محامي، عدم معرفته بحقوقه كمو棵ف 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 احتياز المحكوم بباب السجن إلى سلبه كرامته وإذلاله بطرق شتى بهدف اخضاعه وتطويقه: عدم احترام الخصوصية، اللجوء إلى العنف الغضبي والمادي بشكل متكرر وشبه منهجه، عدم توفير شروط النظافة والراحة والتغذية الصدية والمقبولة، الخ. ربما تسعي السلطات السجنية من خلال هذه المعاملة السيئة وغير الإنسانية إلى غرس صورة معينة عن السجن في المجتمع لغايات ردعية، كما لا يمكننا تجاهل تبعات الارث الاستبدادي للدولة وتعثر مسارات إصلاح المؤسسات الأمنية والسجنية وضعف التكوين المخصص لأعوان السجون وقلة الإمكانيات

الموضوعة على ذمتهن للقيام بعملهم في ظروف معقولة. ومهما كانت الأساليب والدواتع فلا يجدوا ان الممارسات العقابية المذلة ناجعة، فنسبة العائدin إلى السجن كبيرة جدا. ما يحدث في حقيقة الأمر هو مزيد من الهشاشة والنقمـة والسلوكات المحفوفة بالمخاطر. السجن عموما لا يعالج جذور المشكلة سواء تعلق الأمر بالظروف الاجتماعية-الاقتصادية الصعبة والمزرية او الاضطرابات النفسية والعصبية، بل أن ظروفها مماثلة لتلك الموجودة في السجون التونسية قد تفاقم الأمور بشكل كبير. الاستنتاج الثالث: مسألة الرعاية الصحية للشباب المسجون - وللشباب والمساجين عموما- شبه مغيبة تماما، خاصة عندما تحدث عن الصحة النفسية. هناك تقصير رهيب من المؤسسة السجنية في ضمان الحق في الصحة لنزلائها إلى درجة انه يتتحول إلى «منه» 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 يجعله يتمثل تدريجياً 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 كثيراً بعد السجن، فاسترداد الحرية لا يعني سقوط «القيود» القديمة مثل الظروف الاجتماعية الصعبة ومخاطر الإدمان وصعوبة الحصول على خدمات صحية عوممية ذات جودة في المحيط القريب، بل قد تصاف إليها «قيود» جديدة نتيجة الأمراض البدنية والمشاكل النفسية التي قد تسبب بها التجربة السجنية. وعلى عكس ما قد يتبادر إلى الأذهان فإن عدداً كبيراً من المشاركون 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 الفرصة الثانية واحتمالات بدء صفحة جديدة)، وأو الآخر النفسي، وأو المضايقات الأمنية. خطأ بسيط، قد يكون أحياناً تعبيراً عن اضطراب نفسي/عصبي، يمكن أن يدخل مراهق/شاب في دوامة من الاتهامات والعقوبات السجنية المتكررة. نورد هنا كلمات أحد المشاركون في المجموعة البورمية التي نظمت في منطقة الكبارية:

«لو كان أول مرة تشدـيت تحكمـت «سورسي» ولا عطاـوي عقوـبة خـفـيفة مـمـكـن ما كـنـتـش نـرجـع للـجـبـس مـرـةـ أخرىـ».

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 ابتنى بهذا الشعور، والحق أقول لكم، إنه حالة وجданية نشعر بها بأنفسنا، وتعاودنا 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» وكـ«سِمة»). ثم علاقة القلق ببعض المتغيرات الأخرى مثل (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الانتماء المناطقي)، قبل أن يتعمق في منسوب القلق لدى الشباب العاطل عن العمل مقارنة بما هو عليه الحال، ضمن نفس الوسط المجاكي، في مجموعة الشباب غير العاطل عن العمل وأو في فئة المشتغلين (أي الذين يعملون).

بعد ذلك نناقش النتائج ومدلولاتها على ضوء المعطيات المتوفرة في المجال في إطار الدراسات والبحوث المجرأة عالمياً ووطنياً. كما نستهل الفصل قبل الغوص في الموضوع، باستعراض بعض المفاهيم العلمية المرجعية في التعريف بظاهرة 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 ومايثوس (Zeidner & Matthews) «إنه لا يمكن لأحد الآراء النظرية الخاصة بالقلق الوقوف على الطبيعة المعقّدة والمتحدة الجواب ل لهذا التكوين». (زيدنر و مايثوس, 2016, ص.20)

أجمع الأخصائيون في علم النفس على صعوبة الاتفاق على تعريف موحد لمفهوم القلق، نظراً لتشعب مكوناته وأسبابه وتتشابه أعراضه، وتقاربه مع انفعالات وجданية أخرى. ولكن يمكن بالرجوع إلى مختلف الدراسات المرجعية الاعتماد على تعريف توافقه يرتكز على أهم خصائص هذا الاضطراب النفسي.

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

وللتفريق بين القلق الطبيعي والمرضى، يستوجب الاستناد على تقييم كلينيكي (استخدام مقاييس القلق) والشخص من خلال التحاور مع الفرد وتحديد بعض جوانب القلق الذي يعيشها والتحقق من بعض الأعراض التي تظهر في الجوانب التالية:

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

كما أن استجابة الفرد للمواقف الحقيقة التي تهدده، وقدرته على التكيف بنجاعة، والسيطرة عليها، تحدد إن كان يشكوا من قلق طبيعي أو مرضي، وبالتالي، يُعد القلق واحداً من مجموعة الحالات الوجدانية التي تتسم بالسلبية إذا ما بلغت مرحلة المرض. ويتشكل القلق اختلاطاً في مفهومه والشعور به والتعبير عنه. (زيدنر و مايلوس، 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 يصبه في المستقبل، ومن ثم يتولد لديه شعور بعدم الأمان وغياب السكينة بل / وحتى بالتهديد الذي قد يتحقق به في أي وقت، فتشتد حدة الخوف شيئاً فشيئاً أمام شبح المجهول وغموض الظروف وما يمكن أن تأتي به من مخاطر تضر حياته، 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 كالتالي:

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

ويقول Zeidner, M., & Matthews، في هذا السياق، ”وبما أن طبيعة الخطر ومصدره مبهمان، وبالتالي من الصعب جداً التكيف مع الخطر المبهم، مما من شأنه أن يؤثر في استجابة الفرد السلوكية الغير المتناسبة مع الخطر الحقيقي“. كما يعتبران أن الخوف هو استجابة نفسية تكيفية وسلوكية من الناحية البيولوجية تجاه خطر حقيقي، وبذلك يبحث الإنسان للقيام برد فعل مثل المواجهة أو الجمود أو الهروب (زيدنر و مايلوس، 2016، ص. 24).

ويوضح فرويد الفرق بين القلق والخوف قائلاً: «القلق يرتبط بالحالة ويتجاهلي 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 المفزعة لظاهرة البطالة في مجتمعاتنا العربية بما في ذلك المجتمع التونسي. فأزمة البطالة ما تتفاوت يوماً بعد يوم في ظل مشهد سياسي-اجتماعي واقتصادي متدهور مليء بالأزمات على جميع المستويات، وكذلك من خلال التحولات الديمغرافية التي غيرت هيكلة الهرم الديمغرافي في تونس، فأصبحت فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و34 سنة تمثل ما يقارب عن 1/3 السكان (33,2%) في سنة 2014، حسب ما أفاد به المعهد الوطني للإحصاء.

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

وتجدر الإشارة أيضاً في هذا النطاق إلى أن البطالة قد بلغت 25,5% من الشباب الناشطين، 32,5% لدى الشابات 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 العام». وتمثل 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 المادي أو النفسي بسبب التبعية المادية للعاطل ازاء الأسرة، وشعوره بالرفض من قبل المجتمع. والعاطلون عن العمل، لكي يحافظوا على الواجهة، يكتون المخاوف والشعور بالضيق والانزعاج فترتيد حالة القلق لديهم. (Plante 1984).

وفي نفس هذا الاتجاه ولكن في السياق التونسي، بينت الباحثة دنيا الرميلى (Dania Remili)، في مجرى أبحاثها بخصوص الانتحار لدى العاطلين عن العمل، أن هؤلاء يعيشون معاناة متعددة الأسباب باختلاف ظروفهم وبيئتهم وطبيعة شخصيتهم، ومدة بطالتهم، ... واستنتجت أن هناك فوارق بين الشباب في التعاطي مع أزمة البطالة. فالرغم من شعور الجميع بالقلق والتوتر والاكتئاب، إلا أن بعضهم يفتقر إلى القدرة على التكيف، وأخرون لا يستطيعون ذلك. وهو ما فسرته بحساسة شخصيتهم وافتقارهم لاستراتيجيات وأدوات (mécanismes) للدفاع النفسي، ناجعة ومتناهية للخروج من دائرة الاضطرابات النفسية. لذلك يلجأ عدد من هؤلاء إلى الانتحار، معتبرين أنه المخرج الوحيد للتخلص من معاناة لامتناهية. (Remili, 2016).

سنحاول إنما ومن خلال هذا البحث، التركيز على هذا المنهج الوظيفي في موضوع القلق من حيث مقارنة العاطلين عن العمل وغير العاطلين عن العمل (أوالمشتغلين منهم) بهدف تحديد الخصائص التي تشكل اختلافاً بين هاتين المجموعتين.

القلق «ال الطبيعي» و القلق «المرضي»

يوضح عالم النفس الشهير تشارلز دونالد سبيلبرجر (Spielberger) أنه إذا ارتفعت درجة القلق بدرجة كبيرة، يتعرض الفرد الذي يعاني منه من العديد من التأثيرات السلبية، والتي تظهر جلياً من خلال سلوكه الأدائي 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 ثلاثة سنوات متواصلة. وأفضى هذا البحث العلمي التجاري إلى أن أكثر من 20% من هؤلاء الطلبة قد وقع تصنيفهم كـ «فشليين» من الناحية الأكademie، حتى أنه تم فصلهم لهذا السبب عن المؤسسة الجامعية.²⁶

بينما بينت أبحاث أخرى أن القلق الذي يُقدر بدرجة ضئيلة، يمكن اعتباره دون ضرر على صحة الفرد. بل يذهب باحثون آخرون إلى القول إن هذه النسبة من القلق مطلوبة بل ومحبطة، مفسرين ذلك بأن للقلق وظيفة تكيفية لمكافحة مشاكل وصعوبات الحياة. وبالتالي فإن عدم الشعور اطلاقاً بالقلق من شأنه أن يدفع الإنسان إلى الالامبالاة أو التفاؤل المبالغ فيه الذي لا يجعله يتتبه للخطر المقدم عليه في المستقبل. (زيدنر ومايثوس، 2016، ص. 191).

2. منهجية البحث وبروتوكوله البحثي

تركز عملنا في البداية على تقييم مدى ترابط جزء مقياس (Spielberger): «حالة القلق» و«سمة القلق»، لدى الشباب المعنى 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 والوصفية التحليلي في تقديمها درسها واختبار فرضياتنا. وقمنا بتقييم مدى ترابط مستوى القلق ببعض المتغيرات: (الجنس، السن، الجهة، المستوى التعليمي...) وخاصة بمتغير النشاط الاقتصادي (وأساساً بين العاطلين عن العمل وبقية الفئات أو المشتغلين)، حتى يتسمى لنا فهم أعمق وأوضح للمعطيات المجمعة. وقد قمنا باختيار مقياس القلق (Spielberger) كأداة للبحث وسنعرض تفاصيل هذا المقياس في الجزء الخاص به.

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

وصف العينة

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

وتقسم العينة إلى مجموعتين:

- تكون المجموعة الأولى من العاطلين عن العمل
- وتقسم المجموعة الثانية من ثلات فئات من الشباب: يعمل أو مشتغل، غير ناشط، يدرس أو في تكوين

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

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

دامت مدة البحث 15 يوماً. حيث قام الباحثون الميدانيون باستجواب الشباب المشاركون في البحث، بعد أن تم تدريفهم على كيفية استعمال مقياس القلق.

توزيع العينة حسب الخصائص الاجتماعية والديمغرافية ومتغير النشاط الاقتصادي:

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

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

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

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

أداة البحث: استعمال مقياس سبييلبرجر (Spielberger) لتقدير القلق:

لقد قمنا باختيار هذا المقياس من ضمن العديد من المقياسات الأخرى المتوفرة بعدأخذ رأي هيئة الأدبيات العلمية للدراسة والنقاش مع عدة اختصاصيين في الطب النفسي للأطفال.

تمت ترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية (اللهجة التونسية) كما وقع اختياره 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 سبييلبرجر (Charles Donald Spielberger) بالتعاون مع كل من (Gorsuch, Lushene 1964). من أهم المقياسات النفسية التي تم استخدامها لتقدير القلق بصفة حصرية، دون خلطه بالاكتئاب على عكس المقياسات الأخرى. وقد وقع تصويره من طرف سبييلبرجر وزملائه وصياغته في عدة نماذج، يُعد النموذج «1-forme» أكثرها وأكثرها انتشاراً وتطبيقاً في البحوث على المستوى الدولي. وهو وبالتالي 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 الأصحاء أو المصابين باضطراب القلق بغاية تقييم شعورهم بالخوف والتوجس، وتقييم حدة أعراض القلق عند الشخص، وقياس الإحساس بالضغط والتوتر وتشخيص القلق «الحادي» و«طويل المدى» (Langevin & al., 2012).

ويتكون الاختبار من جزأين، ويضم كل جزء 20 سؤالاً:

يهدف الجزء الأول لقياس القلق كـ «حالة» (anxiété). أو بعبارة أوضح، يتترجم ما يشعر به الفرد بصفة واعية في ظرف معين. وتمثل 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 يجيب عنها الشخص باختيار واحد من 4 إمكانيات، تعبّر عن مستوى ما يشعر به حين استجابوه.

يهدف الجزء الثاني إلى قياس القلق كـ «سمة» (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 العُصبية وهذا النوع من القلق قد يكون في حالة الوعي أو حالة اللاوعي. ويكون الجزء الثاني من 20 سؤالاً يجيب عنها الشخص باختيار واحد من 4 إمكانيات، تعبّر 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:
«مطلقاً»: 1 نقطة؛ «أحياناً»: 2 نقاط؛ «غالباً»: 3 نقاط؛ «دائماً»: 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 معاذل أو أقل من 35 نقطة = درجة قلق ضعيفة جداً.
 - 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 جداً
 - يعتبر مستوى 39-40 نقطة الحد الفاصل عادةً بين القلق «ال الطبيعي» والقلق «المرضي»

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

كما أن من خصصيات المقياس أنه يتضمن أسئلة بسيطة وسريعة الفهم وتم الإجابة عنها بسهولة من قبل الشخص المستجوب، وأن مدة الاستجواب لا تتطلب وقتاً كبيراً إذ تتراوح عادةً بين 5 و10 دقائق لكل جزء منه. كذلك، تُمكن الإجابة عن أسئلة هذا المقياس بصورة فردية دون 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 كـ «شعور ثابت ومتجسد في شخصية الفرد».

• المعدل العام لمستوى القلق

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

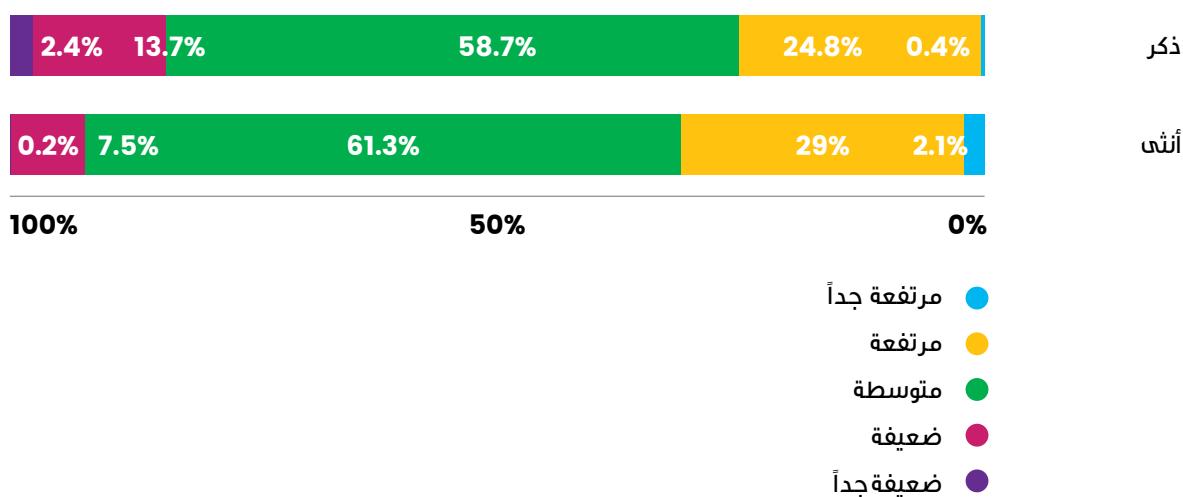
جدول: المعدلات العامة لمستويات حالة القلق وسمة القلق

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

• توزع العينة حسب درجات القلق

يجد تمركز متوسط مستوى القلق كـ «حالة» أو كـ «سمة» 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 يقترب أساساً بالاختلاف في نسب المنتهرين 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٪) مثلاً ما يبرز في الرسم البياني 1.

رسم بياني 1: توزع العينة حسب درجات القلق



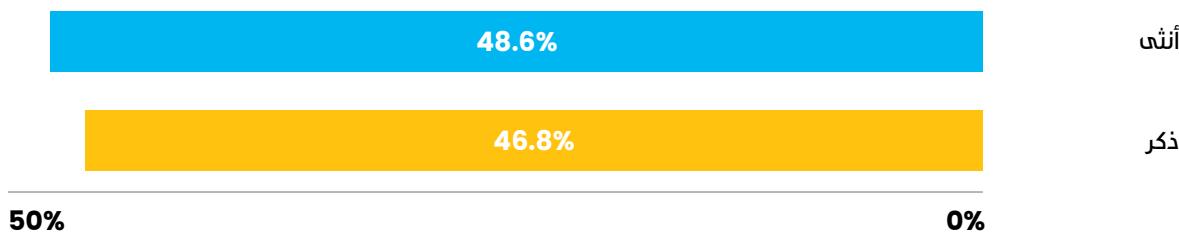
حالة القلق حسب الخصائص الاجتماعية - الديمغرافية:

• متغير الجنس:

معدلات حالة القلق حسب الجنس:

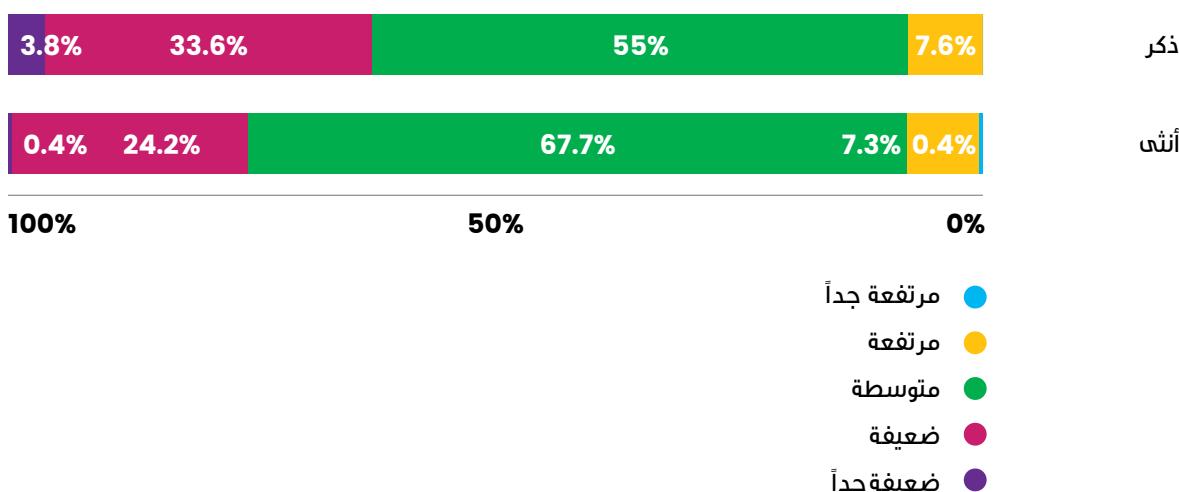
مثلاً ما يشير إليه الرسم البياني 2، يتقارب معدل حالة القلق في مجموع العينة بين الشباب والشبان ويتموّقعان في درجة قلق متوسطة، مع نزوع نحو معدل أعلى قليلاً لدى الإناث.

رسم بياني 2: معدل حالة القلق حسب الجنس



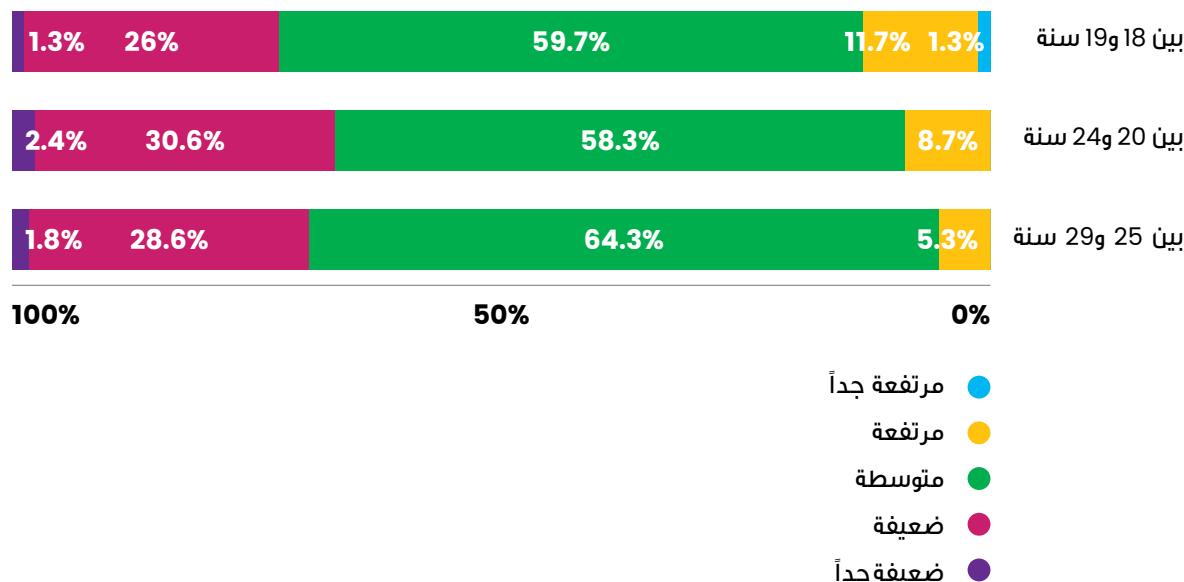
يبين الرسم البياني 3، أن نسب المصنفين في مستويات الدرجات المرتفعة والمرتفعة جداً من حالة القلق متقاربة، على عكس بقية الدرجات. فنسبة المصنفين في الدرجة المتوسطة، أرفع لدى الإناث (67,7٪ مقابل 55,0٪ لدى الذكور) مع بقاء الأغلبية لدى الجنسين مصنفة في هذه الدرجة. وبالمقابل، فإن نسبة المصنفين في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جداً 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.²⁷

رسم بياني 3: نسب درجات حالة القلق حسب الجنس



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

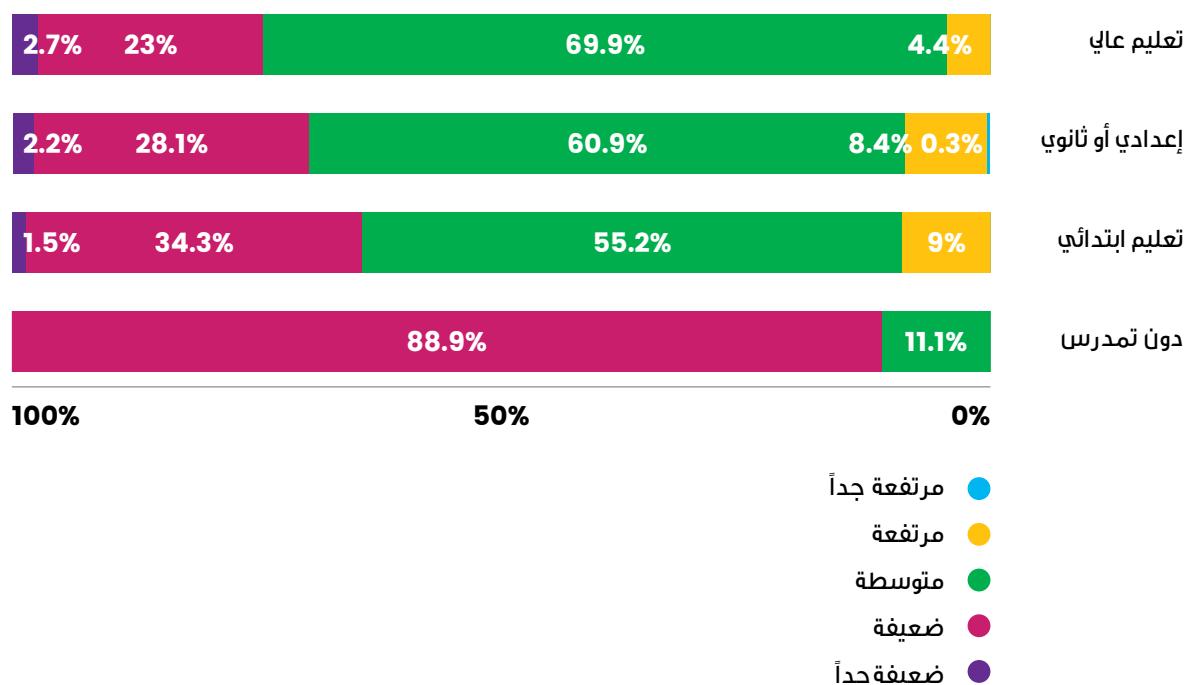
رسم بياني 4: نسب درجات حالة القلق حسب الشرائح العمرية للشباب



• متغير المستوى التعليمي (الرسم البياني 5):

بقطع النظر عن النتائج الخاصة بالأئميين التي صنفت معظمهم في مستوى الدرجة الضعيفة من حالة القلق بدلالة محدودة جداً لضعف عددهم في العينة (9 شباب)، يبقى أصحاب كل المستويات التعليمية الأخرى في أعلىتهم مصنفين في مستوى الدرجة المتوسطة مع نسبة أرفع كلما كان المستوى التعليمي أهم. لكن تتواء 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 (Chi-deux de Pearson) ($p < 0.05$).

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

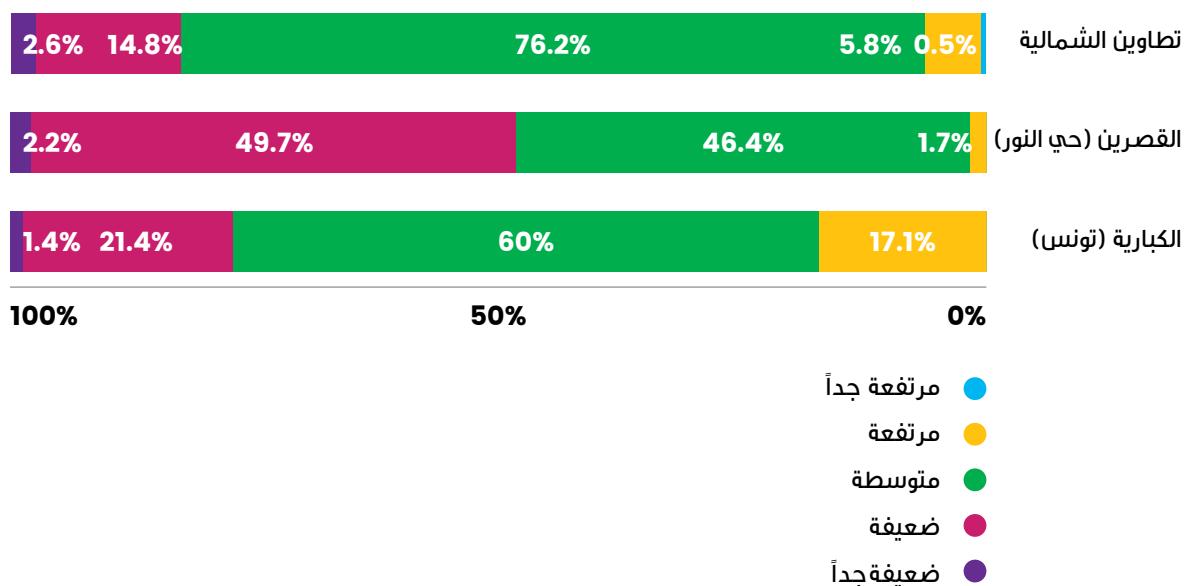


• متغير الجهة أو المنطقة (الرسم البياني 6):

تتميز نتائج نسب درجات حالة القلق حسب المناطق الثلاثة التي أجري فيها البحث، بفارق مهم غير متوقعة خاصة في مستوى حدتها، وهو ما تعكسه قوة الدالة الإحصائية²⁸ لهذه النتائج والتي تجعل هذه الاختلافات فارقة:

- تميز النتائج الخاصة بتطاوين الشمالية بت موقع أكثر من ثلاثة أرباع شبابها من العينة في الدرجة المتوسطة لمستوى حالة القلق، ومحدودية نسب المصنفين في درجات أدنى وأعلى.
- أما بالنسبة لمنطقة الكبارية في محيط العاصمة، فتشد الانتباه النسبة العامة للشباب المصنف في الدرجة المرتفعة لمستوى حالة القلق (17,1%). وهي نسبة ليست فقط أعلى بوضوح من تلك المسجلة لدى شباب المنطقتين الآخريتين، 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 الفصرين الشماليين لا تقل أهمية إن لم تكون الأهم، فهي فريدة في البحث مهما كان المتغير، إذ أنها الفئة الشبابية الوحيدة التي تتموقع فيها الأغلبية في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جداً من حالة القلق، مع نسبة متناهية الضعف (1,7%) ومن أظهر اختبارهم درجة مرتفعة أو مرتفعة جداً من حالة القلق.

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

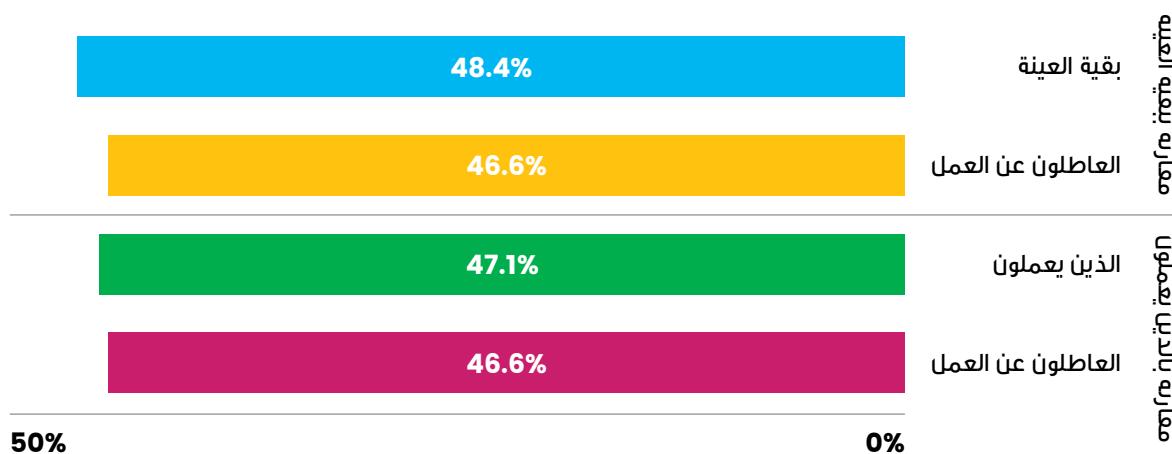


حالة القلق حسب متغير النشاط الاقتصادي

• 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 المنتتمين 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

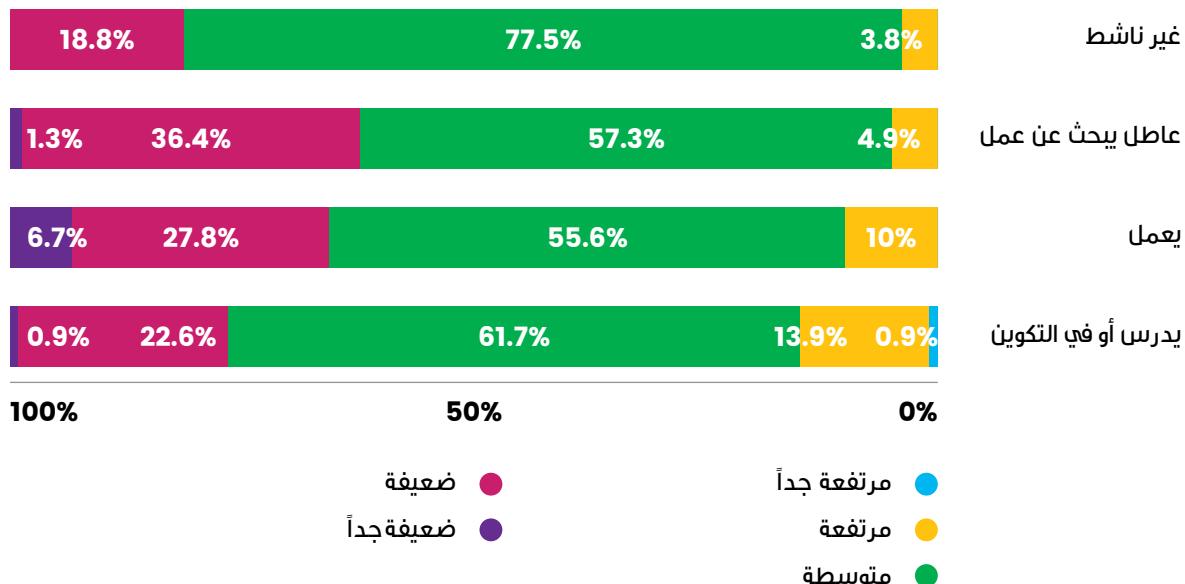


• نسب درجات حالة القلق في مختلف مجموعات العينة حسب متغير النشاط الاقتصادي

في كافة المجموعات حسب طبيعة النشاط الاقتصادي (عاطلون عن العمل، مشتغلون / 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 بقية المجموعات (بين ٪.55,6 و ٪.61,7). أما نسب الذين يصنفون في درجة مرتفعة أو مرتفعة جداً حالة 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). وتميز نسبة هامة من العاطلين عن العمل (٪.37,7) وكذلك الذين يعملون (٪.34,5) بالتمرکز 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



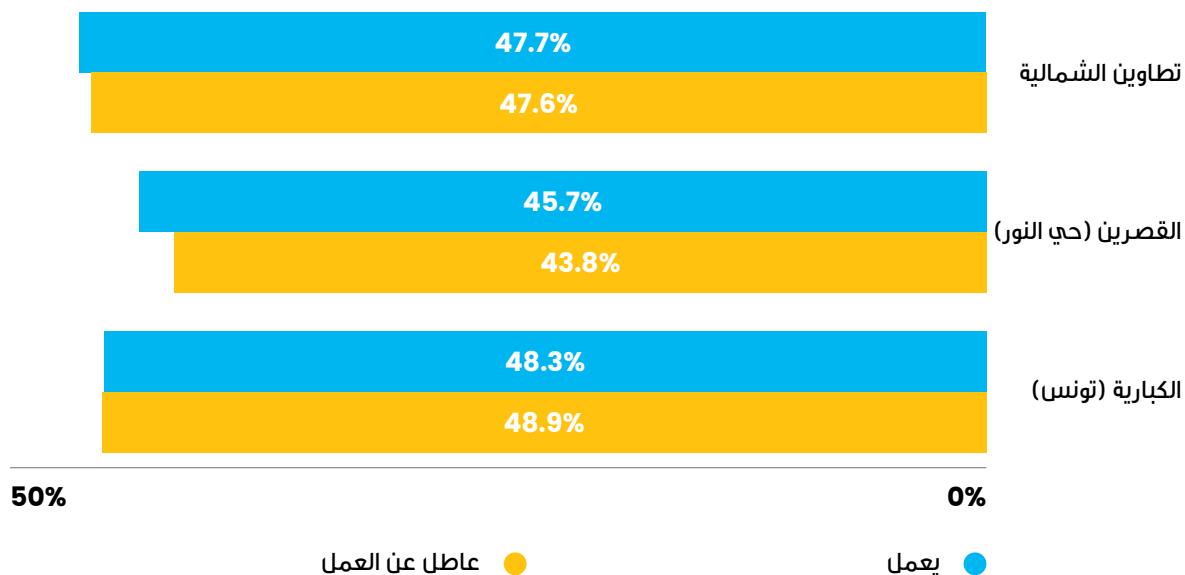
• مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجهة

مع تصنيف مختلف المعدلات في الدرجة المتوسطة لحالة القلق وتقاربها نسبيا، فإن بعض الخصوصيات تجلب الانتباه إليها:

- معدلات مستوى حالة القلق لدى العاملين وخاصة العاطلين عن العمل بحي النور في القصرين أدنى نسبيا من نظرائهم بالكبارية وتطاوين الشمالية.
- معدلات مستوى حالة القلق بين العاطلين والعاملين شبه متساوية في تطاوين، ومتقاربة مع نزوع إلى مستوى أرفع قليلا لدى العاطلين في الكبارية.

لكن بحي النور في القصرين، معدل مستوى حالة القلق أقل لدى العاطلين عن العمل مقارنة بالعاملين. ليس ذلك فقط، بل أن المعدل لدى العاطلين عن العمل يتموضع في الدرجة الضعيفة لمستوى حالة القلق وهي حالة فريدة بين مختلف المعدلات في هذا البحث. غير أنه يجدر تتبيل هاته النتيجة باعتبار أن المعدل يبقى محاذيا للحد الأقصى من الدرجة الضعيفة وهو خاصية أعلى من مستوى 40 نقطة الذي يعتبر حدا فاصلا بين القلق الطبيعي والقلق المرضي

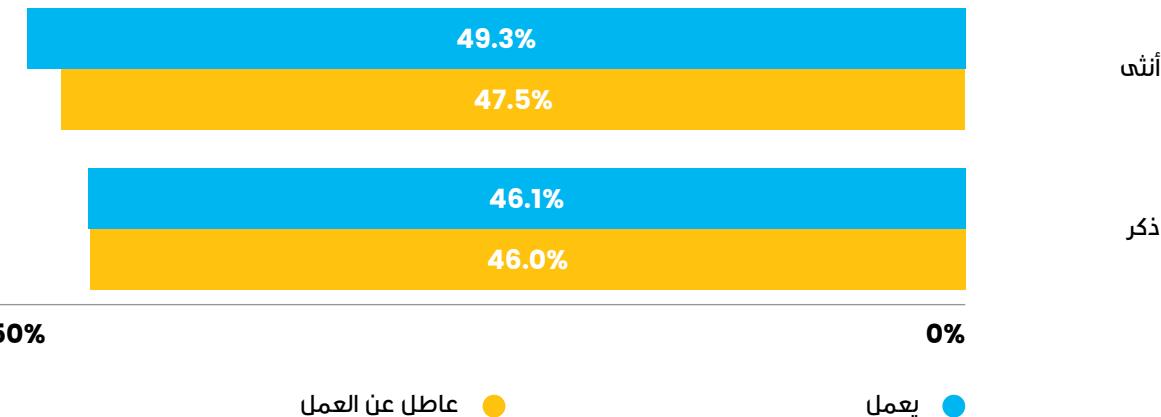
رسم بياني 9: مقارنة مستوى حالة القلق بين العاملين والعاطلين عن العمل حسب الجهة



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

لدى الذكور، يمكن اعتبار معدل مستوى حالة القلق متساوياً بين العاطلين عن العمل والعاملين، وهي معدلات أقل نسبياً مما هي لدى الإناث وخاصة العاملات منهن اللاتي لهن معدل أعلى قليلاً من المعدل لدى العاطلات عن العمل.

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



4. النقاش

«أكثر ما يزعجي حقيقة، في فترة البطالة هو الضغط النفسي الذي ينتابني في كثير من الأحيان، والذي لا يمكنني إيجاد حلول له، (...). وبالتالي التفكير في الوضعية التي أعيشها يجعلنيأشعر بالاكتئاب، أذ غالباً ما تتوتر أحصائي وأشعر بالقلق، وحتى أجي أصبح عدوانياً مع الناس أحياناً، وهو شعور يفوق طاقة تحمله، مع العلم أجي 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: «مروحة بين النظري والمستخلص من التجربة الجماعية (empirique)»:

إن الطبيعة المعقدة للقلق، سواء من ناحية تصنيفه «بالمفید أو الضار»، أو «بالمؤقت أو «طويل المدى»، أو كذلك من كيفية تقييمه من خلال تحديد النسبة التي تجعل منه «عادياً» أو «مَرْضِيَاً...» أو بسبب تعدد مظاهره، أو بحكم ارتباطه الوثيق وتشابهه الكبير مع اضطرابات نفسية أخرى، يجعل منه موضوعاً شائكاً. وبالتالي 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 «أميريقي» (empirique) وكذلك بين ما استخلصناه من نتائج محورية في البحث وما رصدناه في بحوث أخرى.

تجدر 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 تحفيه هذه الأرقام من عوامل مختلفة ومتعددة ومتشعبه في علاقتها ببعضها البعض، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الشخصية للفرد وتصوراته، وكذلك البيئة والسياق الذي ينتمي إليه. فكل هذه العوامل، من شأنها أن تخفف أو تزيد من هذا المكون النفسي (القلق) وبالتالي تحديد ما إذا كانت وظيفته «طبيعية» أو «مَرْضِيَّة».

(2003 ,Rachman).

• حالة القلق وسمة القلق: بين المعطيات الإحصائية دلالاتها 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 المتميّزون بهذا النوع من القلق عادةً ما يكون لديهم مستوى مرتفع لسمة القلق.

أما حالة القلق فهي بالأساس مجموعة من المنشاعر والانفعالات الوجданية المؤقتة، والتي تتجلى من خلال التوتر الجسمي والعصبي، ويكون هذا القلق متأثراً بالضغط والتهديدات الخارجية. على سبيل المثال، القيام بخطاب أمام مجموعة من الأفراد، يمكن أن يولّد الشعور بالقلق نتيجة التوجس من الانتقاد ونظرية الناس التقييمية السلبية.

تعتبر حالة القلق مرتبطة بالشخصية وبالتالي سمة القلق. ويوضح (سييلبرجر) في نفس المعنى أن الإنسان ذات سمة قلق مرتفعة، تكون لديه غالباً حالة قلق شديدة، ولكن حينما يكون الفرد أكثر صلابة في شخصيته، وينكيف بطريقة فعالة مع التهديد الخارجي، تكون حالة القلق لديه معتدلة. كما أن الأفراد ذوي سمة قلق مرتفعة، غير معرضين دائماً لحالة القلق، وسيشعرون وبالتالي بكثير من الهدوء في وضعيات الاسترخاء. (زيذر و مايروس، 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 المشاركون في البحث كان مرتفعاً قليلاً مقارنة بمعدل حالة القلق (47,65 نقطة). ويمكن تفسير ذلك، بحسب نظرية (سييلبرجر)، بأن جزء من الشباب مرتفعي سمة القلق يظهرون وقت الإجابة عن أسئلة المقياس، حالة قلق بدرجات أكثر انخفاضاً، وهو ما وجدهما في بحثنا. فأكثر من نصف الشباب مرتفعون مرتفعون سمة القلق، أظهروا وقت الإجابة عن أسئلة المقياس، حالة قلق بدرجات أكثر انخفاضاً 7,7٪ فقط من شباب العينة أظهروا «حالة» قلق بدرجة مرتفعة جداً (0,2٪)، أو مرتفعة جداً (7,5٪)، 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 استشارة سلبية أو شعور بالتوتر في السياق المكاني والزماني وقت إجابتهم عن أسئلة المقياس.

كما أنه من الضروري التذكير بأن معدلات المقياس بجزأيه (حالة وسمة)، تمركزت في الدرجة المتوسطة، حسب طريقة الاحتساب المحددة بالمقياس، أي بين 46 و55 نقطة. على هذا الأساس، يمكن القول أن القلق يمثل مشكلة صحية نفسياً يستوجب الانتباه له وإياعه الأهمية والعناية الازمتن، من خلال وضع إستراتيجيات وقائية وتحسисية وعلاجية جادة وفعالة لدى الشباب بمختلف فئاته.

علاقة القلق بالمتغيرات الاجتماعية-الديمغرافية:

• الفروق العمرية وحالة القلق:

في نطاق تقييم علاقة السن بالقلق لدى العاطلين عن العمل، يمكن أن ننطر 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 تتوافق سوية نسبياً جداً في هذا الاتجاه، من خلال بلوغ نسبة المصنفين في درجة متوسطة من حالة القلق 64,3٪ من الشباب المنتسب لهذه الشريحة وهي النسبة الأرفع مقارنة بشرائح الأعمار الأدنى، علمًا وأن الدرجة المتوسطة تعتبر مرضية. 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 29-25 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 واستياقية مخاطر الوقوع في أزمة البطالة...

• متغير الجنس وحالة القلق:

إن ربط القلق بأحد المتغيرات الاجتماعية-الديمغرافية، مثل الجنس وخاصة لدى العاطلين عن العمل من الشباب، يعتبر أمراً شائكاً، لعدة اعتبارات.

كنا نتوقع أن نجد حالة قلق عالية لدى الإناث مقارنة بالذكور وخاصة منها العاطلات عن العمل. وتسند 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 جداً مقارنة بالنسبة المسجلة على المستوى الوطني، إذ بلغت 25,64٪، أي ما ينافر 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 ثَبَّتَ هذه الفرضية لكن بصفة غير كاملة، إذ بينت نتائجه، أن معدل حالة القلق كان عموماً أكثر ارتفاعاً ولو نسبياً لدى الشباب (48,6 نقطة) مقارنة بالشبان (46,8 نقطة)، لكن الارتفاع كان أوضح لدى الشابات الالتي يعملن (49,3 نقطة) مقارنة بالشبان الذين يعملون (46 نقطة) مما هي عليه بين الشابات العاطلات عن العمل لدى الشباب (46 نقطة) بالشبان العاطلين عن العمل (46 نقطة). وهكذا في حين يتساوى معدلاً الذين يعملون والعاطلين عن العمل لدى الشباب (49,3 نقطة) يفوق معدلُ الالتي يعملن (47,5 نقطة).

• متغير المستوى التعليمي وعلاقته بالقلق:

بقطع النظر عن النتائج الخاصة بالأميين المتميّزين بعدهم المحدود في العينة والتي لا تتجاوز 9 من الشباب (صنف أحدهم في الدرجة المتوسطة من حالة القلق والبعيدة في الدرجة الضعيفة)، يمكن استناداً إلى وجود دلالة إحصائية لنتائج البحث حول توزيع المستوى التعليمي لدى الشباب ومدى ارتباطه بمستوى حالة القلق، اعتبار أن نسبة المصنفين ضمن درجة متوسطة حالة القلق تمثل الأغلبية في مختلف المستويات التعليمية وتتطور في نفس اتجاه ارتفاع المستوى التعليمي للشباب وذلك تدريجياً من المستوى التعليمي الابتدائي (55,2٪) إلى المستوى التعليمي الإعدادي أو الثانوي (60,9٪) ثم بصفة أسرع وأكثروضوحاً وصولاً إلى مستوى التعليم العالي (69,9٪).

في نفس الوقت، يثير الاهتمام أن النسب تتطور في الاتجاه المعاكس لتطور المستوى التعليمي عندما يتعلق الأمر بالدرجات الأخرى من حالة القلق. ففي الدرجات الأعلى (المرتفعة أو المرتفعة جداً) 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 جداً)، فكان انخفاض النسبة بوتيرة شبه قارة من المستوى التعليمي الابتدائي (35,8٪) فإعدادي والثانوي (30,3٪) إلى العالي (25,7٪).

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

فيخصوص الشباب الذين لا زالوا يدرسون أو في طور تكوين ولديهم مستوى تعليمي ابتدائي أو ثانوي فالقلق لديهم مرتبط أساساً بالخوف من الفشل في الاختبارات والرسوب وعدم مواصلة التعليم... وهو ما يسميه (زيدنر) بـ«قلق الاختبار» (Zeidner, 1998). ويعتبر هذا النوع من القلق «طبيعيًا» بل محفزاً بالنسبة للطالب (أو التلميذ) ويلقى فيه روح التنافس ومحاولة كسب التحديات في النجاح. ولكن، يقول هذا الباحث، عندما تنسى 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 نوعا آخر من القلق، والذي يكون عادة متعلقا بالمخاوف من البطالة وعدم تحقيق طموحاتهم بعد كل العناء الذي تحملوه للوصول لذاك المستوى. ولعل ما نعيشه اليوم من خلال الاحتجاجات من قبل أصحاب الشهائد العليا، ما هو الا مثال لما يعيشه هؤلاء الشباب من توتر وقلق وإحباط وخوف من مستقبل مجدهم لا ينتهي بالتفاؤل. أما انخفاض نسب المصنفين منهم في درجة مرتفعة من مقياس حالة القلق، رغم ما يعيشونه، مقارنة بنسبي مهنهم أقل مستوى تعليميا، فمرده أن هؤلاء الشباب قد بلغوا النضج الفكري والمعرفي الذي يجعلهم يسيطرون على هذا القلق. كما انهم يتميزون باستراتيجيات دفاعية نفسية قوية وناجحة تجعلهم أكثر تكيفا من الفئات الأخرى. وفي نفس هذا الاتجاه، فقد أثبتت دراسة (رميلي)، بخصوص الاستراتيجيات الدفاعية لدى العاطلين عن العمل من ذوي أصحاب الشهائد العليا في علاقتهم بالانتحار، نفس هذه النتيجة، حيث أن هذه الفئة لا تلتزم عادة للانتحار لأنها تحاول توظيف قلقها ومعاناتها النفسية باللجوء إلى وسائل واستراتيجيات عقلانية موضوعية ومترنة، مما يخفف من حدة الاضطراب النفسي لديها. (Remili, 2016).

• متغير التوزيع الجغرافي للشباب على مستوى الجهات الثلاثة وعلاقته بالقلق

يشمل البحث عينات شبابية ممثلة لـ 3 مناطق من المحيط المباشر لمراكز 3 ولايات متنوعة على مستوى التوزيع الجغرافي: الكبارية إحدى المناطق الشعبية المهيكلة للعاصمة؛ هي النور أحد الأحياء الشعبية بمعتمدية القصرين الشمالية مركز ولاية القصرين الحدودية بالوسط الغربي للبلاد وإحدى أكثر الولايات فقرًا؛ 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 فسنسجل أعلى المستويات في معتمدية تطاوين الشمالية المتميزة بمستوى بطالة أكثر ارتفاعا، باعتبار أنها نفترض أن البطالة عامل حاسم في مستوى حالة القلق، وكذلك القصرين حيث يجتمع مستوى بطالة هام مع فقر شبهه قياسي. واستندنا في انتظاراتنا على بحوث سابقة كانت قد تناولت بالدرس موضوع «الشباب المهمش» في بعض المناطق الداخلية والاحياء الشعبية التي تعاني التفاوت المجالي والاجتماعي وعدم توفر نفس الحظوظ في التعليم والتشغيل والتنمية (بن زينة وزملاوة، 2018).

وخلافا 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 خصوصا وأن نسب درجات القلق لدى شباب العينة في النور صنفت الأغلبية (بقطاع النظر عن وضعهم الاقتصادي) في درجة حالة قلق ضعيفة أو ضعيفة جدا، وهي نتيجة فريدة في بحثنا باعتبار أن كافة النتائج الأخرى المتعلقة بتوزيع النسب حسب مختلف المتغيرات الاجتماعية أو демografie أو متغير النشاط الاقتصادي صنفت دائمًا 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، أعطيت نتائج البحث بالنسبة إلى شباب في النور بالقصرين الشمالية معدلاً أكثر انخفاضا لدى العاطلين عن العمل (43,8 نقطة) مقارنة بالذين يعملون (45,7 نقطة)، أما لدى شباب الكبارية فال معدل أرفع عموما مع شبه تساوي بين العاطلين عن العمل (47,6 نقطة) والذين يعملون (47,7 نقطة)، في حين ينزع المعدل لدى شباب الكبارية من ولاية تونس إلى مستوى أكثر ارتفاعا لدى العاطلين عن العمل (48,9 نقطة) مقارنة بالذين يعملون (48,3 نقطة).

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

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

وقد أفرزت النتائج أن البطالة أهم المخاطر التي تهدد هؤلاء الشباب في المناطق الثلاث مع اختلافات كمية بين شباب طاوين الشمالية (62,4٪ منهم يعتبرونها أول خطر يهددهم)، في حين أنها كانت بنسبة متساوية (40٪) أول خطر يرى شباب كل من القصرين ودورا هيسير، حسب متابعته.

إلى جانب البطالة توجد ظواهر أخرى وازنة في نسبة الشباب الذي يتمثلها بأول خطر يهددهم: يحتل الإدمان المرتبة الثانية في المخاطر التي تمدد الشباب حسب تصريحاتهم بنسبة 27,6٪ منهم في القصرين الشمالية، تليها دورا هيسير بمحيط العاصمة (26,1٪)، ثم طاوين الشمالية (18,4٪).

ثم تأتي في المرتبة الثالثة مخاطر مختلفة حسب المناطق: خطر الإرهاب بالنسبة لشباب القصرين الشمالية (18,1٪)، وخطر الإجرام بالنسبة لشباب دورا هيسير (14,2٪)، وخطر الهجرة الغير نظامية «الحرقة»، بالنسبة لشباب طاوين الشمالية (12,4٪) (منظمة إنترناشونال أرت ، 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 تمثلات شبابها. وبالرغم من أن البطالة تبقى أول خطر يهدد الشباب فينظر أكثر نسبة من شباب مختلف المناطق ولو بتفاوت، فإن بقية المخاطر تمثل أول خطر لنسب هامة منهم وتهديدات واقعية من شأنها أن تعمق المخاوف و بالتالي ان تثير الشعور بالقلق أو تعمقه لدى هؤلاء الشباب، كل حسب خصائصه 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 يمترج 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 متاثراً بين الحين والآخر، بعوامل خارجية تارة سلبية وتارة إيجابية.

حسب الدراسة الحالية، وبعد استخراج النتائج التي أفرزها مقياس (سيبيلبرجر) 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 سبيبلرجر 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 أيضاً بالمجموعة الثانية والتي تضم أيضاً فئة العاملين (أو المشتغلين)، وكذلك غيرهم من الفئات الأخرى: غير الناشطين ومن عازوا في مرحلة الدراسة أو التكوين. وسنحاول هنا القاء الضوء على بعض خصائص هذه الفئات من الشباب، والتعمق في أسباب القلق لديها.

فيالرجوع الى 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 أثبتت في اتجاه معاكس سواء في مستوى معدلات حالة القلق أو في مستوى نسب من أظهروا درجة متوسطة وخاصة المصنفة بالمرتفعة من حالة القلق. وهي تُعد في حد ذاتها نتيجة هامة وجوهية 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 متعددة تدعو الى 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 يعاني منها هؤلاء: القلق والتوتر جراء الخوف من مستقبل غامض ومحظوظ وكذلك العيش في تبعية مادية للعائلة، مما ينجر عنه فقدان الاستقرار العاطفي وبالتالي صعوبة تحصيل مسكن وتكون إسرة. ونذكر هنا ما قاله Vandecasteele, & Lefebvre (Vandecasteele, & Lefebvre), من خلال مقالهما تحت عنوان «من الهشاشة إلى كسر الروابط الاجتماعية: المنهج السرييري للأثار النفسية الناتجة عن انعدام الأمان وعملية الاستبعاد الاجتماعي»، والذي قدم فيه الباحثان تحليلًا نفسيًا حول المعاناة المنتشرة، لدى الأفراد الذين يقال أنهم «فقراء» أو «في حالة هشاشة» من الناحية الاجتماعية والمهنية مثل (العاطلين عن العمل لفترة طويلة، والشباب الذين ليس لديهم مؤهلات مهنية...). يجعلهم عرضة للمعاناة و خاصة في المواقف المحفوفة بالمخاطر أو في عملية الاستبعاد الاجتماعي، وبالتالي هم يستحقون الدعم والمتابعة النفسية والاجتماعية. ويضيف الباحثان أن هذه المعاناة، تختلف أشكالها السرييرية وهي بأساس ناتجة عن مشاكل اجتماعية متعددة، مثل خسارة شغل أو عدم الحصول على عمل أو التعليم أو السكن، أو الترفيه أو المساعدة الاجتماعية أو هيكل الرعاية. وهذا ما يؤدي بالطبع بعض الأفراد إلى عدم الاستقرار والذي يتکيف 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 الشبان العاطلين عن العمل، تدفعهم إلى الواقع في شباك الاحتياط بعد ما أدركوا أنهم يعيشون في سراب فتتحول أحالمهم 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 وافق التنمية في الواقع 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 الشبان 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 المشتغل بهما كان مجال عملهم، أظهروا حالة قلق في درجة متوسطة بل حتى مرتفعة 10% منهم (وهي نسبة أعلى من النسبة العامة المسجلة لدى مجمل 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. اذ من خلال العديد من الدراسات التي قامت بها إدارة البحث والدراسات والإحصاء في فرنسا (Dares)²⁹ في عام 2010، توصلت إلى تحديد مجموعة من العوامل المندرج ضمن هذه المخاطر النفسية الاجتماعية «والتي يتعرض لها العاملون بحسب مقاومته، 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. اذ تمثل هذه المخاوف « Ubue عاطفياً» غالباً ما يتم كبه أو محاولة ضبطه من قبل العاملين. كما قدمت هذه البحوث، جملة من العوامل التي من شأنها أن تسبب في تفاقم هذه المخاطر مثل طبيعة العلاقات المهنية التي تفتقر للتفاهم والتآزر بين العاملين فيما بينهم، أو مع رؤساء العمل وكذلك سوء التنظيم وتسخير العمل من قبل المسؤولين ... إلخ (Coutrot & Mermilliod, 2010).

²⁹ قسم إدارة البحوث والدراسات والإحصاء (Dares) هو إدارة عامة فرنسية مركبة تابعة لوزارة العمل. ينتج تحليلات ودراسات وإحصاءات حول موضوع العمل والتوظيف والتدريب المهني والحوال 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، تجبرهم 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 التشغيل، ومسؤوليات الأسرة، والضغط الذي يسببه ضيق الوقت (Remili, 2019).

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

• الشباب الذي يدرس أو في طور التكوين:

كثيراً ما نتصور أن الشباب الذي يدرس، هو فرد لم يدخل بعد في معترك الحياة ولم يواجهه بعد، ممّن هم في طور تكوين مهني أو حتى اصابة بعضهم بالاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

والنتائج التي توصلنا إليها في بحثنا تؤكد ما أثبتت في العديد من البحوث حول هذا الموضوع، من مجانية مثل هذه التصورات للصواب. وقد تعمق الاهتمام بالأمر حتى أن بعض التيارات النفسية، من وجهة نظر علم نفس النمو، تصنف نوع القلق لدى هؤلاء الشباب «بالقلق الأخباري» والذي وإن كان طبيعياً في العديد من الأحيان، بل مطلوباً، ويمكن اعتباره كحافظ ومصدر ضروري لتعزيز روح المنافسة الإيجابية بين المتعلمين، إلا أنه كثيراً ما يتتحول إلى اضطراب نفسي ويصبح مرضياً، ويؤثر بالتالي على الأداء المعرفي والسلوكي للفرد. ويقول زيدنر وماثيوس (Zeidner & Matthews) في هذا المعنى، أنه عندما تنسى شخصية الطالب بارتفاع في سمة القلق، غالباً ما ترتفع درجات القلق لدى الطلبة الذين يعانون من هذا النوع من القلق. (زيدنر وماثيوس، 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، كثيراً ما تثير استغراب المجتمع وتساؤلاتهم حول مواقف وسلوك المنتسبين إليها. ولمحاولة فهم وتحليل حالة القلق لديهم، يجدر في هذا الصدد التعريف بما هو مقصود بالشباب «الغير الناشط»؟

يجيبنا على هذا السؤال، الباحث في علم الاجتماع، م. ع. بن زينة زملاؤه، (2018)، من خلال ما شرحوه في هذا الموضوع قائلين، أن الشباب الغير الناشط هم أفراد «يتميرون بالعزلة والبقاء خارج دائرة التعليم والتكوين والعمل». ويستندون في تعريفهم لهذا على نظرية «روبير كينغ ميرتون» (1965)، والذي أبرز فيها وضعيات «الأنوميا» الناتجة من عدم تمكّن الأفراد من تحقيق الأهداف المحددة لهم من قبل المجتمع وعدم توفير الوسائل لديهم، مما ينبع عن ذلك «أنماط وظيفية» تتمحور حول خمسة أنواع من السلوك. ومن بين هذه السلوكيات، ذكر، «الانسحاب»، الذي يمكن أن ينطبق في تعريفه على جزء من فئة الشباب الغير الناشطين. إذ يتمثل هذا السلوك في أن «تخلّي الأفراد عن الأهداف، ويعزفون كذلك من خالله عن الوسائل». ويؤدي ذلك إلى حالة من الجمود عن الفعل الاجتماعي. (بن زينة وزملاوه، 2018).

وكأنّ هؤلاء الشباب، يمرون بمرحلة تشتت في التفكير والفعل. وسلوك «الانسحاب» لديهم، يخفي حالة نفسية أعمق مما تبدو عليه. فحالة العزوف والانعزال والجمود، توحّي بنفسية مضطربة وتصف حالة تشتت وضياع. 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» كردّة فعل وإن كانت غير فعالة وغير مجديّة، والتي ترمي من خالها ولو بصفة لا واعية، إلى محاولة التأسلم مع الواقع الذي تعيشه. فمن الضروري إذن التنبّه لهذه الفئة الهشة على جميع الأصعدة.

في حوصلة الأمر، يمكن الجزم أن القلق أصبح مكوناً نفسياً متواصلاً في شعور الشباب والشابات وانفعالاتهم وسلوكاتهم، وأن مختلف وضعياتهم وأنشطتهم الاقتصادية (يعمل/مشتغل، أو عاطلاً عن العمل، أو يدرس أو يتكون، أو حتى غير ناشط) أضحت حاملة لعوامل دافعة للقلق والخوف، تماماً مثلما أنه لم ترق أوساط الشباب والشبان 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 وأعمق أثرا سلبيا، في ظل غياب سياسات عمومية تتصدى لما آت إلهي مستويات القلق لدى الشباب وقاية وعلاجا.

الخاتمة

يمثل بلوغ القلق لدى الشباب مستويات جد عالية ناقوس خطر جدي للمسؤولين والفاعلين المعنيين، باعتبار القلق مؤشرا وجيهًا للصحة النفسية، وأن هاته المستويات ترتبط لاحظة بتطور لاضطرابات 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 المتدخلة والمعنية سواء في مستوى معالجة الأسباب أو النتائج، شأنها شأن الأولويات الصحية الأخرى، (الأمراض المستجدة والأمراض المزمنة وغيرها...).

فعلى ضوء ما أفرزته نتائج بحثنا هذا حول مستويات القلق لدى الشباب في إطار الدراسة المحررة من أنتراشونال أرت تونس حول موضوع الصحة النفسية لدى الشباب في ثلاث مناطق في تونس، واستنادا على المراجع العلمية في تونس والخارج، توصلنا إلى 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 بالمنتمين إلى جهة معينة، أو بأصحاب وضعية اجتماعية أو اقتصادية محددة أو بشريبة عمرية أو مستوى تعليمي ما.

فيإذا كان البحث أفضى عكس المتوقع إلى غياب ارتفاع ذي دلالة لمعدل مستوى القلق لدى العاطلين عن العمل مقارنة ببقية فئات الشباب من مشتغلين ودارسين وغير نشطين، فإن ذلك يعود إلى ارتفاع المعدل لدى هاته الفئات إلى مستوى يضاهي أو يفوق المعدل المسجل لدى العاطلين عن العمل. فال معدل العام لحالة القلق والمعدلات الخاصة بالعاطلين ومجموع بقية الفئات أو المشتغلين 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 المرضي المقدر بـ 40 نقطة من مقاييس سبيلبرجر (Spielberger).

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

وحتى على مستوى المناطق، فإن انفراد حي النور بالقصرين الشمالي بأغلبية في الدرجة الضعيفة أو الضعيفة جدا فإن معدل مستوى حالة القلق لدى المنتمين إليه من شباب العينة يفوق 45 نقطة أي أنه في مستوى الدرجة المتوسطة، كما أن المعدل الخاص بالعاطلين عن العمل من عينة الشباب المنتمين 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، «يُسمون» بدرجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من القلق، أي من الذين لديهم درجة مرتفعة أو مرتفعة جدا من القلق كـ«سمة» أي كصفة ثابتة نُشّعّرهم 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 الشباب والشابات وبالخصوص من المنتمين والمنتميات 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. وبال مقابل فإن نسبا هامة من فئات أخرى من الشباب تبقى متميزة بدرجة مرتفعة أو مرتفعة جداً من حالة القلق، ويتعلق الأمر خاصةً بالذين يدرسون أو يَكُونون (14,8%). وكذلك المشتغلين (10%) أو من تقلّ أعمارهم عن 20 سنة (14,8%) وبالأخص على ما يبدو بالمتخرجين إلى الأحياء الشعبية المحيطة بالعاصمة (17,1%).

أما بخصوص متغير الجنس فتشير نتائج البحث إلى تقارب في المعطيات المرقمة معبقاء بعض الفوارق في اتجاه معدلات أرفع قليلاً لدى الشباب ونسبة أكبر من المُصنّفات منهن ضمن الدرجة المتوسطة من حالة القلق مقارنة مع نسبة المُصنّفات ضمنها، لكن مع تساوي نسب المُصنّفات والمُصنّفات ضمن الدرجة المرتفعة أو المرتفعة جداً في مقاييس حالة القلق.

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

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 وتغيير المزاج الخ... أو ربطه بصفة أفقية بأمراض مزمنة أو جسدية. وإن كانت هذه المواقف جماعها هامة ولكن مقارنتها باتباع منهج أحدى البعض، والذي غالباً ما يكون كلينيكياً بحثاً، يجعلها محدودة في بعض جوانبها. كما يعتبر هذا البحث مميّزاً من العديد النواحي: مثل حجم العينة المدروسة والتي تعتبر عينة ممثلة للفئة المستهدفة. كما أن توجّه القائمين على الدراسة لاختيار فئة الشباب بصفة عامة مع التركيز على الشباب العاطل عن العمل بصفة خاصة في هذا البحث، كان ذات قيمة مضافة أكيدة لاعتبارات أوضحتها في هذه الورقة مع أنه 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 سسسيولوجيا الهوامش في تونس: دراسات في المناطق الحدودية والحياة الشعبية. تونس: دار محمد علي الحامي للنشر.

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

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

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

Zeidner, M., & Matthews, G. (2011). *L'anxiété*. New York, New York10036: 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

ألفة لملوم

محمد علي بن زينة

جوهر مزيد

تقديم

اولت منظمة إنترناشونال أرت منذ بداية نشاطها في تونس أهمية مركبة لمسألة التفاوت الاقتصادي والاجتماعي والمناطقية الذي عمقه سياسات التقشف وتراجع الدور الاجتماعي للدولة وسعت عبر عديد الدراسات الميدانية الكمية والنوعية التي اجزتها الى تفكير تجلياته وتحليل سيروراته واستقراء وقعه على سكان الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية.

ومن بين الفئات التي تحظى باهتمام خاص من قبل منظمتنا هم الشباب في الهوامش الحضرية وشبكة الحضرية وذلك لاعتبارات عديدة أهمها الوزن الديموغرافي لهذه الفئة. إذ يفوق عدد من تراوحت أعمارهم ما بين 15 و29 سنة المليونين ونصف المليون حسب تقديرات المعهد الوطني للإحصاء أي ما يمثل كتلة تقارب ربع جمالي السكان. أما السبب الثاني فيحيل الى الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للشباب الذي يشكل أحد أهم ضحايا هذا التهميش إن من حيث نسب البطالة والبطالة التي يعاني منها او انسداد آفاق الارقاء 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 قد صنتها إنترناشونال أرت - تونس لاستطلاع مسارات الشباب الاجتماعية وتمثلاته للمخاطر المحيطة به وتقديره للتعليم والخدمات الصحية وتعامله مع السلوكات المحفوفة بالمخاطر. واستكمالا لهذا الجهد البحثي اخترنا في هذه المرة أن نخصص دراسة ميدانية لواحدة من المسائل التي لا تلقى الاهتمام التي تستحقه في الكتابات والأدبيات المخصصة للشباب الا وهو موضوع الصحة، خاصة في شقها النفسي. وما يضافي قيمة كبيرة على هذا العمل انه أول دراسة ميدانية كمية حول الصحة النفسية للشباب في تونس تشمل ثلات مناطق في نفس الوقت.

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

يتعلق المحور الأول بالمحيط الاقتصادي- الاجتماعي للشباب حيث تقصى الاستماراة الخلفية العائلية للمستجيبين 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 الاستماراة لمسألة تمثلات الشباب لصحتهم العامة. تطرقنا في البداية إلى تصور المستجيبين لحالتهم الصحية الجسدية وحاولنا تبيان مدى انتشار الأمراض المزمنة عند أفراد العينة ووتيرة ترددتهم على هيكل الصحة العمومية. ولم ننس بطبعية الحال آثار الأزمة الوبائية الراهنة ثم ركزنا بشكل كبير على الصحة النفسية للشباب مساهمة منا في ملء الفراغ الكبير المتعلق بدراسة هذه المسألة، وذلك عبر تحليل إدراك الشباب المستجيبين للمشاكل والأمراض النفسية وتقسي مدى تعرضهم لها وكيفية تفاعلهم معها وتقدير معارفهم في مختلف جوانب الأضطرابات/المشاكل/الصعوبات النفسية.

أما المحور الثالث فيعالج مسألة استهلاك المخدرات والإدمان عليها ويستطلع تمثلات الشباب للعقوبات القانونية للاستهلاك ويسقصي معرفتهم للحلول التي قد تساعدهم في معالجة الإدمان وإمكانياتهم 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 أيضاً تمثلات الشباب لمشروعية العنف الممارس ضد النساء والأطفال.

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

وعينا من فريق البحث بأن الشباب ليس كتلة مجنسة تماماً وإن هناك فروقات هامة تحددها عدة عوامل منها المسارات الخاصة وكذلك الظروف الاقتصادية- الاجتماعية والعلاقية 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 الشبان في تقنيات تعمير الاستمارات باستعمال الحواسيب اللوحية (tablettes). كما تم تكوين فريق من المشرفين لمراقبة ودعم الباحثين الميدانيين الذين توزعوا على مجموعات صغيرة تناسب في تركيبتها مع الخارطة الديمغرافية لكل منطقة بغية تغطيتها بشكل كامل. وسعياً منه إلى ضمان جودة ومصداقية عملية جمع البيانات رافق فريق الباحثين المشرفين على الدراسة عملية تعمير الاستمارات بشكل حيني عبر الانترنت.

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

ثم قام فريق البحث باحتساب، وترتيب ومراجعة النتائج وتحليلها.

أ. خصائص العينة وتوزيعها حسب المتغيرات الأساسية

الممثلة لشباب المناطق الثلاثة (متغيرات المراقبة)

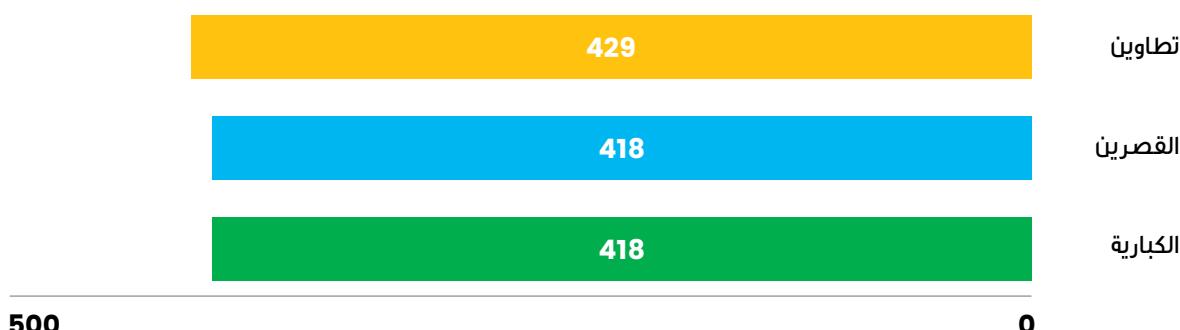
أجريت الدراسة في ثلاثة مناطق: تطاوين الشمالية من ولاية تطاوين الواقعة أقصى جنوب البلاد، وهي النور بمعتمدية القصرين الشمالية من ولاية القصرين الواقعة في الوسط الغربي للبلاد على الحدود مع الجزائر، والكبارية أحد الأحياء الشعبية لولاية تونس عاصمة البلاد الواقعة في الشمال على الساحل الشرقي.

وقدت برمجة عينة تشمل 1224 شاباً سنهما بين 18 و 29 سنة، بالتساوي بين 3 عينات فرعية تغطي المناطق الثلاثة، يقع اختيارها حسب طريقة الحصة 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، اعتماداً على نتائج آخر تعداد عام للسكان والمساكن (سنة 2014).

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

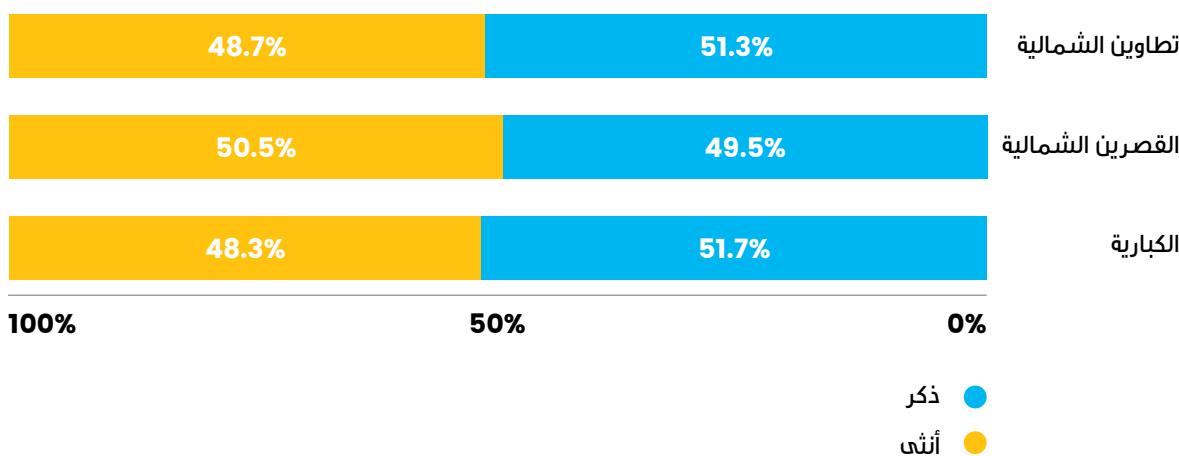
1.1 توزيع العينة حسب المنطقة

الترفيع قليلاً في حجم العينة النهائي حتى يتم مسح كامل الفئات المعنية أدى إلى تفاوت طفيف جداً في حجم عينة شباب تطاوين مع عينتي شباب المنطقتين الآخرين



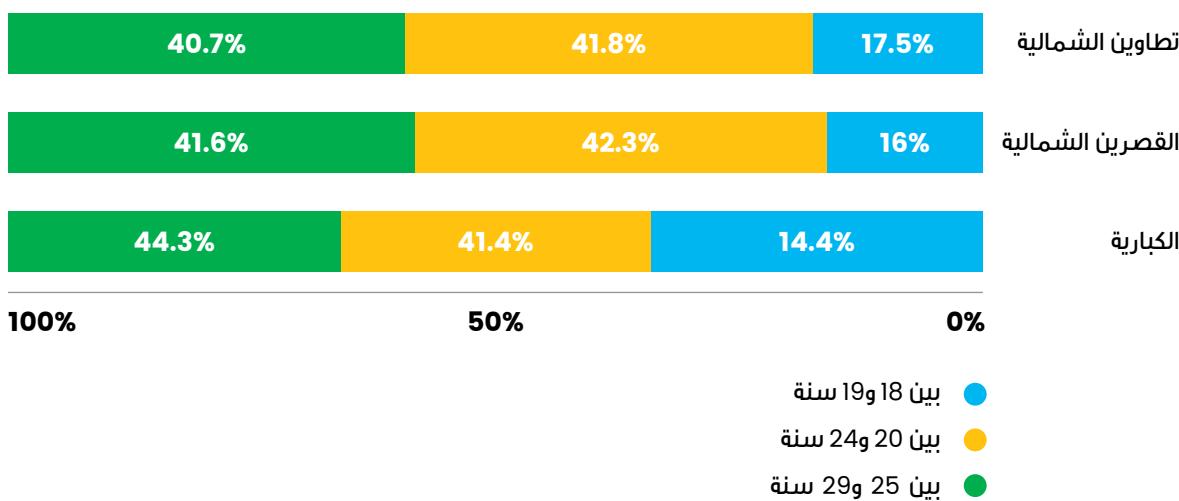
2.1 توزيع العينة حسب الجنس (والمنطقة)

فيما يخص متغير الجنس، كانت العينات الفعلية قريبة جداً مما هو مبرم مع فارق محدود بالنسبة إلى عينة تطاوين التي كان من المفترض أن تكون فيها نسبة الإناث 50,2%.



3.1 توزيع العينة حسب السن (والمنطقة)

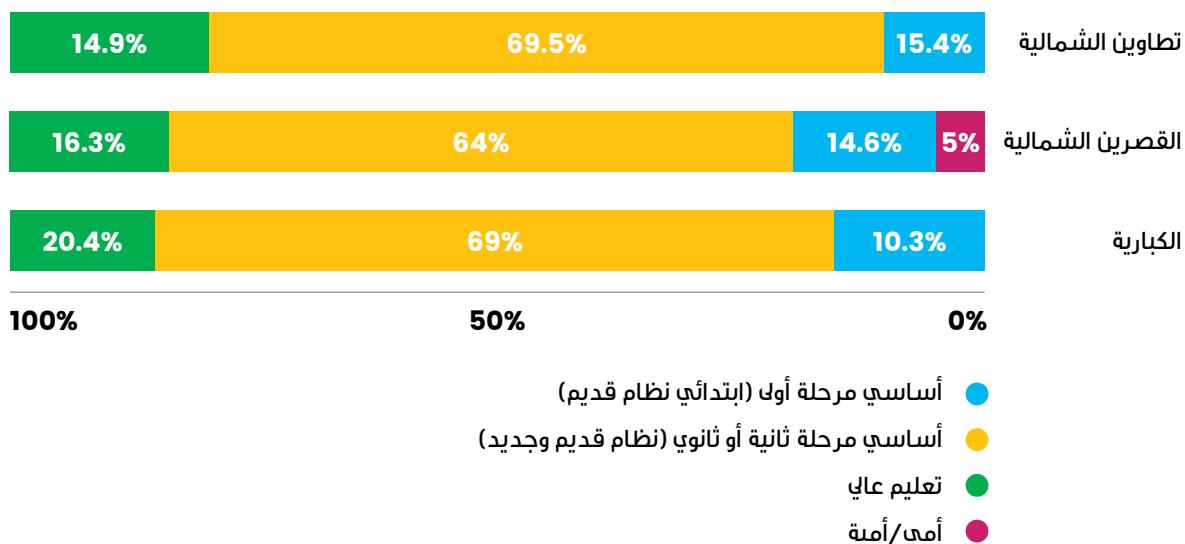
تتوزع العينة على ثلاث فئات عمرية بمستويات متناسبة مع خصيـات المجتمعـات الأصلـية في كل منـطقة. طبعـا فـئة 18-29 سنة هي الأضعف حـضورـا بـنـسـبـة تـقـلـعـنـ 20% نـظـرـا لـأـنـهـاـ تـشـمـلـ سـنـتـيـنـ فـقـطـ، فيـمـاـ تـقـارـبـ نـسـبـةـ فـئـتـيـ 20-24ـ وـ 24-25ـ سنـةـ بـشـكـلـ كـبـيرـ سـوـاءـ فيـ نـفـسـ الـمـنـطـقـةـ أوـ مـقـارـنـةـ بـيـنـ الـمـنـاطـقـ الـلـلـاـثـ.



4.1 توزيع العينة حسب المستوى التعليمي (والمنطقة)

يبـينـ تـوزـعـ العـيـنةـ حـسـبـ الـمـسـتـوـ الـتـعـلـيمـيـ تقـارـبـاـ كـبـيرـاـ فـيـ النـسـبـةـ بـمـنـاسـبـةـ الـمـجـتمـعـاتـ الـأـصـلـيـةـ فـيـ كـلـ مـنـطـقـةـ باـسـتـثـانـهـ الـحـصـولـ علىـ نـسـبـةـ أـمـيـنـ أـقـلـ مـنـ حـوـاـيـ 3% الـمـطـلـوـبـةـ فـيـ كـلـ مـنـ الـكـبـارـيـةـ وـ تـطاـوـيـنـ.

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 تعليمياً فنسبة الذين لم يتجاوزوا المرحلة الابتدائية لا تفوق 10 % في حين ان الذين وصلوا إلى مرحلة التعليم العالى يمثلون خمس العينة. هذه النسب منطقية نظراً لموقع حي الكبارية: وسط مديني توفر فيه المدارس ومعاهد القرية نسبياً من السكان، ومتاخم للعاصمة واقطابها الجامعية. في المقابل تظهر القصرين الشماليه أقل حظاً بكثير، فهي تتفرد بنسبة أممية تعتبر مرتفعة وتؤكد إشكالية الولوج للمدرسة لعدد غير هين من الأطفال (6 % هي النسبة الحقيقية لأمية الشباب في هذه المنطقة) خاصة في عمق غرب البلاد ولكن ليس فقط هناك. وإذا ما اضفنا لها نسبة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي فسنجد أن 20 % من عينة القصرين الشماليه لم يذهبوا إلى اعداديات ومعاهد. مع ذلك نسبة شباب القصرين الذين ذهبوا إلى الجامعة أعلى قليلاً من تلك المسجلة لدى شباب تطاوين.

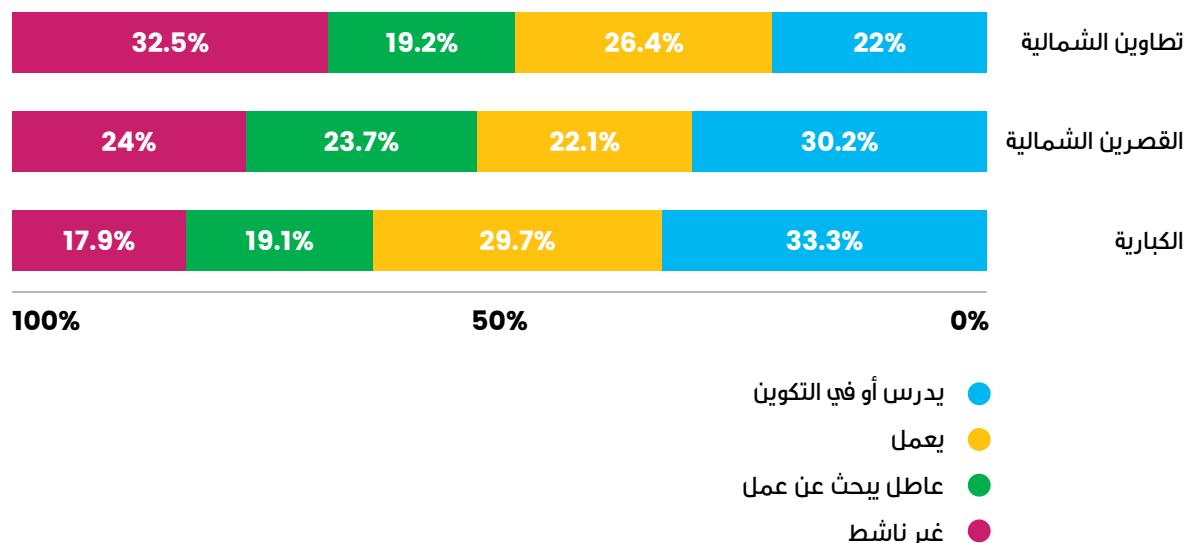


5.1 توزيع العينة حسب النشاط الاقتصادي (والمنطقة)

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

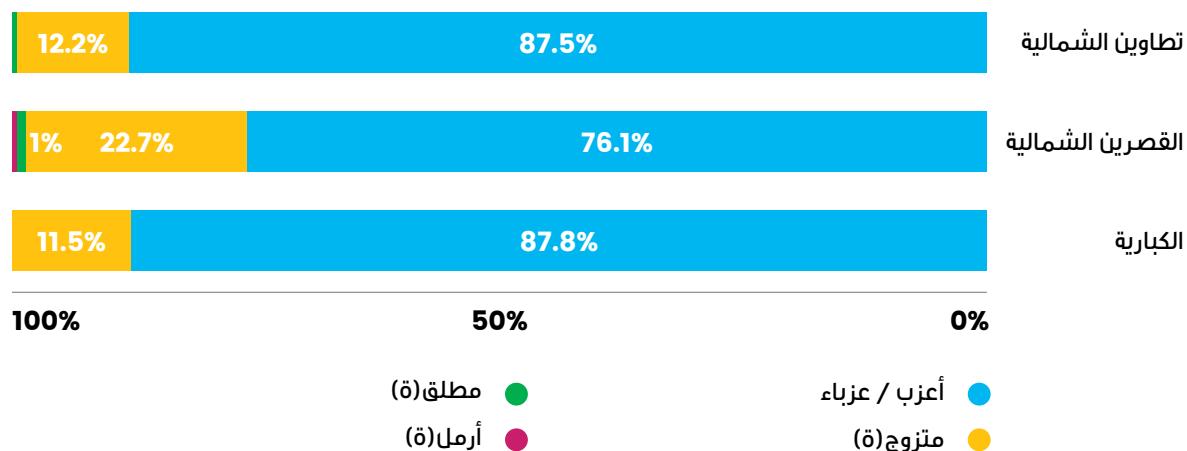
نسبة الشباب العاطلين الباحثين عن العمل مرتفعة في المناطق الثلاث، خاصة في القصرين الشماليه حيث تتفرد بتجاوزها لنسبة العاملين، مما يجعل قرابة نصف عينة الشباب هناك بلا عمل ولا دراسة أو تكوين، بنسبة غير بعيدة كثيراً عما لاحظناه آنفاً في تطاوين، في حين لا تتجاوز نسبةَ من هم لا يعملون ولا يدرسون أو يتكونون 37 % من شباب الكبارية.

ومن المهم التأكيد أن هذه النسب الخاصة بتوزيع عينات الدراسة حسب النشاط الاقتصادي مطابقة تماماً أو يكاد لها هو موجود لدى مجموع شباب المناطق الثلاثة.

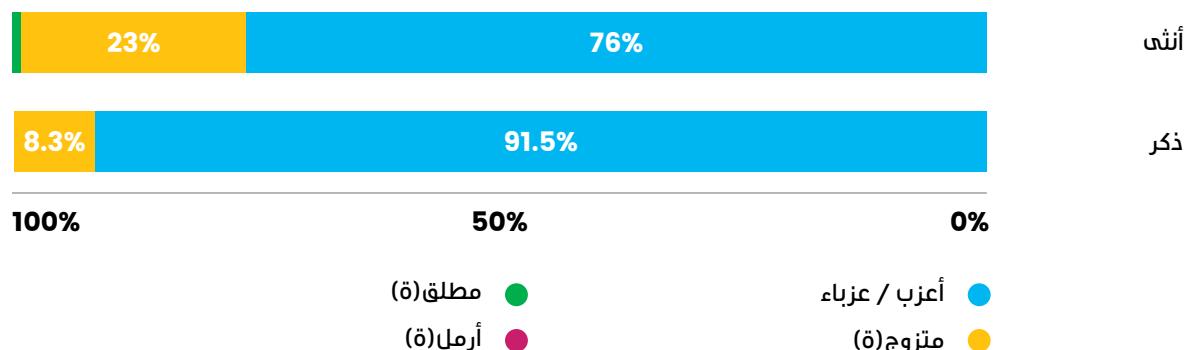


2. المحيط الاقتصادي والاجتماعي للمستجوب

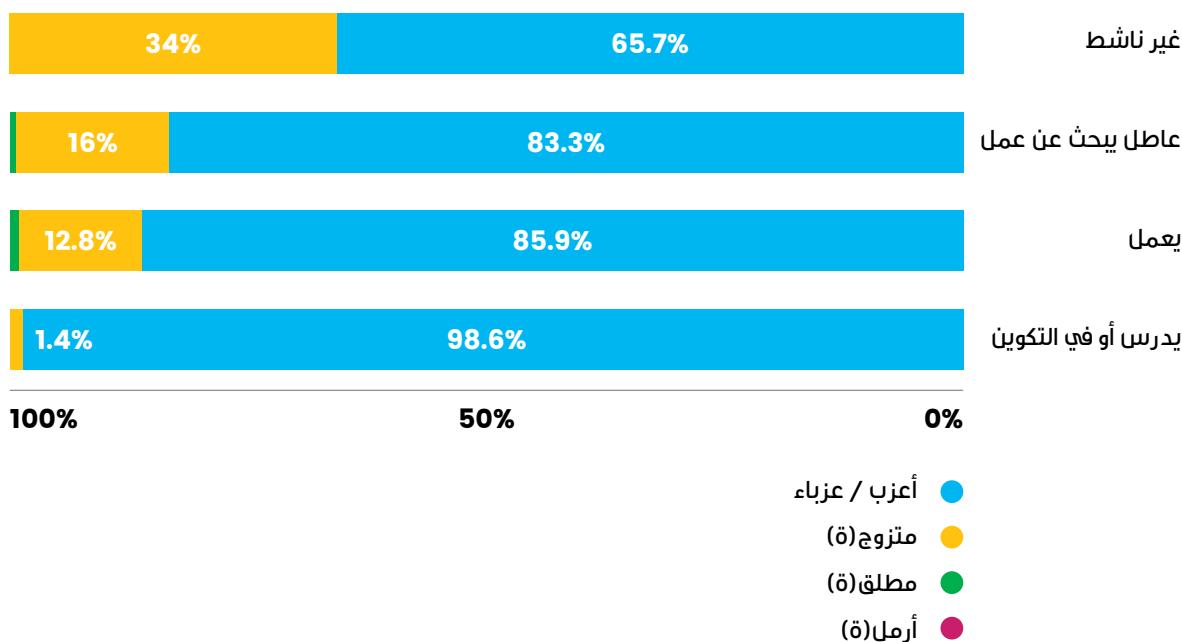
- توزيع العينة حسب الحالة الزوجية والمنطقة



- الحالة الزوجية حسب الجنس



- الحاله الزواجيه حسب النشاط الاقتصادي



نجد أعلى نسبة من المتزوجين لدى غير الناشطين اقتصادياً (34%) بعدها 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 الأخريين رغم أن نسبة غير الناشطين في عينة القصرين ليست الأرفع.

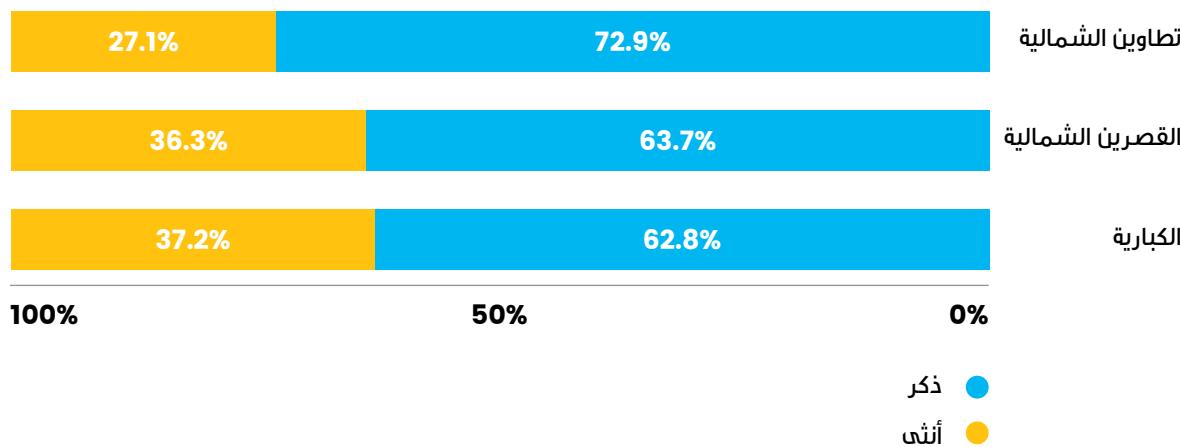
تبعد نسبة المطلقات والمطلقات حسب النشاط الاقتصادي المفارقة الثانية (2.1% من العاملين و0.8% من العاطلين و0% من غير الناشطين) فالفئة التي تضم أكثر عدد من المتزوجين تسجل أقل نسبة طلاق لكن هذه الملاحظة محدودة الدالة بسبب ضعف عدد المطلقات والمطلقات الجملي (6 أي أقل من 0.5% وهو أمر يمكن تفسيره على الأقل جزئياً ب السن المنتيمين للعينة).

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

- الانقطاع عن الدراسة

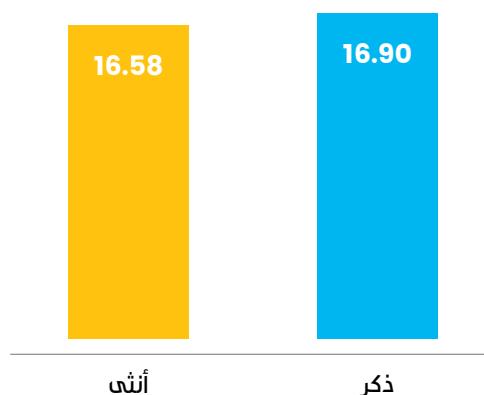
قبل بداية الألفية الثالثة بلغت تونس نسبة تمدرس عدد خريجي التعليم بشكل ملحوظ. لكن، بالتوالي ومنذ عشريتين على الأقل، تسجل البلاد تفاقم ظاهرة الانقطاع عن الدراسة والتسلب المبكر من التعليم بشكل يبعث على القلق. فعدد المنقطعين يقدر بعشرينات الآلاف كل سنة. ولإدراك مدى تفشي الظاهرة وأسبابها طرحتنا جملة من الأسئلة ذات الصلة على المستجيبين.

- التوزيع النسبي للمنقطعين عن الدراسة حسب الجنس والمنطقة -



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

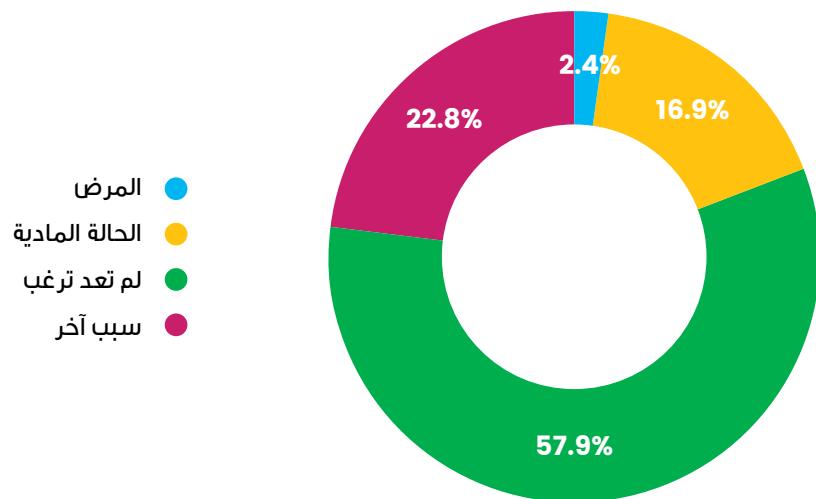
- سن الانقطاع عن الدراسة حسب المنطقة والجنس -



سن الانقطاع هي تقريرنا نفسها في المناطق الثلاثة وعند الجنسين: 16 سنة وبضعة أشهر. الفوارق طفيفة: الإناث ينقطعن في سن أكبر قليلاً من الذكور (لكن نسبة انقطاعهن أقل بكثير) والمستجوبون في القصرين الشمالية والكبارة انقطعوا في سن أكبر قليلاً من المستجيبين في تطاوين الشمالية.

وفي المعدل قضى المستجوبون 11 سنة على مقاعد الدراسة.

- سبب الانقطاع عن الدراسة

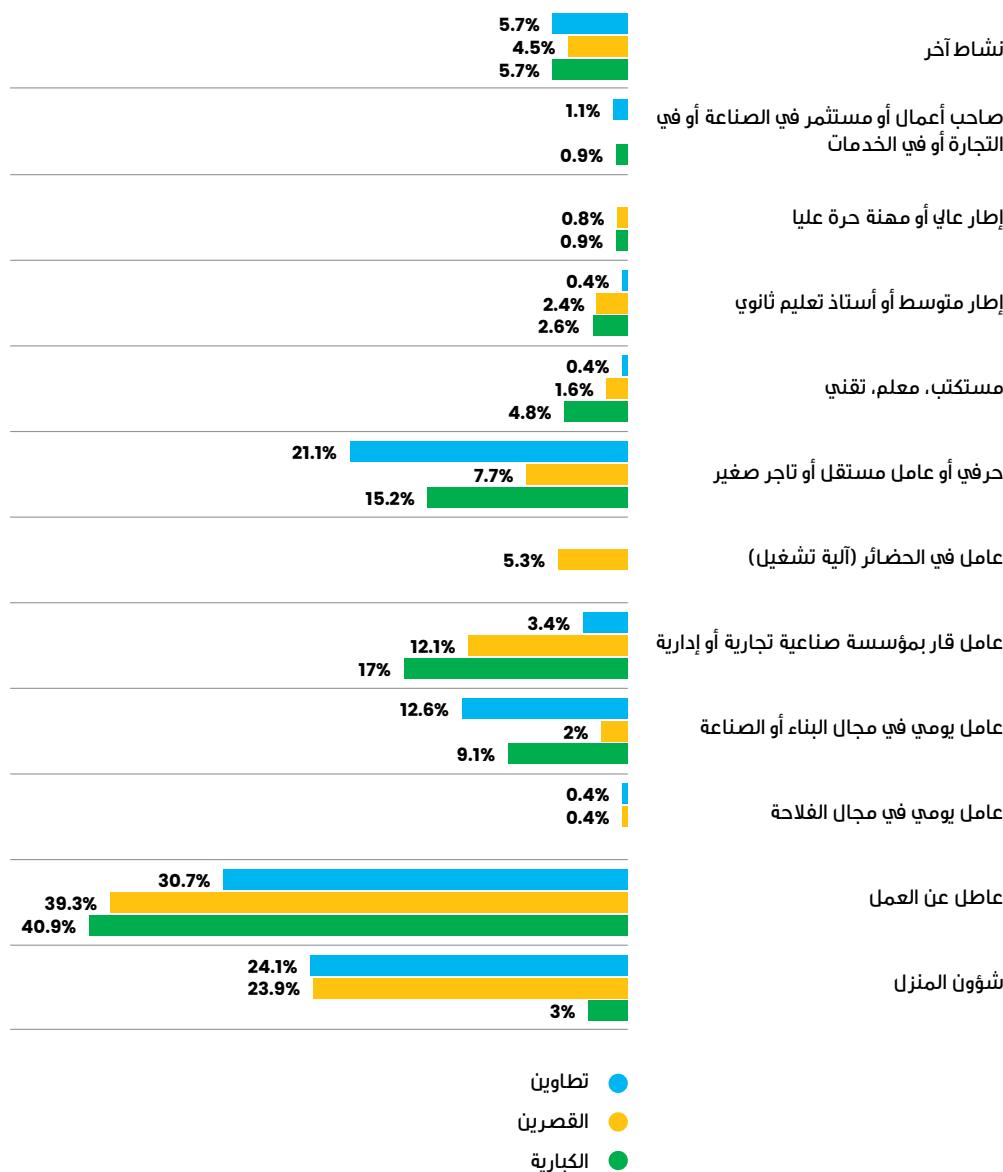


أما السبب الرئيسي للانقطاع عن الدراسة فهو فقدان الرغبة بنسبة مرتفعة جداً 58% مما يؤكد حقيقة فقدان التعليم للكثير من جاذبيته بعد تعطل دوره كمصدر اجتماعي، وكذلك مع التغيرات الكبيرة في المنظومة القيمية المجتمعية وتمثلات النجاح والترقى الاجتماعيين. الوضع المادى للعائلة عامل مؤثر لكنه لم يكن حاسماً إلا بالنسبة إلى 17% من المستجيبين المنقطعين عن الدراسة. المرض ليس سبباً قوياً للحضور ولم يرد باعتباره السبب إلا في 2.4% من الإجابات، 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 مما يمكن تحقيقاً لمبادئ المواطنة والمساواة في الفرص.

الفئة المهنية

في هذا الجزء من الاستجواب استثنينا المستجيبين الذين صرحو بأنهم ما زالوا على مقاعد مؤسسات التعليم والتكوين.

- الفئة المهنية حسب المنطقة



توزيع المستجيبين حسب النشاط المهني يوفر لنا معطيات هامة لفهم طبيعة النسيج الاقتصادي في كل منطقة:

- في تصاوين الشمالية مثلاً، نلاحظ ارتفاعاً للعمل المستقل سواء في الأنشطة الحرافية أو المشاريع التجارية الصغيرة، مقابل هشاشة العمل المأجور مثلاً تبرز نسبه العملة اليوميين مقارنة بضعف نسب العمال القارين وهزال نسب الإطارات الوسطى والعليا، وهو ما يكشف غياب نسيج مؤسساتي صناعي وخدماتي وإداري ونسبة البطالة المرتفعة في صفوف حاملي الشهادات.

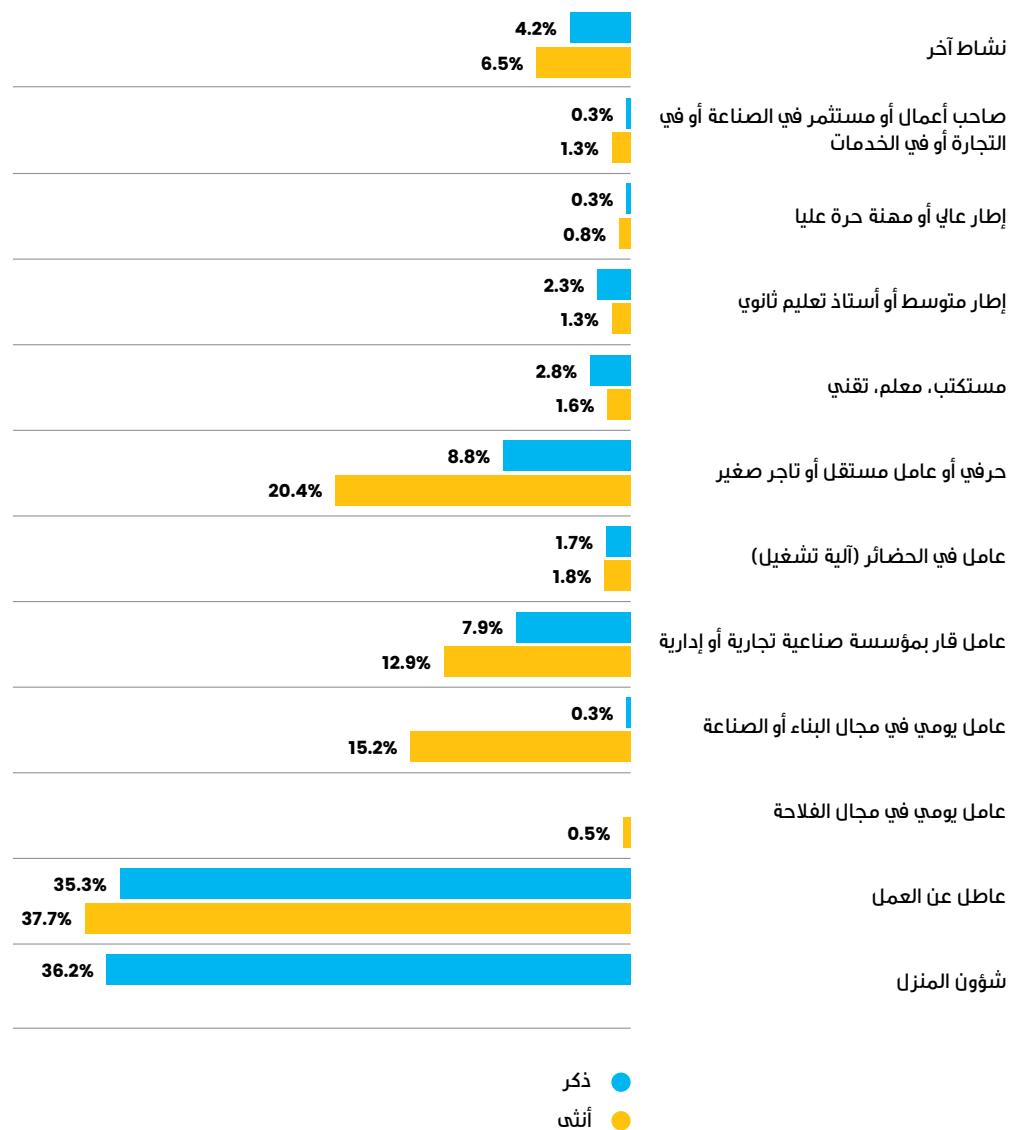
- في القصرين الشمالية نلاحظ ضعف نسبه العمل المستقل في الحرفة والتجارة مقابل ارتفاع طفيف في نسبه التقنيين والإطارات (مقارنة بتصاوين الشمالية) والنسبة الكبيرة للعمال القارين في المؤسسات الإدارية والتجارية. كما تتفاوت المنطقة بفئة عمال الحضائر، وهي آلية تشغيل عمومية هشة تتركز أساساً في ولايات الشمال الغربي والوسط الغربي، مقابل محدودية نسبه العملة اليوميين.

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

من جهة أخرى يكشف التوزيع عن مفارقة في تمثل الشباب غير الناشط وأساساً الشباب لمفهوم النشاط المهني. فجل الشباب في الكبارية من ليس لهن نشاط مهني بمقابل، سواء كان من فئة غير الناشطات أو العاطلات الباحثات عن عمل، يعتبرن أنفسهن عاطلات عن العمل وهو ما يفسر أن 6% فقط من مجموع المستجيبات المعنيات بالسؤال في هاته المنطقه يعتبرن شؤون المنزل نشاطاً مهنياً (أي 40.6% من شباب المنطقة المنتسبين إلى عينة الدراسة من الجنسين وليسوا في مرحلة تعلم أو تكوين). بالمقابل نجد أن نسبة تتجاوز 40% من نظائرهن في المنطقتين الأخرىن (أي تباعاً إلى 24.1% والـ 23.9% من مجموع الشباب المعنيين بالسؤال في كل من تطاوين والقصررين) يعتبرن أن لديهن نشاط مهني يتمثل في شؤون المنزل.

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

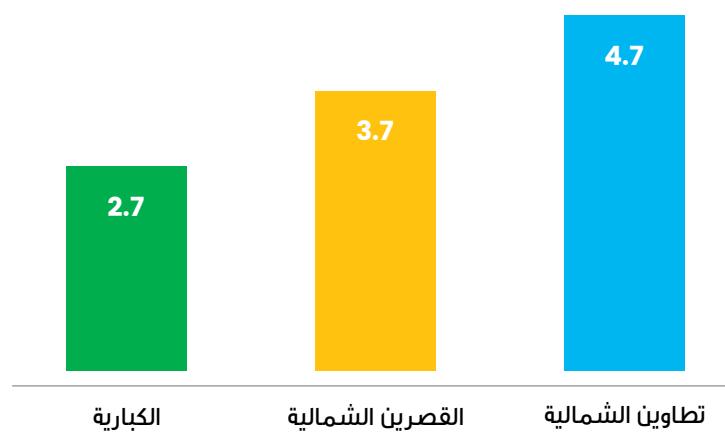
- الفئة المهنية حسب الجنس



تتقارب نسب البطالة لدى الجنسين، لكن تتفرق الإناث بفئة «شُؤون المنزل» التي تشمل 36.2 % مما يعني أن 1.57 % (إضافة نسبة العاطلات عن العمل) من المستجوبات من غير الاتي في وضع تعلم أو تكوين، لا يمارسن عملاً بمقابل مادي، أي ضعف نسبة الذكور. ومع ذلك نجد تفوقاً في نسبة المستجوبات اللواتي تعملن في فئتي الإطارات المتوسطة والصغيرة خاصة في التعليم والإدارة أي في القطاعات التي تشهد «تأييناً» كبيراً. كما أنهن يشتغلن بنسب هامة كعاملات (قارات) في الصناعة والتجارة والإدارة ولديهن حضور غير هين في العمل الحرفي 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).

عموماً، أغلب المستجوبات لا تمتلكن بالاستقلالية المادية، وحتى اللواتي تعملن فنادراً ما يكون ذلك في مشاريعهن الخاصة أو في مناصب عليا. وفي المقابل تظهر إجابات المستجوبين الذكور تتوافقاً أكبر في الأنشطة المهنية وحضوراً أقوى في الفئات «العلية» كما في الفئات الأكثر هشاشة: 15.7 % عمال يوميون في البناء والصناعة والفالحة.

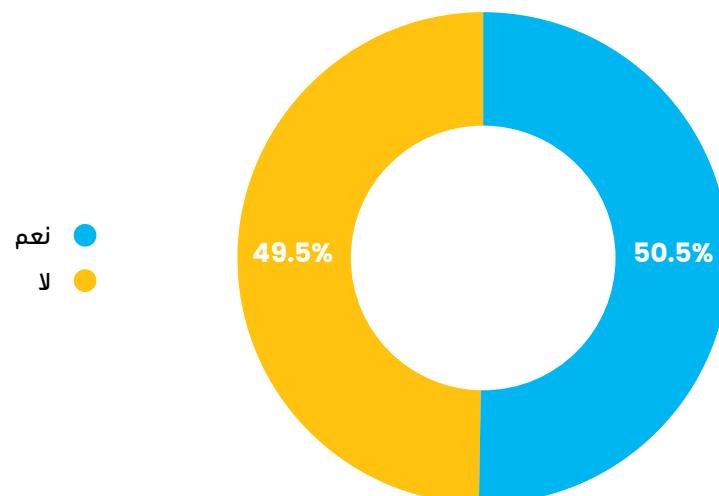
عدد الإخوة/الأخوات في الأسرة الأصلية (بما فيهم الشاب المستجوب) حسب المنطقة



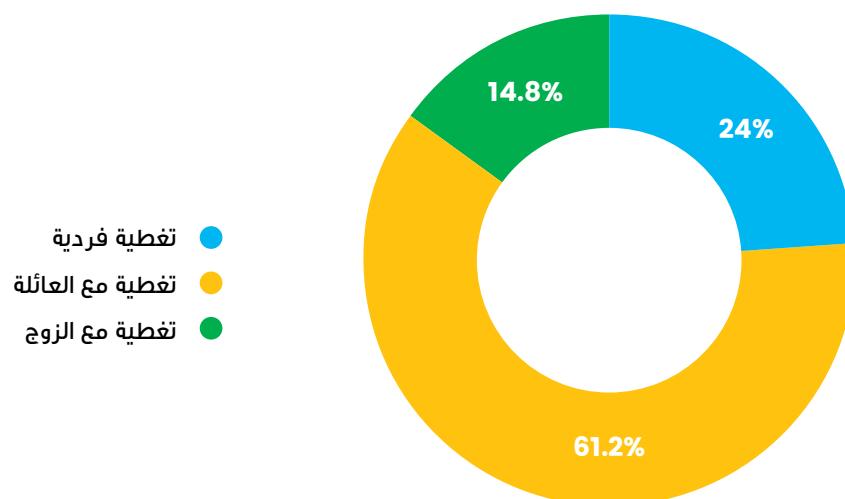
عدد الإخوة/الأخوات في الأسرة الأصلية عامل مهم في تحديد مستوى المعيشة واحتمالات المرضي قدماً في المسيرة الدراسية. وحسب اجابات المستجوبين في المناطق الثلاثة نستنتج انه هناك فوارق ديمغرافية هامة نسبياً ترتبط أساساً بالعامل الاجتماعي-الثقافي وكذلك المستوى التعليمي، وهي فوارق تتوافق مع المعطيات демография حول مؤشر الخصوبة أو معدل عدد الأطفال للمرأة الواحدة.

التغطية الاجتماعية والصحية

التمتع بنظام التأمينات الاجتماعية (الاجتماعية والصحية)

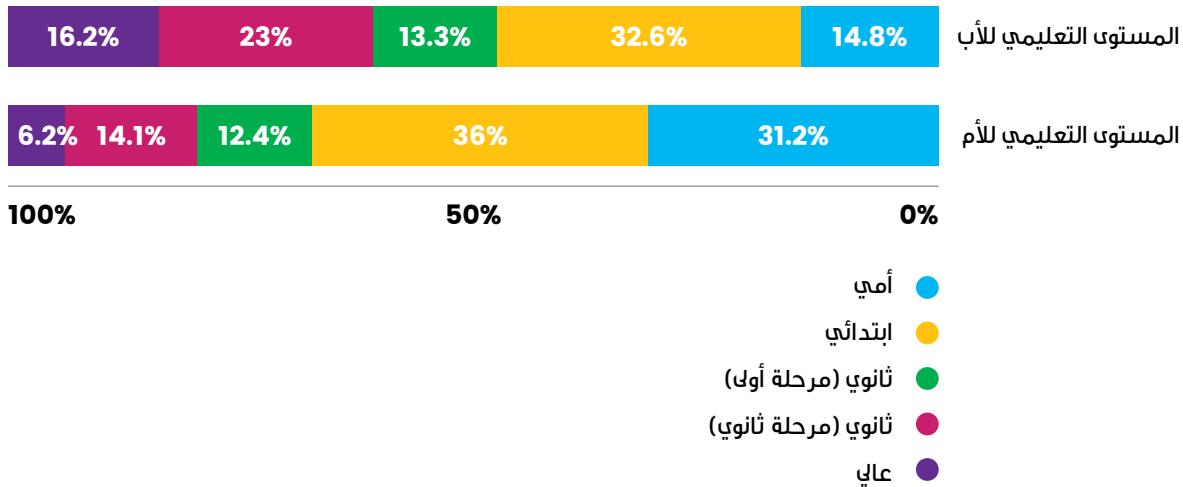


نوع التغطيات الاجتماعية



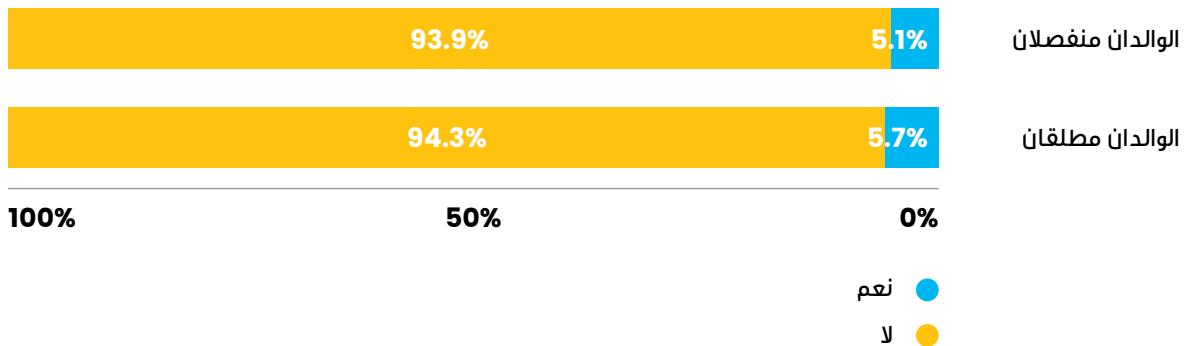
قرابة نصف الشباب المستجوبين لا يتمتعون بتغطية اجتماعية وصحية/بنظام تأمينات اجتماعية. وحتى بالنسبة للذين يتمتعون بها نجد أن 76٪ منهم تحت غطاء العائلة أو القرین. هذه النسب تحيل الى اختلال منظومات التغطية الاجتماعية في تونس وهشاشة الوضع الاقتصادي لنسبة كبيرة من الشباب.

توزيع العينة حسب المستوى التعليمي للأب والأم



يظهر الرسم البياني تقارب في نسب الآباء والأمهات من ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والإعدادي (مرحلة أولى ثانوي)، لكن في بقية المستويات تصبح الفوارق هامة جداً وكافية لتشكل عميقة للإتساع بين الجنسين: نسبة الأمهات تناهز الثلث مقابل %. 14.8 من الأمهين، وانطلاقاً من المرحلة الثانوية من التعليم الثانوي تتناقص نسبة الأمهات بشكل كبير، ولا يجب هنا أن ننسى أننا نتحدث عن أمهات لشباب تتراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة أي نساء يفترض أن أعمارهن تتراوح ما بين 40 و65 سنة وينتمين إلى جيل كانت تتزوج وتقطّع عن الدراسة في سن أكبر من السائد حالياً.

طلاق أو انفصال الوالدين في العينة

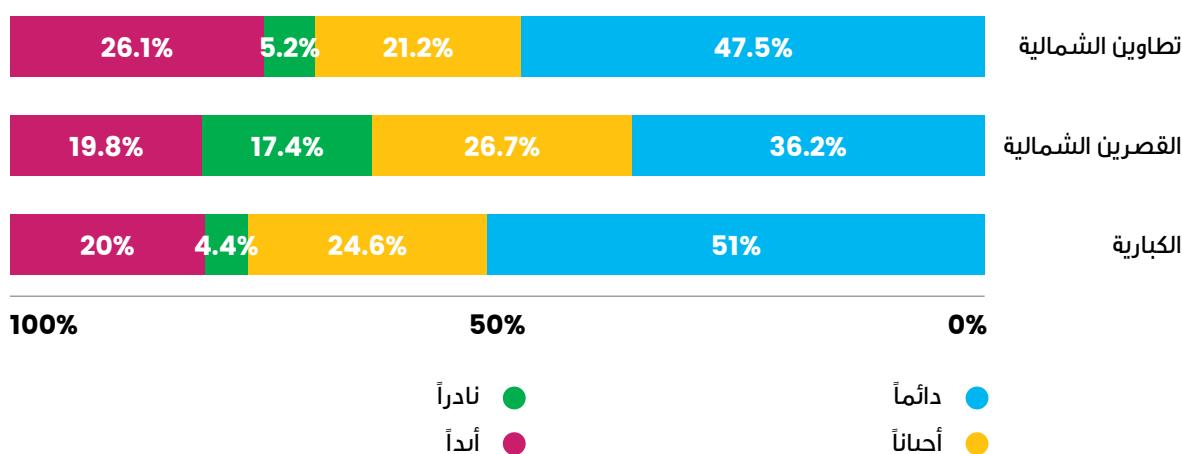


من خلال إجابات العينة تبقى نسب طلاق الوالدين أو انفصالهما قريبة من النسب الوطنية.

الهجرة

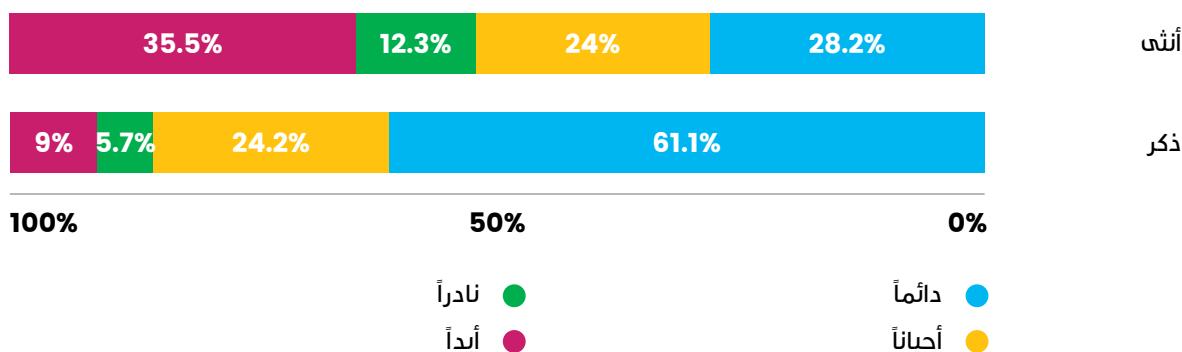
يندر أن نجد عائلة تونسية لا يوجد بين أفرادها مهاجرون، للتونسيين تقاليد في الهجرة تعود إلى أكثر من نصف قرن بداية من موجات الهجرة المنظمة والمؤطرة في أواخر سنتين القرن الفائت وصولاً إلى قوارب الحرقة والهجرة الجماعية للأدمغة في العقدين الأخيرين. وفي ظل الأزمة متعددة الأوجه التي تعيشها البلاد منذ أكثر من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

التفكير في الهجرة حسب المنطقة



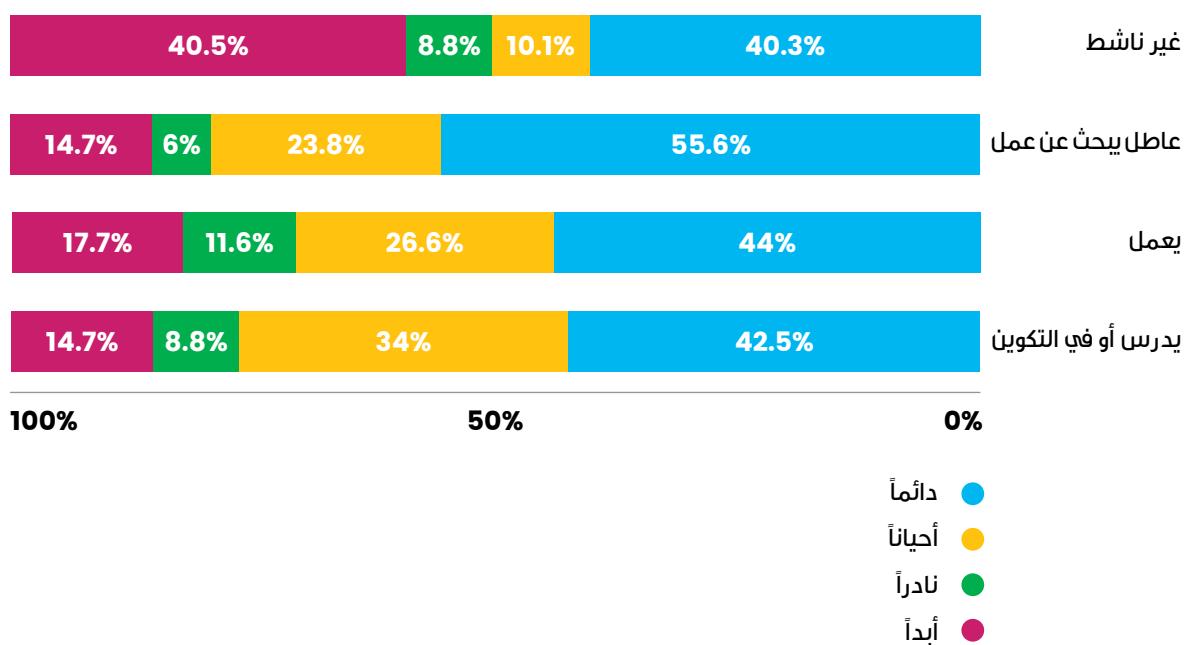
مناطقياً، مستجيبو الكبارية وتطاوين الشمالية هم الأكثر تفكيراً في الهجرة بشكل دائم (حوالي نصف العينة). في تطاوين الشمالية (والجنوب الشرقي عموماً) هناك تقاليد قديمة في الارتحال، تدعّم بـموجات متتالية من الهجرة المنظمة إلى فرنسا بعد استقلال تونس، مما يقوّي احتماليات الحصول على مساعدة من مهاجرين من أفراد العائلة لتوفير الوثائق الازمة للحصول على تأشيرة السفر وكذلك تهيئه الظروف للاستقرار في البلد المضيّف (مسكن، عمل، معاملات إدارية). في الكبارية أيضاً هناك أجبياً من المهاجرين النظميين وغير النظميين، وكذلك إمكانية أكبر للتواصل مع شبكات «الحرقة». أما في القصرين الشمالية فنسبة الذين يفكرون دائمًا في الهجرة أقل بكثير، لكن نسبة الذين يفكرون فيها أحياناً أو نادراً أعلى من بقية المناطق، مما يعني أن «مشروع» الهجرة حاضر في الأذهان لكن قد تكون امكانية تحقيقه أصعب مقارنة بمناطق أخرى، ربما بسبب ضعف تقاليد الهجرة وصعوبة الوصول إلى «خط حرقة» و/أو صعوبة جمع المال اللازم. هذا الحضور القوي جداً لفكرة الهجرة عند الشباب لا يمكن أن نفصله عن المعطيات التي أوردنها سابقاً بخصوص البطالة والانقطاع المدرسي.

التفكير في الهجرة حسب الجنس



أصبحت الهجرة هاجساً دائم الحضور لدى ثلثي الشباب الذكور، مع ارتفاع نسبة الإناث اللواتي يفكرن فيها دائمًا أو أحياناً (52.2%). أكثر من 90% من المستجوبين الذكور فكرت أو يفكرون دائمًا أو أحياناً 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

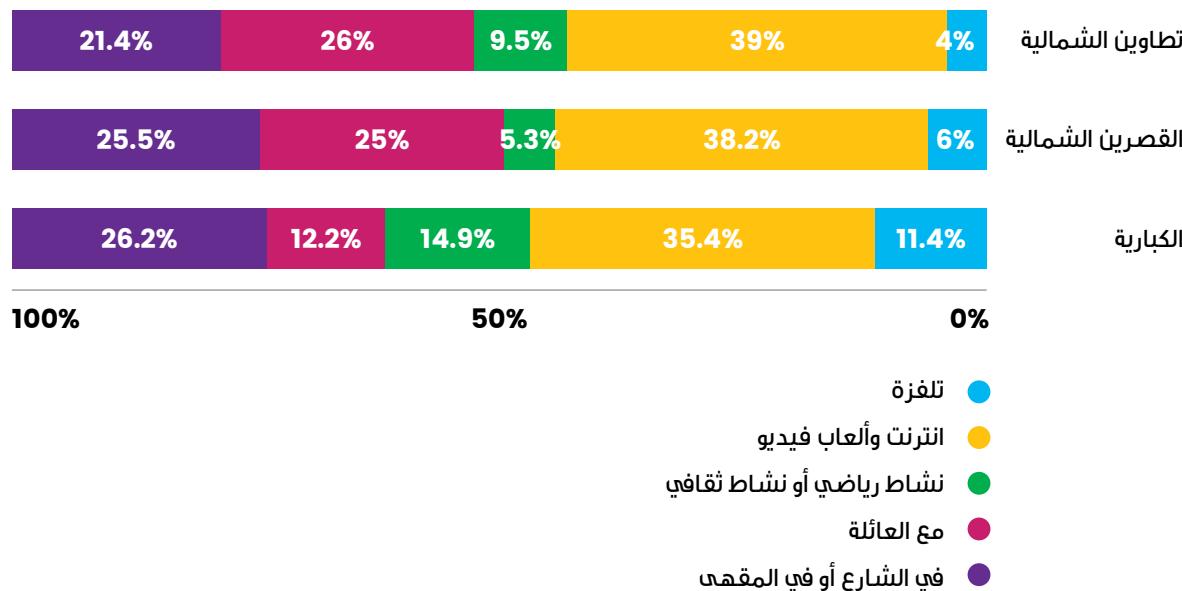


أكثر فئة تفكير في الهجرة هم العاطلون عن العمل، وهذا منطق في ظل الأزمة الاقتصادية التي تعيشها البلاد وندرة فرص الشغل وانسداد الآفاق أمام الشباب بمختلف مستويات تعليمهم ومسالك تكوينهم، ومع تدني الأجور وهيمنة العمل الهش على سوق الشغل الضيقة مقابل ارتفاع نسب التضخم وغلاء الأسعار وتطور تكاليف الحياة وشق طريق المستقبل. المستجوبون العاملون والذين مازوا يدرسون يفكرون في الهجرة بنسبة قريبة لكن كثيراً ما يكون ذلك بشكل غير مستمر في علاقة ربما لأن لدي نسبة منهم ما قد «يخسرونه» (عمل، استقرار عائلي، مسار تعليمي) خاصة إذا كانت الهجرة مغامرة غير مأمونة ولا مضمونة، ولدي 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 محبيتهم العلائقية تقلل من امكانية التفكير في مشاريع هجرة قابلة للتنفيذ، إضافة إلى أن نسبة من غير النشطات المتوجهات قد لا يفكرن في الهجرة في صورة توفر نمط عيش مستقر بمستوى مقبول.

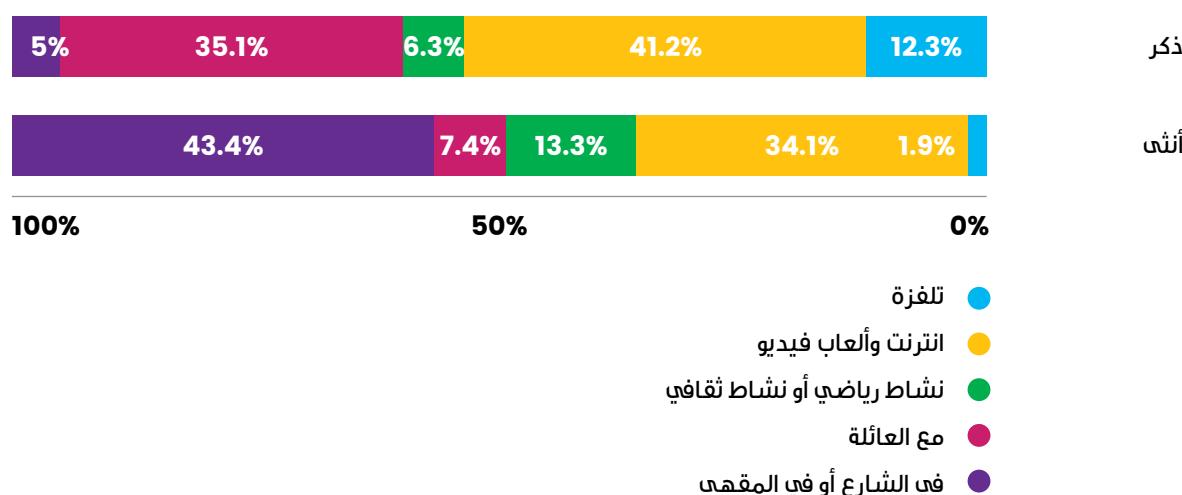
أوقات الفراغ

- الخيار الأول في تقضية أوقات الفراغ حسب المنطقة



اعتماداً على متغير المنطقة نجد أن الإنترت وألعاب الفيديو هي بلا منازع الخيار الأول لتقضية أوقات الفراغ في المناطق الثلاثة بنسبة تفوق الثلث، في حين تبدو التلفزة أقل الخيارات جاذبية خاصة في طلاب الشمال. لكن يجب هنا أن نفرق بين التلفاز كمحمل/وسط وبين المحتوى الذي يبثه فالكثير من الذين لا يشاهدون التلفاز يشاهدون محتويات تبناها قنوات تلفزيونية عبر صفحاتها على فيسبوك وقنواتها في يوتوب وغيرها. الشارع ينافس العائلة في طلاب الشمال والقصرين الشمالية ويتفوق عليهما بشكل جلي في الكبارية. وتتراوح أهمية الأنشطة الثقافية والرياضية حسب المنطقة فالنسبة المسجلة في الكبارية تقارب 3 مرات النسبة المسجلة في القصررين الشمالية مع مستوى وسط في طلاب الشمال.

- الخيار الأول في تقضية أوقات الفراغ حسب الجنس



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

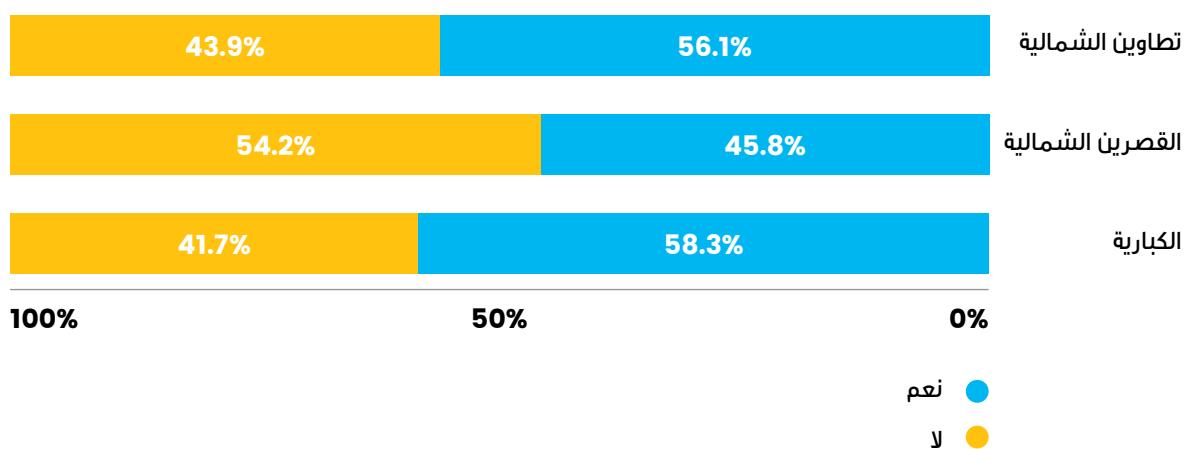
لكن الشارع أو المقهى يأتي قبله ك الخيار الأول لدى الذكور بنسبة 43.4 % منهم، أي قرابة تسعة أضعاف النسبة المسجلة عند الإناث وهي أضعف نسبة لديهن: الفضاء العام ذكوري بامتياز وكلمة «الشارع» مازال لها وقع سلبي نوعا ما («مأكلة الشارع»، «الهملة»، «أولاد الشوارع»).

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.

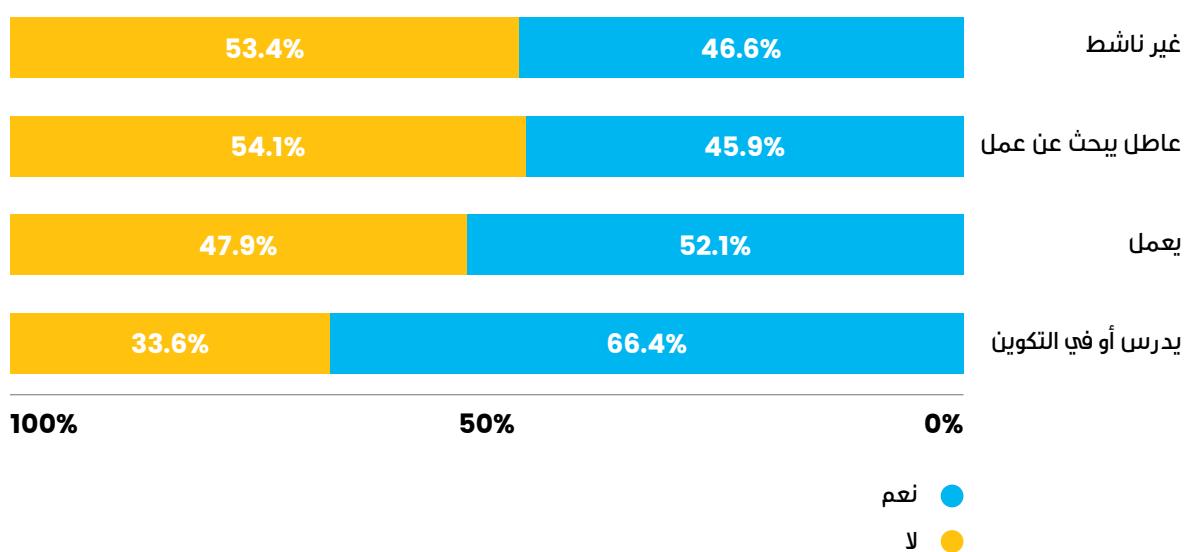
الكلمة «خيار أول» لدى نسبة غير هينة من الإناث وهي الثالثة ترتيبا لديهن (12%) ويکاد يغيب تماما عند الذكور (2%).

- تقضية فترة اصطياف في البحر خلال العطلة حسب المنطقة



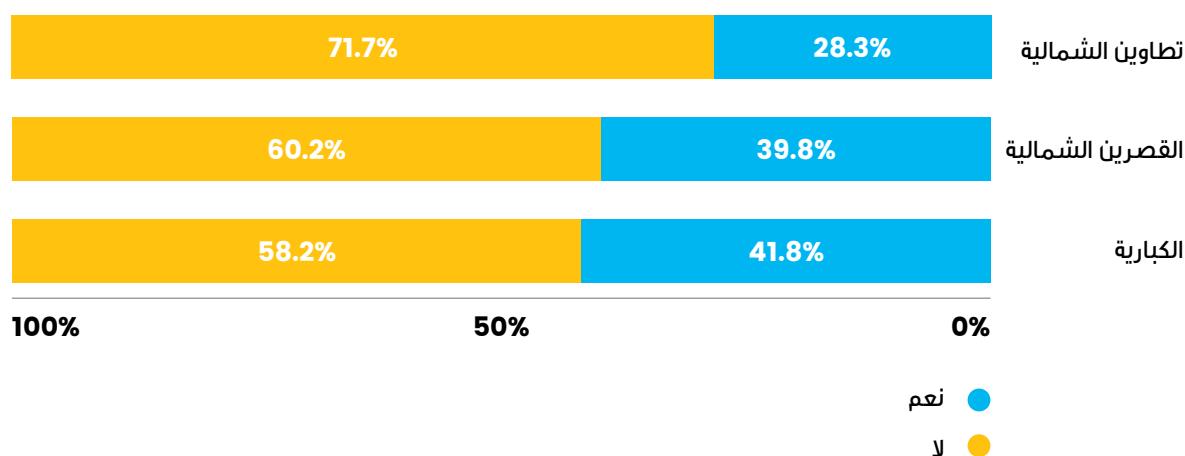
الفوارق بين القصرين الشمالية من جهة والكبارية وتطاوين الشمالية من جهة أخرى قد تعود إلى العامل المادي ونسب الفقر المدقع، لكن للعامل الجغرافي دور هام شبه مؤكد. الكبارية تقع في ولاية ساحلية (تونس) قريبة من ولايات ساحلية أخرى (نابل وبنzerت)، وتطاوين الشمالية قريبة من سواحل ولاية مدنين (جريسيس وجزيرة جربة).

- تقضية فترة اصطياف في البحر خلال العطلة حسب النشاط الاقتصادي



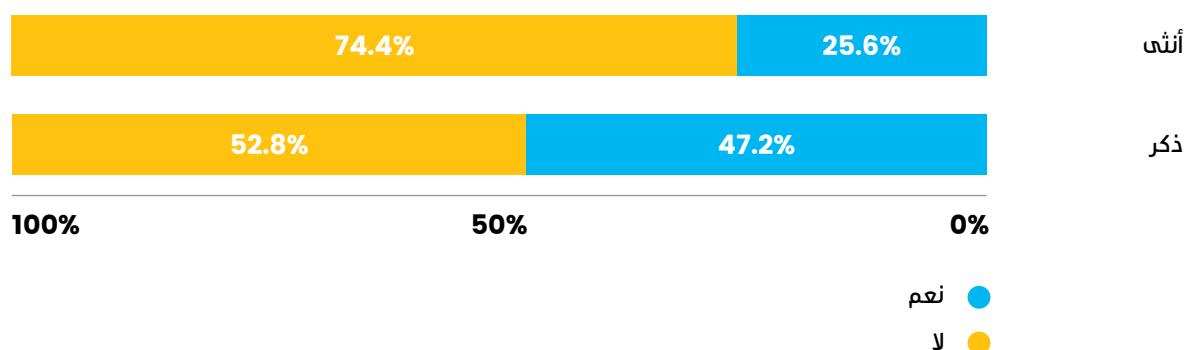
المستجوبون الذين مازوا في المؤسسات التعليمية والتكوينية هم الأكثر تمتاعاً بامكانية الاصطياف بنسبة الثلثين منهم. وبما اننا نتحدث عن فئة غير مستقلة مادياً فهنا يبرز دور العائلة وسعيها للترفيه عن ابنائها من جهة لكن سهولة التنقل لدى الشباب المتمدرس وعدم اعتمادهم على اشتراطات عالية الكلفة حتى للإقامة مع بعض التسهيلات التي قد توفر لهم عن طريق عمل أوليائهم أو بعض الفرص المجتمعية المفتوحة أساساً للتلاميذ. المستجوبون العاملون يأتون في المرتبة الثانية بنسبة تفوق نصفهم قليلاً وقد يفسر «تمتعهم» بمدخل ما يفارق النسبى مع فئتي الباحثين عن عمل وغير الناشطين اللتان تكنت نسبة أضعف من كل منهما من تقضية فترة اصطياف في البحر خلال العطلة الفارطة.

- النشاط الثقافي والرياضي حسب المنطقة



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

- النشاط الثقافي والرياضي حسب الجنس



هناك تفاوت آخر يعبر هذه المرة عن الالمساواة بين الجنسين: نسبة الذكور الممارسين للأنشطة تقارب ضعف نسبة الإناث. ومن المؤكد أن موقف العائلات من ممارسة هذه الأنشطة، موافقتها أو رفضها للسماح لبناتها بالخروج ليلاً أو السفر بين المدن أو خارج البلاد يلعب دوراً هاماً في هذا التفاوت بين النسب.

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

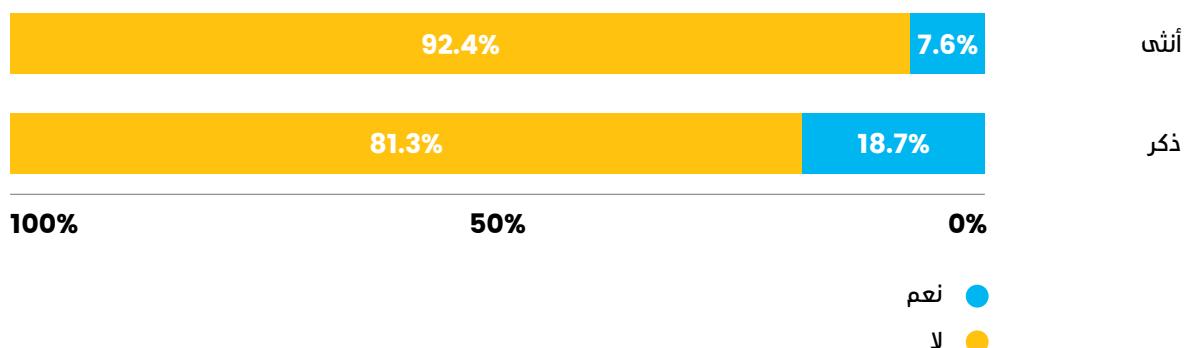
التأثيرات الاقتصادية-الاجتماعية للكورونا

الإجراءات 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 احتجابات العينة المسئولة 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 يزاولن 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 دوراً حاسماً. فقد لحق ضرر الطرد خاصة قطاعات يشتغل بها الذكور حصراً (العملة اليوميون في مجال البناء والصناعة) أو القطاعات التي تشغّل الإناث بنسبيّة هامة محمية من الطرد، إما بصفة كلية مثل الإطار التربوي وأعوان وعملة الإدارة العمومية وعملة الحضائر، أو نسبة مثل العاملة القارئين في القطاع الخاص.

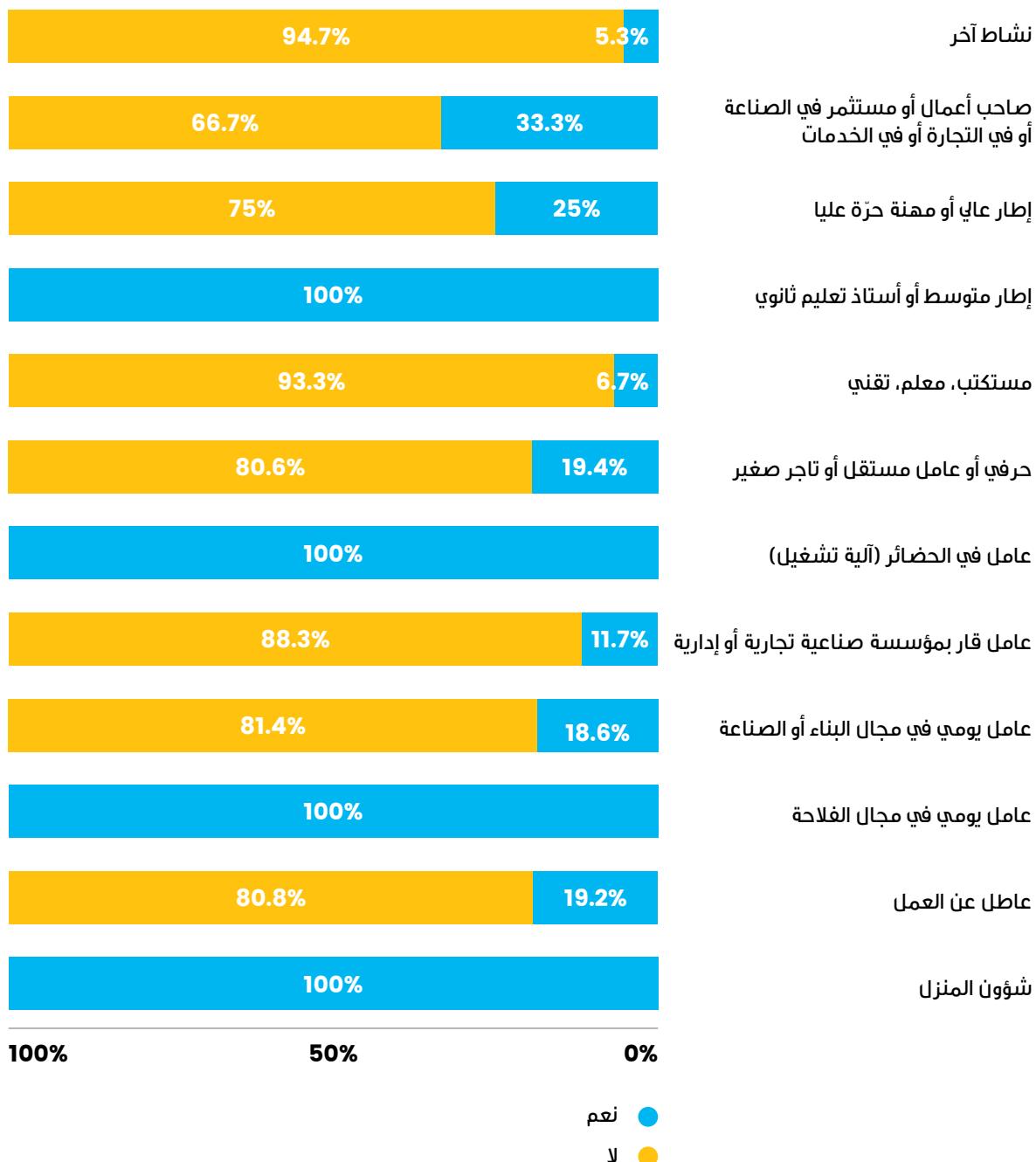
ومن المهم توضيح أن حوالي 20٪ من بين المستجوبين العاطلين عن العمل أثناء إجراء الدراسة، كانوا قد فقدوا عملهم بسبب الكورونا.

كما أن 18٪ من مجتمع المستجوبين في الدراسة صرّحوا بأن أحد أفراد عائلاتهم فقد عمله بسبب الكورونا.

الطرد من العمل بسبب الكورونا حسب الجنس

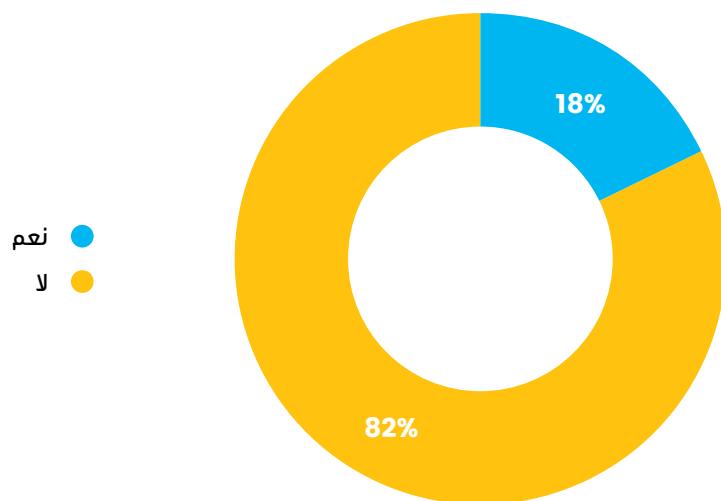


- الانقطاع عن العمل بسبب الكورونا حسب الفئة المهنية



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

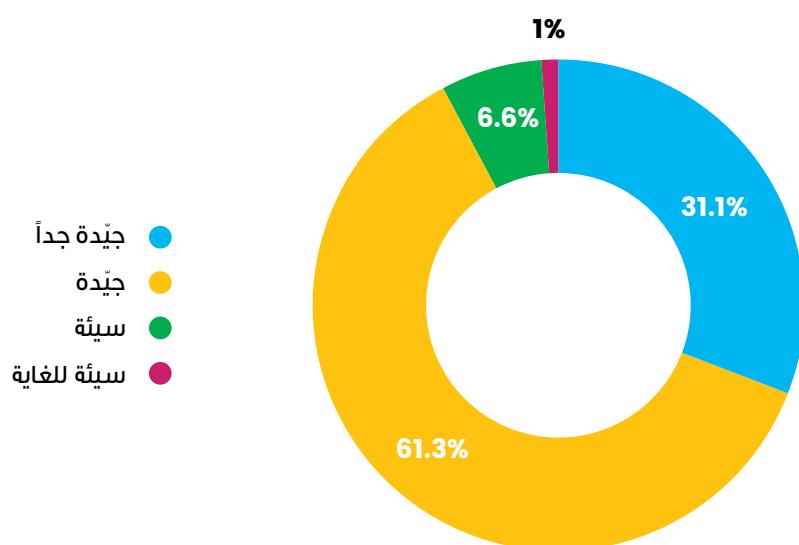
- هل خسر أحد أفراد عائلتك عمله بسبب الكورونا ؟



3. صحة الشباب

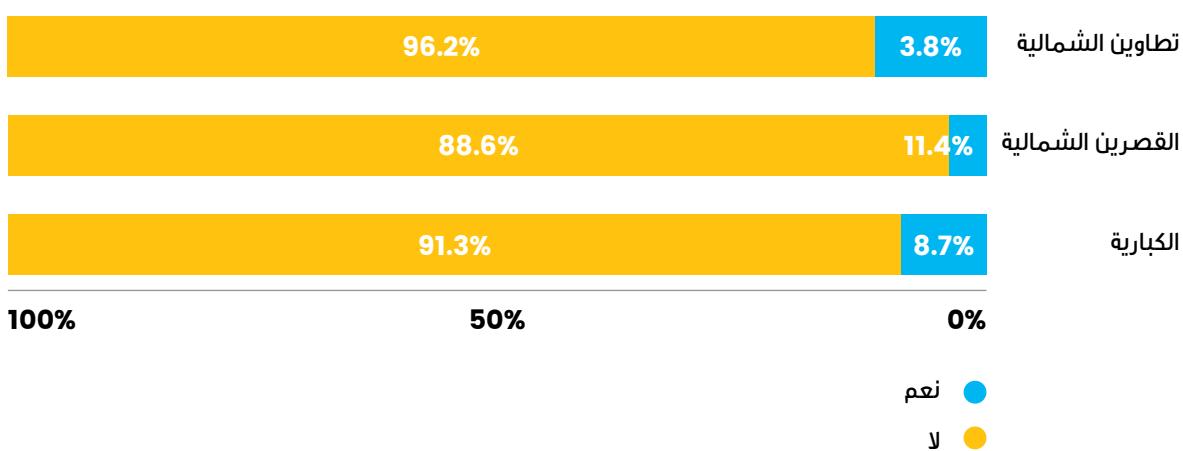
تکاد صحة الشباب لا تلقى أي اهتمام، سواء تعلق الأمر بالصحة الجسدية أو الصحة النفسية خاصة. أردننا في هذا الجزء من الاستجواب أن نستطاع تمثيل المستجيبين لحالتهم الصحية العامة والنفسية، ومستوى قيامهم بعيادات، وخاصة مدى معرفتهم بالمشاكل والاضطرابات النفسية وسبل التعامل معها، وإحساسهم بالحاجة إلى خدمات في مجال الصحة النفسية، وتقديرهم لما أتيح لهم منها.

- تقييم الشباب المستجوب لحالته الصحية



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

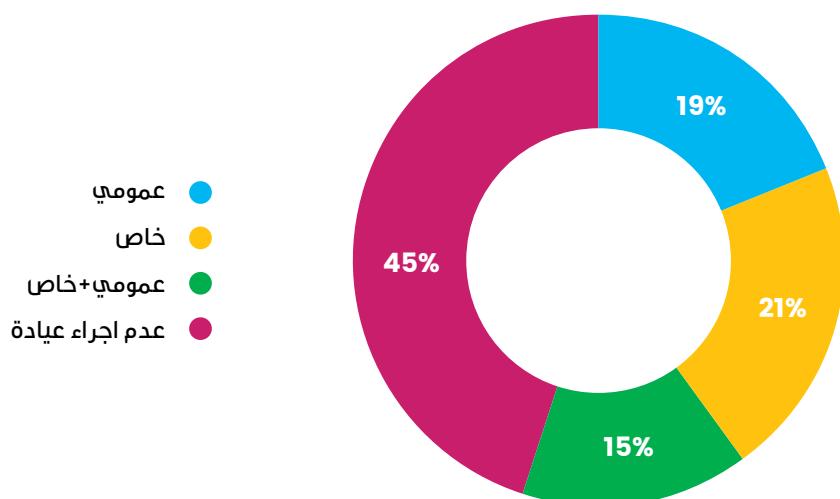
- المعاناة من أمراض مزمنة حسب المعتمدية



نسبة الشباب الذين صرحو أنهم يعانون من أمراض مزمنة تفوق بقليل نسبة من صرحو أن حالتهم الصحية سيئة أو سيئة جداً. والم ملفت أنها متفاوتة كثيراً 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 نسبياً في منطقة الكبارية.

لا تتوفر لدينا معلومات 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 تردي 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 الجهوبي الوحيد بالولاية وندرتها حتى في القطاع الخاص، والبعد عن المراكز الصحية عالية الاختصاص، سببان رئيسيان لذلك.

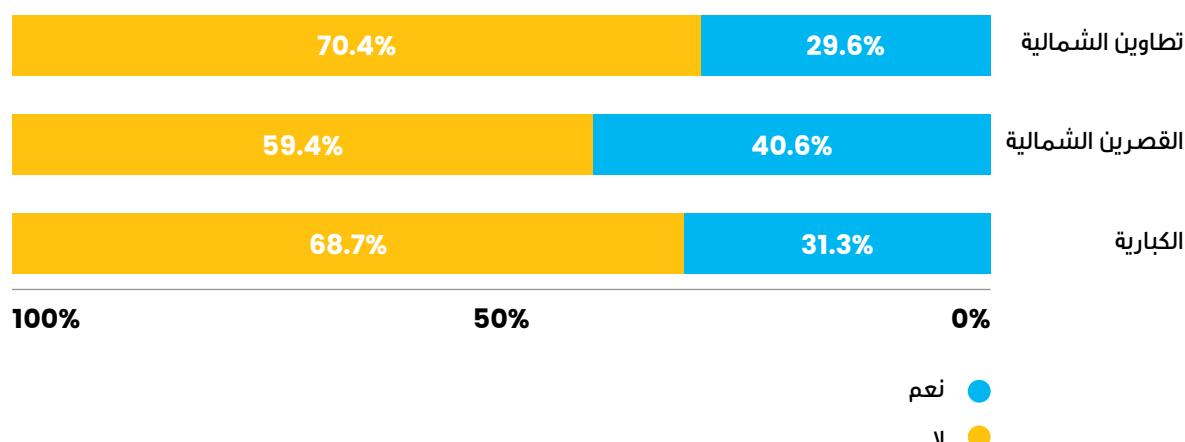
- إجراء عيادة في هيكل صحي عمومي و/أو في هيكل صحي خاص خلال السنة الفارطة



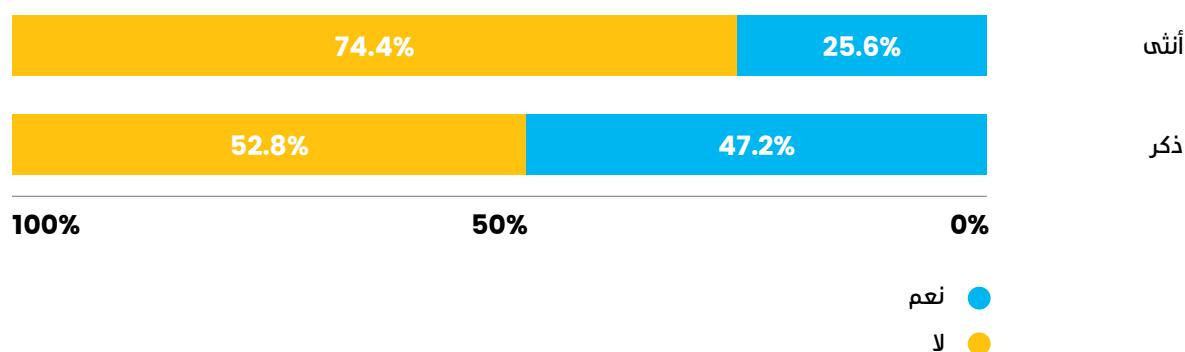
التقييم الإيجابي من معظم المستجيبين لحالتهم الصحية لا يعني عدم تعرضهم لإشكاليات صحية طارئة أو حاجتهم لخدمات طبية متعددة. فأكثر من نصفهم صرحو في نفس الوقت أنهم أجروا عيادة على الأقل في القطاع العام أو الخاص بنسبة متقاربة، وربع من قاموا بعيادة أجروا عيادات في القطاعين.

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

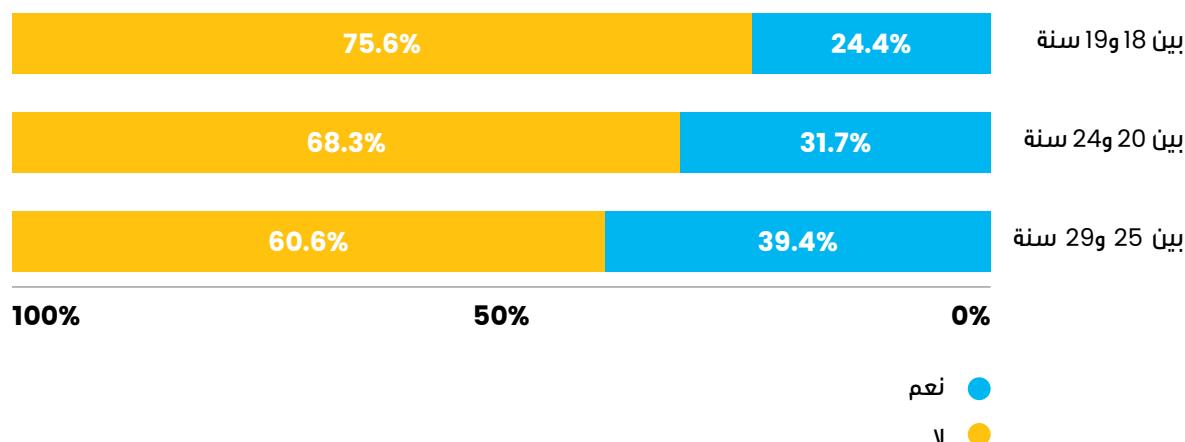
• المنطقة



• الجنس



• الفئة العمرية



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

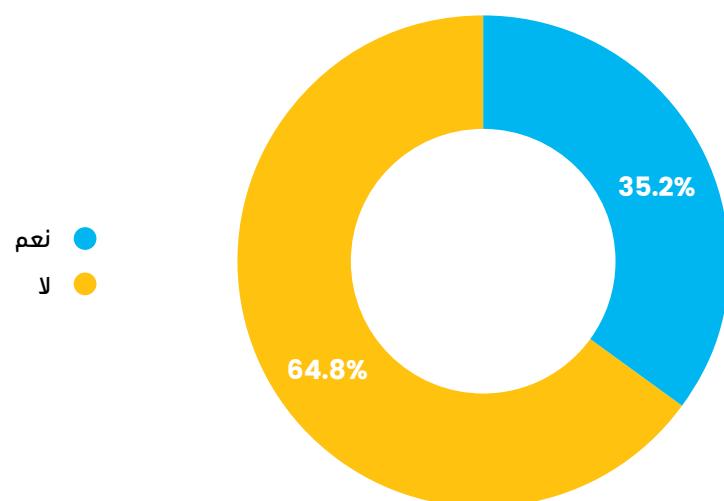
- تَصُدُّ المستجيبين في القصرين الشمالية الترتيب مرة أخرى بنسبة 40.6 % أي أكثر بما يقارب الثلث من نظرائهم في تطاوين الشمالية والكبارية، مما يعزز فرضية أن هناك خصوصية لوضع الصحي في تلك المنطقة.

- عدد المستجيبين الذكور الذين قصدوا هيأكل الصحة العمومية يقارب ضعف عدد المستجيبات. وهو معطى يختلف جوهرياً عما معروض من خلال الإحصائيات الموجودة بخصوص العيادات العادلة والاستعجالية والتي تميز بنسب عيادة أعلى لدى الإناث. لكن هذه الإحصائيات تهم كل الأعمار وتعوّم المعطيات الخاصة بالشباب. هذا الفرق قد يجد تفسيراً جزئياً في تفاوت الحضور بالفضاء العام وبموقع المهن الشاقة/الخطيرة، واحتمالات التعرض للعنف والسلوكات المحفوفة بالخطر، واستهلاك الكحول والتبغ والمخدرات. لكن الأمر يستوجب بحثاً أكثر عمقاً.

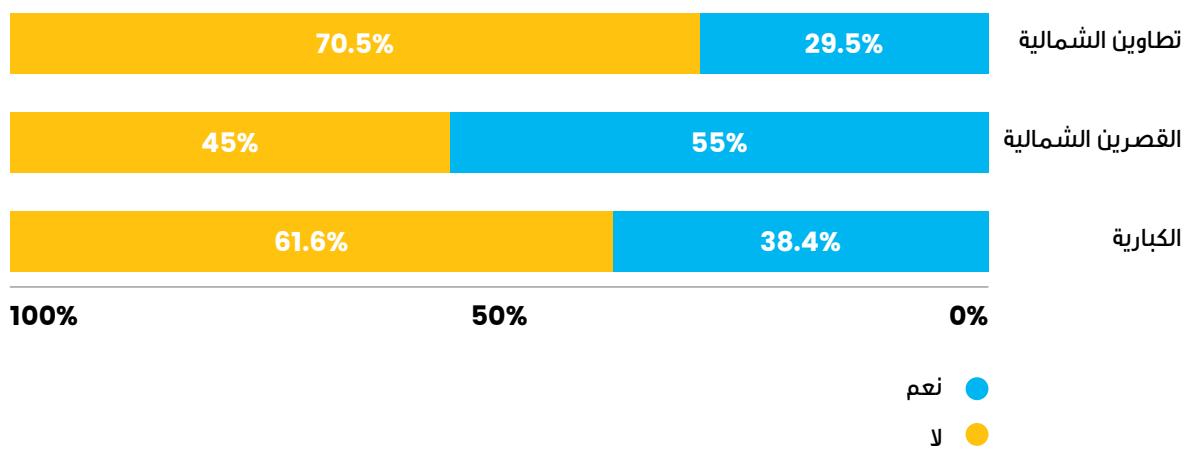
أما توزيع المستجيبين المصريين بأنهم أجروا عيادة في هيأكل الصحة العمومية خلال السنة الفارطة، حسب الفئات العمرية، يبدو منطقياً: كل ما كان السن أكبر كلما زاد احتمال الحاجة للعيادة.

الكورونا

هل أصيب المستجوب بالكورونا



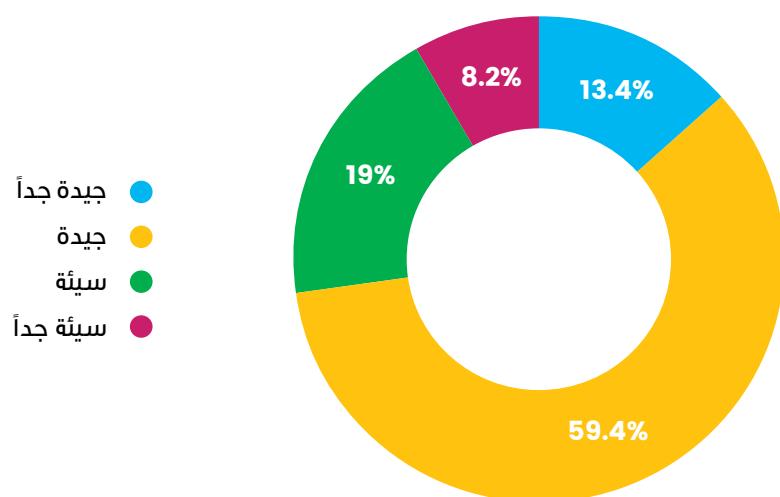
القيام بتحليل الكورونا حسب المنطقة



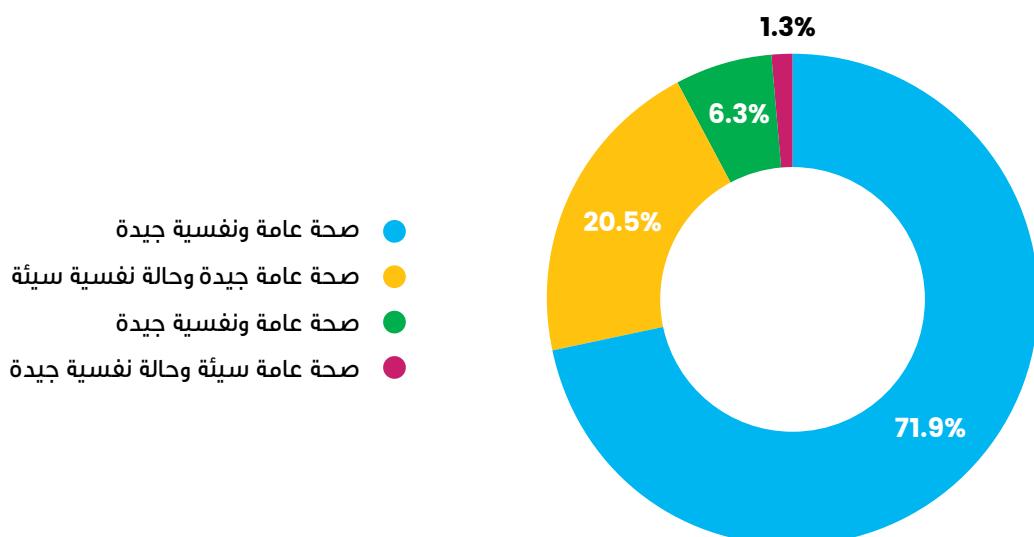
تظهر إجابات المستجيبين نسبة مرتفعة من الشباب أصيروا بالكورونا 35.2% أي أكثر من الثلث. وعلى العكس تعتبر نسبة التقصي والتحاليل ضعيفة بحكم أنها تتجاوز قليلاً نسبة الإصابة، مع تفاوتات هامة حسب المنطقة؛ فهي منخفضة خاصة في تطاوين الشمالية وبنسبة أقل الكبارية، لكنها مرتفعة في القصرين إذ تتجاوز نصف الشباب المستجوب، وربما يعود ذلك إلى تكثيف حملات التقصي المبكر وتقريرها للمواطن في تلك المنطقة خاصة بعد ظهور بؤر في فترات مختلفة منذ انتشار الوباء.

4. الصحة النفسية

تقييم الشباب المستجوب لحاليه النفسيه



مقارنة تقييم الحالة الصحية العامة والحالة النفسية

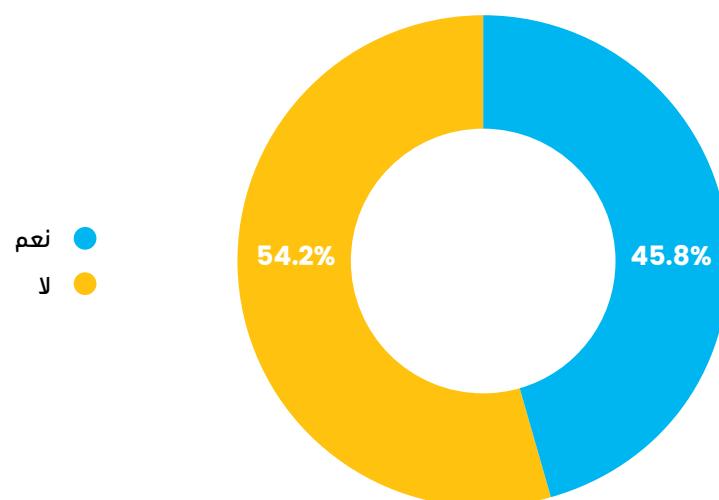


تشير النتائج إلى أن الشباب المستجوب يقيم حالته النفسية بصفة أقل إيجابية من حالته الصحية العامة، إذ ترتفع نسبة من يقيّمون حالتهم النفسية بصفة سلبية إلى أكثر من ثلاثة مرات ممن يقيّمون صحتهم العامة كذلك (27,2٪ مقابل 7,6٪).

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

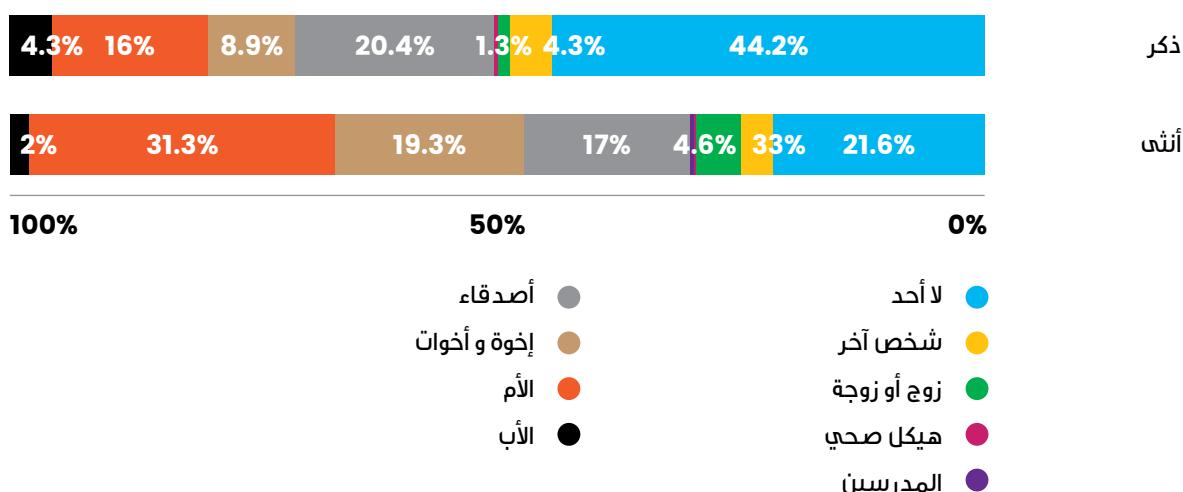
لكن أكثر من 20% من الشباب يقيمون صحتهم العامة بصفة إيجابية وحالتهم النفسية بصفة سلبية.

هل أثر الكوفيد على الحالة النفسية للشباب؟



45.8% من عموم المستجيبين اعتبروا أن الأزمة الوبائية للكوفيد-19 أثرت على حالتهم النفسية. هذه النسبة تفوق كثيراً من صرحوا أن حالتهم النفسية سيئة أو سيئة جداً بما يعني أن هذا التأثير كان محدوداً في قوته أو مؤقتاً وزال عند إجراء الدراسة.

الشخص الذي يلجأ إليه الشباب حين يشعرون بمشاكل نفسية



يُظهر الرسم اختلافات هامة جداً بين الجنسين في اختيار الجهة التي يقصدونها طلباً للسد والمساعدة عند الإحساس بمشاكل نفسية، حتى إن خيار اللجوء إلى الآخرين ليس مطروحاً بنفس الشكل على العينتين. قرابة 45% من المستجيبين الذكور صرحوا بأنهم لا يلجؤون إلى أحد في حين أن قرابة 80% من المستجيبات صرحن بأنهم يبحثون عن دعم، ربما يرتبط

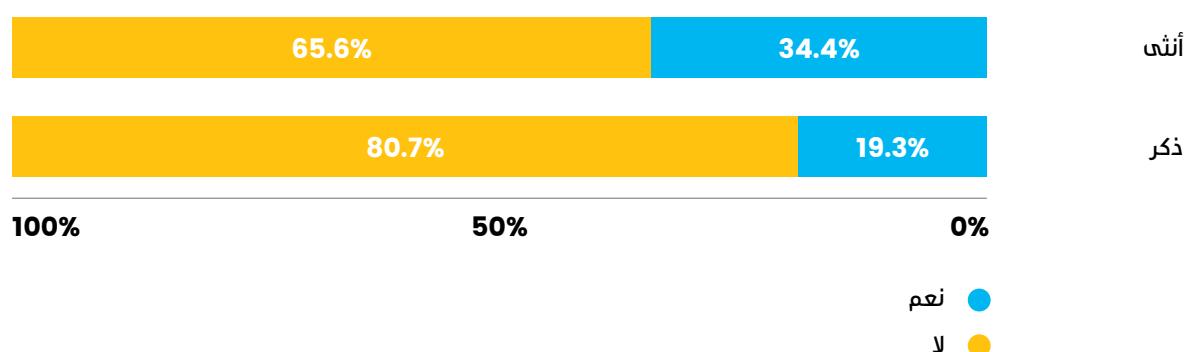
هذا التفاوت بالتنمية الاجتماعية لكلا الجنسين: تُعُود الذكور حل مشاكلهم وحدهم وضعف الصلة الحميمية مع الأب وحتى الأم /«الفضفة» والتضامن النسوي لدى الإناث. يَعْوَل كلا الجنسين على أفراد العائلة بشكل رئيسي لكن مع اختلاف هام في النسب (29.3 % من المستجوبين و 52.6 % من الإناث) وفروق احصائية ذات دلالة بين هؤلاء الأفراد: حضور طاغي للأم وغياب شبه كامل للأب خاصة في إجابات المستجوبات (فوارق كلاسيكية مرتبطة بصورة الأم/الحضن والأب/السلطة في المخيال الجماعي) ودور متوسط الأهمية للأخوة والأخوات. حضور الزوجات والأزواج في الإجابات ضعيف جداً نظرًا لضعف نسبة المستجوبين المتزوجين، خاصة الذكور. يلعب الأصدقاء دوراً هاماً لدى الجنسين، لكنه أقوى بكثير عند الذكور حتى أنه يفوق دور الأم، ويشتهر الجنسان في عدم التعويل على الهياكل الصحية والإطار التربوي/التعليمي.

الحاجة للذهاب إلى طبيب نفسي أو أخصائي نفسي في السنة الأخيرة

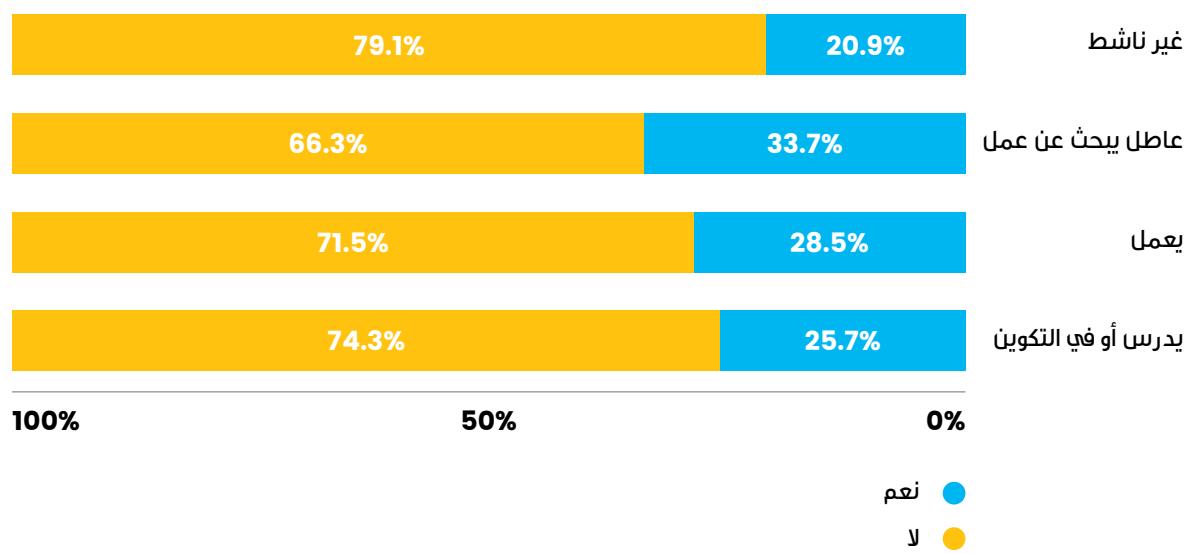
للتعرف على مدى شعور الشباب فعلياً في السنة الأخيرة بالحاجة إلى رعاية نفسية مختصة، طرحتنا السؤال مباشرةً عليهم. تبيّن أنّ نسبتهم هامة، تفوق ربع مجموع المستجوبين (26.8 %)، أي تقريراً نفس نسبية من قيموا حالتهم النفسية بصفة سلبية.

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

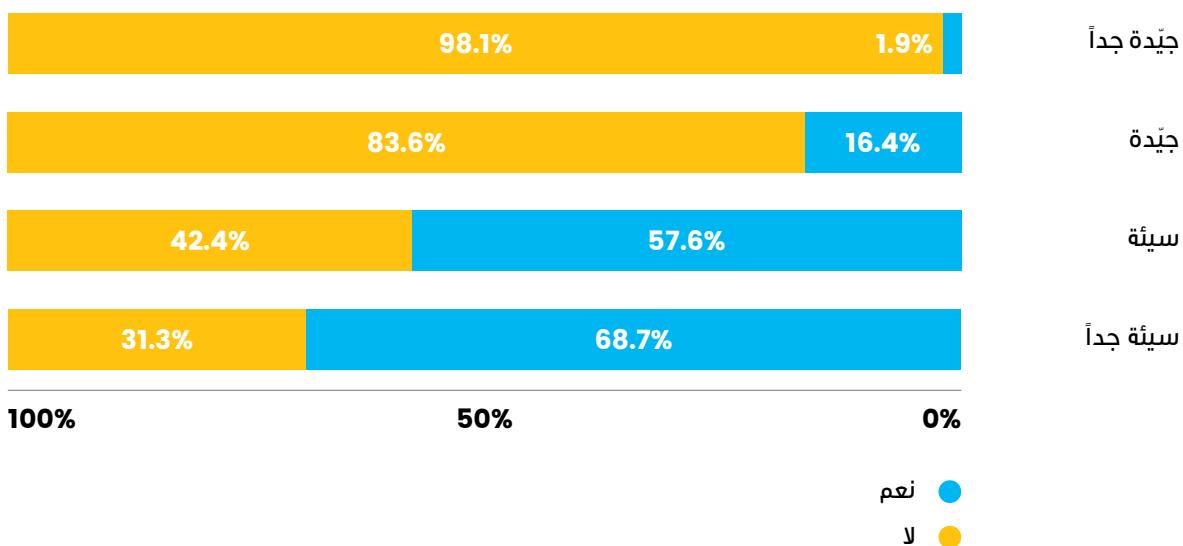
- حسب الجنس: الإناث أجبن بنعم بنسبة تقارب ضعف نسبة الذكور.



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

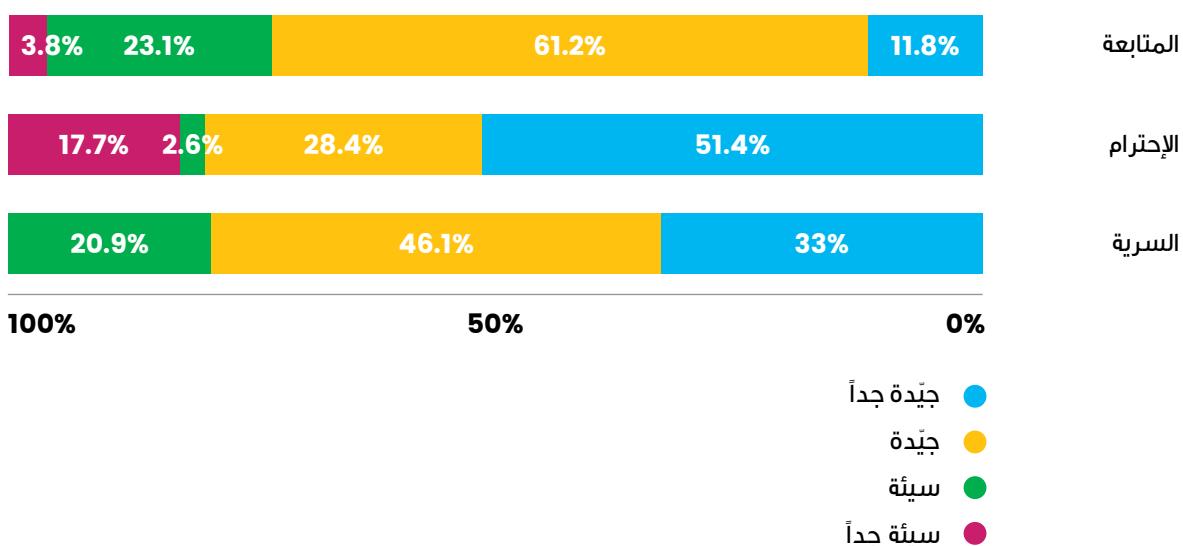


مقارنة الحاجة للذهاب إلى طبيب نفسي أو إخصائي نفسي في السنة السابقة للدراسة وتقدير الحالة النفسية عند إجراء الدراسة

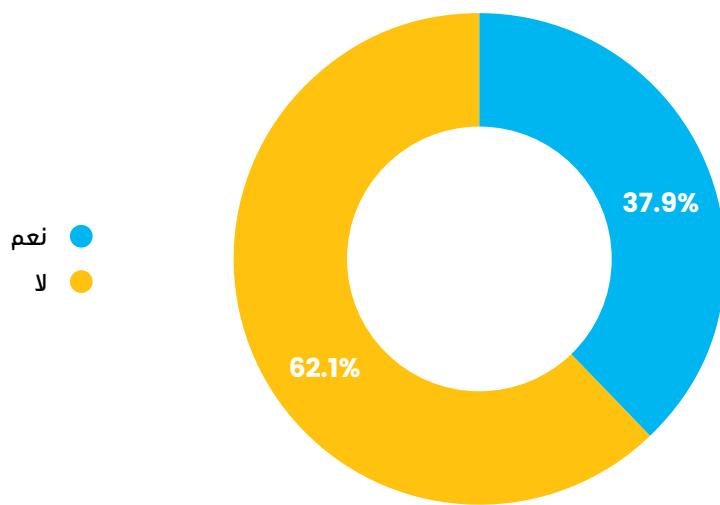


العلاقة بين تمثيل المستجوب عند إجراء الدراسة لحالته النفسية وإحساسه بالحاجة للذهاب إلى طبيب/إخصائي نفسي معقدة. فـ 16.4٪ من بين المستجيبين الذين قيموا حالتهم النفسية بالجيدة (و 1.9٪ من بين المستجيبين الذين قيموا حالتهم النفسية بالجيدة جداً) قالوا انهم أحمسوا بحاجة للذهاب إلى مختص في السنة الأخيرة، وقد يكون ذلك بسبب زوال الحاجة عند إجراء الدراسة أو تبعاً لإجراء العيادة النفسية المختصة وتقليلها بالنجاح. وفي المقابل أكد 68.7٪ من المستجيبين الذين يعتبرون حالتهم النفسية سيئة جداً و 57٪ من المستجيبين الذين يعتبرون حالتهم النفسية سيئة، انهم أحمسوا بحاجة للذهاب إلى مختص في السنة الأخيرة، وهو أمر طبيعي.

تقدير جودة الخدمة عند زيارة طبيب نفسي أو إخصائي نفسي



مجانية الخدمة لدى الطبيب النفسي أو الإخصائي النفسي

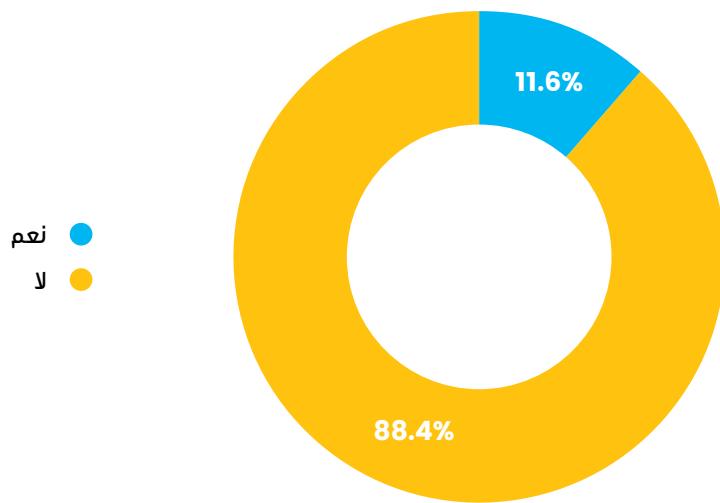


تقييم المستجيبين الذين ذهبوا لطبيب/أخصائي نفسي خلال السنة الأخيرة لجودة الخدمات التي تلقوها إيجابي بنسب مرتفعة تتراوح بين 73٪ و 80٪ عموماً مع تفاوت في مستوى درجة الرضا حسب الثلاث معايير التي تناولتها الاستماراة: متابعة المريض، ومعاملته باحترام وحماية السرية:

- المتابعة هي المعيار الذي قلما حاز على الرضا التام: فقط 12٪ اعتبروا أنها جيدة جداً، (مع 61٪ قالوا أنها جيدة). ويمكن القول أن هناك احساس عام بأن المتابعة غير كافية خصوصاً مع نسبة عدم رضا بلغت 27٪ (4٪ اعتبروها سيئة جداً والباقي قالوا أنها سيئة).
- الاحترام هو أكثر معيار حظي بأعلى نسبة رضا عام قاريت 80٪ وخاصة أعلى نسبة رضا تام فاقت 51٪. لكن 18٪ كانوا غير راضين بذات عن مدى الاحترام في عيادة الطبيب أو الإخصائي النفسي واعتبروه سيئاً جداً.
- أما معيار السرية فتقريمه وسطي بين المعايير السابقين بنسبة رضا عام قاريت 80٪ لكن نسبة الرضا التام لم تتجاوز 28٪. مع نسبة عدم رضا عام بـ 21٪ قالوا كلهم أن السرية في العيادة النفسية سيئة ولم يعتبر أي واحد أنها سيئة جداً.

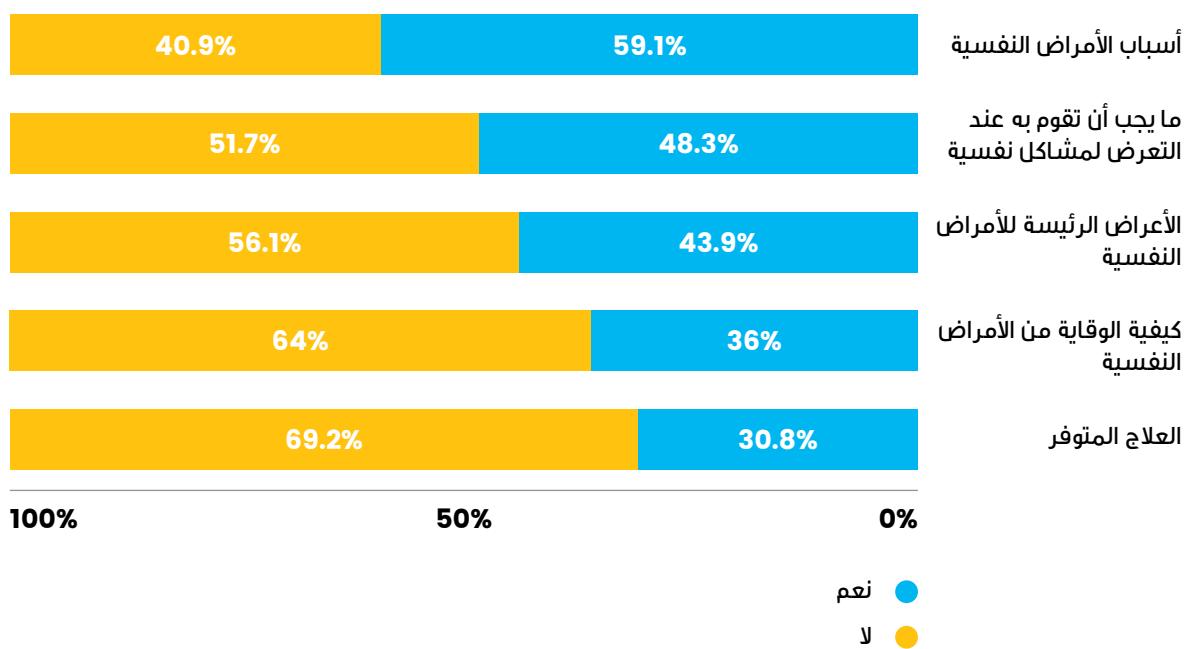
ولكن إذا كان تقييم جودة الخدمة في المجال النفسي إيجابياً مع ضرورة تطويرها لتجاوز هناتها، فالتأكيد أن حصول الشباب على هذه الخدمة يبقى عسيراً جداً. فحسب المعطيات المستقلة من الإجابات، لم يقم سوى 12٪ من أحسوا بالحاجة إلى هذه الخدمة بزيارة طبيب نفسي أو إخصائي نفسي فعلاً. وبالتالي فإن العامل المائي سبب هام خصوصاً وقد صرخ 37٪ فقط من الشباب الحاصل على عيادة نفسية بأنه تمنع بمحابيتها، علماً وأن حوالي نصف مجموع المستجيبين تقريباً لا يتمتعون بتأمينات اجتماعية. لكن العامل الأهم يبقى غياب الطبيب النفسي والإخصائي النفسي المختص في المناطق الداخلية وبالخصوص في الهياكل الصحية العمومية المعروفة، تماماً مثل تعقد الإجراءات ونقص المعلومات عن صيغ الحصول على عيادة نفسية.

هل يعرف الشباب شخصاً في محيطه العائلي، يتبعه طبيب نفسي أو إخصائي نفسي؟



أكثر من 11٪ من الشباب والشابات المستجوبين صرحوا بمعرفتهم شخصاً في محيطهم العائلي يتلقى متابعة من طبيب نفسي أو إخصائي نفسي. وهي نسبة تعتبر مرتفعة، خاصة عند مقارنتها بالمعطيات المتوفرة عن عدد عيادات الطب النفسي في القطاع العمومي¹ ونسبة من صرحوا بأنهم يتبعون علاجاً طبياً بسبب اكتئاب، وهو أكثر الاضطرابات النفسية توافراً. في المسح الشامل للصحة في تونس المُجرى من طرف المعهد الوطني للصحة سنة 2016². 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 من يتبعون علاجاً نفسياً على اخفاء الأمر على الآخرين حتى المقربين منهم خشية الوصم وتغيير نظرة الناس إليهم.

هل يعتقد الشباب أن لديه معلومات كافية حول المشاكل والأمراض النفسية؟

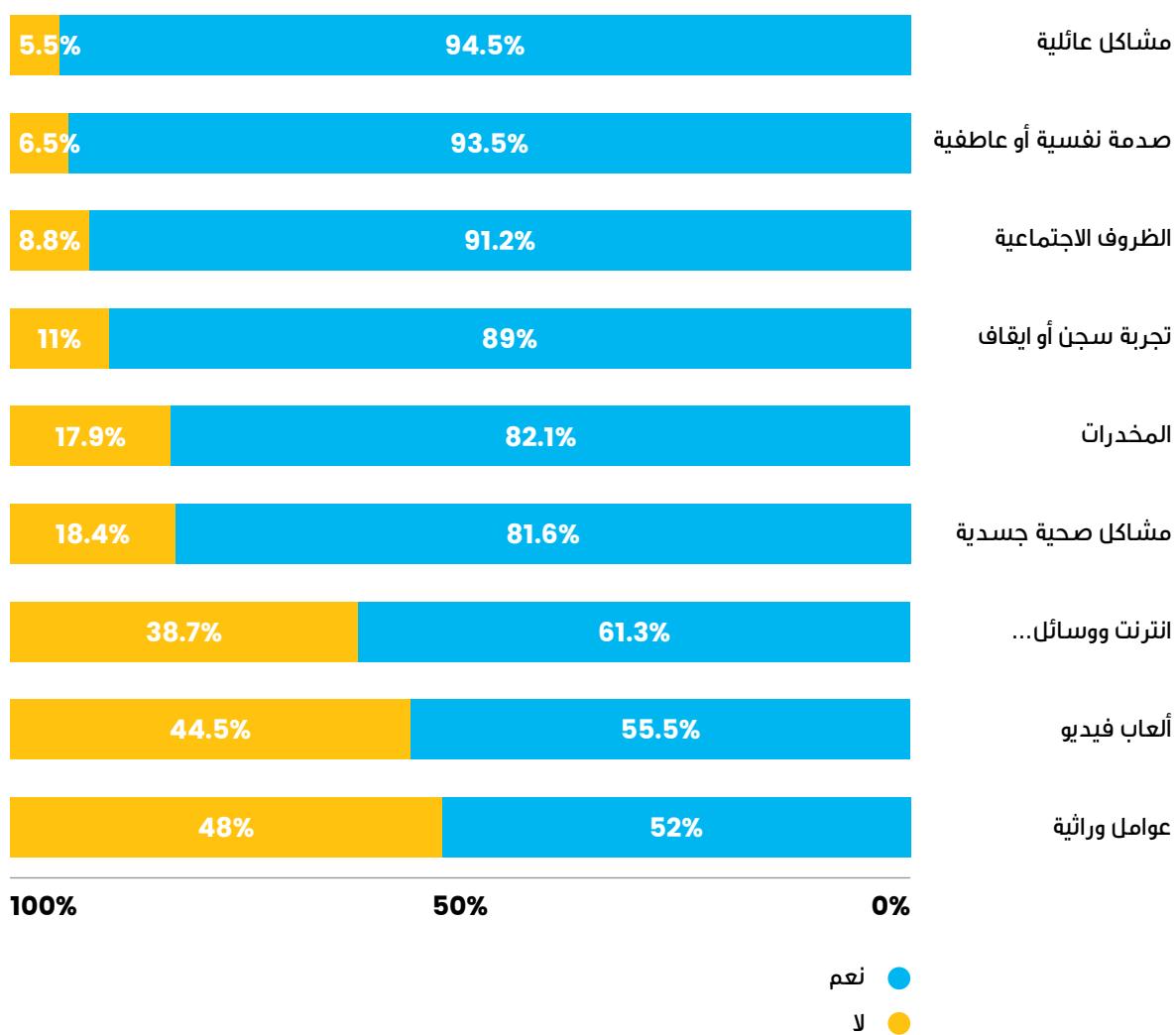


¹ حسب إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2019، بلغ عدد عيادات الطب النفسي بالقطاع العمومي في مجموع البلاد 272 عيادة أي ما يقارب عيادة واحدة لـ 2.4٪ من مجموع سكان البلاد (0 عيادة في تطاوين و 3142 في القصرين وأكثر من 120 ألف في تونس الكبرى و 84 ألف في الوسط الشرقي: سوسنة والمنستير والمهدية وصفاقس) – المصدر: «الخارطة 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

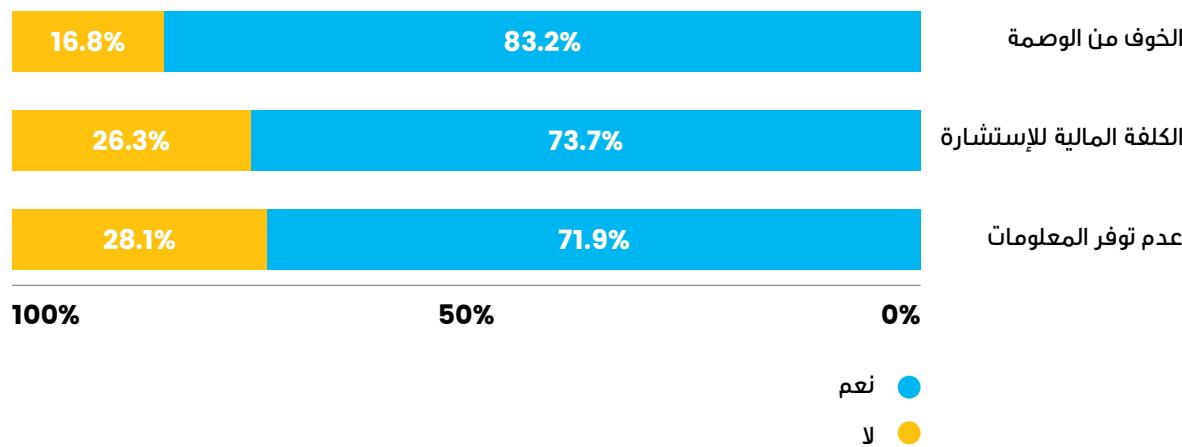
ولئن صرخ قرابة 60 % من المستجيبين بأنهم على دراية بأسباب الأمراض النفسية فإن النسبة تتحفظ إلى أقل من النصف وحتى الثلث عندما ننطرق إلى كيفية التصرف عند التعرض لمشاكل نفسية ومعرفة أعراض الأمراض النفسية وخاصة سبل الوقاية أو العلاج منها. ويمكن أن نستنتج من خلال البيانات أن أكثر من نصف المستجيبين ليس لديهم 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 مقدمة)



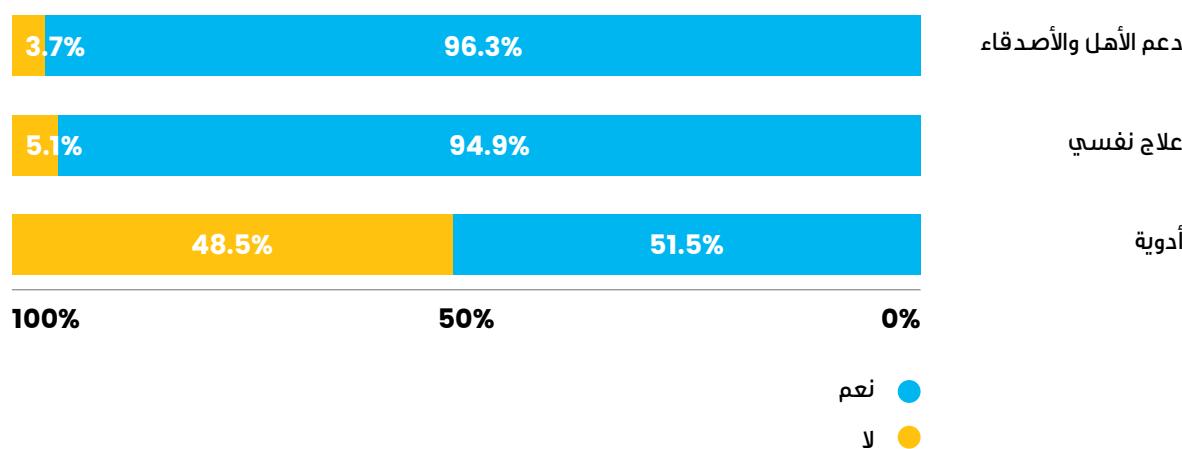
يظهر الرسم اجماعاً شبيه كاملاً من أغلب المستجيبين حول مسببات الاضطرابات النفسية فيما يتعلق بالمشاكل العائلية والعاطفية والاقتصادية، وبشكل أقل بخصوص السجن والإيقاف والمخدرات والمشاكل الصحية. تظهر تباينات آراء المستجيبين حول دور الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي وألعاب الفيديو والعوامل الوراثية، وهذا الاختلاف 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؟



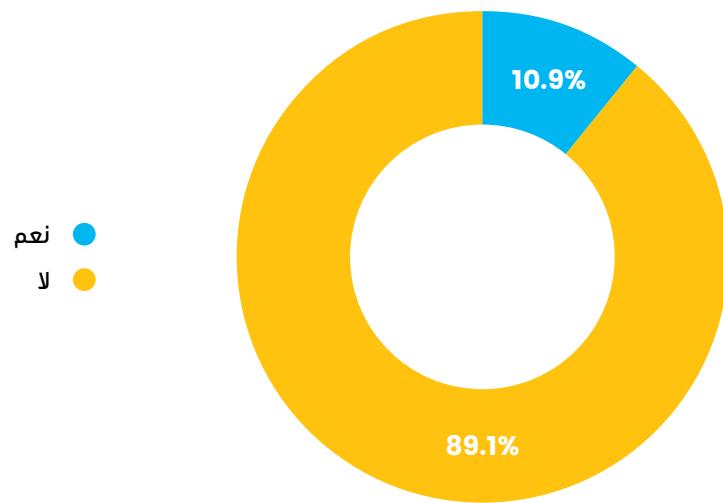
تؤكد اجابات المستجوبين ان الخوف من نظرة المجتمع الاجتماعي وما قد يلحق بالمريض من وصم هو العامل الأكثـر وزنا في إثنـاء شخص عن التوجه طلبا لاستشارة نفسـية. لكنـها تثبت الأهمـية الكـبيرة لـعامل المـاـي (الـذـي كـثيرـاً ما يتـضـاعـف بـحـكم ما يتـطلـبـه التـعـهدـ من تـعـدـدـ لـلـحـصـصـ أوـ الـعـيـادـاتـ وـتـنـقـلـاتـ بـسـبـبـ غـيـابـ المـخـتصـينـ فـيـ عـدـيدـ الـجهـاتـ الدـاخـلـيـةـ وـالـمـنـاطـقـ الشـعـبـيـةـ الـمـحـيـطـ بـالـمـدـنـ الـكـبـرـيـ). ولـعدـمـ توـفـرـ مـعـلـومـاتـ (ـحـولـ هـيـاـكـلـ الرـعـاـيـةـ الصـحـيـةـ النـفـسـيـةـ إـجـرـاءـاتـ الـوـلـوجـ إـلـىـ التـعـهـدـ النـفـسـيـ).

من وجهة نظر الشباب، هل تسـاعدـ هـذـهـ الطـرـقـ شـخـصـاـ يـعـاـيـ منـ مشـاكـلـ نـفـسـيـ؟



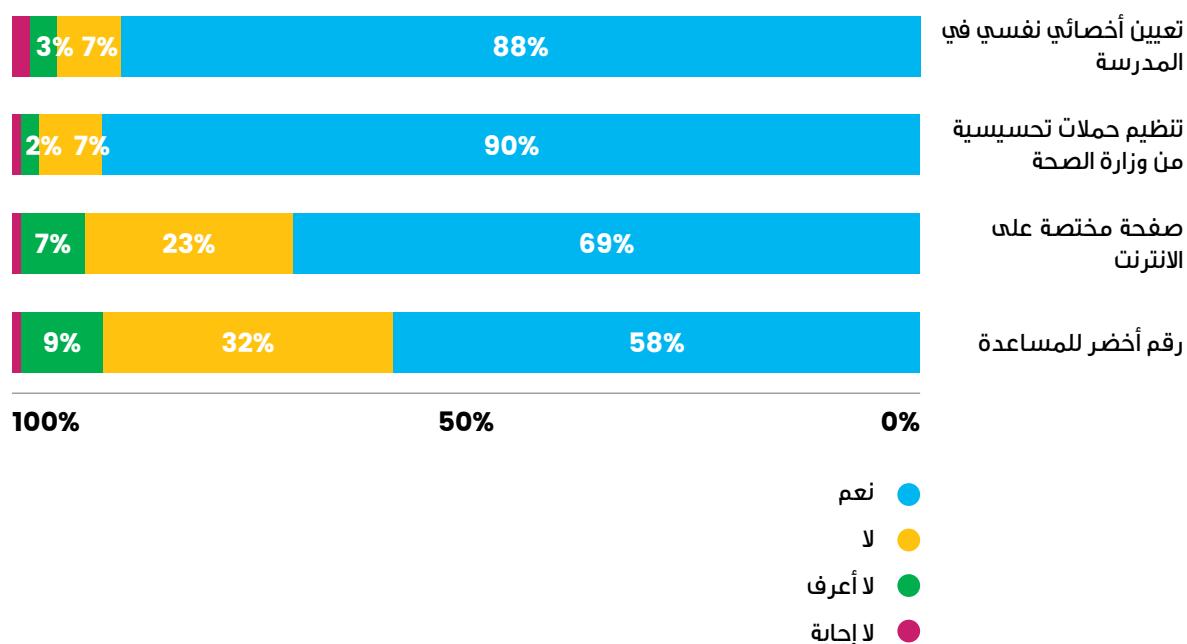
يبـينـ هـذـاـ الرـسـمـ أـنـ هـنـاكـ اـجـمـاعـ شـبـهـ كـامـلـ مـنـ الـمـسـتـجـوـبـينـ عـلـىـ أـهـمـيـةـ دـعـمـ الـمـحـيـطـ الـعـلـائـقـيـ (ـعـائلـةـ وـأـصـدـقـاءـ)ـ فـيـ مـسـاعـدـةـ مـنـ يـعـاـنـونـ مـنـ مشـاكـلـ نـفـسـيـةـ عـلـىـ تـجـاـزـهـاـ. وـعـلـىـ الـعـكـسـ مـاـ قـدـ يـتـبـادـلـ لـلـذـهـنـ مـنـ نـفـورـ مـنـ الـعـلـاجـ النـفـسـيـ اوـ وـصـمـ لـلـذـينـ يـتـلـقـونـهـ فـيـ نـفـسـ الـمـرـتـبـةـ السـاحـقـةـ مـنـ الـمـسـتـجـوـبـينـ (ـنـقـطـتـيـنـ 94.9ـ%). تـؤـمـنـ بـدورـ الـعـلـاجـ النـفـسـيـ فـيـ مـسـاعـدـةـ الـأـشـخـاصـ الـذـينـ يـعـاـنـونـ مشـاكـلـ وـتـجـعلـهـ فـيـ نـفـسـ الـمـرـتـبـةـ تـقـرـيرـاـ مـعـ الدـعـمـ الـعـائـلـيـ. لـتـحـظـيـ الـأـدـوـيـةـ بـنـفـسـ الـاـجـمـاعـ، بلـ تـظـهـرـ نـسـبـةـ الـاـجـابـاتـ الـإـيجـابـيةـ وـالـسـلـلـيـةـ اـنـقـسـاماـ وـاضـحاـ مـعـ اـغـلـيـةـ طـفـيـفـةـ (ـنـقـطـتـيـنـ)ـ لـلـرأـيـ الـقـائـلـ بـقـدرـةـ الـأـدـوـيـةـ الـمـسـاعـدـةـ عـلـىـ الـعـلـاجـ. عـمـومـاـ هـنـاكـ اـجـمـاعـ عـلـىـ أـهـمـيـةـ الدـورـ الـإـنـسـانـيـ سـوـاءـ الـعـلـائـقـيـ اوـ الـمـهـنـيـ فـيـ تـخـفـيفـ وـطـأـةـ الـأـمـرـاـضـ وـالـمـشـاكـلـ النـفـسـيـةـ.

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: **عُشر** المستجيبين فقط صرحو انهم استفادوا من حملة تحسيسية حول الأمراض النفسية. وربما كان النقص قي مستوى التواصل والمضمون أكبر.

حسب الشباب، ما هي طرق التعريف بالمشاكل النفسية؟ (من بين مقترحات مقدمة)



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

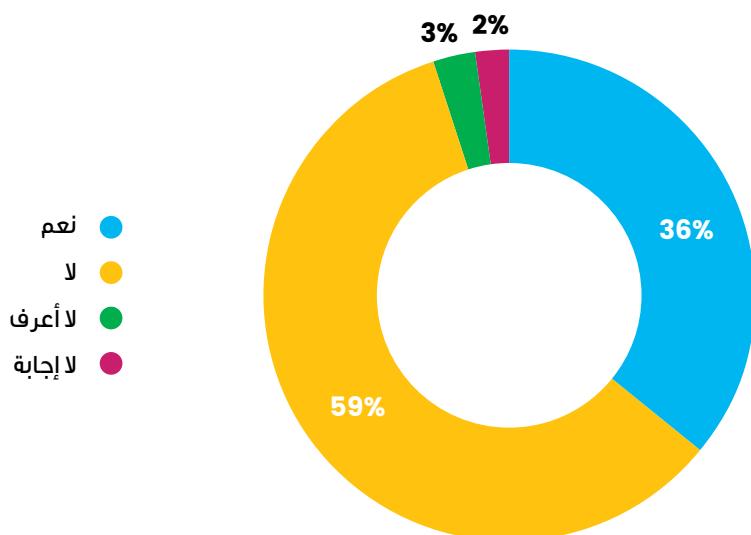
- تميز الطرق التقليدية بأنها توفر تواصلًا أكثر ديناميكية وتفاعلية وتحت حميمية بالنسبة للتواصل مع إخصائي نفسي بصفة فردية، والشباب بحاجة إلى ذلك بشدة في مجال الصحة النفسية

- 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 عملياً مع المنظومات الرقمية والأرقام الخضراء، خلال جائحة الكورونا، وبالأخص منظومة إيفاكس للتلقيح ضد الكوفيد 19

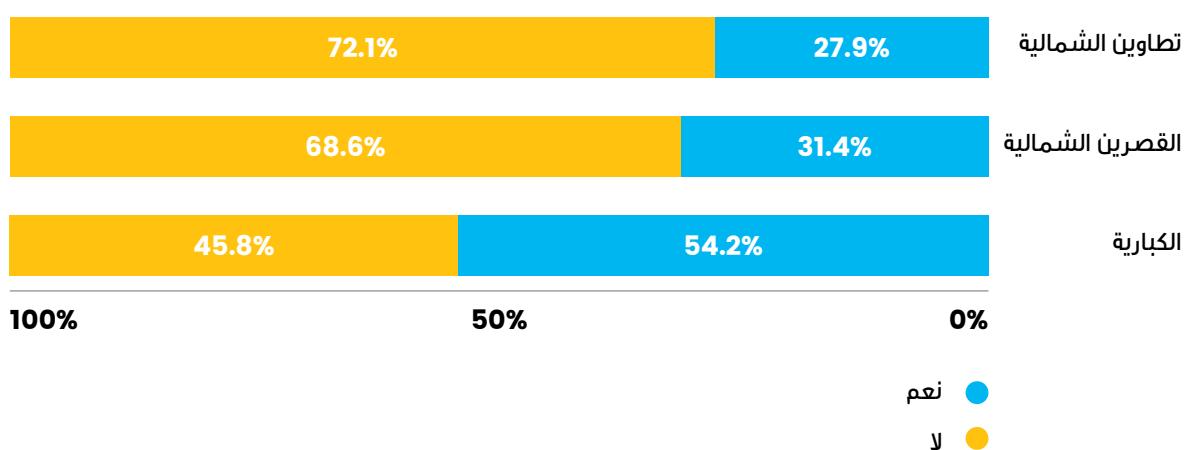
تجربة الشباب في التعامل مع المشاكل النفسية

التعرض لبعض المشاكل النفسية

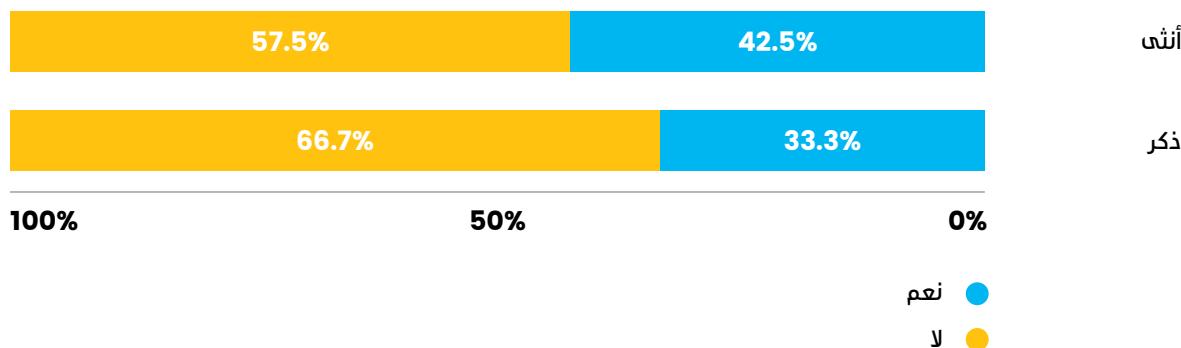


التعرض لبعض المشاكل النفسية حسب المنطقة والجنس

- حسب المنطقة

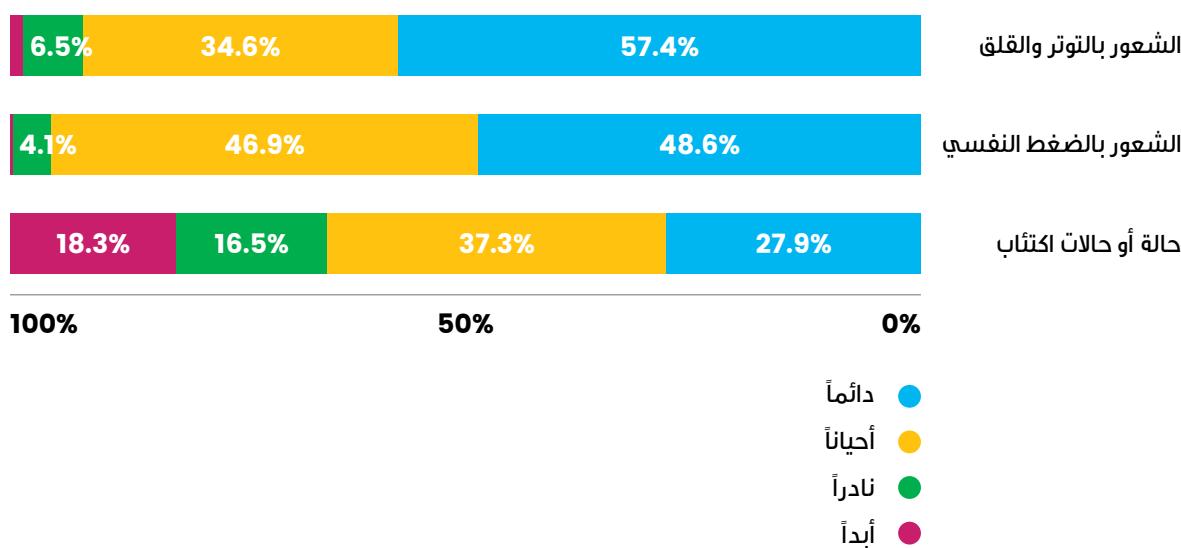


- حسب الجنس -



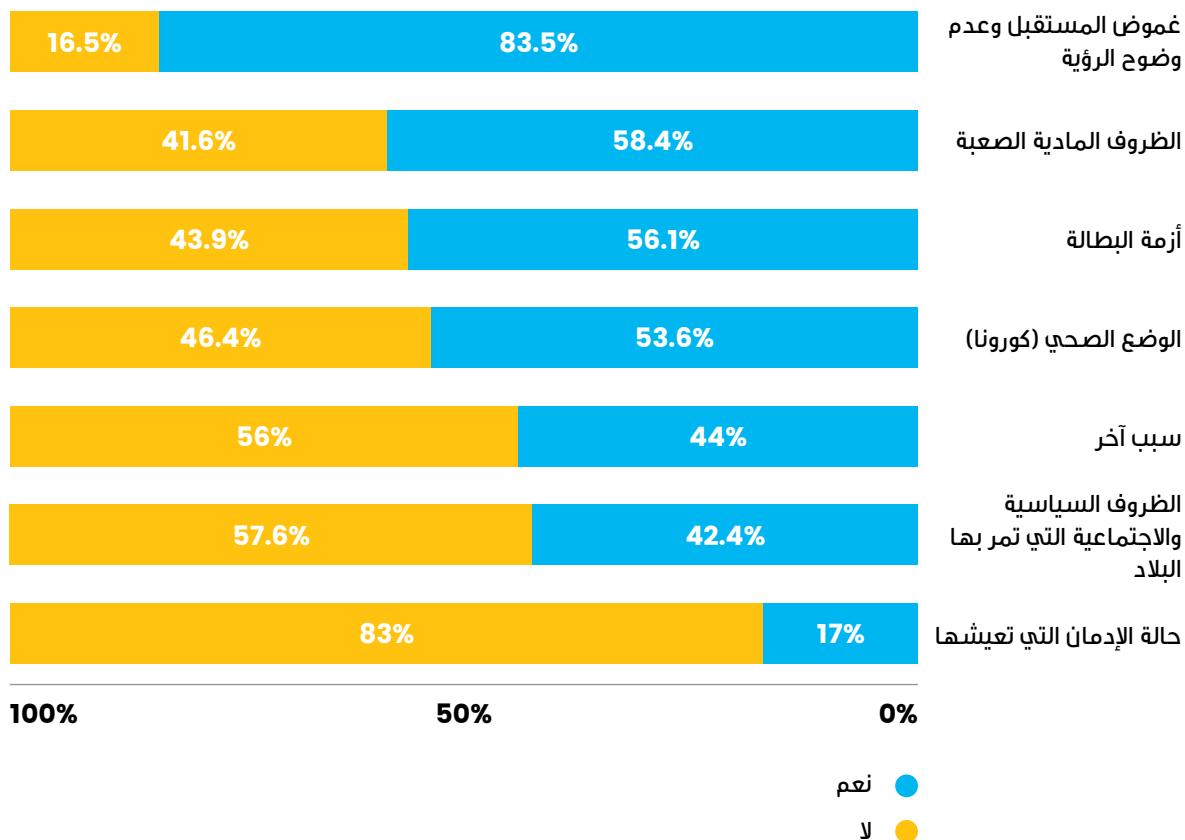
على الرغم من ان المشاكل النفسية ليست حكرا على أي جنس أو منطقة فهناك فوارق ملحوظة تبرزها اجابات المستجيبين. الإناث كن أكثر عرضة للمشاكل من الذكور، ربما بسبب كثرة الضغوط المجتمعية المسلطة على الإناث مقارنة بالذكور سواء على المستوى السلوكي او في الفضاء الخاص او العام، فضلا عن مدى اختلاف «المناعة» النفسية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

- إحساسات الشباب عند التعرض لمشاكل نفسية -



يبين لنا هذا الرسم البياني حضور المشاعر المرافقة للتعرض لمشاكل نفسية لدى الشباب وديمومته حضورها. من الجلي أن الشعور بالتوتر والقلق من جهة وبالضغط النفسي من جهة ثانية حاضران في كل الحالات تقريبا، أساساً بصفة دائمة أو متواترة. لكن الإحساس التوتر والقلق هو الأكثر حضوراً بشكل دائم بنسبة 57٪. أما الشعور بالضغط النفسي فهو دائم الحضور لدى 49٪. حالات الاكتئاب أقل حضوراً، فهي غائبة في حوالي 28٪ من الحالات، ونادرة الحضور في سددسها، وليس دائمه سوى في 28٪ منها. وهو أمر طبيعي باعتبار أن الإحساس بالاكتئاب عادة ما يكون تعبيراً عن مشكل نفسى 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 وتؤثرا في حياتهم وفي تعرضهم لهاته المشاكل:

- ضبابية المستقبل هي أكثر عامل يؤرق الشباب وساهمن في ظهور الأعراض النفسية في 83.5% من الحالات.

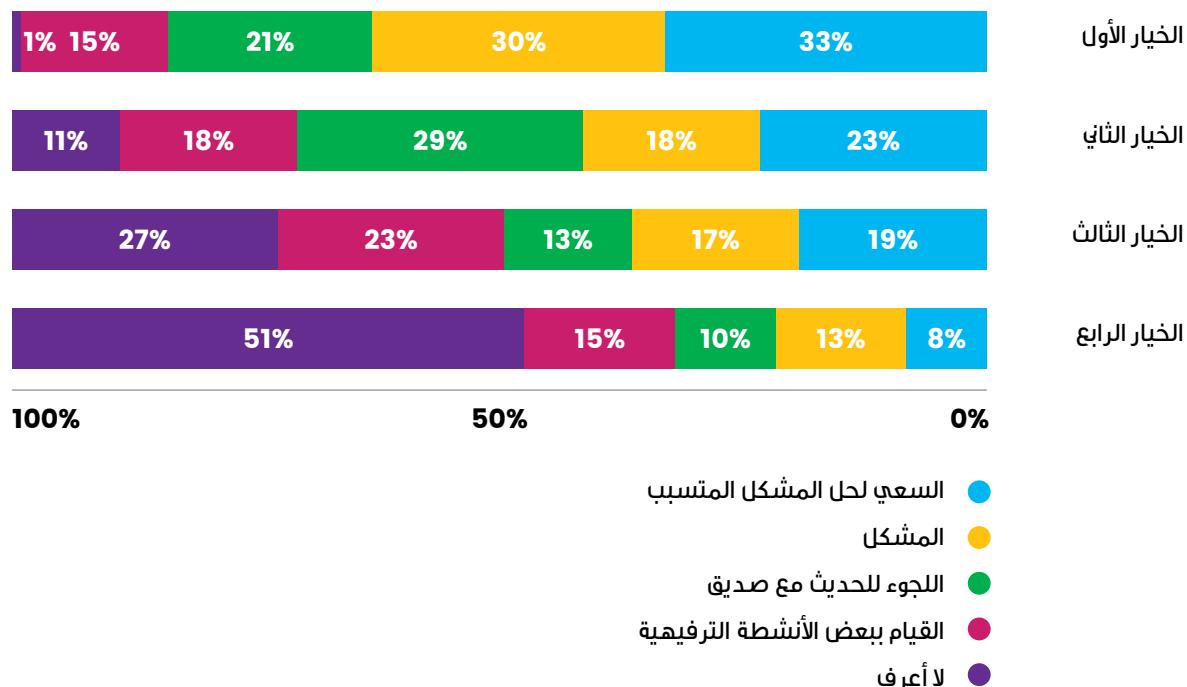
- الظروف المادية الصعبة المرتبة الثانية والبطالة تحلان تباعا المرتبة الثالثة بنسوب تفوق نصف الحالات لكل منهما.

- الكورونا، التي خيمت على البلاد والعالم في السنة والنصف التي سبقت إجراء الدراسة، كانت بطبعية الحال عاملا مهما. فلا يخفى على أحد كيف أثرت على نسق الحياة خاصة فيما يتعلق بالحجر الصحي وحظر التجوال وتقيد الحركة والتواصل عموما. وكذلك لتأثيراتها الاقتصادية على بعض الطبقات الاجتماعية والفئات المهنية إلى جانب خطر الإصابة وما نتج عنها من معاناة صحية ومتasses 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% من تعرضوا إلى مشاكل نفسية، فإن هاته النسبة كبيرة ومقلقة، وتعبر 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. وبالتالي فإن مثل هذا الوعي يجعل العديد من المدمنين يرغبون في الخروج من حالة الإدمان لكنهم في الأغلب لم يستطعوا ذلك أو لم يعرفوا ماذا يتوجب عليهم فعله.

التصرف عند حدوث الشعور النفسي المقلق



يسعى قرابة ثلثي مَن تعرضاً لمشاكل نفسية في المقام الأول إلى التعامل مع المشكل المسبب عبر محاولة حله (34%) أو تفاديه (30%) ، ويقتصر اللجوء إلى صديق الخيار الأول لأكثر من خمسهم، في حين يتجه 15% أولاً إلى وسائل الترفيه للخروج من الشعور النفسي المقلق.

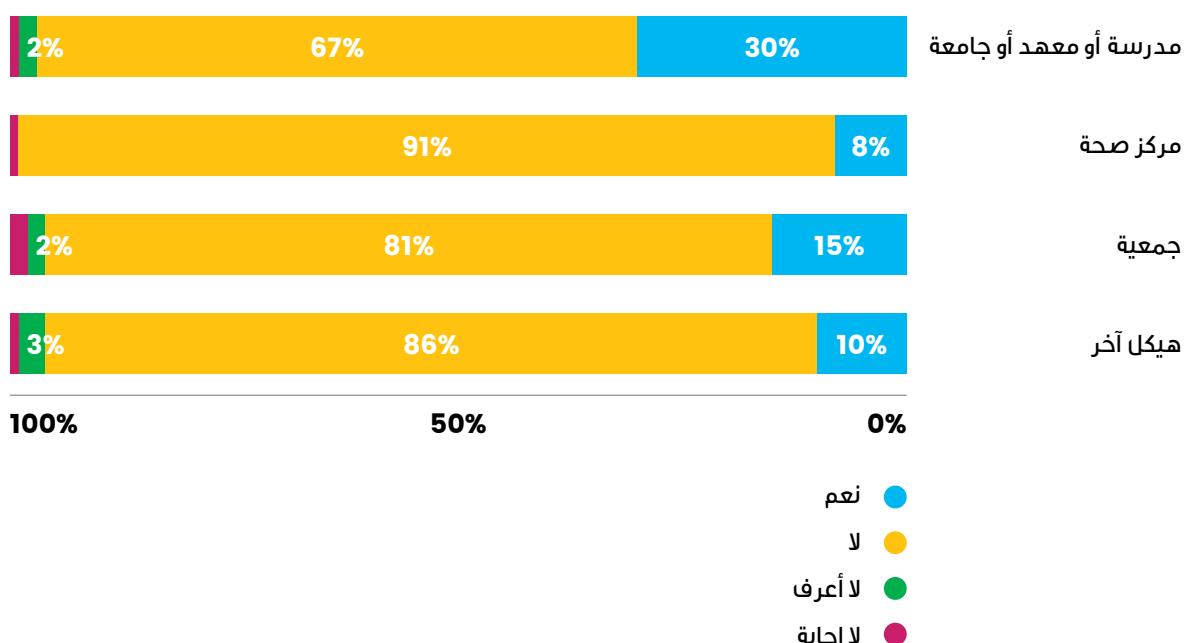
ويصبح اللجوء إلى الحديث مع صديق أبرز خيار في المقام الثاني (30%) وإلى القيام ببعض الأنشطة الترفيهية أبرز خيار ثالث (25%).

4. الإدمان

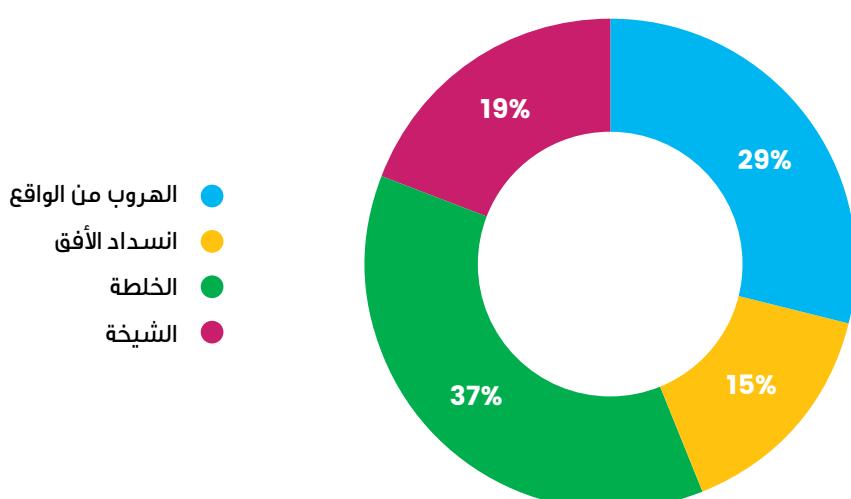
في دراسة لتمثيل الشباب للمخاطر المحيطة بهم، قامت بها إنترناشونال أرت - تونس في تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية ودوار هيشر، نجد أن الإدمان هو ثالث أهم المخاطر الاجتماعية حضوراً في إجابات المستجوبين. كما صدرت في السنوات الأخيرة عدة تقارير ودراسات ومقالات تدق جرس الإنذار للتنبيه للبعض هذه الظاهرة. لذا سعينا إلى فهم مدى انتشارها وأسبابها وموقف الشباب منها.

1.4 تمثلات عامة

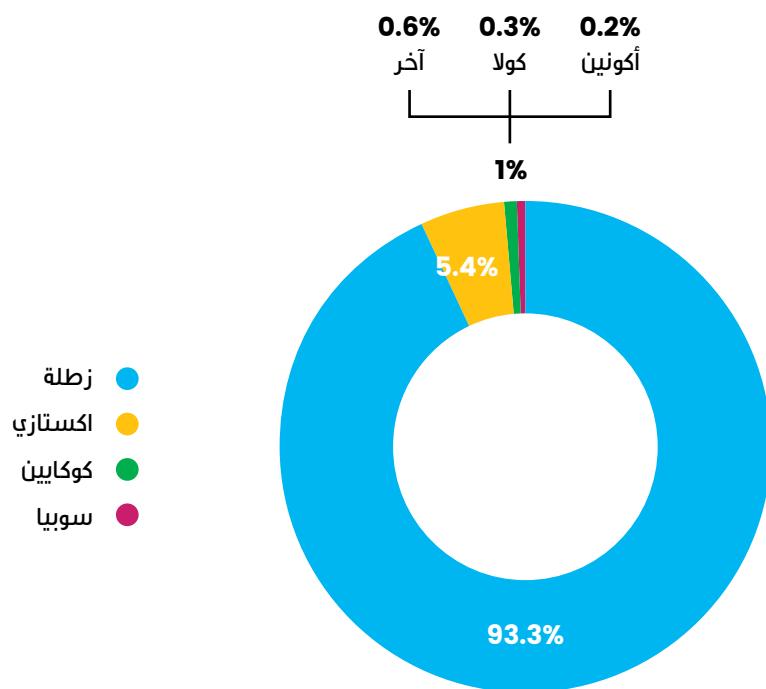
- هل سبق وقدمت للشاب أي معلومات حول المخدرات وطرق الكف عن الاستهلاك من طرف أي هيكل؟



- 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 المستجيبين لاستهلاك المخدرات بغض النظر إن كان قد سبق لهم استهلاكها أم لا. أكثر من ثلثي المستجيبين صرحو بأنهم لم يتلقوا معلومات حول المخدرات ومقاومة الإدمان في الوسط المدرسي والجامعي مما يطرح تساؤل جدياً حول الدور التوعوي الذي يفترض أن تلعبه المؤسسات التعليمية بالتعاون مع هيأكل الصحة العمومية وغيرها، خاصة وأن 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 الهيأكل التعليمية في مجموعها وضعف دور هيأكل الصحية.

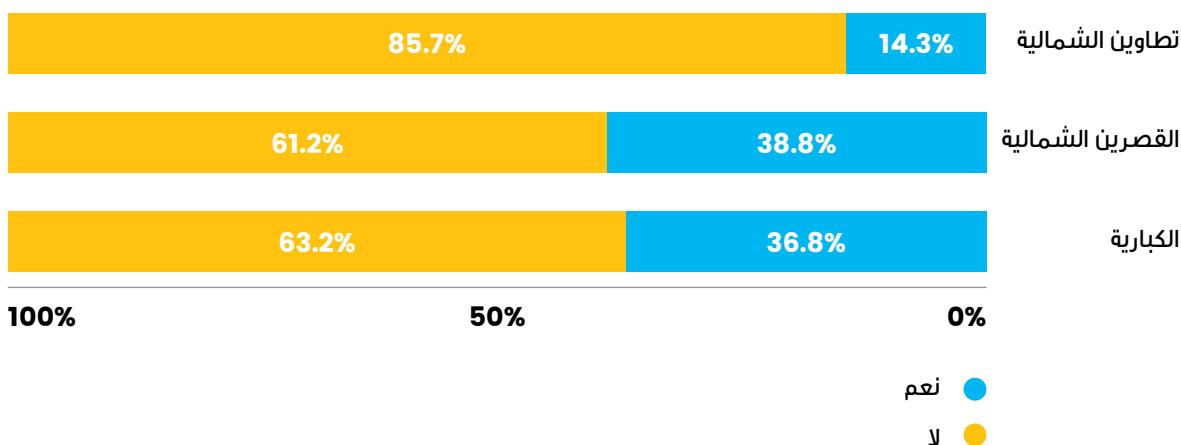
تنوعت إجابات المستجيبين بخصوص الأسباب الدافعة لاستهلاك المخدرات في محيطهم، لكن الجزء الأكبر منها يعتبر أن صعوبات الواقع وقتمامه المستقبلي هي السبب الأول بنسبة 44٪ (29٪ الرغبة في الهروب من الواقع و15٪ انسداد الأفق)، مع ميل واضح لتحميل المحيط العلائقى للمستهلك، «الخلطة»، مسؤولية كبيرة في سلوك نهج الاستهلاك بنسبة 37٪. وللحاظ ضعف الربط بين استهلاك المخدرات والبحث عن المتعة والانتشاء «الشيخة». عموماً تمثل الإجابات المستفادة 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 وبنسبة أقل أقراص الاكتاري مع حضور ضعيف لأنواع أخرى مثل الكوكايين و«السوبيتاكس» و«الأكونين» والـ«الكولا». تجدر الإشارة إلى أن 10٪ من الشباب المستجيب صرحاً أن لا فكرة لديهم عن أصناف المخدرات المستهلكة في محيطهم.

2.4 استهلاك الشباب المستجوب للمخدرات

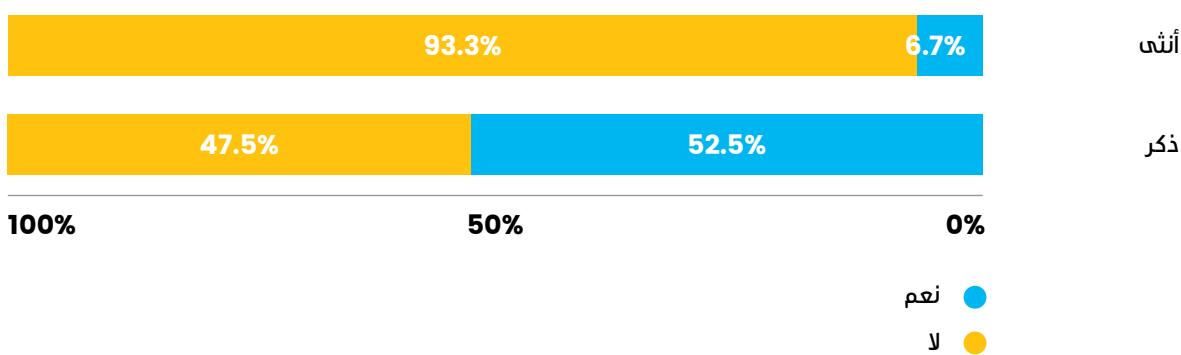
29٪ من الشباب المستجوبين صرحو أنه سبق لهم استهلاك المخدرات (و3٪ رفضوا الإجابة أو لم يجيبوا عن السؤال)، مع تفاوتات هامة حسب المتغيرات.

- استهلاك المخدرات حسب المنطقة



على مستوى المناطق هناك فروقات احصائية ذات دلالة بين منطقتين الكبارية والقصرين الشمالية من جهة وتطاوين الشمالية من جهة أخرى: المستجوبون في المنطقتين الاولى والثانية يستهلكون مخدرات مرة ونصف أكثر من المستجوبين في المنطقة الثالثة بفارق يفوق 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 لتهريب 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 هي شعبية ملاصدق 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 التهريب والترويج من جهة أخرى.

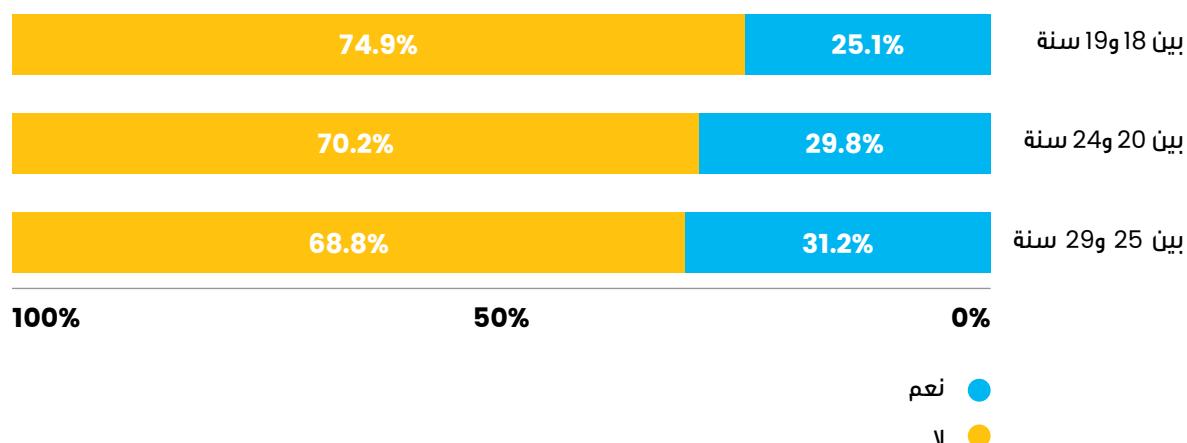
- استهلاك المخدرات حسب الجنس



إذاً ما اعتمدنا متغير الجنس فسنجد أن نسبة الاستهلاك لدى المستجوبين الذكور مرتفعة بشكل كبير إذ تفوق النصف، وتبلغ قرابة تسعين أضعاف استهلاك المستجوبات اللواتي صرحن باستهلاكن للمخدرات (6.7٪). ولئن كانت حقيقة استهلاك الذكور للمخدرات بشكل أكبر من الإناث غير مفاجئة بالمرة - وهذا منزع عالمي - فإن الفروق تكون أقوى بكثير في المجتمعات

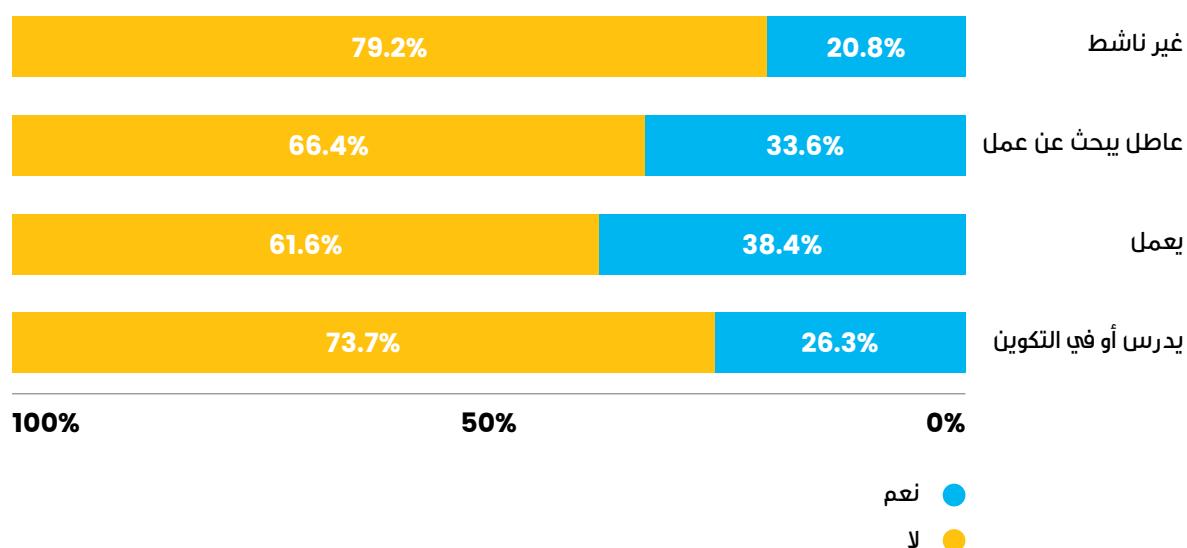
المتشابهة للمجتمع التونسي من حيث قوة الثقافة الذكورية وارتباط العيب والحرام والأحكام الأخلاقية بالمرأة أكثر من الرجل، كما ان امكانية الوصول إلى المخدرات وايجاد أماكن لاستهلاكها أكبر بكثير لدى الذكور بحكم سهولة تواجدهم في الفضاء العام حتى في ساعات متأخرة وفي أماكن «خطيرة».

- 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 المتنميين لها قد يكونوا مستهلكين حالياً أو استهلكوا سابقاً عندما كانوا في فئة عمرية أدنى. من هم دون العشرين سنة أقل استهلاكاً نسبياً، ربما بسبب مسألة الاستقلالية المادية وسلطة العائلة وقلة الضغوط والتجارب مقارنة بفئات أكبر سنًا.

- استهلاك المخدرات حسب النشاط الاقتصادي



النشطين اقتصادياً هم الأكثر استهلاكاً للمخدرات سواء كانوا يعملون (38.4%) أو يبحثون عن عمل (33.6%). تراجع النسبة بأكثر من 10 نقاط لدى المستجوبين الذين مازالوا في مقاعد المؤسسات التعليمية والتكوينية وأكثر من 15 نقطة لدى غير النشطين اقتصادياً. هذه النتائج ترجم ارتباط الاستهلاك -نسبياً- بالاستقلالية المادية والعائلية من جهة، وكثافة العلاقات الاجتماعية وكذلك الضغوط الاقتصادية.

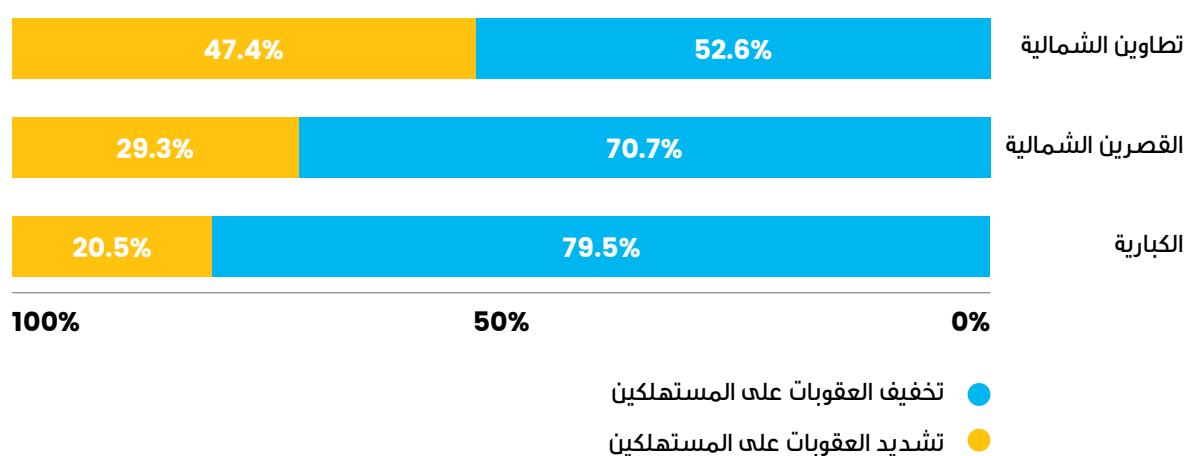
السن عند أول استهلاك حسب المنطقة



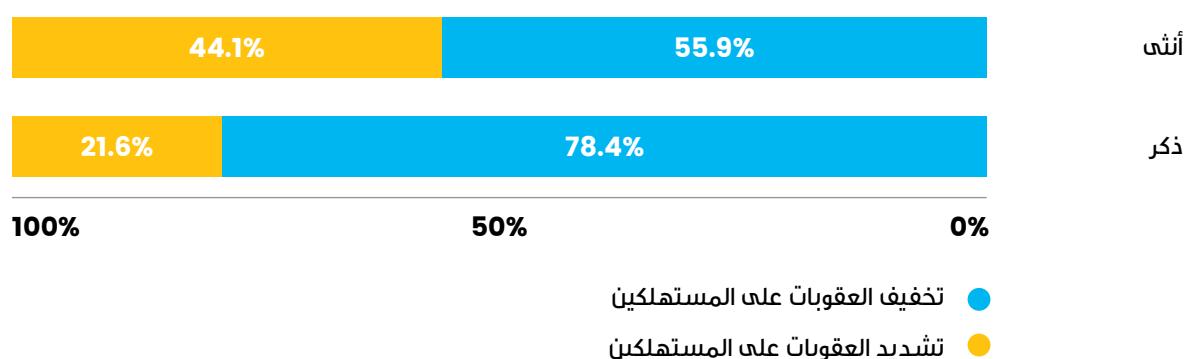
معدل الأعمار عند الاستهلاك أول مرة هو ذاته في كل من الكبارية والقصرين الشمالية: 16.21 سنة وهو أقل بشكل ملحوظ من معدل تطاوين الشمالية حيث يبلغ 17.9 سنة اي على مشارف سن الرشد القانونية. وهذا التفاوت منطقي اعتبارا لارتفاع نسب الاستهلاك وانخفاضها حسب المنطقة.

3.4 الموقف من العقوبات المسلطة على مستهلكي المخدرات

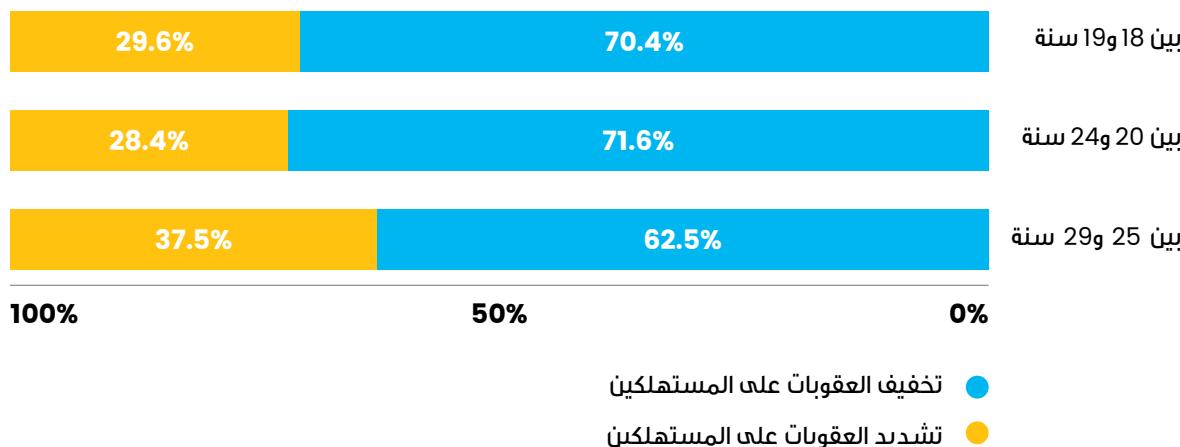
- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب المنطقة



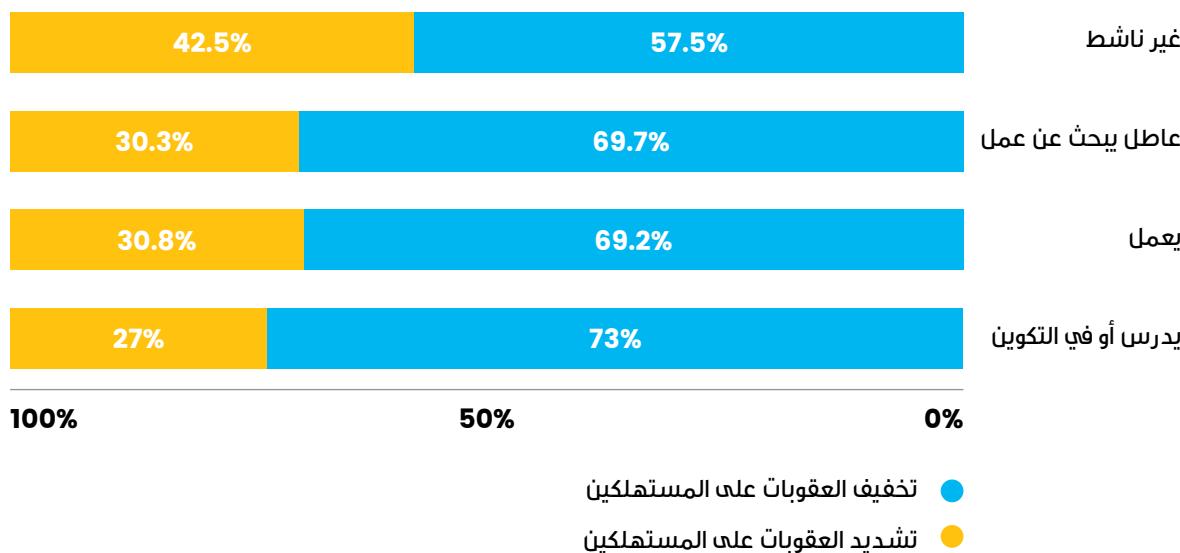
- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب الجنس



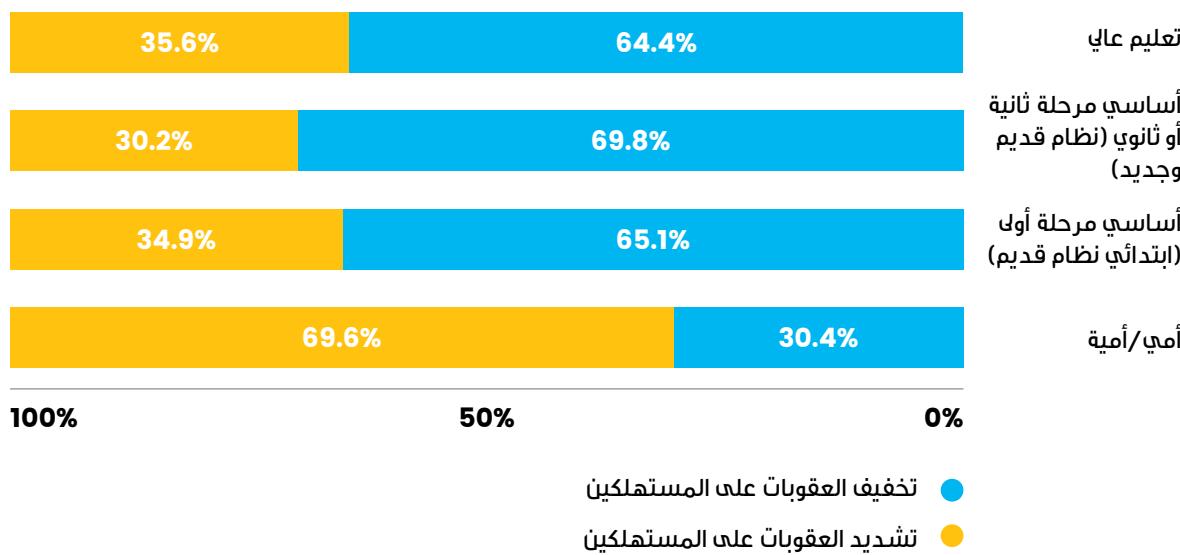
- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب الفئة العمرية



- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب النشاط الاقتصادي



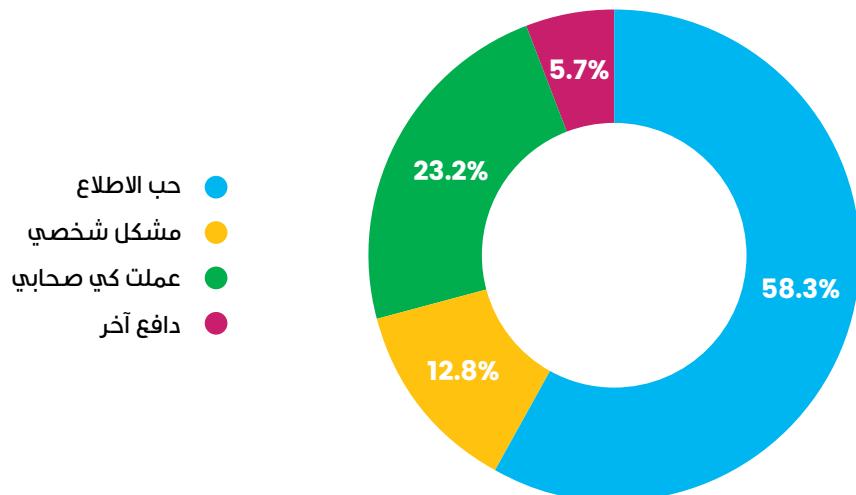
- الموقف من تخفيف العقوبات على المستهلكين حسب المستوى التعليمي



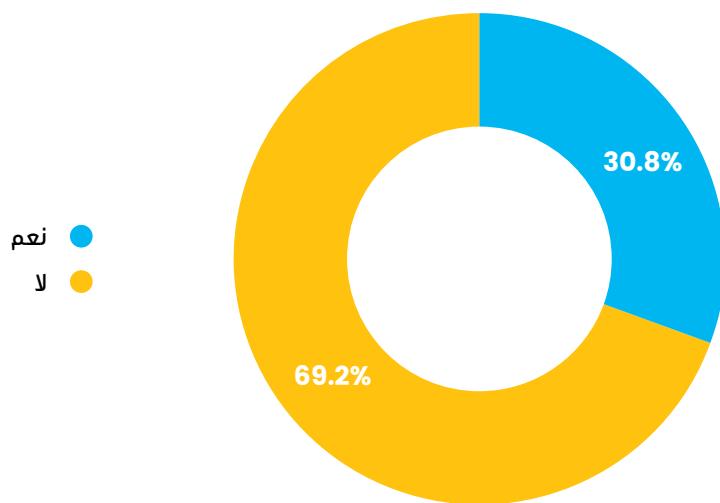
الملاحظة الأولى التي تلفز للأعين هي أن غالبية المستجيبين، على اختلاف جنسهم ومناطق سكنهم وأعمارهم ونشاطهم الاقتصادي ومستواهم التعليمي، يؤيدون تخفيف العقوبات على مستهلكي المخدرات. باستثناء فئة الأميين التي عبر 30.4 % من أفرادها فقط عن دعمهم للتخفيف (علمًا وأن عددهم في العينة لم يبلغ سوى 24 شاباً وشابة وهو ما يضفي نسبيّة على دلالة النتائج الخاصة بهم) فإن نسبة التأييد لدى كل الفئات الأخرى تفوق الـ 50 % مع تفاوتات هامة أحياناً. المنطق العام الذي يمكن أن نستشفه من إجابات المستجيبين مرتبط بنسب الاستهلاك: الفئات التي تستهلك أكثر هي الداعم الأكبر للتخفيف، مع وجود استثناءات. مثلاً نسبة الداعمين من الذكور 78.4 % أكبر من الإناث 55.9 %. مع الإشارة هنا إلى أن نسبة المستجيبات اللواتي صرحن بأنه سبّق لهنّ استهلاكن المخدرات تبلغ 6.7 % أي أقل بكثير جداً من نسبة الذكور المستهلكين 52.5 %. على مستوى المناطق نجد أن نسبة الداعمين في الكبارية 79.5 % والقرين الشماليّة 70.7 % أكبر بكثير من النسبة في طاويين الشماليّة حيث لا تتجاوز النسبة 52.6 %. وهذه أرقام تتناسب مع الفرق في نسبة المستهلكين بين عيّنات المناطق الثلاث. الاستثناءات نجدها عند تفحص النتائج حسب الفئة العمرية والنشاط الاقتصادي. مثلاً فئة 25-29 سنة التي تأتي الأولى في نسبة المستجيبين الذين سبق لهم استهلاك المخدرات هي الأقل دعماً للتخفيف العقوبات بين الفئات الثلاث: 62.2 %، أي أقل بقرابة عشر نقاط من الفئتين الأخريتين، ولعل تفسير هذا «التناقض» يكمن في كونها الفئة الأعلى سنًا مما يفترض من جهة أنها الأكثر «نضجاً» وتجربة، ومن جهة أخرى الأقرب إلى الأفكار «المحافظة». وكذلك نجد أن فئة المستجيبين «يدرس أو في التكوين» التي يستهلك أفرادها أقل من أغلب الفئات الأخرى هي الأكثر تأييداً للتخفيف العقوبات بنسبة تبلغ 73 %. وقد يكون هناك تأثير للحوادث المتكررة لطلاب حرموا من استكمال الدراسة وضرب مستقبلهم بسبب اتهامهم باستهلاك المخدرات. ومن المرجح أن هذا الدعم يعود لكون الفئات المستجوبة هي المعنية أكثر بإستهلاك المخدرات والعقوبات القانونية المحتملة، وربما كانت النسب لتغيير بشكل كبير لو تم توجيه السؤال لفئات لغات عمرية أكبر.

4.4 التجربة الشخصية

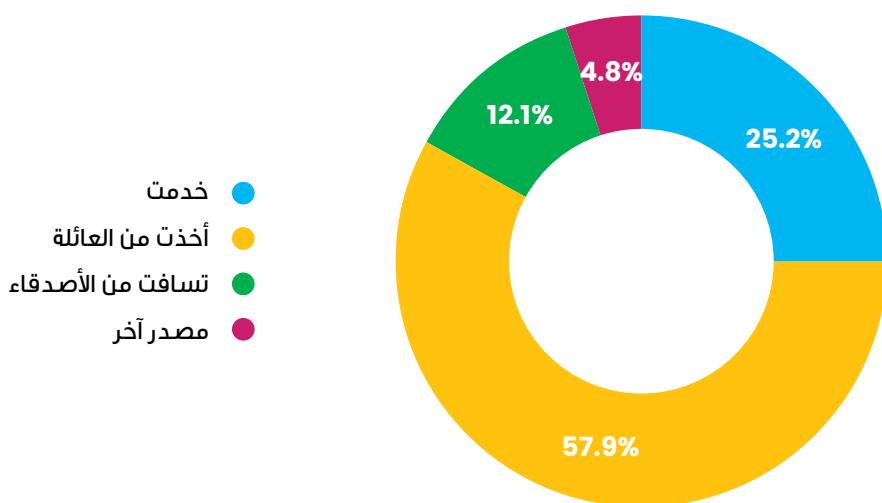
- أهم دافع في أول مرة استهلكت فيها



- هل كان الاستهلاك لأول مرة بمثيل ماي؟ -



- مصدر الحصول على المال للاستهلاك -

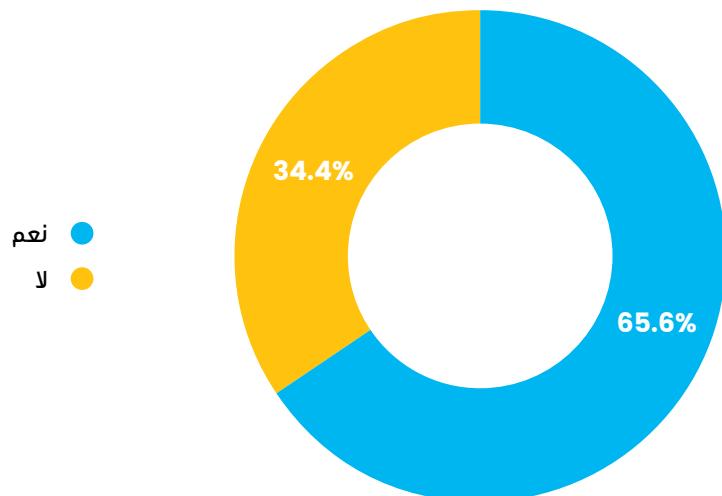


ووجهت هذه الأسئلة للمسئولين الذين صرحو بأنه قد سبق لهم استهلاك المخدرات، وهي تتعلق بالتجربة الأولى.

فيما يتعلق بالأسباب التي تدفع الشباب إلى خوض تجربة الاستهلاك لأول مرة فإن الإجابات كانت مختلفة بشكل كبير عن المثلثات العامة التي وردت على لسان عموم المستجيبين: ليس الهروب من الواقع وتعقيداته هو السبب الرئيسي بل حب الاطلاع بنسبة 58.3 % يليه التأثر بالأصدقاء وتقليلهم بنسبة 23.2 % وبنسبة أقل كثيراً المشاكل الشخصية (12.8%). كما يتضح من أجوبة المستجيبين المعنيين أن عدم امتلاك المال الكافي لا يمثل عقبة في الحصول على المخدرات، بالأخص في المرات الأولى حيث صرخ 69.2 % من المستجيبين المعنيين بأنهم لم يدفعوا مقابل المخدرات التي استهلكوها في أول تجربة لهم. وهذا يؤكد أن استهلاك المخدرات لدى الشباب هو بالأساس تجربة «جماعية» تتم في إطار «شلة» الأصدقاء وأبناء 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 أن المخدر الأكثر رواجاً في تونس، أي القنب الهندي (الزطلة) يعتبر «رخيصاً» نسبياً مقارنة بالمخدرات الثمينة فهذا قد يفسر سهولة الحصول عليها «مجاناً».

5.4 وتيرة الاستهلاك وتواتره

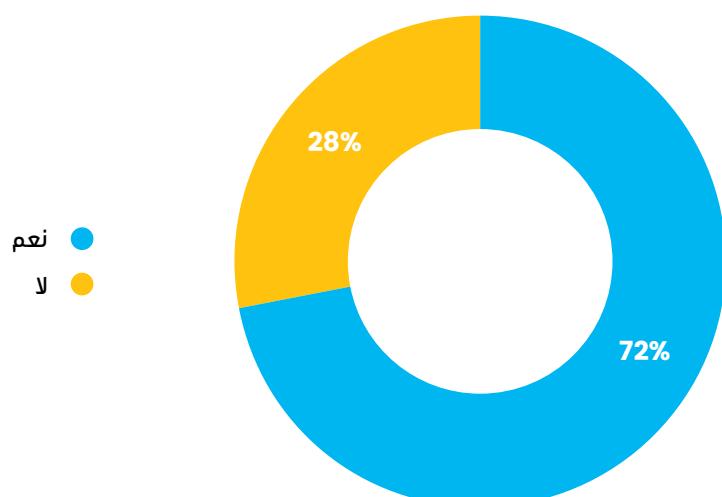
- الاستهلاك في العام الماضي



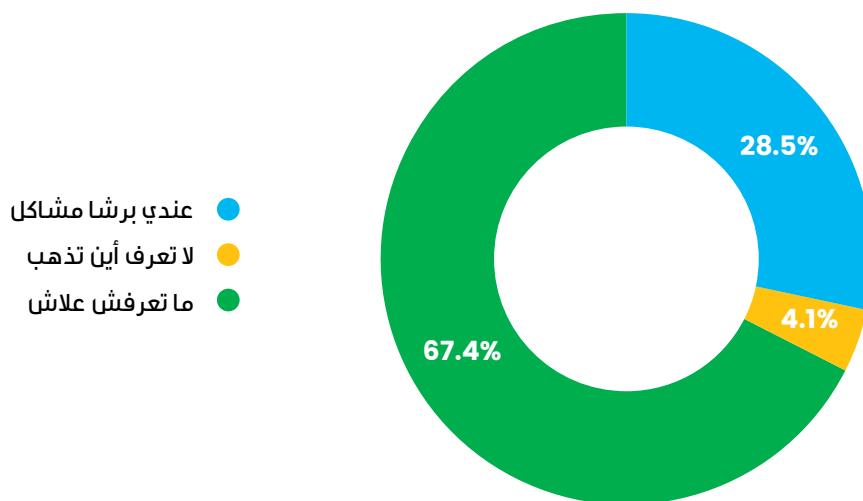
للتعرف أكثر على حجم الاستهلاك، ووتيرته سأنا المسئوبين الذين صرحو بأنهم قد استهلكوا مخدرات سابقاً إن كانوا قد قاموا بذلك في السنة الفائتة، أجاب 65.6 % منهم بنعم. ثم قسمنا هذه المجموعة إلى ثلاث فئات حسب وتيرة استهلاكها: يومي (من مرة إلى عشرين كل يوم)، أسبوعي (من مرة إلى سبعين مرة كل أسبوع)، شهري (من مرة إلى 90 مرة كل شهر). وجدنا أن معدل الاستهلاك اليومي يبلغ 3.5 مرة، في حين أن معدل الاستهلاك الأسبوعي 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؟



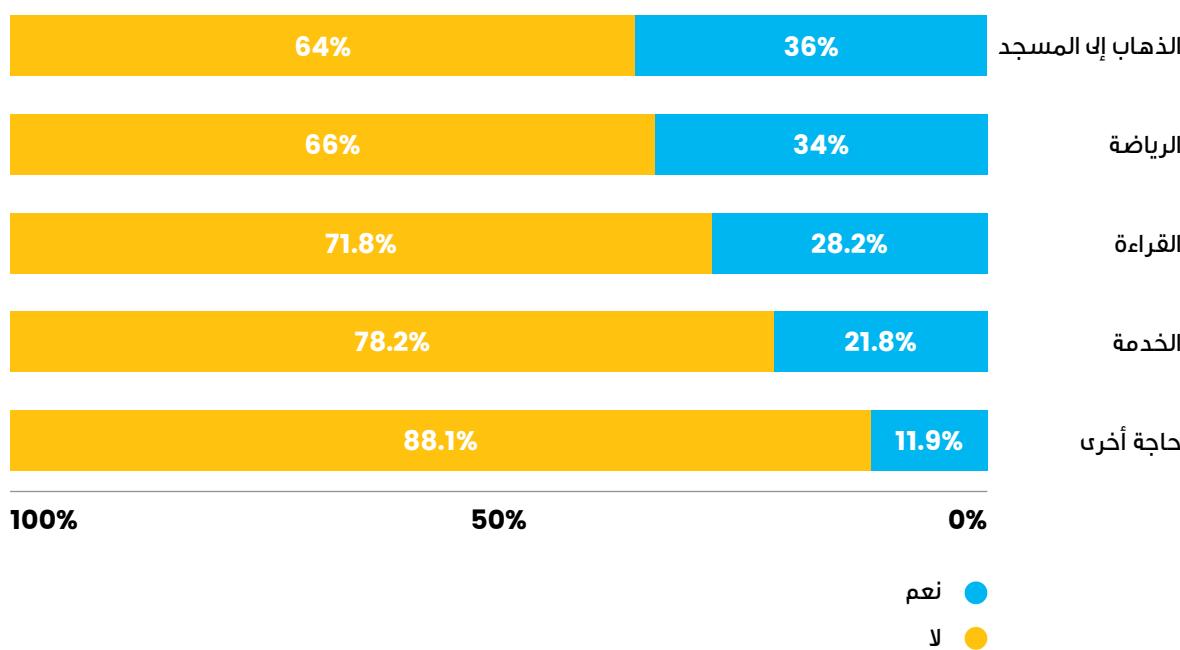
- لماذا لم تحاول الكف عن الاستهلاك؟



هناك رغبة واضحة لدى أغلب المستهلكين في التوقف عن الاستهلاك، 72٪ منهم صرحو بأنهم حاولوا الكف عن الاستهلاك بوسائلهم الخاصة. وذكر هنا بأن أكثر المستجوبين قد صرحو بأنهم لم يتلقوا أي معلومات حول استهلاك المخدرات وسبل التوقف عنه، مما يعني أنه لو توفرت استراتيجية وطنية حقيقية وبنى تحتية صحية ملائمة لعلاج الإدمان فسيتمكن اخراج الكثير من الشباب من دوامة الإدمان. حتى بالنسبة للمستهلكين الذي صرحو بأنهم لم يحاولوا الكف عن الاستهلاك، ونسبة 28٪، نجد أن 67.4٪ لا يعرفون لماذا لا يستطيعون التوقف عن الاستهلاك في حين أن 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.

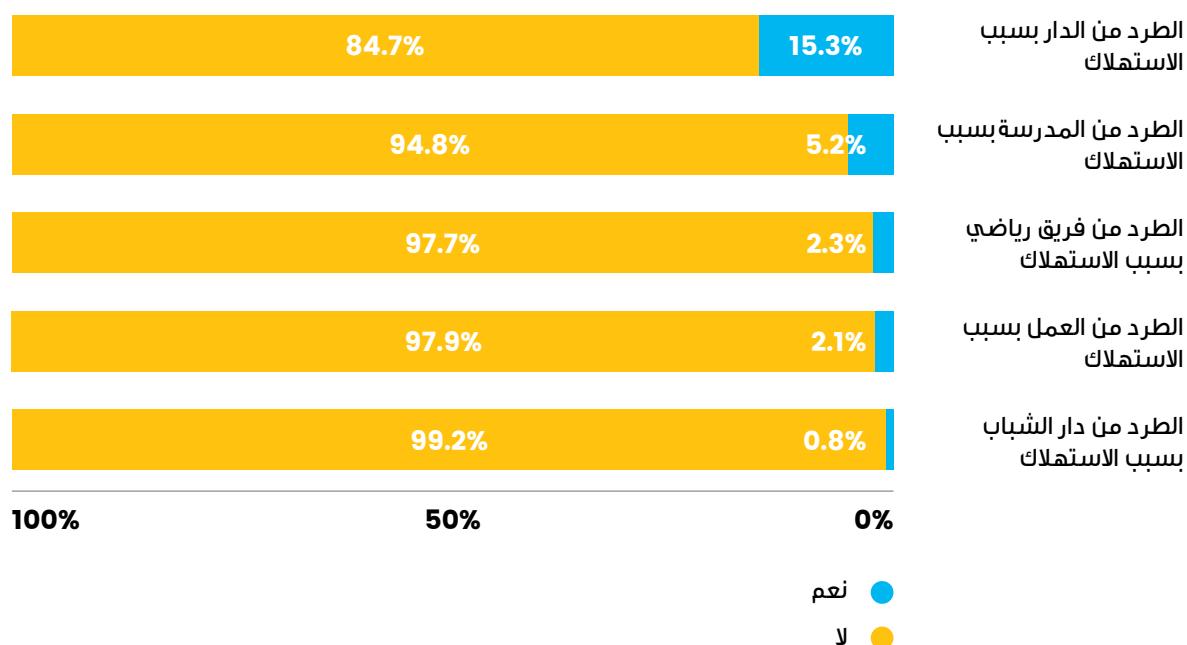
7.4 تأثير الإدمان على الحياة اليومية للمستهلك وعلاقاته مع محطيه

- تأثير الاستهلاك على بعض الأنشطة التي كنت تقوم بها



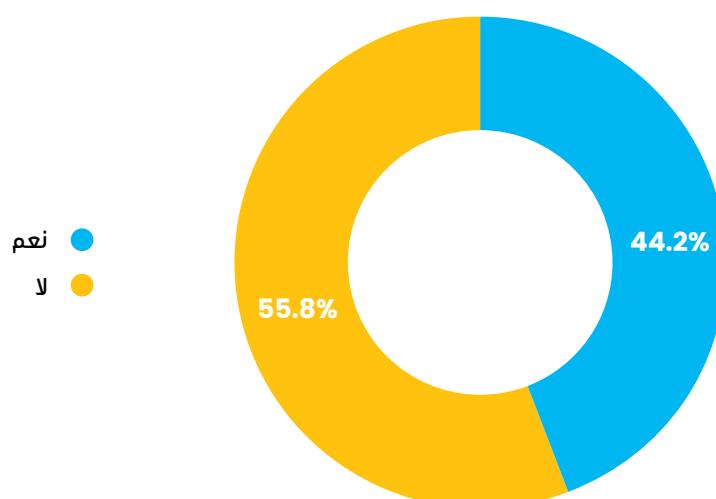
من خلال اجابات المستجيبين نستشف ان استهلاك المخدرات يؤثر بشكل نسبي علىأغلب نشاطات وجواب حياة المستهلك. الذهاب إلى المسجد هو النشاط الأكثر تأثيراً 36% مما يعني ان هناك تمثل قوي للمخدرات كـ«معصية» تستوجب الانقطاع عن الأماكن المقدسة. تليها الأنشطة الرياضية بنسبة 34%. وربما يعود هذا الارتفاع إلى أهمية وحضور 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 وأقل أهمية.

- الطرد بسبب الاستهلاك



ولئن كانت الظاهرة محدودة نسبياً إلا أن الاستهلاك قد يؤدي إلى اقصاء المستهلك -وقتياً أو نهائياً- من واحدة أو أكثر من دوائر حبيشه العلائقى. الطرد من منزل العائلة هو الأكثر توافراً في اجابات المستجيبين المستهلكين بنسبة 15.3% يليه الطرد من مؤسسة تربوية بنسبة 5.2%. هذه النسب مقلقة فطرد شاب من واحدة من هاتين المؤسستين أو كلاهما لن يساعد به كل تأكيد في الكف عن الاستهلاك وقد يجعله أكثر هشاشة أمام المخدرات وغيرها من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر.

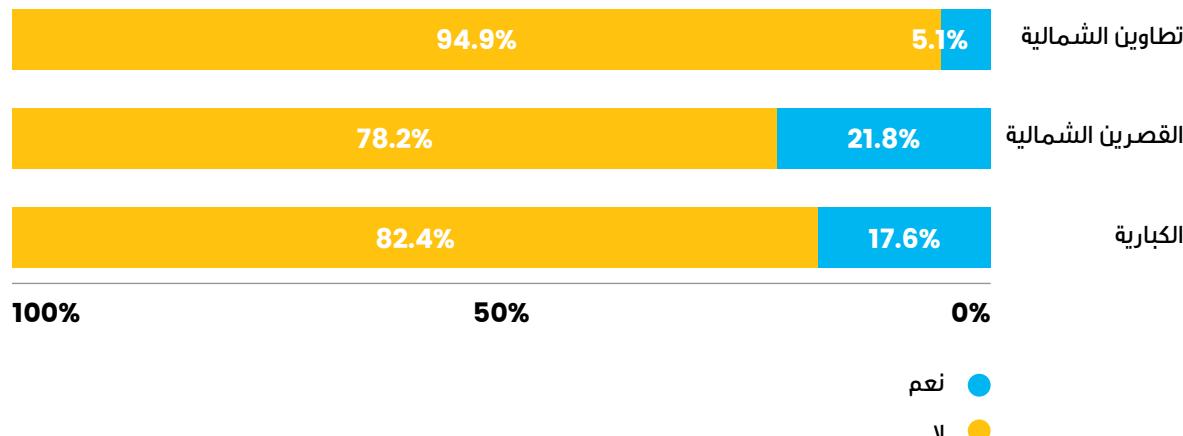
- هل تسبب الاستهلاك في مشاكل في علاقتك مع العائلة؟



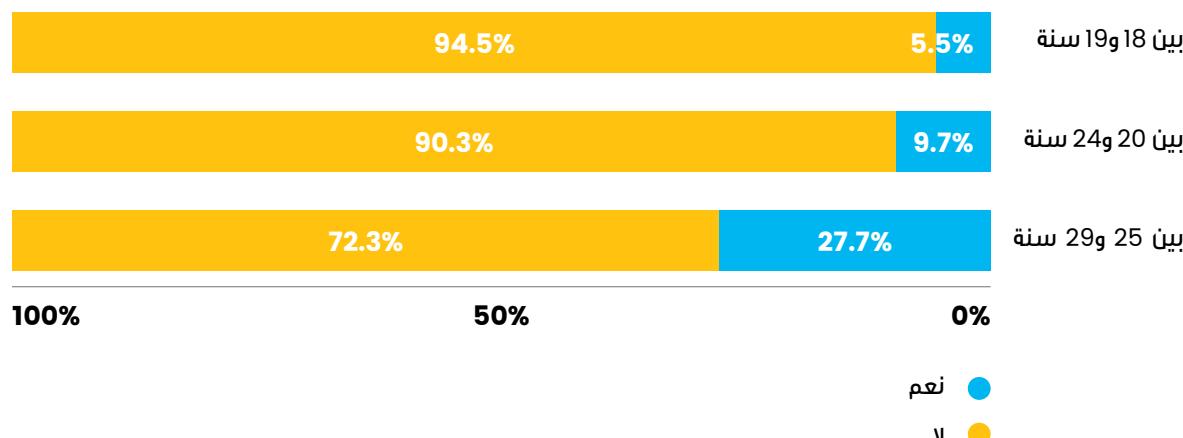
أقل من نصف المستجيبين المستهلكين أكدوا ان استهلاك المخدرات سبب لهم مشاكل في علاقتهم مع عائلاتهم، لكن هذا لا يعني بالضرورة ان أغلب العائلات تقبل أو تتسامح مع الظاهرة، الأرجح ان الكثير من العائلات لا تنفعن إلى استهلاك ابنائها للمخدرات.

8.4 الايقاف أو السجن بسبب الاستهلاك

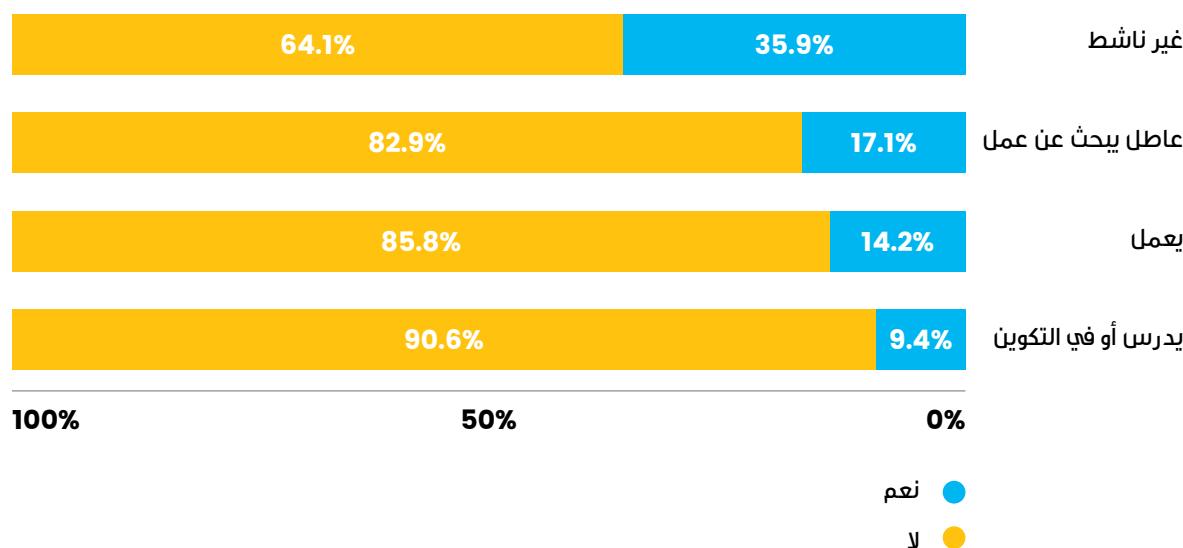
- التوقيف أو السجن بسبب الاستهلاك حسب المنطقة



- 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 صرحو بأنهم تعرضوا للإيقاف أو السجن بسبب ذلك فسنجد تناسباً واضحاً وشبه كامل. نسبة المستجوبين الذين تعرضوا للإيقاف أو السجن في الكبارية والقصرين الشمالية هي من جهة مرتفعة جداً (17.6٪ و 21.8٪) ومن جهة أخرى أعلى بكثير من النسبة المسجلة في تطاوين الشمالية: ما بين 3 و 4 أضعاف. المستجوبون المنتمون للفئة العمرية بين 25 و 29 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 تناسقاً للنسبة أيضاً عند فئات العاملين والعاطلين والمتابعين للدراسة والتقويم لكننا نجد مفارقة كبيرة: الأقل استهلاكاً للمخدرات، أي فئة غير الناشطين، هي الأكثر تعريضاً للإيقاف والسجن. لا يوجد تفسير واضح أو قطعي لهذه المفارقة لكن ربما يكمن السر في انعزالتها وضعف علاقتها و«نقص خبرتها» في تفادى الإيقاف مما يسهل استهدافها أو استعدادها أكثر للتصرّح بذلك.

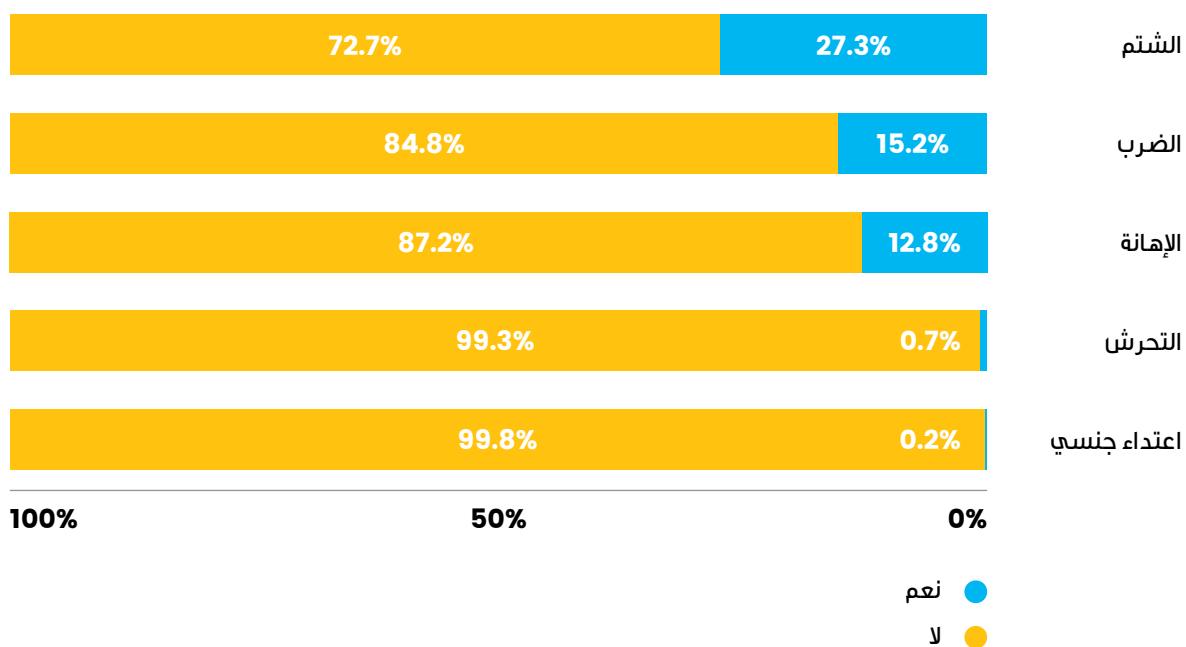
حسب اجابات المستجوبين الذين تعرضوا للإيقاف وأو السجن بسبب استهلاك المخدرات نجد ان متوسط المدة المقصورة في السجن هي 7.35 شهراً. ونشير هنا إلى ان أكثر من ربع نزلاء السجون التونسية أودعوا فيها بسبب قضايا استهلاك المخدرات. في حين تبلغ نسبة المساجين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 29 سنة 55٪ من مجمل نزلاء السجون التونسي.

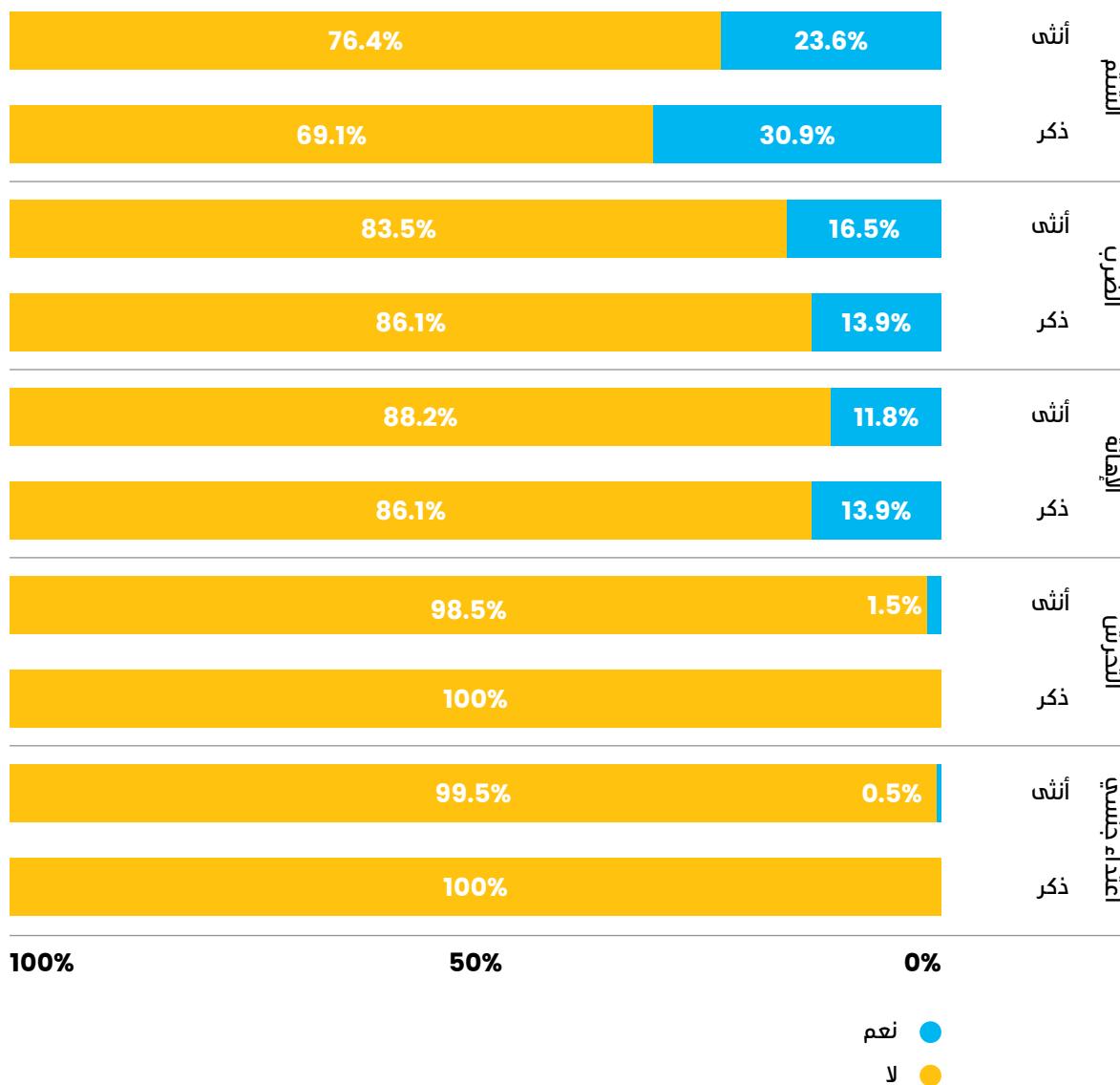
5. العنف

العنف من أهم المخاطر التي تهدد الشباب سواء في الفضاء العام أو الخاص، على اختلاف جنسهم وفئاتهم العمرية ومستواهم التعليمي. أردنا في هذا الجزء أن نستكشف مدى انتشار الظاهرة لدى الشباب كضحايا وممارسين للعنف، موقفاً وتمثلاً وردود فعل، مع تبيان الفروقات الهامة حسب المتغيرات التي اعتمدناها في هذه الدراسة.

1.5 التعرض إلى أحد مظاهر العنف في السنة الأخيرة

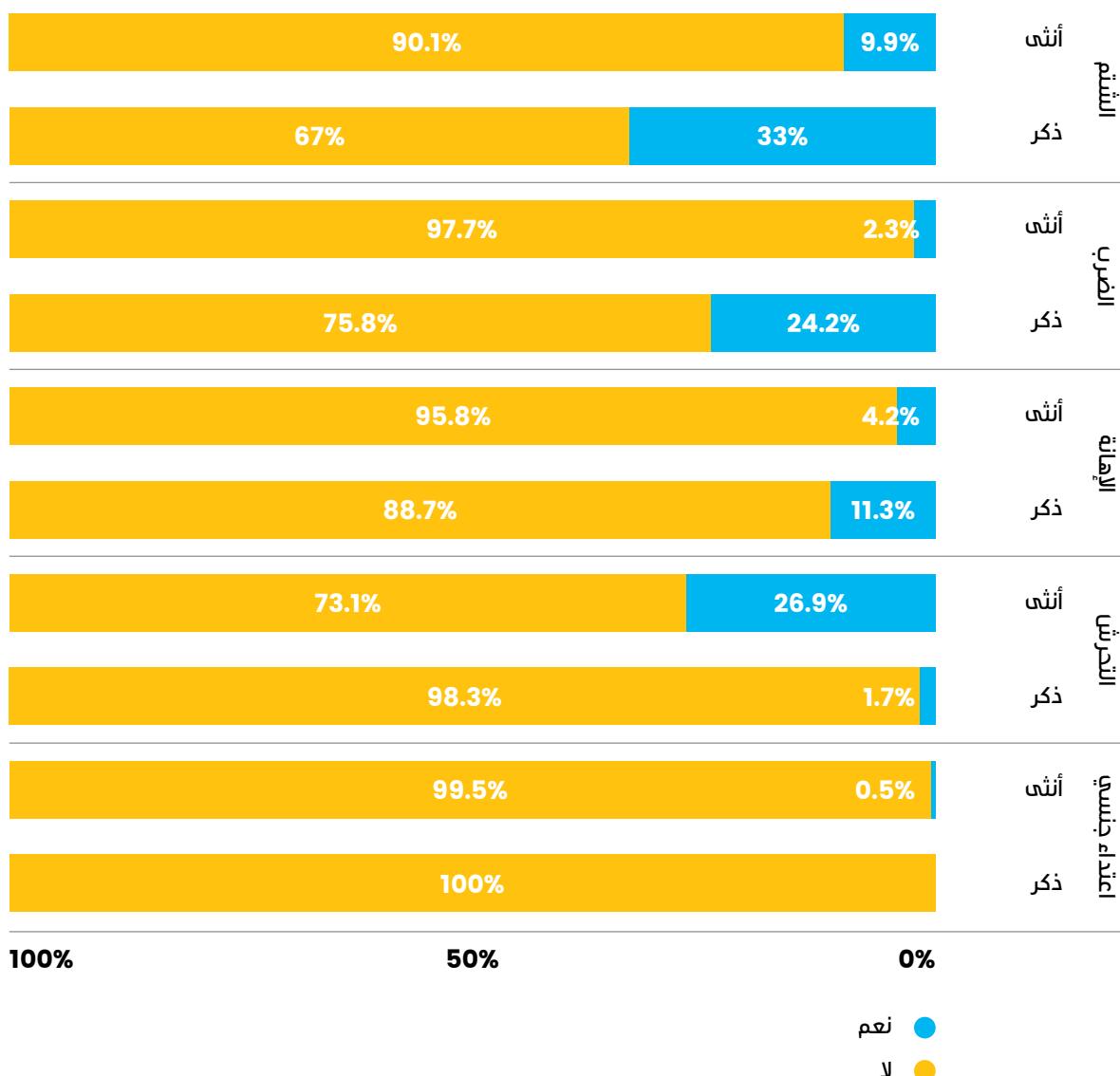
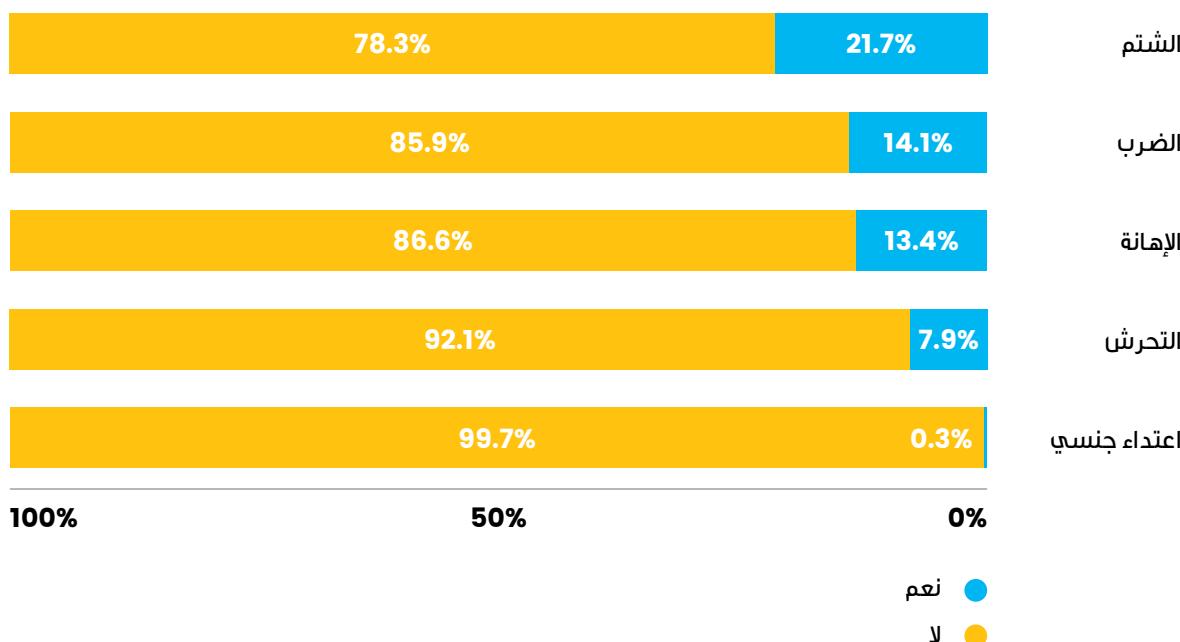
- التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في البيت





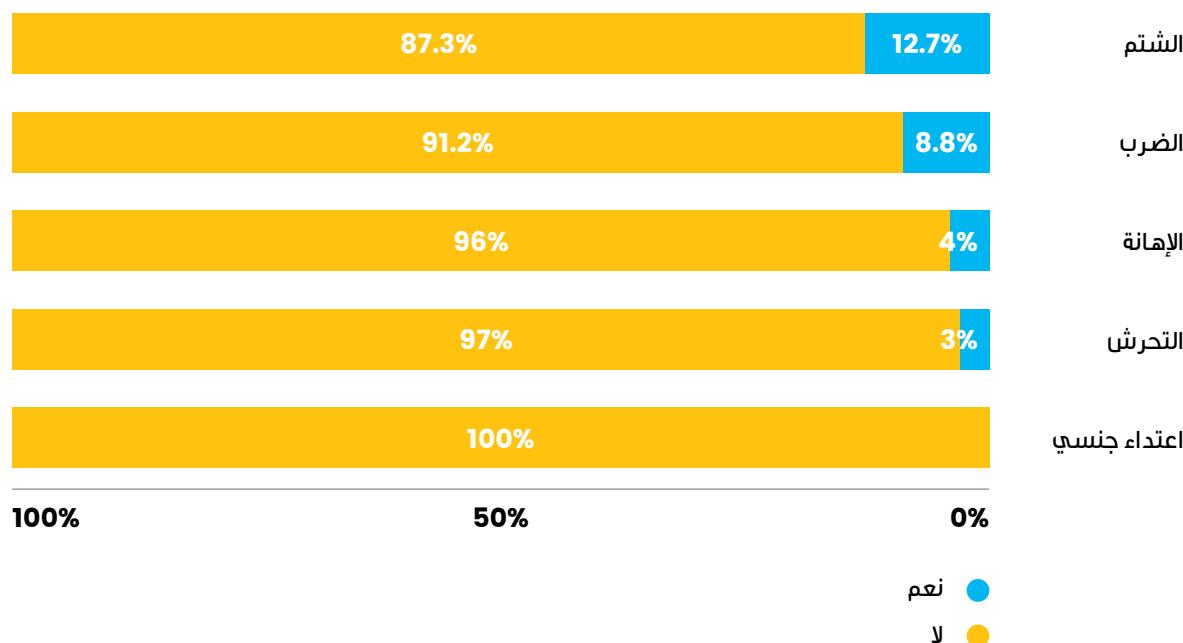
الشتائم أي العنف اللغظي هو الشكل الأكثر حضوراً في البيت حسب المستجوبين، بليه الضرب والإهانات. وحسب المعطيات المتوفرة نجد أن الذكور أكثر عرضة للشتائم والإهانات، في حين أن الإناث أكثر عرضة لأشكال العنف المادي الموجه ضد أجسامهن: الضرب والتحرش والاعتداء الجنسي، مما يعني أن اختيار شكل العنف الممارس لا يخضع فقط لانفعال وردّة الفعل، بل ينبع أيضاً من تمثيلات النوع الاجتماعي وطريقة التعامل معه.

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

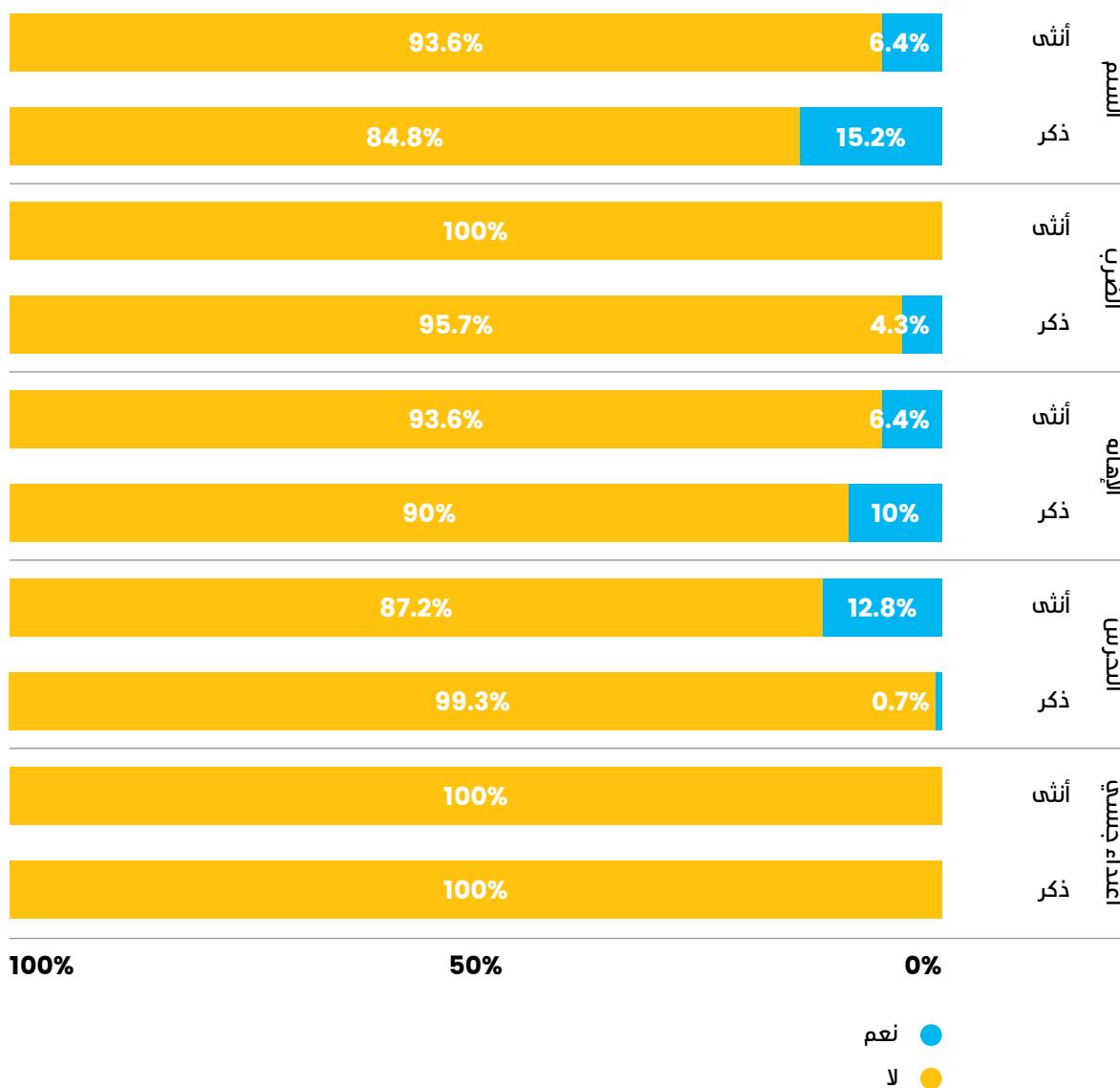


في الشارع نسجل ارتفاعاً كبيراً لنسبة الإجابات التي تصرح ب تعرض المستجوب للتحرش وهو ثالٍ أكثر شكل عنف حضوراً بعد الشتائم. الذكور أكثر تعرضاً للعنف في الشارع خاصةً عندما يتعلق الأمر بالشتيم والضرب والإهانة، بنسبة أعلى بكثير من تلك المسجلة عند الإناث، وهذا يعود إلى قوة حضور الذكور وطول الوقت الذي يقضونه في الشارع بالإضافة إلى كونهم أكثر احتكاكاً بالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر. لكن هذا لا يعني أن الشارع مكان آمن للإناث، 26.9% من المستجوبات تعرضن للتحرش و 0.5% للاعتداء الجنسي.

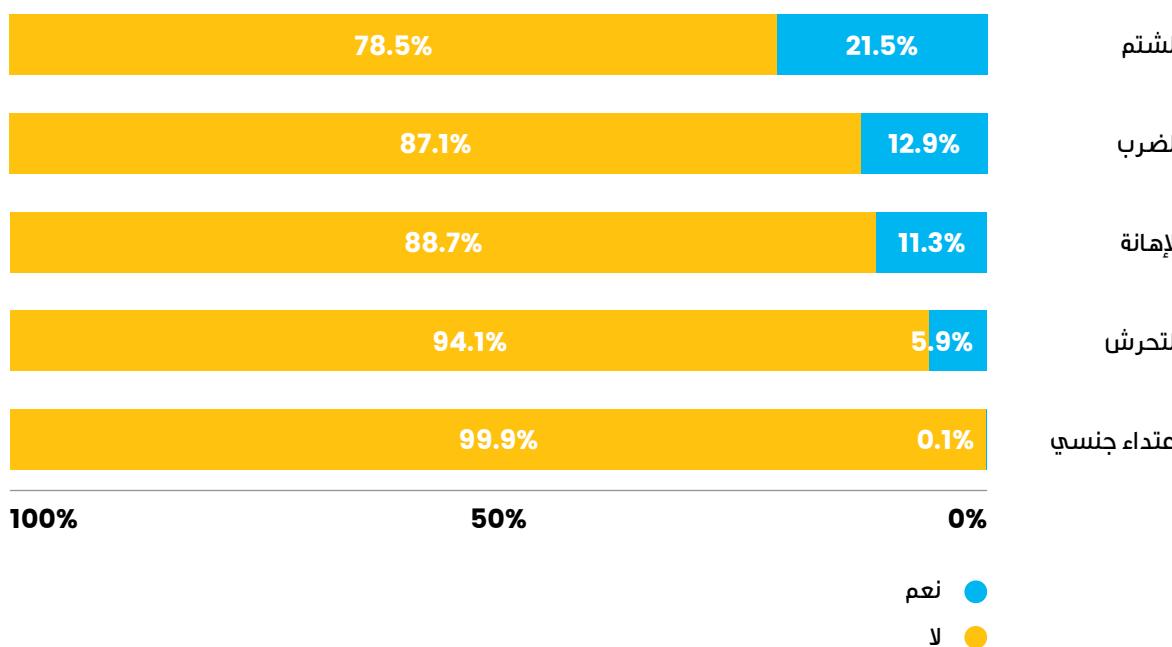
- التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في العمل

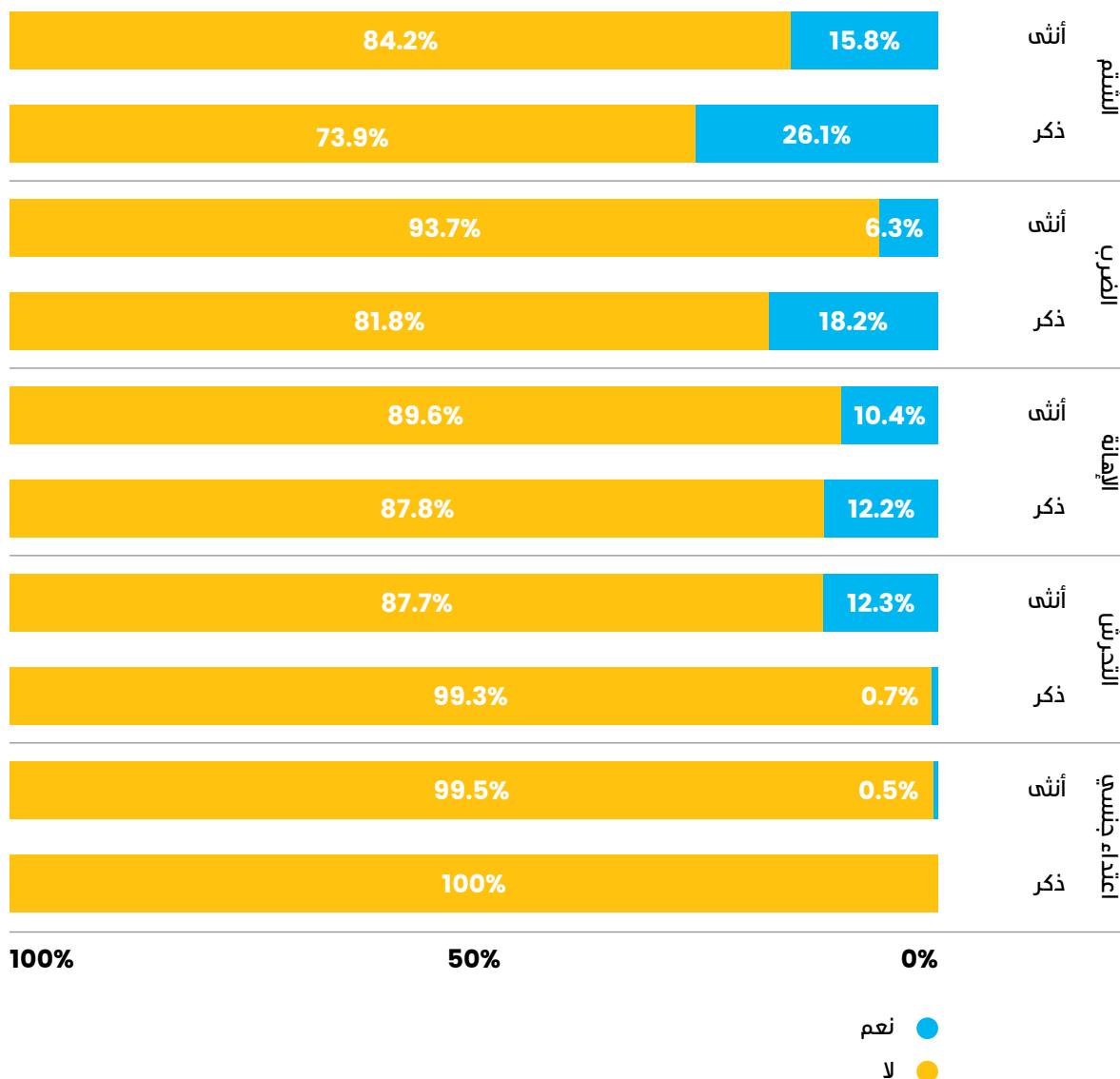


العنف في موقع العمل مختلف أشكاله نسبياً عن الأماكن الأخرى، يبقى الشتيم هو الأكثر حضوراً وتترفع نسبة التعرض للإهانة لكن تتناقص نسب اللجوء إلى الضرب خاصةً عند الإناث. الذكور أكثر عرضة للعنف الشديد في موقع العمل ربما لأنهم الأكثر حضوراً في سوق الشغل، خاصةً الهش والخطير وغير المقنن، وكذلك لاعتبارات ثقافية تقبل تبادل العنف بين الذكور لكنها تستهجن تعنيف ذكر «غريب» لأنثى. التحرش بالإناث في موقع العمل أقل مما هو عليه الأمر في الشارع لكن النسبة تبقى مرتفعة: 12.8٪.



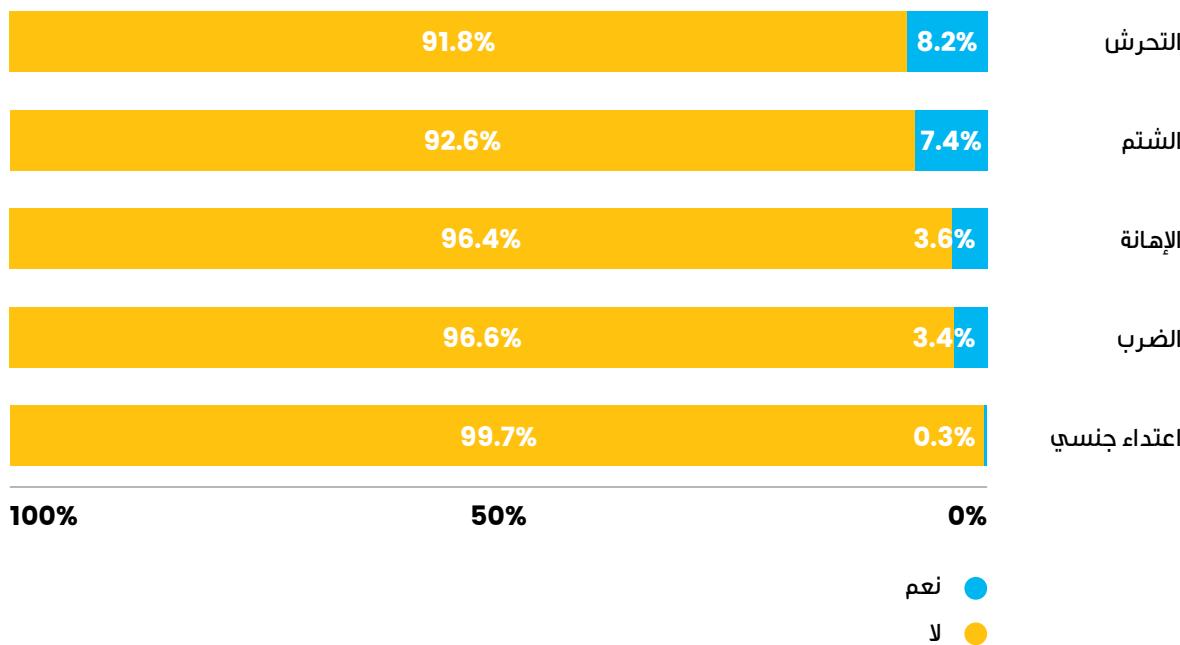
- التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في المدرسة





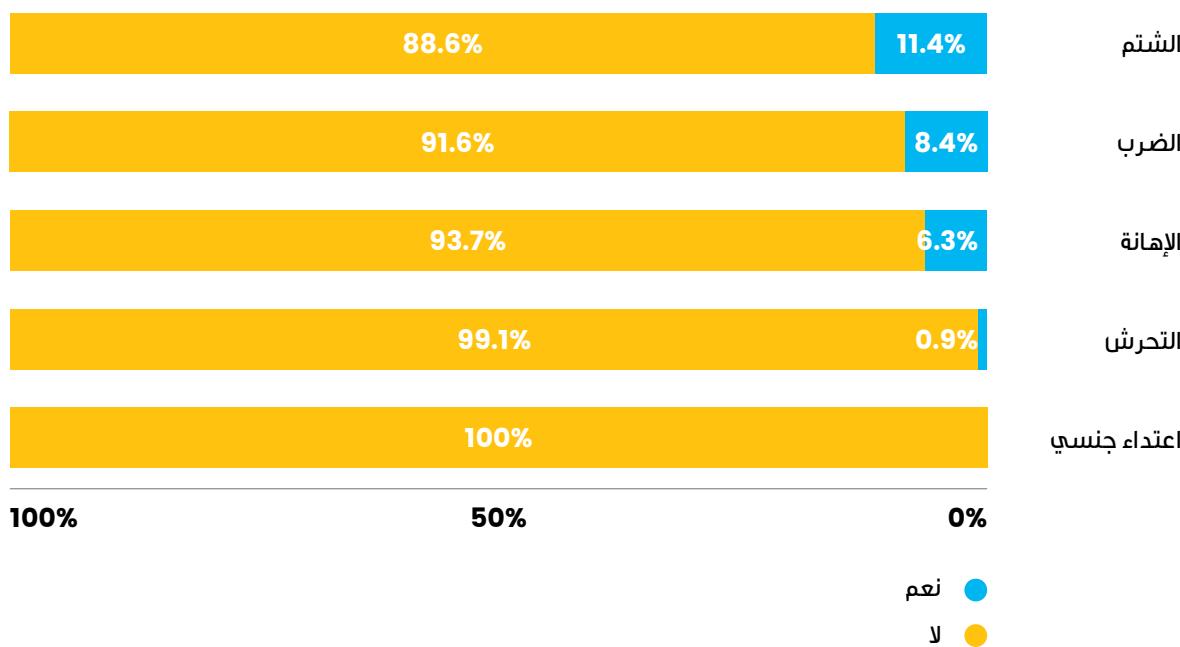
لا تتوفر لدينا معطيات حول القائمين بالفعل العنفي في المؤسسات التربوية لكن النسب مرتفعة ومخيفة في محيط يفترض انه آمن. لا يقتصر الأمر على العنف اللفظي والإهانات بل يتطور إلى الضرب الذي تعرض له 12.9 % من المستحوبين والتحرش بنسبة 5.9 % وفي حالات نادرة الاعتداء الجنسي. الذكور مرة أخرى أكثر عرضة للعنف من الإناث باستثناء فيما يخص التحرش والاعتداء الجنسي.

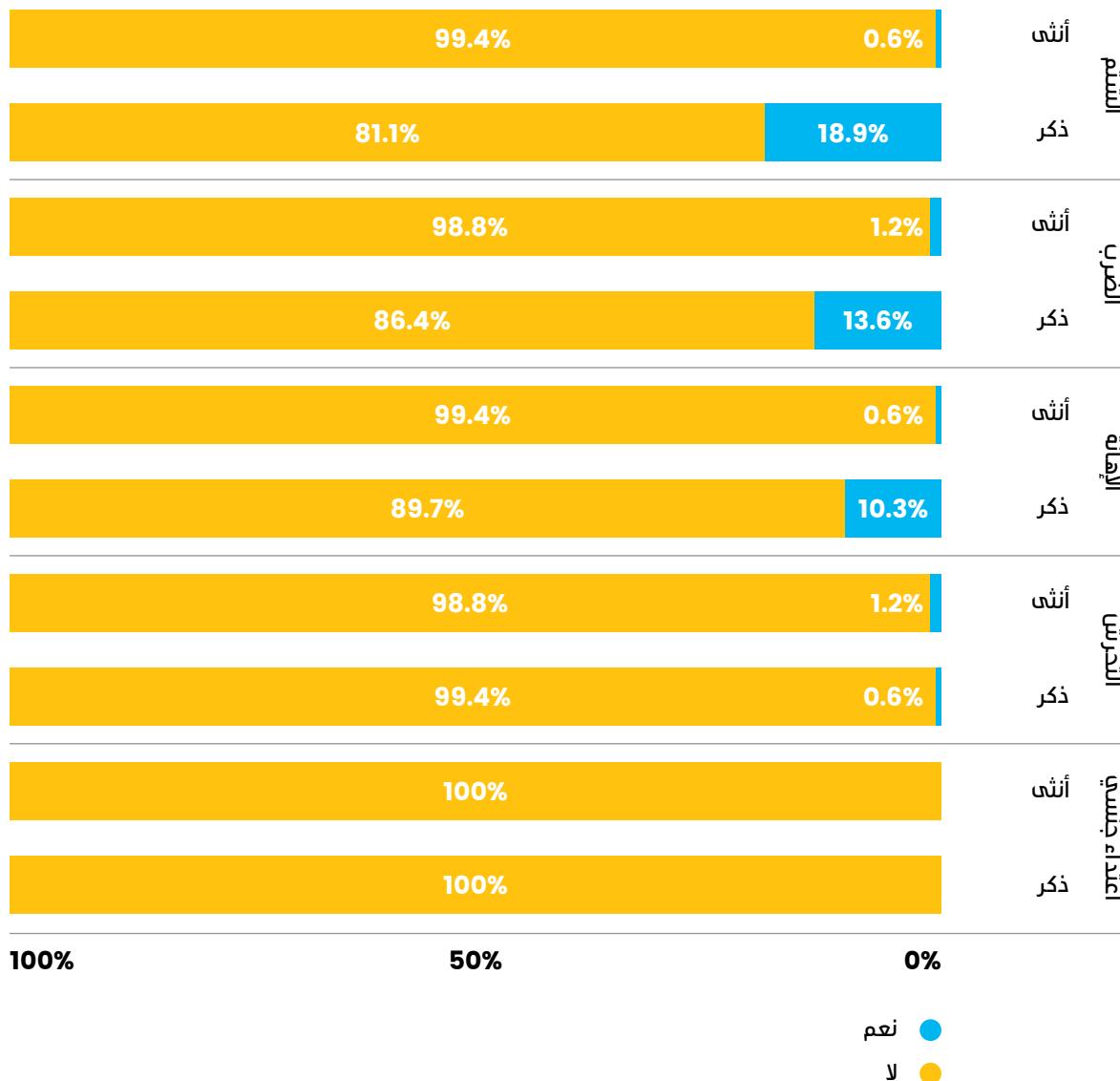
التعرض إلى أحد مظاهر العنف التالية في السنة الأخيرة في وسيلة نقل



وسائل النقل هي المكان الوحيد الذي لا نجد فيه الشتم كأكثـر شـكل عـنـف تـواـرا، بل التـحرـش: 8.2% من المسـتـجـوبـين صـرـحـوا بـتـعـرـضـهـم لـهـذـاـ الشـكـلـ مـنـ الـعـنـفـ اـثـنـاءـ استـعـمـالـهـمـ وـسـائـلـ النـقـلـ. وـطـبـعـاـ هـذـهـ الـظـاهـرـةـ تمـسـ الإـنـاثـ بـشـكـلـ شـبـهـ حـصـريـ: 15.5% مقابل 1.3% عند الذـكـورـ الـذـيـنـ يـتـعـرـضـونـ بـدـوـرـهـمـ لـلـضـربـ وـالـإـهـانـةـ وـالـشـتـمـ بـنـسـبـ أـعـلـىـ بـكـثـيرـ مـنـ الإـنـاثـ. وـفـضـلـاـ عـنـ الـعـوـافـةـ وـالـجـنـدـرـيـةـ فـمـنـ الـمـؤـكـدـ أـنـ الـحـالـةـ الـمـزـرـيـةـ لـأـسـطـوـلـ النـقـلـ الجـمـاعـيـ فـيـ تـونـسـ (ـنقـصـ فـيـ الـعـرـبـاتـ،ـ اـكـتـظـاظـ،ـ غـيـابـ مـنـظـومـاتـ الـمـراـقبـةـ وـالـحـمـاـيـةـ)ـ تـعـبـ دـوـرـاـ مـهـمـاـ فـيـ جـعـلـ وـسـائـلـ النـقـلـ مـكـانـاـ غـيـرـ آـمـنـ مـرـفـعـةـ مـرـفـعـةـ مـنـ الـمـسـتـعـمـلـيـنـ.

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

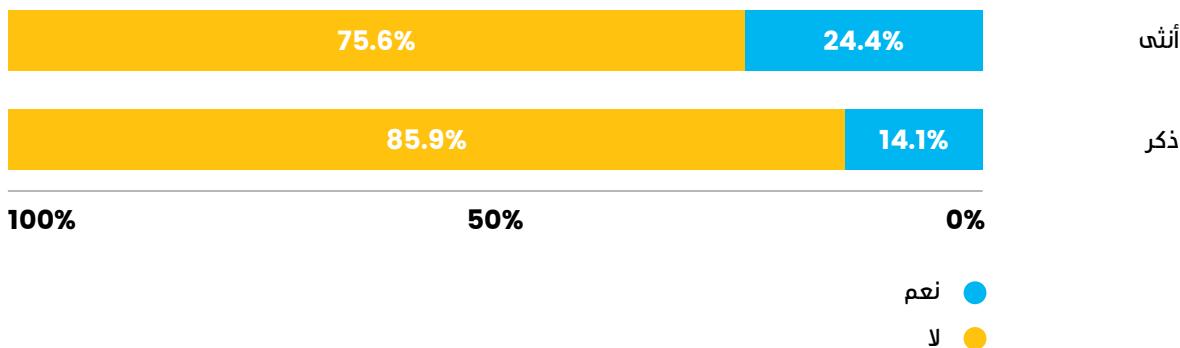




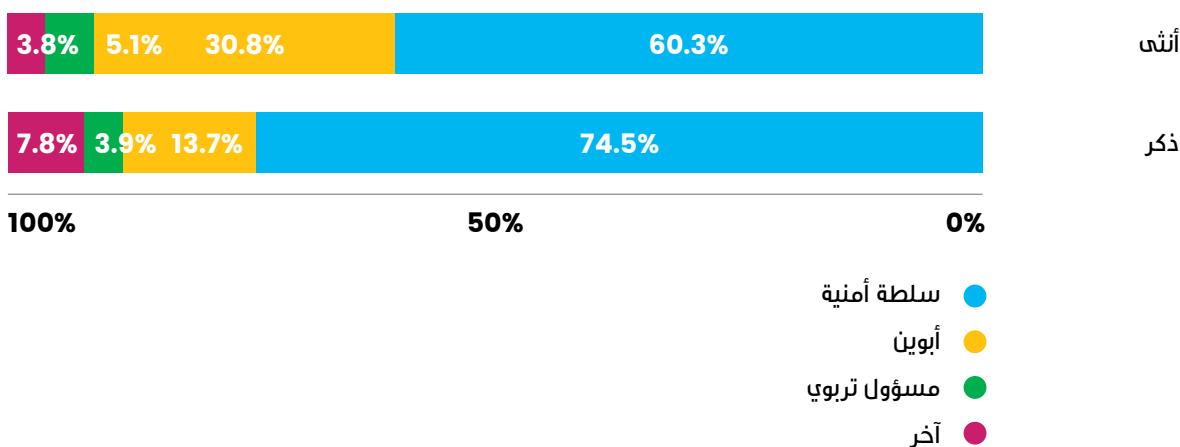
ما زالت الملاعب على الرغم من الحضور المتزايد للإناث في الميدان والمدارج فضاء ذكوريا بامتياز مما يفسر ضعف نسب العنف الممارس على الإناث فيما يليها مقارنة بالنسبة المرتفعة التي يصرح بها المستجوبون الذكور. كما أن الكثير من الفتيات والنساء تذهبن للملاعب مصحوبات بذكور مما يقلل احتمالات تعرضهن للعنف. حتى فيما يخص التحرش، الملعب هو المكان الوحيد الذي تقارب فيه النسبة المسجلة لدى الجنسين: 1.2% و 0.6%.

2.5 تقديم شكوى إثر التعرض للعنف

- تقديم شكوى إثر التعرض للعنف حسب الجنس

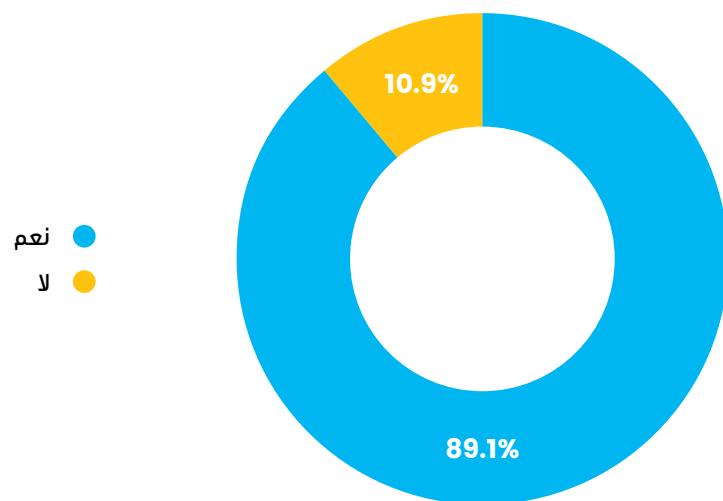


- الجهة التي قدمت لها الشكوى حسب الجنس

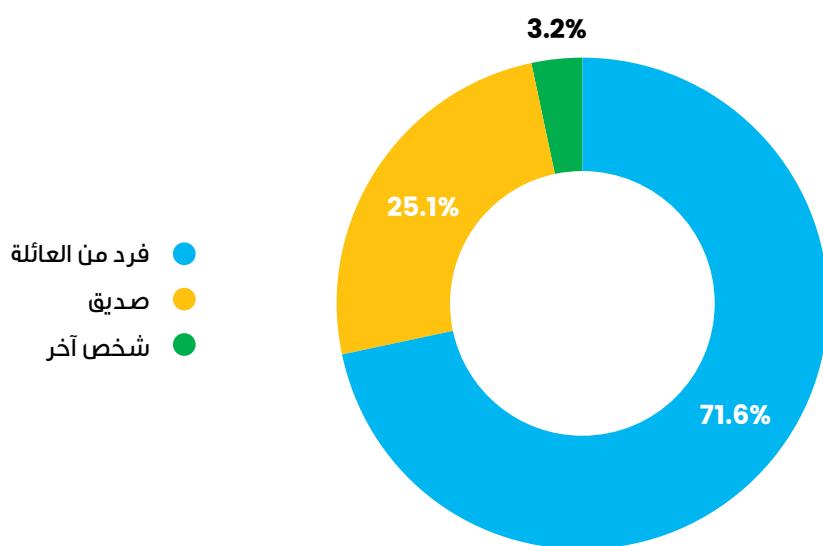


نستشف من خلال الإجابات أن هناك نوع من السلبية في التعامل مع العنف. ربما يحيلنا ذلك إلى عدة فرضيات منها الخوف من رد فعل المعنف أو درجة القرب منه والعلاقة العاطفية معه أو «الفضيحة» أو يأساً من التعامل مع الشكوى بجدية ومحاسبة المعنف. طبعاً البيانات الواردة هنا ليست كافية لصياغة تصور شامل وقطعي حول تفاعل الشباب - والتونسيين عموماً - مع العنف المسلط عليهم. نسبة المستجيبين 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 وأقل شكوى، وإن 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 يتوجهن 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؟



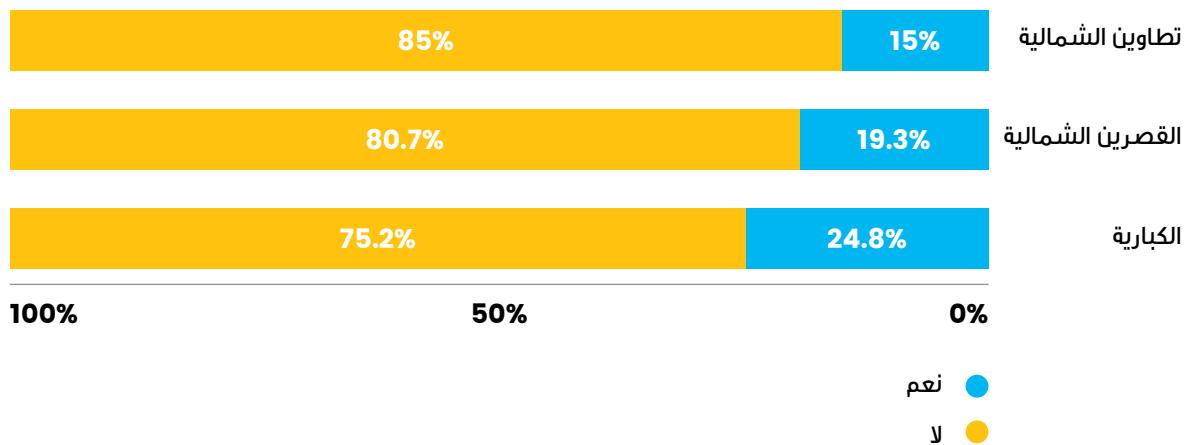
- مع من تبادلت الحديث؟



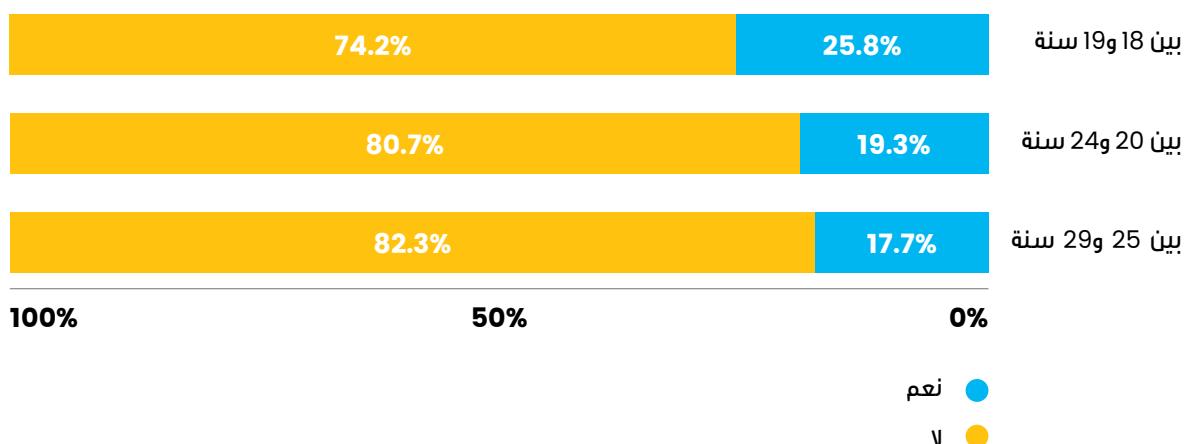
عدم تقديم شكوى لا يعني بالضرورة اخفاء الأمر تماماً، إذ نجد أن قرابة 90% من المستجوبين الذين تعرضوا للعنف قد تحدثوا حول الأمر مع شخص أو أشخاص آخرين، وهو في أغلب الأحيان فرد من العائلة وبنسبة أقل بكثير صديق (ربع الإجابات) وفي حالات نادرة شخص خارج هذين الإطارين.

3.5 ممارسة العنف

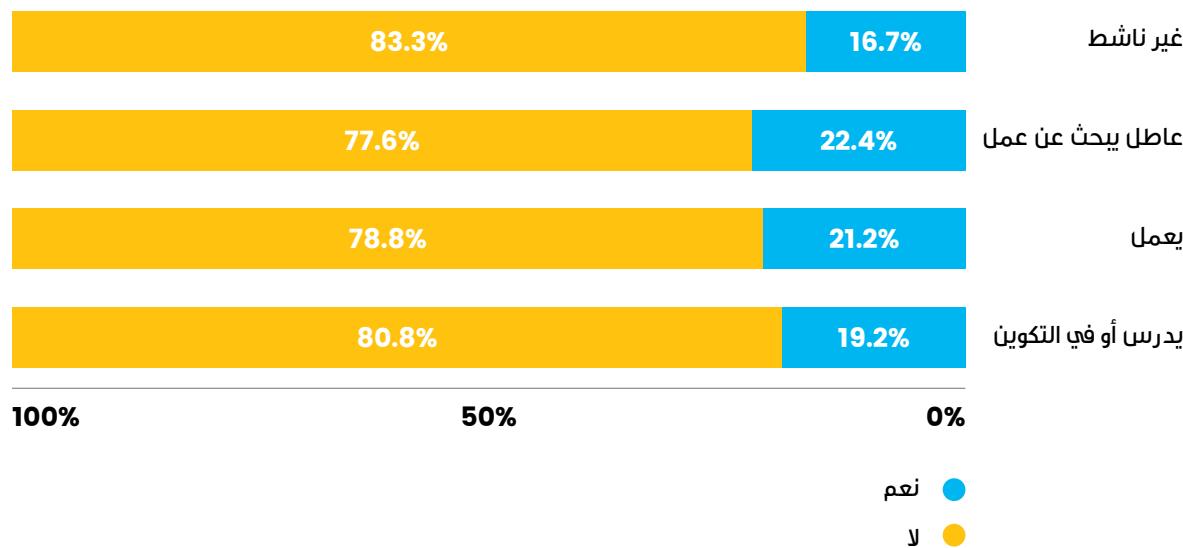
في السنة الأخيرة هل قمت بالاعتداء على شخص آخر؟ (حسب المنطقة)



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



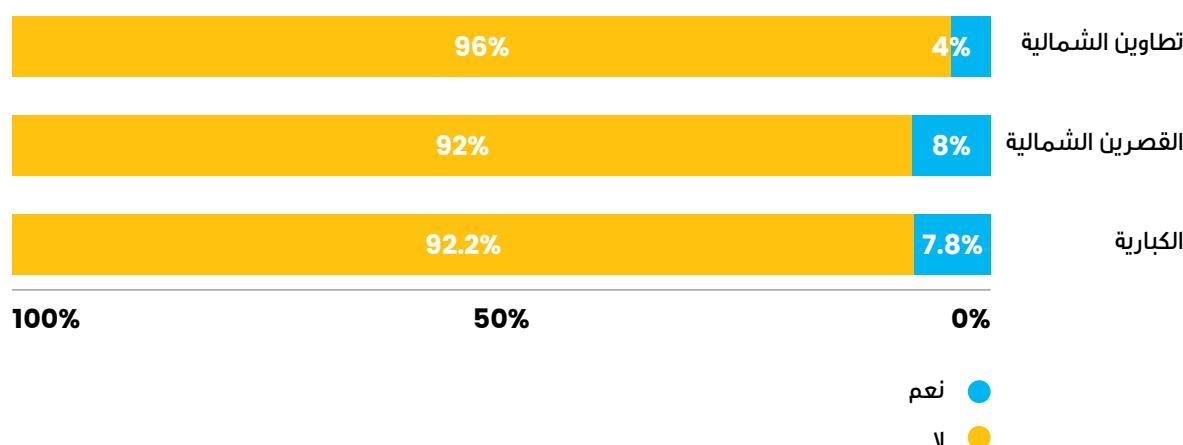
الاعتداء على شخص في السنة الأخيرة حسب النشاط الاقتصادي



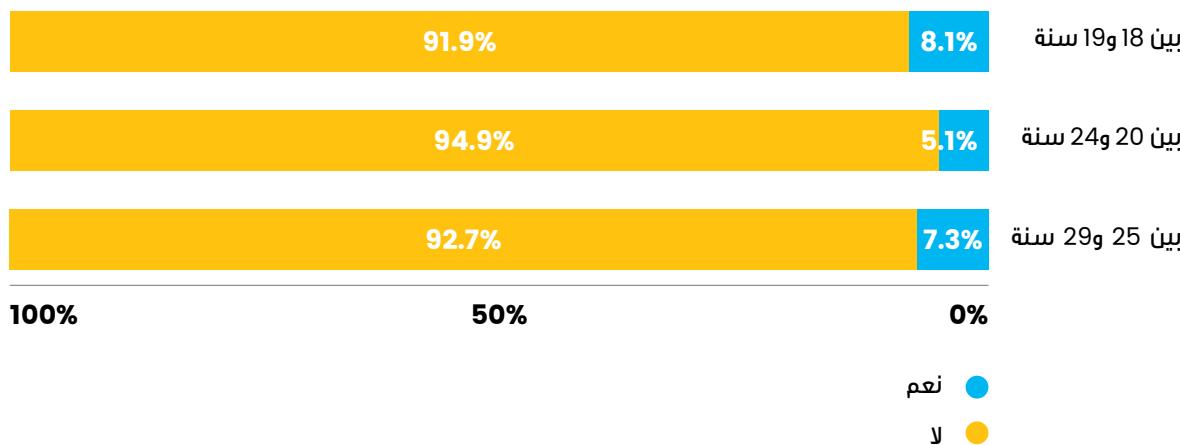
أردننا النظر إلى مسألة العنف من الجهة المقابلة: مدى تفشي الممارسات العنيفة عند المستجيبين. نسبة ممارسة العنف مرتفعة بصورة عامة في المناطق الثلاثة لكن بشكل أبرز في منطقة الكبارية حيث نجد أن قرابة ربع المستجيبين صرحو بأنهم اعتدوا على إشخاص آخرين. لا يوجد تفسير قطعي للتفاوت بين المناطق الثلاثة، لكن قد يكون هناك دور لارتفاع احتمالات التعرض للسلوكيات المحفوفة بالمخاطر وكثافة الاحتكاك بين الشباب في الشارع في بعض الأحياء الشعبية الواقعة على تخوم المدن الكبرى، وكذلك الخصوصيات الثقافية-الاجتماعية في المناطق الداخلية حيث «الكل يعرفون بعضهم البعض» والروابط العروضية مازال حاضرة ونوعاً ما «رادعة». وبالنظر إلى متغير السن نجد أن الفئة العمرية الأصغر هي التي تمارس العنف أكثر وتتناقص النسبة كلما تقدم المستجيبون في السن اي كلما زاد نضجهم وانحرافهم 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 تواجههم في الفضاء العام ومحدودية احتكاكهم بالمجتمع.

4.5 الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة

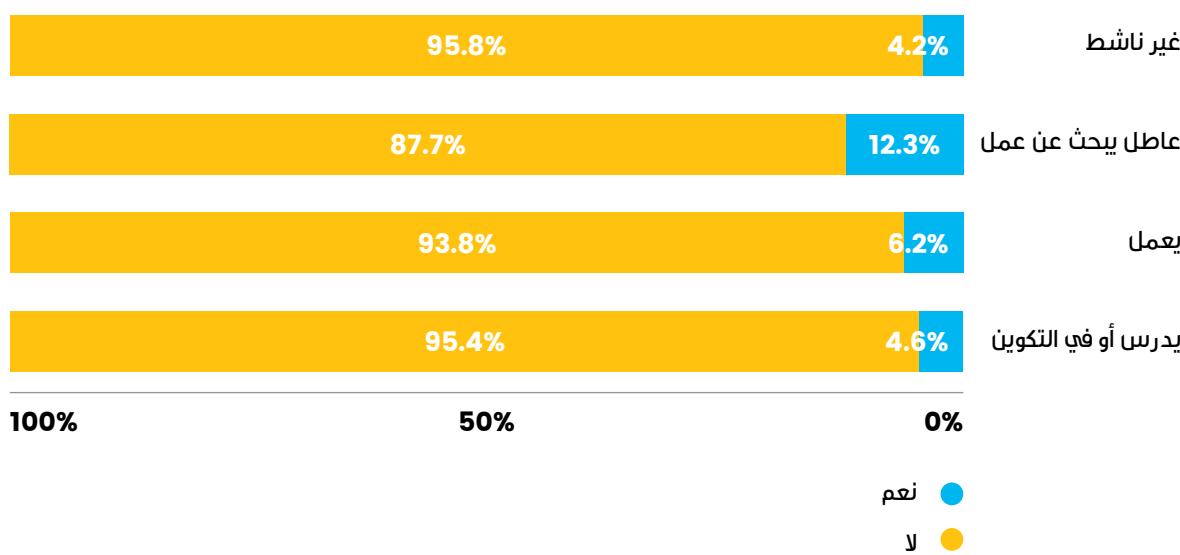
الايقاف او السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب المنطقة



الإيقاف أو السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب الفئة العمرية



الإيقاف أو السجن بسبب العنف في السنة الأخيرة حسب النشاط الاقتصادي

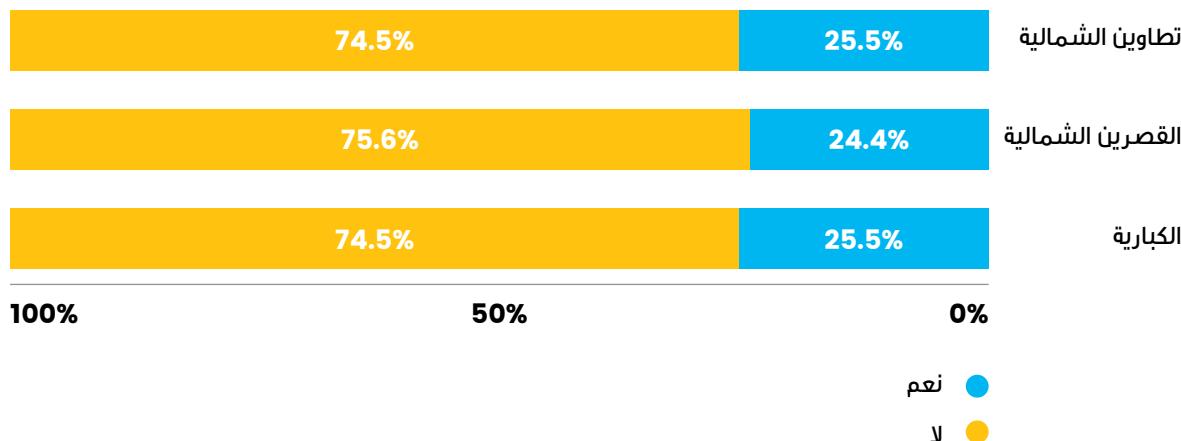


على الرغم من أن الكبارية هي أكثر منطقة صرخ مستجوبوها بأنهم اعتدوا على آخرين فإن القصرين الشمالية هي التي سجلت أعلى نسبة في الإيقاف والسجن بسبب ممارسة العنف مما يحيلنا إلى السياسات الأمنية التي وان كانت تمثل عموماً إلى التضييق على حركة الشباب في المجال العام والتعامل معهم كمشتبهين فإنها تستهدف بشكل أكبر مناطق بعينها من حيث المراقبة والعقوب 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 وحدتها لكن ليس لدينا معطيات تفصيلية. وبالنسبة للفئات الاقتصادية فنسبة الإيقاف والسجن منسجمة مع نسب ممارسة الاعتداء.

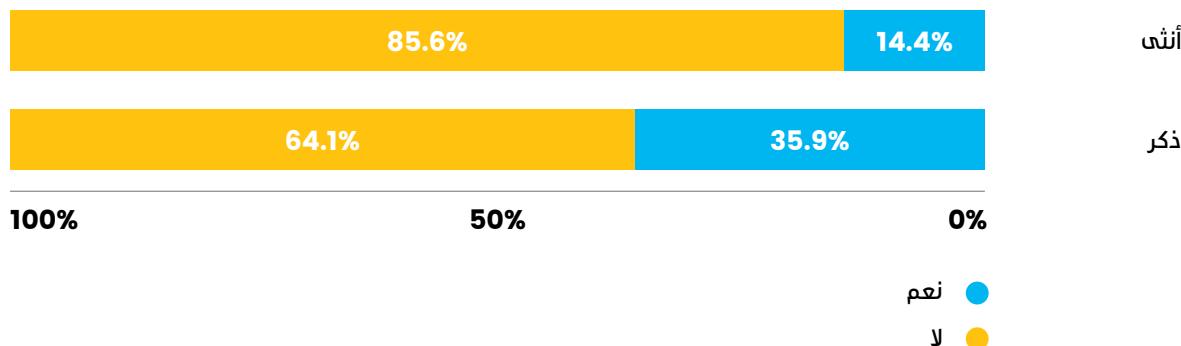
5.5 الموقف من العنف

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

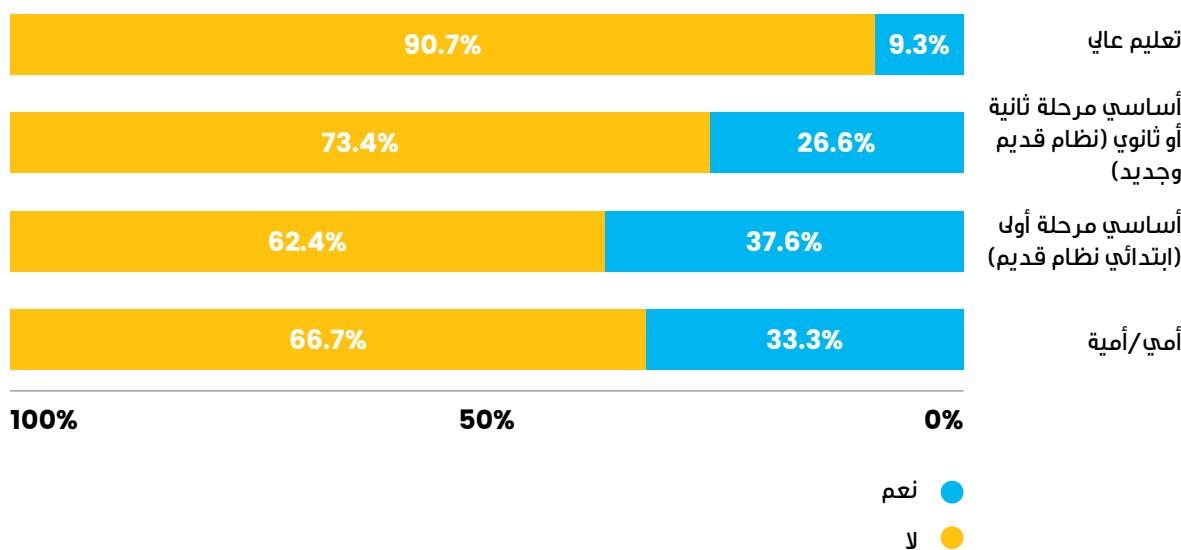
- حسب المنطقة -



- حسب الجنس -



- حسب المستوى التعليمي -

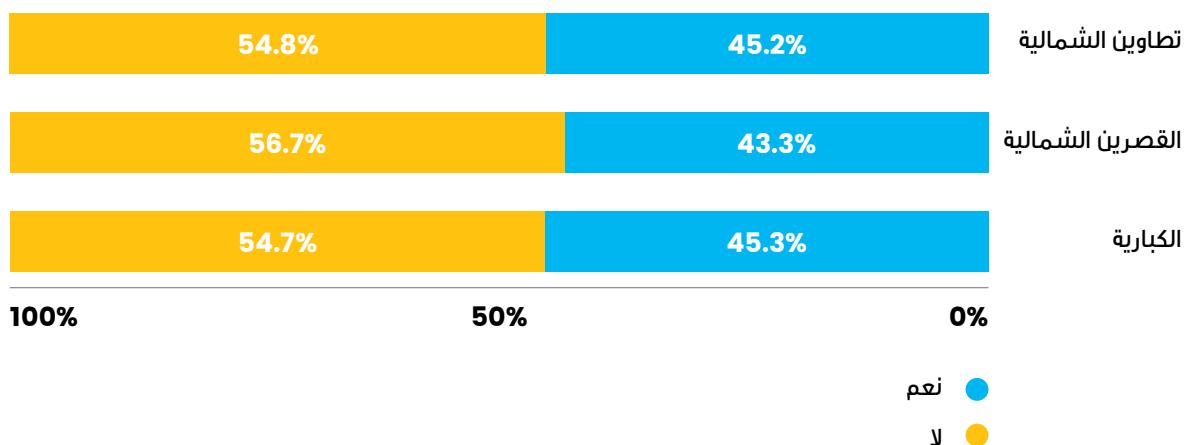


تظهر الرسوم البيانية ان نسب تقبل ضرب المرأة من قبل الأب و/أو الزوج مرتفعة وشبها متطابقة في المناطق الثلاثة التي شملها التحقيق: ربع المستجوبين لا يرى مشكلة في هذه الممارسة، وترتفع النسبة عندما نعالج إجابات المستجوبين الذكور فتصل إلى 35.9 %. تقارب نسب المناطق الثلاث يفند الاعتقاد الشائع بأن المناطق الجنوبية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

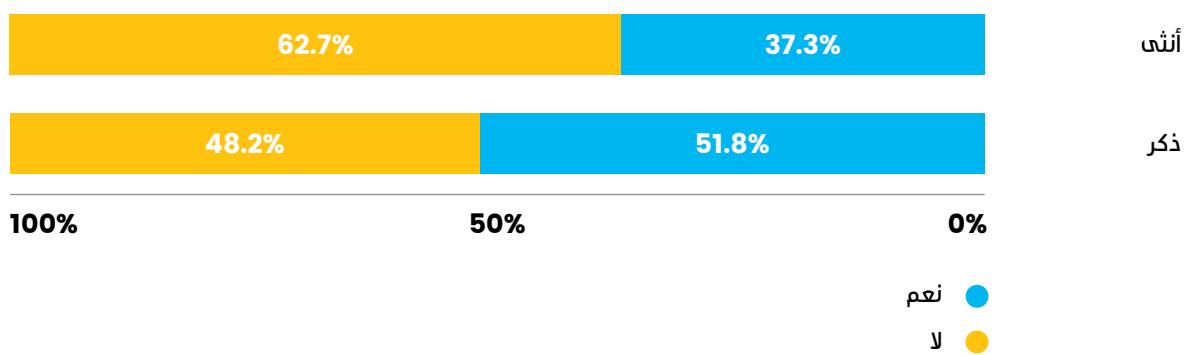
نسبة الإناث اللواتي يعتقدن ان المرأة تستحق الضرب عندما "تمرد" على والدها و/أو زوجها أقل لكنها تعتبر مرتفعة جداً بما أن الأمر يتعلق بممارسة قد يتعرضن لها، وهذا يبين ان جزء هاماً من المستجوبات يستبطئ شرعية الممارسات الذكورية الأكثر عنفاً. تظهر البيانات المستخلصة من الإجابات ان هناك ترابط وثيقاً بين المستوى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

2) الرأي في المقوله بأن الابن أو البنت التي لا تستمع ل الكلام أبويها تستحق الضرب

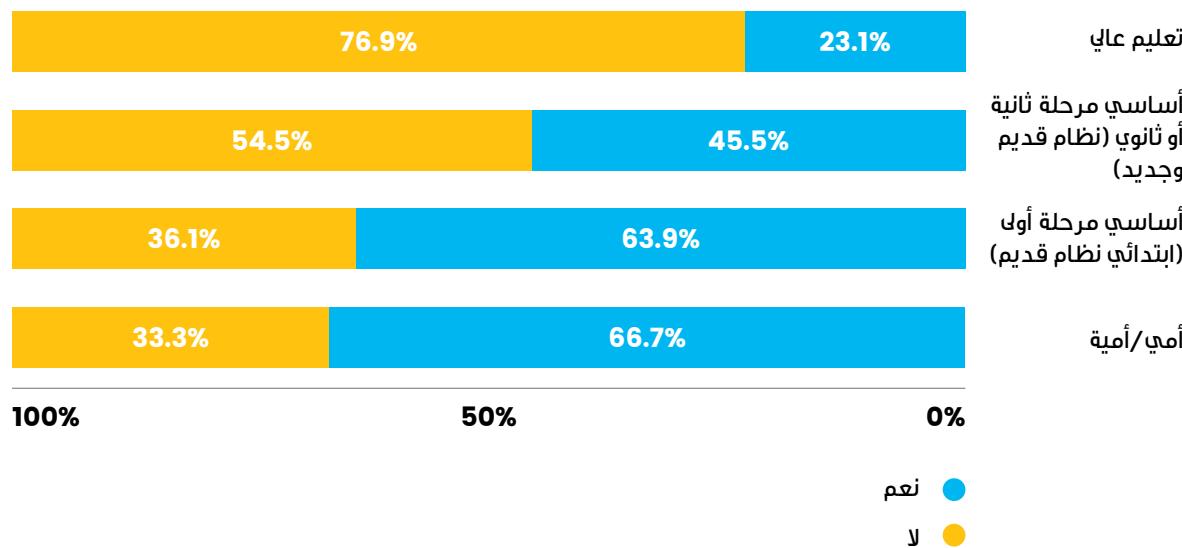
- حسب المنطقة



- حسب الجنس



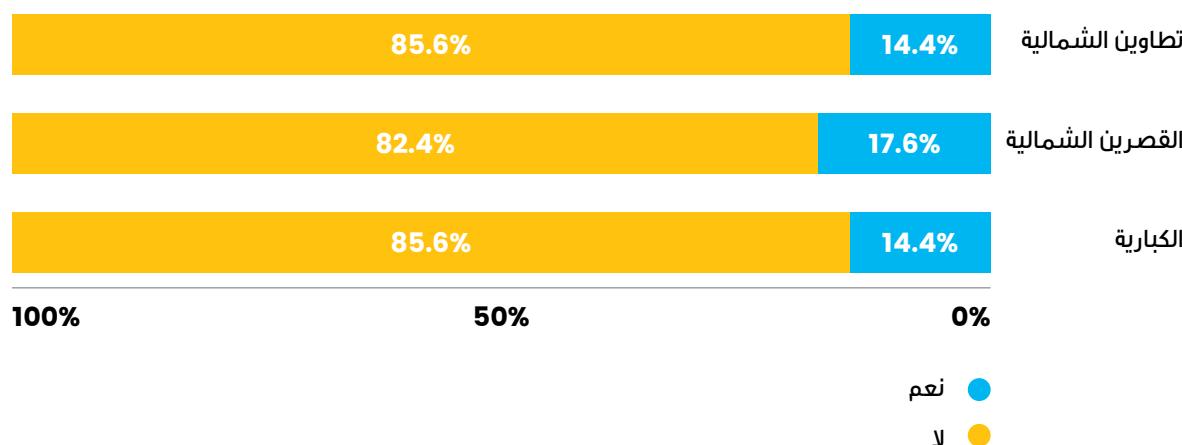
- حسب المستوى التعليمي



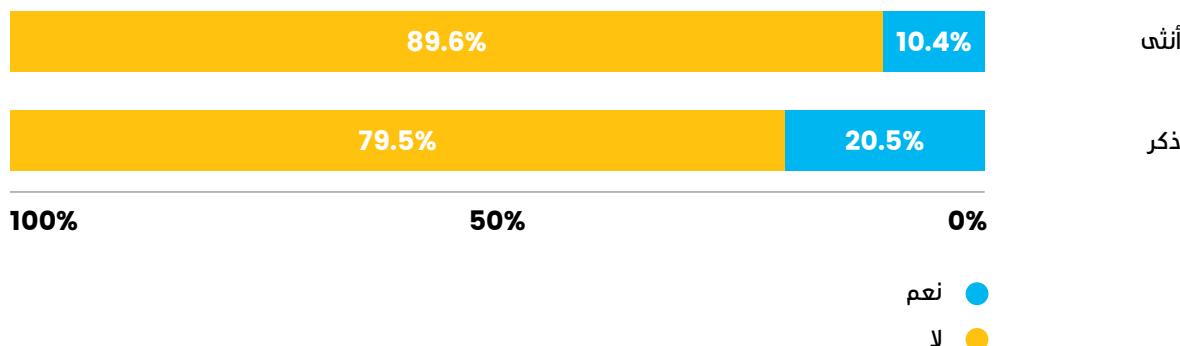
نجد نفس نمط الإجابات عن السؤال السابق (الرأي من ضرب المرأة) عند سؤال المستجوبين عن رأيهم في ضرب الأبناء غير المطيعين، لكن النسب أعلى بكثير بشكل يبعث على القلق الشديد. قرابة نصف العينة موافق على فكرة ضرب الأطفال، وترتفع النسبة إلى 51.8 % عندما نتفرّص إجابات الذكور، وتغوص 60 %. عند المستجوبين الأميين وذوي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

3) الـأـيـ فـيـ المـقـولـةـ بـأنـ التـلـمـذـ /ـ التـلـمـذـةـ غـرـ المـحـتـدـ سـتـحـقـ الضـبـ

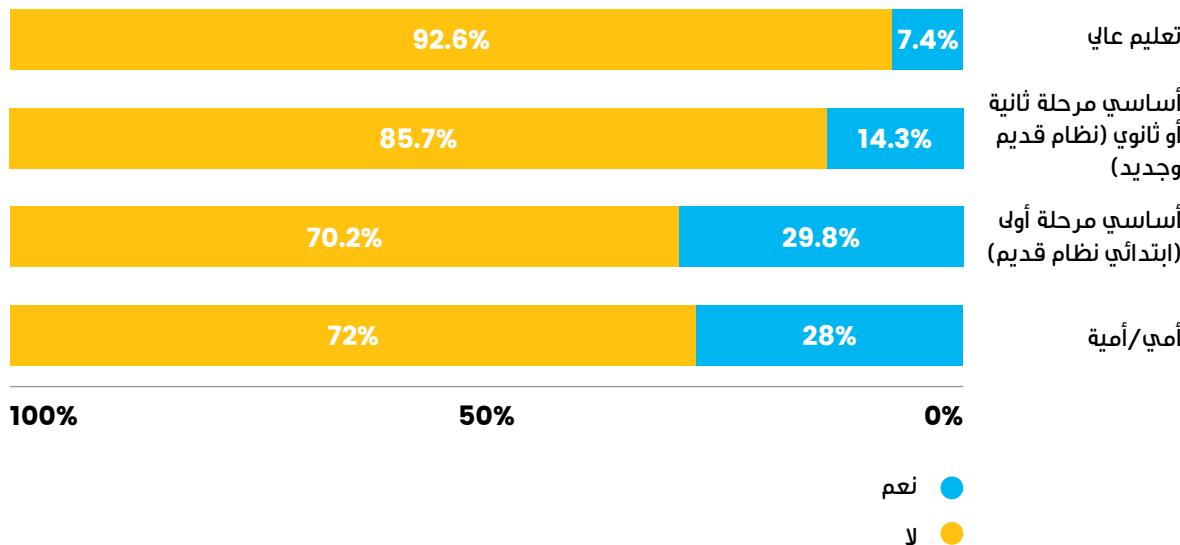
- حس المنطقة



- حسب الجنس -



- حسب المستوى التعليمي -



ضرب التلميذ(ة) غير المتجهد(ة) هي المفهولة الأقل مقبولية لدى المستجيبين على اختلاف فئاتهم. ترتيب موافق المستجيبين حسب متغيرات المنطقة والجنس والمستوى التعليمي مماثل للنتائج المستقاة من الاجابة على المقولتين الأولى والثانية لكن النسب أقل بكثير.

خلاصة

تؤكد البيانات المستخلصة من الاستمارة أمرتين رئيسيتين: 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 يبيّن لنا مثلاً أن هناك تحسناً كبيراً في المستوى التعليمي للمستجوبين مقارنة بأبنائهم وأمهاتهم لكنه يظهر أيضاً تفاوتات جهوية في القدرة علىمواصلة التعليم ويؤكد وجود «جيوب» أمينة مقلقة في بعض المناطق كالقصرين الشمالية مثلاً، وتناميها لظاهرة الانقطاع عن الدراسة - خاصة عند الذكور. في سياق من فقدان المدرسة دورها كمصدح اجتماعي، معطيات هذا المحور تكشف بشكل جليًّا أن المиграة أصبحت «قارب النجاة» الأكثر حضوراً والحاها في أذهان الشباب، الذكور منهم بالخصوص، خاصة مع حجم المخاوف الاقتصادية التي تؤكدها نسب المستجوبين الباحثين عن عمل وغير الناشطين والعمال اليوميين.

هشاشة فاقمتها الكورونا جراء ما تسببت فيه من ركود اقتصادي وقد انماط شغل. من خلال المعطيات يتجلّى أيضاً ارتفاع مستوى التبعية الاقتصادية للنساء. وبالإضافة إلى نسبة البطالة المرتفعة والقريبة من نسبة الذكور بل وتتفوقها بالنسبة لذوي مستوى التعليم العالي، نجد أن المستجوبات اللاتي لا نشاط اقتصادي لهن ويقع تصنيفهن ضمن «غير الناشطات» تفوق نسبتهن نسبة «غير الناشطين».

والتأكيد أن لهذه التبعية الاقتصادية انعكاسات اجتماعية ثقافية متعددة التعبيرات. من ذلك أن معظم «غير الناشطات» وكذلك نسبة هامة من العاطلات عن العمل يعتبرن غير «شُؤون المنزل» «نشاطهن المهني». وهو «نشاط مهني» نسائي بصفة مطلقة ولا يعتبر أي شاب مستجوب من الذكور غير الناشطين أو العاطلين عن العمل «شُؤون المنزل» نشاطه المهني. ويتزافق كل هذا مع ارتفاع نسب التغطية الاجتماعية مع العائلة أو القرى 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 المقاهي على عكس الذكور تماماً) مقابل ارتفاع نسبة من يقضين أوقات فراغهن أمام التلفزة أو مع العائلة.

فيما يخص المحور الثاني، على الرغم من أن أكثر من 90% من المستجوبين يقيمون حالتهم الصحية بالجيدة وحتى الجيدة جداً فإن أجاباتهم على بقية أسئلة محور الصحة العامة والنفسية تكشف نسبة هذا التقييم. فأكثر من نصف الشباب (55%) ذهبوا للتداوي خلال السنة الفائتة، (رباعهم قاماً بعيادات في القطاعين العام والخاص وبال البعية مناصفة إما في هذا أو ذاك من القطاعين). وأكثر من 30% من المستجوبين أصيبوا بفيروس كوفيد-19 مرة على الأقل. لاحظنا أيضاً 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% في تطاوين الشمالية).

تقدير المستجوبين لصحتهم النفسية أقل تفاؤلاً نسبياً من تقييمهم لصحتهم الجسمية مع تناغم نسبي بين التقييمين. فعموماً، كلما كان تمثل المستجوب لحالته النفسية إيجابياً كلما كان تصوره لحالته الصحية العامة إيجابياً ولكن العكس ليس صحيحاً بالنسبة إلى أكثر من 350 شاباً أو شابة يقيمون حالتهم الصحية إيجابياً 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 والأصدقاء أو الإخوة والأخوات (معبأة ثلثهم لا يلجؤون إلى أحد)، فإن أكثر من 25% صرحو بأنهم شعروا بالحاجة لمقابلة طبيب نفسي (médecin psychiatre) أو اختصاصي نفسي (psychologue) خلال السنة الفائتة مع تفاوتات هامة خاصة حسب متغير الجنس (حوالي 20% لدى الشباب 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 فعلية إلى عيادة طبيب أو اختصاصي نفسي إلاً ملماً (حوالي 12% من أحسوا بالحاجة لهذه العيادة) لعدة أسباب منها المجتمع في علاقة بالوصم والسخرية، ومنها المتعلقة بضعف الإمكانيات المادية و/أو صعوبة الوصول إلى الهياكل الصحية، وهي عوامل أعتبرها معظم الشباب المشاركون في البحث تمثل عوائق أمام الذهاب لاستشارة نفسية. وكان تقييم زيارة الطبيب أو الاختصاصي النفسي إيجابياً من مختلف الجوانب بالنسبة لـ 4% من تمكنوا من القيام بها، لكنها كانت بمثابة بالنسبة إلى ثلثيهم.

كذلك، صرَّح أكثر من ثلث الشباب المشاركون في هذا البحث بأنَّهم تعرضوا في السابق لمشاكل نفسية وكان الشعور بالقلق والتوتر وبالضغط النفسي حاضرَين دائمًا لدى أكثر من نصف هؤلاء وأحياناً لدى أكثر من ثلثهم، في حين كان الكتاب أقلَّ حضوراً خاصةً كشعور دائم وكان غالباً أو نادراً لدى نسبة تتجاوز الثلث قليلاً.

من خلال البيانات التي جمعناها لاحظنا أنَّ أغلبية الشباب يصرُّحون بعدم توفر معلومات كافية حول الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية وما يجب القيام به عند التعرض لمشاكل نفسية وخاصة كيفية الوقاية من الأمراض النفسية وبالخصوص ما يتوفَّر من إمكانيات تعهد وعلاج. وعلى العكس من ذلك فإنَّ أغلبيتهم يعتقدون أنَّ لديهم معلومات كافية حول أسباب الأمراض النفسية وهو ما تأكَّد لدينا من خلال تعرُّف معظمهم على أهم مسببات الأضطرابات النفسية.

كما أنَّ معظم الشباب يعتقدون العلاج النفسي ودعم الأهل أو الأصدقاء طريقين لمساعدة من يعاني من مشاكل نفسية لكنَّ حوالي نصفهم لا يعتقدون الأدوية تساعد على ذلك. أمَّا في مستوى طرق التعريف والتوعية بالمشاكل النفسية فيبيت وجود احصائيَّن نفسيَّن بالوسط المدرسي حائرة على شبه إجماع من الشباب المشاركون في البحث تماماً مثل الحالات التحسيسية التي لم يستند منها سوى 10% منهم. كما أنَّ وجود صفحة خاصة على الانترنت ورقم أخضر للمساعدة سبيلان للتوعية والإعلام والتوجيه تباعاً حسب حوالي 3% و3% من الشباب.

إجابات المستجوبين في محور الإدمان تؤكِّد أولاً الانتشار الواسع لظاهرة استهلاك المخدرات، وثانياً إنَّها تغلغلت لدى الذكور أساساً بنسبة تقارب أو تفوق نصفهم مهما كانت أعمارهم أو نشاطهم الاقتصادي، ولكنها بدأت تغزو الإناث وثالثاً إنَّ هناك تفاوتاً بين المناطق لاعتبارات تتعلق بمسالك الترويج والخصائص الاجتماعية-الثقافية (في تطاوين الشمالية نسبة المستهلكين أضعاف بكثير من المناطقين الآخرين). كما تظهر أنَّ هناك تقصيراً كبيراً من الميكل الصحية والتربوية العمومية في المجهود التوعوي بمخاطر المخدرات وتوفير آليات وهياكل علاج المدمنين عليها. والملاحظ أنَّ العامل المادي على أهميته ليس محدوداً في إمكانية الوصول إلى المخدرات وإدمانها.

أما في محور العنف فتبين الإجابات أنَّ العنف من المخاطر الجدية والمتواترة التي تهدد الشباب وأنَّ أشكاله الممارسة على المستجوبين تختلف أحياناً 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 أقلَّ الأماكن أمَّا بالنسبة للإناث فيما يتعلق بالتحرش لكنَّها أقلَّ خطورة في نسب ممارسة أشكال العنف الأخرى. كما بينت إجابات المستجوبين توافر كبير للحالات التي تعرُّض لأنَّشئال من العنف في المؤسسات التربوية. ونلاحظ أنَّ الحضور القوي نسبياً للعنف المسلط على المستجوبين له آثار أخرى غير الأضرار الجسدية والنفسية، فهناك ما يشبه إعادة إنتاج للعنف من قبل الشباب المعنف سواء عبر نسبة المستجوبين الذين صرُّحوا باعتدالهم 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» وأو تعنيف الأبوين للأبناء، وهي نسبة ترتبط بشكل وثيق بالمستوى التعليمي للمستجيب.

كفى تهميشاً للشباب في السياسات

الصحية:

تجسيم حق الشباب في رعاية صحتهم

وحمايتها بسياسات شاملة وناجعة

ضرورة أولوية

جوهر مزيد

بينت مختلف مكونات هذه الدراسة التي أجزتها مكتب تونس لمنظمة إنترناشونال أرت أن لا شيء يبرر التناسى المتواصل للشباب في البرامج ذات العلاقة بالسياسات الصحية وفي خدمات الهيكل الصحي العمومية. وهو تناسى شبه شامل باستثناء جوانب في مجال الصحة الإنجابية دون نجاعة معتبرة، وأنشطة استهدفت مقاومة التدخين وأثنت فشنلها، إضافة إلى الصحة المدرسية والجامعية التي تأكل مفعولها المحدود في ظل تكسسها وتهميشه على كل المستويات.

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

فالانطباع العام بأن الشباب شريحة تلمذية وطلابية أساساً وأنه يمكن اعتبارها في منأى إلى حد 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 تخزل الصحة في مكونها البدني وإشكالياتها في الأمراض المزمنة أو العوينة التي تصيب الإنسان في مراحل أكثر تقدماً من العمر (وهي أولويات مؤكدة وإشكاليات جدية جداً دون شك).

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

ويمكن القول دون مغالاة أن كل هذا يُسبّب تهميش الشباب في البرمجة والممارسة في قطاع الصحة ويزيد في هشاشة الشباب كفئة عمرية تختص بأهم تحول في حياة الفرد من الطفولة «المحمية» و«المكافولة» و«القاصرة» إلى المواطن «المسؤولة» و«الفاعلة» و«القائمة بشؤونها» لكنه تَحُول ما افتكَر مستوى الضبابية التي تحف به يتعاظم فجأة طاغياً على المشهد.

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

- 8% من الشباب يصرحون أنهم مصابون بأمراض مزمنة، وهي نسبة لا يمكن التهويين 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 فعلياً بمرض مزمن ما ومهما كانت أعمارهم لا يعلمون بمرضهم (عوامل متعددة). وهذه النسبة تُبرِّز قصور منظومة صحية تكاد تحصر الأمراض المزمنة في بعض أمراض وتهمل عدداً من 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 تعرّض 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 حالتهن النفسية سيئة أو سيئة جدا، وحوالي نفس النسبة شعروا بالحاجة للذهاب إلى احصائي أو طبيب نفسي في السنة التي سبقت الدراسة

هذا المعطيات المحسّنة بصفة مباشرة للوضع الصحي للشباب تُسقط نظرية الصحة الجيدة لهاته التسريحية العمرية - الاجتماعية بل وتبيّن أنَّ وضعها الصحي يمثّل عامل هشاشة إضافي لوضعها العام

لكنَّ أولَ ما يصطدم به الشباب تميّزهم سلبياً 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 تمثل على الأقل مرتبين ونصف النسبة الوطنية التي تتراوح حسب المصادر بين 17٪ (المعهد الوطني للإحصاء 2015) و 20٪ (المعهد الوطني للصحة 2016). والمعلوم أنَّ الحرمان من التغطية الصحية يؤدي إلى الحرمان من الحق في الرعاية الصحية (وهو ما أكدَه المسح الوطني للصحة المُجري سنة 2016).

أهمية نسبة الشباب المحرمون من التغطية الصحية تستوجب إفراد الموضوع بخطة ناجعة تشمل مختلف فئات الشباب وخصوصياتها الاقتصادية ووضع حداً لآليات معقدة أو مهنية وُضعت لتمكين بعض الشباب من الحصول على تغطية صحية في ظل منظومة قانونية مجحفة.

إضافة إلى الحرمان من التغطية الصحية، فإنَّ ربع «المتعلّمين» يتغطّى صحيّة لهم تغطية فردية. أما بالنسبة للبقاء فيتقاسمو نفس بطاقة العلاج المسلمة للقرين أو الوالد (المضمون الاجتماعي أو الحاصل على بطاقة علاج مجاني أو بتعريفة منخفضة). وفي هذه الحالة فإنَّ نسبة هامة من الشباب والشابات يجدون صعوبة في استعمال بطاقة العلاج عند الإحساس بالحاجة إلى خدمة صحية. ويعد ذلك لأسباب مختلفة. فقد يتواجد الشاب أو الشابة في مدينة غير مكان إقامة صاحب البطاقة (الوالد أو القرين) لظروف شتى. كما أنَّ الوالد أو القرين صاحب البطاقة كثيراً ما يرفض تمكين الشاب أو الشابة من بطاقة العلاج أو يمانع في ذلك، إذا لم يُفصّل تفاصيل الحاجة إليها (السبب الصحي بدقة أو طبيعة الخدمة الصحية والغرض منها ومكانها أو مسidi الخدمة الصحية الذي ينوي الشاب أو تنوّي الشابة التوجه إليه). وإضافة لذلك، فإنَّه إذا لم يكن الأمر يتعلق ببطاقة علاج مجاني، يقترب استعمال البطاقة بضرورة دفع مبلغ لالنّفاع بالخدمة الصحية، وهنا فإنَّه من غير النادر أن يتّصل/تتحصل الشاب(ة) «التابع(ة)» مالياً للوالد أو القرين على المبلغ المطلوب حتى ولو كان محدوداً أو حتى زهيداً.

لذلك، فإنَّ تمكين الشباب مهما كان وضعه الاقتصادي من تغطية صحية وبصيغٍ تُمكّنه من الالتفاع بـها دون صعوبات إجرائية أو مالية، ودون وصاية أو ضغط أو تحكم من «فُعيل» أسري، يمثّل مدخلاً ضرورياً وأساسياً لمسار تجسيم الحق في الرعاية الصحية.

لكنَّ عدّة مصاعب متنوعة أخرى تعترض الشباب في الحصول على حقّة في رعاية صحية تلائم خصوصياته وتسنّجّب لحاجياته

وقراءة نتائج الدراسة تبيّن أنَّ المعضلة الأكبر تبقى في إمكانية الحصول على خدمات في مجال الصحة النفسية، فالشباب الذي قام فعلاً بزيارة طبيب نفسي أو إخصائي نفسي لا تبلغ حتى ثُمن من شعروا بالحاجة لذلك. ومن البديهي أنَّ الفارق بين النسبتين لا يمكن تفسيره فقط بوضعية التغطية الصحية من جهة، التي لم تمنع أكثر من نصف الشباب من القيام بعيادة طبية، وإنما كان تردد نسبة من الشباب المعنى في تفعيل الإحساس بالحاجة لخدمة مختصة في الصحة النفسية من جهة أخرى.

والاحتمال الأقرب إلى الواقع أنَّ صعوبات الوصول إلى إخصائي 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 الإيجابية التابع للمندوبيّة الجهوية للأسرة والعمان البشري.

ليس الوضع في القصرين أفضل رغم وجود عيادة للطب النفسي بالمستشفى الجاهي لكن طاقتها محدودة جداً مع عدد مرتفع من المرضى النفسيين المزمنين المتعَدّد بهم فيها، ثم إن تأمينها لا يقع من طرف طبيب مختص بل من طرف طبيب عام تطوع لملء الفراغ بعد تكوين سريع، ضعف. كل هذا يجعل الحصول على موعد يتاسب مع إحساسه بالحاجة لعيادة طبيب نفسي أمرًا عسيراً جداً مع حضور ضعيف في مستوى الفاعلية. أما فضاء الشباب التابع لمركز الجاهي للأسرة والعمان البشري والذي يتواجد به إخصائي نفساني فيبدو أنه غير معروف لدى أغلب الشباب.

الوضع أفضل في العاصمة لكن ليس كثيراً. فرغم وجود 80 طبيباً نفسانياً حسب عمادة الأطباء معظمهم يعملون بالقطاع الخاص، يبقى مستشفى الرازي المتخصص في الأمراض النفسية والموجود بولاية منوبة الملاجاً الوحيد لشباب 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 سبباً يُثير الشّخص عن عيادة طبيب نفسي (خصوصاً عندما يتعلق الأمر بشعور بالحاجة إلى «استشارة» نفسية أو إلى تعهد نفسي «مؤقت»). وریضاف إلى ذلك، ليس فقط المشاق المرتبطة بمسافة تفوق 15 كلم تفصل منطقة الكبارية عن منوبة ويطلب قطعها عبر النقل العمومي استعمال عدة وسائل نقل، بل أيضاً إجراءات ليست معلومة دوماً من طرف الشباب والسكان وتقتضي بضرورة الحصول على إحالة لعيادة الطب النفسي بر رسالة من طبيب عام أو من طبيب مباشر في اختصاص آخر والتّقلّل مرة أخرى للحصول على موعد. ولتفادي هذه العوائق، تبقى إمكانية التوجّه للقطاع الخاص بكلفة المالية التي تمثل بالنسبة لأكثر من ثلثي الشباب سبباً للتخلّي عن العيادة في مجال الصحة النفسية، تماماً مثل غياب المعلومة الكافية عن كيفية الحصول على عيادة نفسية في الوقت المناسب.

أمام هذا الوضع، يتحتم توفير خدمات صحة نفسية للشباب، لامرکزية بصفة تمكّن الشباب والسكان من الولوج إلى خدماتها بصيغ ناجعة، والاستعاضة عن ما يسمى بـ«الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالصحة النفسية» التي «أخذتها» الوزارة منذ حوالي 15 سنة دون أن يبلغ صداتها حتى إلى مهنيي الصحة (رغم أنه جيء بها لتجاوز جمود «البرنامج الوطني للصحة النفسية» ففضلت عليه وبقيت اسمها بلا مسمى) بخطبة عملية توفر لها المتطلبات المادية والبشرية بما يسمح بتنفيذها بسرعة وبصفة مستدامة، ولا تكتفي بانتظار تخرج طبيب نفسي لكل جهة داخلية في سنة 2024، بل تدمج ذلك كنقطة دعم لخطة ناجعة فعلاً 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 مهيكل، أو في إطار تطوير تكوين أكاديمي خاص منها ماجستيرات خاصة بأطباء الخط الأول من جهة وممرضي الخط الأول من جهة ثانية ولمهنيين آخرين (مثل القابلات والإخصائيين النفسيين على سبيل الذكر لا الحصر).

كما أن كل المعطيات تبرز ضرورة توفير خلايا استشارة وتجيئه وتعهد نفسي مفتوحة مباشرة دون ضرورة توجيه طبي أو غيره، في مختلف الدوائر الصحية بديرها إخصائيون نفسانيون مختصون في علم النفس السريري أو علم النفس لدى الأطفال والشباب، مع إعطاء الأولوية إلى مراكز الولايات الداخلية ومن ثم إلى معاييرها الأبعد عنها، ويطلب الأمر مراجعة عميقة شاملة لوظيفة المختص النفسي عموماً ولموقعه في قطاع الصحة العمومية. ويتأكد هذا من خلال إجابات الشباب التي أبرزت اهتزازاً نسبياً من اللجوء الآوتوماتيكي إلى الإطار الطبي في علاقة مع الصعوبات النفسية وميل أكثر للاستعانة بإخصائي نفسي، للابعاد عن العلاج الدوائي الذي لا يعتبره نصف الشباب طريقة تساعد على تجاوز المشاكل النفسية في حين أنهم يجمعون تقريراً على أن العلاج النفسي طريقة ناجعة.

إضافة إلى خدمات الصحة النفسية ذات الطابع العلاجي العام، بين البحث بخصوص التجربة السجنية في مجال الصحة حممية تمكين الشباب القابع في المنشآت السجنية من خدمات صحة نفسية خاصة بهم تديرها هيأكل 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 وضعوبات نفسية من فئات شبابية أخرى، وقد أثبتت دراسات في تونس وخارجها مثلما ورد خاصة في الورقة المتعلقة بالقلق، أن خصائص العمل وظروفه أصبحت مصدراً لها مثل تلك الاضطرابات.

لذا من الضروري إدماج إخصائين نفسيين مختصين في مجال علم النفس الخاص بالشغل في هيكل طب الشغل أو الصحة والسلامة المهنية مع توضيح آليات تدخلاتهم وسبل تحقيق نجاعتها. وبطبيعة الحال فإن الأمر يستوجب تطوير مستويات تكوين الإخصائين النفسيين كما وكيفاً ليما في ذلك توسيع التكوين إلى مؤسسات جامعة خارج العاصمة)

لكن مختلف أبحاث الدراسة تُبَرِّزُ أَنَّهُ يَتَحَمَّلُ، بِالْتَّوْازِيِّ مَعَ وَضْعِ بِرَامِجِ الْخَدْمَاتِ الْعَلاجِيَّةِ فِي مَحَالِ الصَّحةِ النُّفُسِيَّةِ مَوْضِعَ التَّفْعِيلِ وَالتَّقْيِيمِ وَالْمُتَابِعَةِ وَمَا يَتَبَعُ مِنْ تَعْدِيلٍ وَتَطْوِيرٍ، أَنْ تَتَحَمَّلُ الْحُكُومَةُ وَمُخْتَلِفُ الْوِزَارَاتُ وَهُنَّا كُلُّهُمَا مَعْنَى مَسْؤُلِيَّتِهَا فِي رَسْمِ وَتَفْعِيلِ خَطَطِ التَّصْدِيِّ لِلأَسْبَابِ الْمُبَاشِرَةِ وَالْعُمَيقَةِ الَّتِي أَدَتَتْ وَمَا انْفَكَتْ تَؤْدي إِلَى تَفَاقُمِ تَدَهُورِ الصَّحةِ النُّفُسِيَّةِ لِلشَّابِ، وَبِتَشْرِيكِ حَقِيقِيِّ لِلشَّابِ مِنْ خَلَالِ جَمِيعِيَّاتِ الْمُجَتمِعِ الْمَدِينِ الْفَاعِلِ ضَمِّنَهَا أَوْ فِي الْمَجَالَاتِ ذَاتِ الصلةِ. وَبِدُونِ ذَلِكِ لَا يَمْكُنُ أَنْ يَقْعُدَ كِمَ الْتَّدَهُورِ وَتَدَاعِيَاتِهِ مَهْمَا وَفَرَّتْ مِنْ أَسْبَابِ الْعَيَّةِ الصَّحِّيَّةِ.

بالبحث الخاص بالقلق لدى الشباب ييز معدلات لمستوى القلق تفوق «الحد الفاصل بين الطبيعي والمرضى» لدى مختلف مجموعات الشباب حسب المتغيرات المترافق عليها المناطقية والاقتصادية- الاجتماعية، وهو ما يستوجب عملاً في العميق للحد من عوامل تطور هذا المؤشر للصحة النفسية. كما أن الشباب المشارك في الدراسة الكمية أكد العوامل والأسباب المعروفة لظهور الصحة النفسية للشباب. فقد مثلت المشاكل العائلية والصدمات النفسية والعاطفية والظروف الاجتماعية أسباباً اضطرابات النفسية الأكثر اختياراً من الشباب المشارك في الدراسة من بين عدة اختيارات عُرضت عليه. كما أن الشباب الذين صرّحوا بتعريضهم البعض المشاكل النفسية (وبلغت نسبتهم أكثر من ثلث الشباب المشارك) غزوا ذلك أساساً إلى أسباب في علاقة بالخوف من غموض المستقبل وعدم وضوح الرؤية، في ظروف المادية الصعبة، ثم بأزمة البطالة.

وبالتالي فإن لوزارة الصحة دوراً هاماً في المجال لكنه ينبغي أن يقطع مع رؤية تحصره في التقليدي الصحي المتبع على خطاب يبقى مدرسيّاً أحاديّاً الجانب ويُطغى عليه الجانب التقليدي المَعْرِفِي أو الابوّي النصوح، رغم بعض المساعي التطويرية، مما أدى إلى عقم جهود عقود من الأنشطة التي كثيرة ما اكتفت بظهورات مناسباتية بل حتى احتفالية رسمية. ويطلب الوضع تنويراً للرؤية التي توجه الأنشطة الخاصة بالشباب والياافعین سواء في الوسط المدرسي والجامعي أو خارجه (بما في ذلك التي تهتم بالصحة البدنية والتي فشلت في منع انقطاع جزء من اللاميد والطلبة عن الدراسة بسببها مثلما أبرزت الدراسة). وينبغي إلاء الصحة النفسية مكانة بارزة فيها بالآيات جديدة وإمكانيات بشرية متكونة وبمساهمة قوية ومستدامة وعامة للإخصائين النفسيين سواء في أنشطة تكوينية وتطويرية لقدرات مجموع الشباب والياافعین أو في مهام إنصات ومراقبة وتوجيه بصفة فردية لمن يتقدم منهم طلباً لذلك أو في إطار تقصي نشيط ويطلب هذا مراجعة دور مختلف الأطراف المتدخلة لتوفير استقلالية تدخلات المهنيين خاصة في مستوى التعهد الغربي، مع ضمان متابعة الجدية والانضباط في القيام بالمهام حتى لا تبقى الخدمات المقدمة خارج الهيكل الصحي من قبل العامل الثاني الذي تقع التضييق به عند وجود صعوبات أو نقص في الإطار البشري، ويكون ذلك بالمتابعة والتقييم الذاتي والخارجي والمساءلة، ولكن كذلك بإجاد صيغ جديدة تضمن الدقة والوضوح.

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

والهيكل الخاص للأطفال والشباب والثقافة كان من المفروض أن تقدر على استقطاب الشباب واليافعين بمختلف فئاتهم وتمكنتهم من فضاءاتها ليطروا فيها أسلطة تلاعيم مع ميلادتهم وتكون تكوينية في شتى المجالات في نفس الوقت

كما أن توفير مناخ ومحبط عيش سليم يساهم في تحفييف وطأة معاناة الشباب المتعددة الجوانب وفي تقليل أثر المخاطر الصحية النفسية والبدنية والاجتماعية المحدقة بهم، مهمة مشتركة لكل القطاعات وكل السلطة بما فيها المحلية وب毳 تحقيقها رهين إرادة أولاً وصياغة مشتركة مع المعنيين لفهمهم والمجتمع المدني لاستراتيجيات وخطط ثانياً وتوفير الامكانيات المتعددة للتغذتها مع إحداث آليات متتابعة وتقدير ومراقبة بمساهمة نشطة من المعنيين.

ويقى العمل الأعمق من مهام الدولة ككل بمختلف هيكلها الرسمية أولاً باعتبارها الجهة المسؤولة (وبمكوناتها المجتمعية ثانياً بدورها الضاغط والمقترح والشريك في صياغة الرؤى والسياسات ومتابعة تطبيقها والتقييم والمراجعة) لمعالجة معضلات البطالة أساساً ولكن كذلك ظروف الشغل والعمل التي أصبحت لنسبة كبيرة من الأجزاء مهمما كانوا مصدر إزعاج نفسي وإرهاق بدني غير مُبرّرٍ في غالب الأحيان تماماً مثلما أن هشاشة العمل في قطاعات كبيرة لا تضمن أدنى الراحة الاجتماعية في وقت يمثل فيه الرفاه الاجتماعي أحد مكونات الصحة الثلاثة (إِنْ جَانِبِ الرِّفَاهِ الْبَدْنِيِّ وَالرِّفَاهِ النَّفْسِيِّ) مثلاً عرّفتها المنظمة العالمية للصحة. كما أنّ فئة غير الناشطين من الشباب، سواءً من يعانون أنفسهم (ذكور وإناث) عاطلين عن العمل دون البحث عنه أو يعتبرن شؤون المنزل نشاطهن المهني العادي، في حاجة أكيدة إلى برامج خاصة بها لأنّ نتائج الدراسة الكمية والبحث الخاص بالقلق تبقى غير مطمئنة رغم ما يبذلوه من نزوع إلى وجود نسب أقل من إشكاليات الصحة النفسية تماماً مثل معدلات مستوى قلق أقل لديهم، فقد يخفى ذلك وضعاً عميقاً من الهشاشة في علاقة بانسحاب اجتماعي وجمود عن الفعل الاجتماعي (وهو ما أوضحته الباحثة دنيا الرميلي في الورقة الخاصة بالبحث حول القلق وتعمقت فيه انطلاقاً مما قدمه الباحث محمد علي بن زينة في دراسة سابقة سنة 2018³⁰) بكل تبعاته على مختلف مكونات الصحة النفسية والاجتماعية والبدنية.

ويمكن القول أنّ الجزأين الأخيرين من الدراسة المتعلقين بالإدمان والعنف يبيّنا عمّق الأزمة الصحية التي يعيشها الشباب أساساً في الجانبين الاجتماعي والنفسي خاصّة لكن مع تبعات أكيدة على المستوى البدني في المنظور الغوري والآجل، كما وضعاً الأصيعب على المهام المحمولة على القطاع الصحي وقطاعات أخرى (التربية، التكوين المهني والتشغيل، الشباب، الثقافة، الشؤون الاجتماعية، التعليم العالي، اليابيات، المجتمع المدني، المرأة والأسرة، العدل،....).

أول ما ينبغي ملاحظته بخصوص موضوع الإدمان، أنه في حين أصبح الاستهلاك المتكرر للمخدرات وباء صحياً اجتماعياً لا يبتعد كثيراً جداً في توارته عن إدمان التدخين ولا يتطلب الوجوه إليه مفهوماً مالياً في تلبي الحالات أساساً بفعل نشاط حديث للمروجين المباشرين واستثمار كبير للوبيات اقتصاد المخدرات بحكم تحول الأمر إلى إدمان يومي أو أسبوعي في أغلب الحالات، تبقى سياسة الصمت عن تناول الموضوع طاغية على المتشهد حيث أنه لم يسبق لأكثر من نصف الشباب أنْ قدّمت لهم أيّ معلومات حول المخدرات وطرق الكف عن استهلاكها من أيّ هيكل (وظلّ الوسط المدرسي والجامعي الموقّع الرئيسي للقدّيم المعلومة).

لذلك ليس من الغريب أن نجد أنّ أغلب الشباب المستهلك للمخدرات حاولوا التوقف عن ذلك لكنهم واصلوا الاستهلاك في غياب حتى إعلام متوفّر واضح حول صيغ وأماكن المساعدة على التوقف أو مرافقته. كما أنّ 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 أنّ أكثر من مستهلك على 5 كان قد أقرّ بأنّ ما أصابه من اضطرابات نفسية كان في علاقة بحالة الإدمان التي يعيشها، وربما كان الإيقاف والسجن أهم الانعكاسات السلبية للاستهلاك خصوصاً وأنّ أكثر من مستهلك على 6 صرّح بأنه أوقف أو سجن بسببه ولمدة بلغت حتى السنين للبعض. وتجدر الإشارة إلى أنه من مجموعة الشباب المشارك في الدراسة، يَعتبر تبعاً حواي 90% وأكثر من 80% التجربة السجنية والإدمان سببين للأضطرابات النفسية.

هذه المعطيات تبيّن ضرورة القطع مع سياسة النعامة والبقاء أمام استهلاك المخدرات، والكف عن التعامل معه كظاهرة أو مسلكية إجرامية وفصله عن الأفعال الإجرامية الحقيقة (الترويج وما يرتبط به من إنتاج أو تهريب أو تبييض أو موافاة...). بل اعتبار الإدمان وباء صحياً اجتماعياً نفسياً بالأساس، ومواجهته بإدراجه مختلف جوانب المكافحة الوقائية والعلاجية في مختلف هيكل 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 الإغراءات وتعهد المنزليين قبل فوات الأوان مع ضرورة تغيير بيئة التعليم والتقويم والتربية والعمل والرفاه والثقافة لتحقيق مصالحة المواطن والشباب خاصة معها، إضافة إلى أنّ ما سبق أن تناولناه من أهمية تحمل الدولة مسؤوليتها في إيجاد حلول ناجعة لمعضلات البطالة وتهميشهما الجهات الداخلية والأحياء الشعبية والمناطق المحيطة بالمدن وحرمان فئات واسعة من مقومات الأمان الاجتماعي مثلما حدّتها السلطة نفسها.

30 بن زينة، محمد علي وزملاؤه. (2018). في سosiولوجيا 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 صرحو أنهم تعرضوا لأحد مظاهر العنف في السنة التي سبقت الدراسة.

ويبيّن 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). ويتوافر في المدرسة بنسبة تفوق ما هو مسجل في العمل رغم المرتبة الرابعة. نادراً ما أقرّ الشباب بتعريضه للتحرش في البيت (أو الملعب)، لكن الضرب ثالثي مظاهر العنف المنزلي أو في الوسط المدرسي والملعب وثالثها في الشارع. الإهانات ثالثي مظاهر للعنف في العمل وثالث مظاهر في بقية الأماكن باستثناء الشارع (رابعاً).

ولعل من أبرز النتائج أنه باستثناء التحرش والاعتداء الجنسي اللذين صرحاً عدد محدود من الشباب الذكور بأنهم كانوا ضحية لأددهما أو كلاهما، فإن الذكور صرحو بنسب غالباً ما تكون أكثر من الشابات بتعرضهم لبقيّة 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 تکاد إلى الشباب الذكور في حين يکاد التحرش ينصب على الشابات فحسب، ويتقاسم الطرفان التعرض للشتائم والإهانات لكن بنسب أكثر بوضوح لدى الذكور.

لكن النتائج الأكثر بعثاً على الحيرة إقرار شاب من كل 5 شباب بقيامه بالاعتداء على شخص في السنة الأخيرة وأكثر من 6% يقع بيقافهم بسبب ممارستهم العنف. ولا يقل باعثاً على الانزعاج، أن نسبة غير يسيرة يرون أن الضرب مشروع في البيت ضد الابن/البنت (45%) أو الزوجة (22%). وفي المدرسة ضد التلميذ/الתלמידة (15%). وهذه الآراء يتقاسمها شباب المناطق الثلاثة بنسب متفايرة جداً. الشباب من مختلف المستويات التعليمية والشرائح العمرية والوضعيات الاقتصادية والجنسيين 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 متقاسماً لآليات تعهداته وقاية وعلاجاً بمقاييس متعددة الأوجه والقطاعات وعلى مراحل محددة بأهداف دقيقة.

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

ـ أولها الانطلاق من تعريف الصحة وتمكُّنها الثلاثة البدنية والنفسية والاجتماعية والاقتناع بأن الشباب في وضع صحي غير مطمئن في كل الجوانب.

ـ ثانية القطع مع الرؤية المتكلسة والتقليدية من جهة والصبغة المناسباتية الدعائية لأنشطة المجدودة التي استهدفت بعض جوانب من صحة الشباب، ليس فقط تلك التي قامت بها هيأكل الرسمية مباشرة بل حتى أغلب تلك التي عهدت بها إلى بعض هيأكل جمعياتية.

ـ ثالث اقرار المسؤولية المتعددة لمختلف السلطة والقطاعات والضرورة الحياتية لشراكة مجتمعية فعلية في كل البرامج وكافة مراحلها.

أخيراً يبيّن توفر الإرادة السياسية وتجسيدها في توفير الإمكانيات لترجمة ما يقع الاتفاق عليه في الواقع العامل الحاسم، وللإرادة السياسية ترجمة واضحة بالتخلي عن السياسات التقشفية في المجالات الاجتماعية وفي مقدمتها الصحة بالترفيع في النسبة المخصصة لوزارة الصحة من ميزانية الدولة إلى مستويات ما قبل سنة 2005 والقيام بالاندابات الضرورية للقطاع على عكس ما وقعت برمجته في 2022 من تحفيض غير مسبوق في أعقان وإطارات الصحة بعدة آلاف منهم والقطع مع المحسوبية وتضارب المصالح المفترضة في كل المستويات.

حظي هذا الإصدار بدعم من وزارة الخارجية الهولندية.

إنترناشونال ألت

٣٤٦ شارع كلوفا، لندن، SW9 9AP، المملكة المتحدة

هاتف: +٤٤ (٠) ٧٩٠ ٧٧٢٧ ٦٨٨.. فاكس: +٤٤ (٠) ٧٧٢٧ ٦٩٠ ٦٨٨

info@international-alert.org

www.international-alert.org



/InternationalAlert



@intalert

مؤسسة خيرية مسجلة تحت رقم ٣٢٧٥٥٣