

مشروع الهجرة المختلطة للشباب

دوافع الهجرة والحاجيات للخدمات
المتعلقة بالصحة الجنسية
والإنجابية

دراسة كمية ونوعية للمهاجرين
الشباب في تونس الكبرى 2017

أفريل 2018





شكر

ويشكر السيد جيمس كوين عن المجلس الدنماركي للأجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة 4Mi) على جعل جمع البيانات ومراقبتها وتحليلها أمراً ممكناً وقابلاً للمشاركة الآتية بين جميع أعضاء المشروع.

ويعرب فريق صندوق الأمم المتحدة للسكان عن امتنانه لجميع أفراد فريق الجمعية التونسية للصحة الإنجابية وخاصة السيدة أرزاق خنيثش للدعم اللوجستي والذي مكّن من حسن سير المهمة.

كما يشكر جميع الأشخاص على المستوى المؤسسي أو الجمعياتي (رابطة أطباء العالم، المنظمة الدولية للهجرة) أو حتى الشخصي وجميع الباحثين الذين ساعدوا على إجراء الدراسة الميدانية الكفيلة منها والتنوعية.

ويتوجّه بشكره العميق إلى المستشارين الذين ساهموا في جمع وتحليل البيانات القيمة لهذا العمل وبخسّ بالذكر السيدات والسادة حدّي درشاني وعادل عياري ورامي خويلي.

ويعرب عن امتنانه العميق لجميع المهاجرين: أولئك الذين قبلوا المشاركة في هذه الدراسة وأولئك الذين قدّموا شهادات صريحة وصادقة وأشرفوا هذا العمل بتجربتهم. نحن ممتنون لكم.

يتقدم مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان بعبارات الشكر لكل من ساهم في تيسير مهمته.

كما يتقدم بجزيل شكره إلى الدكتورة أمال بن سعيد، مستشارة المشروع، لجهودها المبدولة في تخطيط المشروع وتنفيذه ومتابعته إلى جانب تقديمها للدعم الفني.

ويتقدّم بشكره الخاص لفريق العمل بصندوق الأمم المتحدة للسكان بتونس وبخسّ بالذكر السيد شكري بن يحيى والسيدة وفاء الخوادي لتيسير هذه المهمة وحشد الشركاء والفاعلين الميدانيين واللذان عملا على توفير المعلومات المطلوبة وأظهرا درجة عالية من التفاني في جودة التنسيق على المستويين الوطني وتنفيذ المشروع ككل.

كما يتوجه بخالص شكره لكامل أفراد الفريق وخاصة: السيد روماش سيلفا والآنسة ديانا كומר من صندوق الأمم المتحدة للسكان والسيدة سيلين مازارس من المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان لشرق و جنوب إفريقيا للدعم التقني والتأطيري خلال عملية جمع البيانات.

د. ريم فيالة
الممثلة المساعدة



مقدمة

ويعمل كل من صندوق الأمم المتحدة للسكان والجمعية التونسية للصحة الإنجابية على تنفيذ هذا المشروع بتونس.

الشريحة المستهدفة وطرق العمل:

أجريت دراسة كفية استيعابية شملت 311 شابًا مهاجرا تراوحت أعمارهم بين 18 و29 سنة مقيمين بمنطقة تونس الكبرى وذلك خلال الفترة الممتدة من 09 سبتمبر إلى 13 أكتوبر 2017. وارتكزت العينات على خارطة المهاجرين في تونس الكبرى مع الأخذ بعين الاعتبار توزيع المهاجرين حسب المنطقة وأحيانا حسب مقاييس توقيت ونقاط اللقاء بين الشريحة المستهدفة بالدرس وجنسياتهم وغيرها من المعطيات المضبوطة.

وقد تم تجميع البيانات على اللوحات باستخدام تطبيق Qualtrix تم من خلالها تحميل الاستبيان والتحقق منه. هذا وقد تلقى الباحثون تكوينًا مكثفًا انتهى بإجراء اختبار تجريبي مسبق.

وقد تمّ تدعيم الدراسة الكفية بدراسة أخرى نوعية عبر إجراء مجموعات مناقشة في شهر نوفمبر 2017 شملت أربع (4) مجموعات تضمّ مهاجرين مقيمين بتونس الكبرى ومجموعة واحدة (1) تضمّ فاعلين رئيسيين ومجموعة أخرى (1) تضمّ أخطائي الصحة.

وقد تحضّل المشروع على الموافقة الأخلاقية للجنة الأخلاقيات الطبيّة والحيوية بمعهد باستور.

في إطار الإعداد للحورة الحادية والخمسين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية، الممتدة بين 9 و13 أفريل 2017 لمناقشة قضايا الهجرة، أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان دراسة متعددة المراكز شملت أربع مدن (تونس وبيروت والقاهرة ونيروبي) بهدف التعرف على هجرة الشباب في هذه المنطقة من العالم، وهو ما من شأنه أن يدعم جهود كسب التأيد وضع القرار.

وتندرج هذه الدراسة في إطار مشروع عالمي يحمل اسم "مشروع الهجرة المختلطة للشباب" الذي ينجزه الصندوق بالشراكة مع المجلس الدنماركي للاجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة "4Mi").

و يهدف المشروع بشكل أساسي إلى:

- التعرف على دوافع الهجرة لدى الشباب بما في ذلك عوامل الدفع والجذب،
- تحديد عوامل الشاشة المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية إلى جانب حاجيات المعرفة والخدمات المتاحة للشباب المهاجرين في المراكز الحضرية،
- إنشاء بيانات آنية عن تجربة المهاجرين الشباب لا سيما فيما يتعلق منها بالصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين/الشباب، والعنف القائم على النوع الاجتماعي والتمكين الاجتماعي والاقتصادي،
- تزويد الجهات الرئيسية الفاعلة ومخططي البيانات بالمعلومات حول تقديم الخدمات وجهود كسب التأيد.

النتائج

1) الخصائص الديمغرافية:

يعتبرن النساء أنفسهن مطلعات بشكل جيد على الصحة الجنسية والإنجابية بنسبة 36.2% من الحالات مقارنة بنسبة 44.2% من الحالات لدى الرجال. ويعتقد 18.9% من المستجوبين أنه يمكن التعافي من مرض السيدا في حين أن 32.2% من الحالات لم يستطيعوا الإجابة. إلى جانب ذلك، صرّح 62.7% من النساء و65.9% من الرجال أنه يمكن للشخص أن يجري مجرد اختبار نقص المناعة البشرية للتأكد مما إذا كان حاملاً للفيروس أم لا. أمّا بالنسبة إلى وسائل منع الحمل فقد ذكر المجيبون بشكل عفوي ثلاث وسائل في حين اعتبرت 26.6% من النساء أن وسائل منع الحمل تؤدي إلى عقم المرأة وأيدهم في ذلك 41.3% من الرجال.

توزّع المجيبون البالغ عددهم 311 على النحو التالي: 56.6% من الإناث (عدد=176) بمتوسط عمر يبلغ 23 سنة بالنسبة إلى النساء و24 سنة بالنسبة إلى الرجال حيث أنّ 75.2% منهم لا يعيشون ضمن أي إطار من أطر الحياة الزوجية في تونس (لم يكونوا متزوجين). وكانت الجنسية الإفوارية هي السائدة (29.5%) تليها الجنسيات الكاميرونية والمالية (10.3% لكل منهما) ثم الكونغولية (8.4%) بينما كان 12 فقط من المستجوبين يحملون الجنسية السورية، أي 3.9%.

2) دوافع الهجرة:

الانطباعات:

لا يرى 61.3% من النساء و65.9% من الرجال مانعا في إقامة شباب وفتاة متحابّين لعلاقات جنسية (p=0.4). وقد أعرب 4.9% منهم عن رفضهم لفكرة لجوء الشباب إلى إجبار فتاة على إقامة علاقات جنسية إذا كان تربطه بها علاقة غرامية، في حين رفض 6.5% فقط من المجيبين فكرة أنه من المبرّر لشباب أن يعتف صديقتهم في بعض الأحيان. ويعتقد 65% من الشباب المهاجرين أن أصدقائهم لا يستخدمون الواقي بانتظام.

التجارب:

أمّر 69% من النساء و76.1% من الرجال المستجوبين بإقامتهم لعلاقات جنسية (p<0.02) في حين يجهل 84.6% منهم شبل النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. هذا وقد تمّ تسجيل استخدام 62 مجيباً لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية من بينهم 37 امرأة أي ما يعادل ثلث المستجوبين. ومن بين هؤلاء النساء وضعت 26 امرأة مولودها في هياكل صحية حيث أبدت 12 منهنّ عدم رضائها على هذه الخدمة.

عوامل الدفع:

قدّم 90% من المهاجرين إلى تونس بعد سنة 2013 حيث تمثلت العوامل الرئيسية التي دفعتهم إلى الهجرة في الدراسة بنسبة 27% من الحالات والعوامل الاقتصادية بنسبة 25% من الحالات والعوامل الأمنية بنسبة 7% من الحالات.

عوامل الجذب:

ذكر 38% من المهاجرين فرص العمل وتنوع الحياة كعامل من عوامل الجذب، بينما ذكر 17% منهم الفرص الاقتصادية المرتبطة بالأمن وفي مرتبة ثالثة الفرص المتاحة لمتابعة الدراسة (بنسبة 14%).

الانتظارات:

اعتبر 57% من النساء و37% من الرجال أنهم وجدوا الوضع في تونس أكثر صعوبة مما توقّعوه.

3) الصحة الجنسية والإنجابية:

المعرفة: تراوح السنّ الذي بدأ فيه المستجوبون بتكوين معارف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية بين 10 و14 سنة في 57.4% من الحالات وبين 15 و19 سنة في 36.1% من الحالات.

النقاش

الخلاصة والتوصيات

تستقطب تونس المهاجرين الشبان بحكم قربها من أوروبا التي تطلّ وجهتهم النهائية. وبالتّظر إلى وضعهم غير الشرعي، فهم يعيشون حالة من الهشاشة الاقتصادية والاجتماعية. كما أنّ نسبة معرفتهم بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تُعدّ منخفضة خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار نشاطهم الجنسي المرتفع واستخدامهم المحدود للواقى. أمّا أولئك الذين انتفعوا بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية فهم غير راضين عن هذه الخدمات سيّما في القطاع العمومي.

تدفع عدّة عوامل الشباب المهاجرين إلى ترك بلدانهم الأصلية نتيجة الظروف الاقتصادية ورغبة منهم في مواصلة الدراسة ثمّ في مرتبة ثالثة للهرب من انعدام الأمن كما هو الشأن بالنسبة إلى المهاجرين من أصول إفوارية أو عربية (سوريا وليبيا).

وتعتبر تونس منطقة جذب كدولة عبور نظرا لعدم خضوع بعض الجنسيات لتأشيرة دخول ولقربها من أوروبا إضافة إلى السمعة الجيدة لشهائدها الجامعية.

أما على مستوى الصحة الجنسية والإنجابية فقد كان أغلب المهاجرين نشطين جنسيا وبدأوا بشكل مبكّر في الاستعلام عن الجانب الجنسي إلا أنّ أقل من نصفهم يعتبر نفسه على درجة جيّدة من الاطلاع. أما على مستوى الفئات، فقد سجّلنا رواج أفكار خاطئة تتعلّق بوسائل منع الحمل وفيروس نقص المناعة البشرية وبشكل خاص حول اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

وفي الوقت الذي سجّلنا فيه انطباعات متحرّرة عن العلاقات الجنسية فقد سجّلنا انطباعات أخرى أقلّ وضوحا حول العنف القائم على النوع الاجتماعي حيث أبدى المشاركون في مجموعات النقاش آراء مختلفة تراوحت بين رافض لهذه الظاهرة ومؤيّد لها.

ويمكن اعتبار الإلمام بوسائل منع الحمل قُرصيا طالما أنّ المجيبين ذكروا على الأقلّ ثلاث وسائل لمنع الحمل لكن استخدام الواقى يبقى محدودا.

وقد سجّلت هذه الدراسة النوعية مستوى من الرضا عن جودة الخدمات في القطاع الخاص أكثر منها في القطاع العام إذ اشتكى المهاجرون بشكل أساسي من جودة الاستقبال والتواصل مع الممرضات وموظفي الاستقبال على وجه الخصوص.

وفي هذا الإطار نُدرج توصياتنا بالعمل على إنشاء وحدة تصرف اجتماعية وصحية ملب وزارة الشؤون الاجتماعية تُعنى بالمهاجرين، مع تعزيز العمل في إطار التشبيك بين الأطراف المتداخلة.

جدول المحتويات

22

الفصل 2: النتائج

- 24 ا. الخاصيات الديمغرافية للشريحة المستهدفة
- 27 ا. الدوافع الذاتية للهجرة
1. عوامل الدفع والجذب
2. التوقعات الذاتية والمخاطر المعترضة وإعادة التقييم المفترض لعملية الهجرة
3. التحدث عن تجربة الهجرة
- 33 ا. الصحة الجنسية والإنجابية
33 ا. المعرفة العامة
1.1 المصدر الرئيسي للمعلومة عن الصحة الجنسية والإنجابية
1.2 سن المهاجرين الشباب الذي بدأوا فيه بتكوين المعارف عن الصحة الجنسية والإنجابية
1.3 تقييم المهاجرين الشباب لمستوى المعلومات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية
- 36 ا.2 مستوى المعرفة ومحتواها
1.1 العلاقات الجنسية الأولى والحمل
1.2 أثر الاستمناء على الصحة
1.3 درجة الإلمام بالاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية
1.4 وسائل منع الحمل

- 01 شكر
03 ملخص
09 قائمة الجداول
09 قائمة الأشكال
10 مقدمة ومبشرات

12

الفصل 1: المنهجية والمقاربة

- 13 ا. المادة الأدبية
13 ا. تعريفات
14 ا. الشريحة المستهدفة وطرق العمل
1. ا. الدراسة الكمية
1.1 ا. الشريحة السكانية المستهدفة بالدرس
1.2 ا. طرق العمل
1.3 ا. المتابعة
2. ا. الدراسة النوعية
20 ا.4 مقارنة أخلاقية
20 ا.7 شركاء الانجاز
21 ا.6 الصعوبات المعترضة

55	الفصل 2: نقاش	40	١١١.3 الانطباعات
56	١. المنهجية	١١١.3.1	رأي المهاجرين الشباب في العلاقات الجنسية بين الفتيان والفتيات المتحايين خارج اطار الزواج
56	٢. دوافع الهجرة	١١١.3.2	رأي المهاجرين الشباب في العنف القائم على النوع الاجتماعي
60	٣. الصحة الجنسية والإيجابية	١١١.3.3	رأي المهاجرين الشباب في وسائل منع الحمل
67	الخلاصة والتوصيات	45	١١١.4 الصحة والصحة الجنسية والإيجابية واستخدام الخدمات
71	قائمة المراجع	١١١.4.1	الصحة والصحة الجنسية والإيجابية
		١١١.4.2	استخدام خدمات الصحة الجنسية والإيجابية
		١١١.4.3	مرافق العلاج للصحة الجنسية والإيجابية "أصدقاء الشباب"
		١١١.4.4	حالات من المهاجرات المستجوبات اللاتي وضعن مواليد منذ قدومهن إلى تونس
		51	١١١.5 معوقات النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإيجابية

الجدول 16: آراء المستجوبين حسب الجنس بشأن تأثير معتقدات مقدمي الخدمات الصحية على تفاعلهم مع المهاجرين

قائمة الجداول

- الجدول 1:** الجدول المستخدم في تحديد الخارطة
- الجدول 2:** المجموعات المشاركة في الدراسات النوعية حسب أهداف محدّدة
- الجدول 3:** توزيع المستجوبين حسب الجنسية وحسب نوع الجنس
- الجدول 4:** فترة قدوم المهاجرين إلى تونس حسب نوع الجنس
- الجدول 5:** توزيع المستجوبين حسب نوع الجنس ومواصفات الأشخاص الذين يثقون بهم
- الجدول 6:** توزيع عوامل الدفع حسب الجنس
- الجدول 7:** توزيع عوامل الجذب حسب الجنس
- الجدول 8:** توزيع الإجابات على السؤال "هل شجعك أحد على الهجرة؟" حسب الجنس
- الجدول 9:** توزيع المصدر الرئيسي للمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية حسب الجنس
- الجدول 10:** توزيع وسائل منع الحمل حسب الجنس
- الجدول 11:** رأي المهاجرين حسب الجنس حول استخدام الواقي الذكري
- الجدول 12:** المهاجرون الشبان وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تمتعوا بها
- الجدول 13:** تقييم المستجوبين حسب نوع الجنس لجودة الاستقبال بمرافق الصحة الجنسية والإنجابية
- الجدول 14:** تقييم المستجوبين حسب نوع الجنس لنوعية المعلومات المُقدّمة ودرجة السرية
- الجدول 15:** التوزيع حسب الجنس لأسباب حالت دون طلب المستجوبين الحصول على المساعدة الطبية

قائمة الأشكال

- الشكل 1:** توزيع المستجوبين حسب الوضع المعيشي ونوع الجنس
- الشكل 2:** توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على السؤال: "هل كان الوقت المُقضى في هذه المدينة أصعب من المتوقع، أو حسب المتوقع أو أقل صعوبة من المتوقع؟"
- الشكل 3:** الوعي بالمخاطر في بلد المنشأ
- الشكل 4:** توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على السؤال "هل كنت ستهاجر لو كانت لديك المعلومات الحالية؟"

الشكل 18: التوزيع حسب الجنس لآراء المهاجرين بشأن مسؤولية المرأة عن استعمال وسائل منع الحمل

الشكل 19: مفهوم الصحة حسب الجنس

الشكل 20: توزيع النشاط الجنسي حسب الجنس

الشكل 21: توزيع العمر عند أول اتصال جنسي حسب الجنس

الشكل 22: معرفة المهاجرين للهياكل التي تقدّم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حسب الجنس

الشكل 23: توزيع أسباب زيارة الهياكل الصحية حسب الجنس

الشكل 24: التوزيع حسب الجنس لأنواع المرافق الصحية التي تمت زيارتها

الشكل 25: تقييم المجيبين لتكلفة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حسب الجنس

الشكل 26: توزيع الإجابات حسب الجنس على وجود عائق أمام طلب المساعدة الطبية

الشكل 27: توزيع الإجابات حسب الجنس عن السؤال المتعلق بالشعور المحتمل بعدم الارتياح في الهياكل الصحية

الشكل 5: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على السؤال "هل تشجع الآخرين على الهجرة بشكل غير منتظم لو كانت لديك المعلومات الحالية؟"

الشكل 6: توزيع السنّ الذي بدأ فيه المستجوبون بالتعرف على ما يهتم الصحة الجنسية والإنجابية، حسب نوع الجنس

الشكل 7: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على السؤال "بشكل عام، هل تعتقد أنك على اطلاع جيد بالصحة الجنسية والإنجابية؟"

الشكل 8: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على عبارة "يمكن للمرأة أن تحمل عند أول علاقة جنسية"

الشكل 9: تأثير الاستملاء على الصحة حسب الجنس

الشكل 10: توزيع الإجابات حسب الجنس عن سؤال إمكانية علاج مرض الإيدز

الشكل 11: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس على عبارة: "من الممكن أن يصاب الإنسان بفيروس نقص المناعة البشرية ويعيش حياة سليمة"

الشكل 12: "يمكن لأي شخص معرفة ما إذا كان مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق اختبار بسيط لفيروس نقص المناعة البشرية" مقسّمًا حسب الجنس

الشكل 13: توزيع الإجابات حسب الجنس على عبارة "وسائل منع الحمل تؤدي إلى عقم المرأة"

الشكل 14: التوزيع حسب الجنس لرأي المهاجرين الشباب بشأن الجنس بين الفتيات والفتيان غير المتزوجين والمتحابّين

الشكل 15: التوزيع حسب الجنس لآراء المهاجرين الشباب حول الجنس القسري

الشكل 16: التوزيع حسب الجنس لآراء المهاجرين الشباب حول العنف الجسدي

الشكل 17: التوزيع حسب الجنس لرأي المهاجرين الشباب حول فكرة الإجهاض أو خضوع الشريك للإجهاض

مقدمة ومبشرات

والهجرة الدولية.¹ وفي إطار الإعداد لهذا الحدث الهام تولى صندوق الأمم المتحدة للسكان، باعتباره الوكالة التابعة للأمم المتحدة وأمانة هذه اللجنة، القيام بدراسة متعددة المراكز شملت أربع مدن (تونس وبيروت والقاهرة ونيروبي) بهدف التعرف على ظاهرة هجرة الشباب في هذه المنطقة من العالم وهو ما سيعمل على دعم جهود كسب التأييد وصنع القرار. وتتمركز هذه المدن الأربع في البلدان التي ينتقل فيها المهاجرون الشباب بشكل قسري أو طوعي، سواء داخليا أو دوليا، كما أنها من بين المناطق التي خصها صندوق الأمم المتحدة للسكان ببرامج دعم بالغة الأهمية.

وتندرج هذه الدراسة في إطار مشروع عالمي يحمل اسم "مشروع الهجرة المختلطة للشباب" الذي ينجزه الصندوق بالشراكة مع المجلس الدنماركي للاجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة "4Mi"). ويهدف هذا المشروع أساسا إلى:

- تحديد دوافع الهجرة لدى الشباب بما في ذلك عوامل الدفع والجذب،
- تحديد عوامل الهاشاشة المرتبطة بالصدمة الجنسية والإنجابية إلى جانب حاجيات المعرفة والخدمات المتاحة للشباب المهاجرين في المراكز الحضرية،
- إنشاء بيانات آتية عن تجربة المهاجرين الشباب

بلغ عدد المهاجرين الدوليين خلال سنة 2014 ما يقارب 244 مليون مهاجرا وفقا لتقرير الأمم المتحدة حول الهجرة (2015) أي بزيادة قدرها 41% مقارنة بسنة 2000. ويضم هذا الرقم ما يقارب 20 مليون لاجئا. ويبلغ متوسط عمر المهاجرين بالبلدان ذات الدخل المحدود 25 سنة. هذا وقد لقي 5000 شخص حتفهم غرقا أثناء محاولاتهم بلوغ الشواطئ الأوربية سنة 2016 (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2016).

ورغم جميع المخاطر المحدقة بالمهاجرين واللاجئين فإن تدفقهم لا يزال مستمرًا مثيرا بذلك انشغال المنظمات والمؤسسات المعنية بالتصريف في ظاهرة الهجرة وحقوق المهاجرين خاصة أمام سياسات الحكومات التي أصبحت أكثر تقييدا. وفي الواقع، فإن هؤلاء الأشخاص المتنفذين يتعرضون لانتهاكات حقوقهم إلى جانب محدودية نفاذهم إلى الخدمات القانونية والاجتماعية والصحية بسبب العديد من العوائق الاجتماعية والاقتصادية واللغوية والثقافية وحتى القانونية منها.

وأمام هذه الحقائق، خصصت لجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية دورتها الحادية والخمسين المنعقدة في الفترة من 9 إلى 13 أبريل 2017 لمناقشة قضية الهجرة من خلال تخصيص موضوع "المدن المستدامة والتنقل البشري

هذه المجموعات⁴ إلى الخدمات الاجتماعية والصحية. بالإضافة إلى ذلك فإن جميع هذه التحليلات تقوم على توزيع المهاجرين بشكل عام حسب الجنسية ونوع الهجرة (شرعيين، لاجئين، غير شرعيين...) وهو ما يحول دون الاستكمال الخارجي للبيانات التي تم جمعها من مجموعات بعينها ذات خصائص محدّدة مثل المهاجرين الشبان.

لا سيّما فيما يتعلق منها بالصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين/الشباب والعنف القائم على النوع الاجتماعي والتمكين الاجتماعي والاقتصادي،

• تزويد الجهات الفاعلة الرئيسية ومخططي البيانات بالمعلومات حول تقديم الخدمات وجهود كسب التأييد



وبناء على ذلك، نتوقّع أن ترفع هذه الدراسة بشكل ملحوظ من مستوى معرفة دوافع الهجرة المختلفة للشباب نحو تونس وعوامل هشاشتهم ومعوّقات نفاذهم إلى الخدمات العلاجية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

إن اختيار تونس ضمن المراكز الحضرية التي تم انتقاؤها كمنطقة مستهدفة في هذه الدراسة يعود إلى التغيير الذي طرأ على خصائص الهجرة بسبب اندلاع الأزمة الإنسانية في ليبيا والتي تلتها الأزمة السورية ثم الاضطرابات السياسية في إفريقيا جنوب الصحراء خاصة في ساحل العاج، وتستقبل تونس اليوم عددا من اللاجئين وطالبي اللجوء المفترقين للتصنيف ومهاجرين غير شرعيين و"حزّاقة" بالإضافة إلى المهاجرين الشرعيين القادمين من البلدان المغاربية وإفريقيا جنوب الصحراء والدول الأوروبية المجاورة لأسباب مختلفة.

ومن ناحية أخرى فإنّ عددا ضئيلا من الدراسات التي حاولت تحليل وضع مجموعات مختلفة من المهاجرين من حيث احتياجاتهم الصحية² وهشاشتهم³ والإطار التشريعي المُنظّم لنفاذ



² صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2016، تقييم أسس الهشاشة الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمهاجرين من أجل ضمان نفاذ فعال للخدمات الصحية في تونس.
³ المنظمة الدولية للهجرة، 2013. دراسة استطلاعية للإتجار بالبشر في تونس
⁴ أطباء العالم 2017. كسب التأييد من أجل نفاذ المهاجرين للحق في الصحة في تونس

الفصل 1 المنهجية والمقارنّة



1. المادّة الأدبية

1. التعريفات



طالب اللجوء

هو الشخص الذي يطلب قبوله على أرض دولة ما بصفة لاجئ في انتظار أن تنظر السلطات المختصة في طلبه.

عوامل الدفع والجذب (PUSH AND PULL FACTORS)



نموذج توضيحي لطواهر الهجرة يستند إلى مزيج من العناصر المُثبِّرة التي تدفع إلى الهجرة (على غرار المشاكل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في بلد المنشأ) وعناصر الجذب في البلد المقصود (وفق المنظمة الدولية للهجرة).



المهاجر

وفقاً للمنظمة الدولية للهجرة، فإن المهاجر هو "كل شخص عبّر حدوداً دولية دون الأخذ بعين الاعتبار أسباب التنقل أو الوضع أو طول مدة الإقامة".

ارتكزت المادة التوثيقية على: (1) مقتطفات من الأدبيات غير التجارية (تقارير دراسات تونسية وأجنبية) و (2) مجلة علمية باستخدام قاعدة البيانات "pubmed" و "دليل الأنظمة الصحية health systems evidence " حيث تمثّلت كلمات البحث الرئيسية في: "مهاجر"، "هجرة غير شرعية"، "الهجرة إلى تونس"، "تدفقات الهجرة"، "المهاجرين، الصحة الإنجابية"؛ ثمّ (3) زيارة المواقع الإلكترونية للمنظمات الدولية التي تُعنى بقضايا الهجرة والسكان (الأمم المتحدة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، المنظمة الدولية للهجرة، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ...) والموقع الإلكتروني للمعهد الوطني للإحصاء.

وقد مَدَّن البحث في هذه المنشورات (الملحق عدد 1: استعراض المراجع الأدبية) من:

- ✓ الحصول على تعريفات للمصطلحات التقنية للأشياء (انظر أدناه).
- ✓ التعرف على الإطار التشريعي المُنظَّم للهجرة في تونس،
- ✓ تحديد الأطراف الرئيسية المتداخلة مع المهاجرين الضعفاء في تونس،
- ✓ الوقوف على غياب بيانات عن المهاجرين غير الشرعيين في تونس مقارنة بالمهاجرين الشرعيين الذين تتوفر عنهم بيانات نتيجة التعداد العام للسكان الذي يتمّ كل عشر سنوات في تونس والتحديثات التي أجراها المعهد الوطني للإحصاء.

III. الشريحة السكانية وطرق العمل

خلال الفترة الممتدة من 09 سبتمبر إلى 13 أكتوبر 2017، أجريت دراسة كمية استبائية شملت 311 شابًا مهاجرًا تراوحت أعمارهم بين 18 و29 مقيمين بمنطقة تونس الكبرى. وقد سُفّعت الدراسة الكمية بأخرى نوعية من خلال مجموعات مناقشة أُجريت في شهر نوفمبر 2017 شملت أربع (4) مجموعات تضمّ مهاجرين مقيمين بتونس الكبرى ومجموعة واحدة (1) تضمّ فاعلين رئيسيين ومجموعة أخرى (1) تضمّ أخصائيي الضحة.

III.1 الدراسة الكمية

III.1.1 الشريحة المستهدفة بالدرس

أ) ضبط خارطة المهاجرين داخل تونس الكبرى

لا يكمن الهدف من هذه الدراسة في حصر تمثيلية المهاجرين بالمعنى الإحصائي للكلمة وإنما في تحليل وضع المهاجرين من خلال ملامسة واقعهم. وأمام غياب إطار لانتقاء عينات حول الهجرة المختلطة نحو تونس، تم تقدير حجم الشريحة المرجعية باستخدام خارطة وضعها مستشار وتمّ تعديلها إثر إجراء مجموعتي نقاش مع المهاجرين ومقابلات مع جهات رئيسية فاعلة إلى جانب تنظيم زيارة ميدانية (انظر الملحق 2: خارطة المهاجرين في تونس الكبرى).



المهاجرون الضعفاء

هم المهاجرون الذين يجدون أنفسهم عرضة لمخاطر تهدد وجودهم أو رفاههم ويحتاجون إلى مساعدة فورية خاصة.⁵



المهاجر الشرعي

هو المهاجر الذي يكون دخوله وإقامته على تراب دولة أجنبية خاضعا للقانون المعمول به.



المهاجر غير الشرعي

هو المهاجر المخالف للوائح بلد المنشأ أو العبور أو المقصد سواء كان قد دخل أراضي دولة بشكل غير قانوني أو تجاوز فترة صلاحية تصريح الإقامة أو أيضا تهرب من تنفيذ إجراء الترحيل.



الهجرة المختلطة

تتألف تحفقات الهجرة المختلطة من المهاجرين واللاجئين الذين يستخدمون على نحو متزايد نفس المسارات ووسائل التنقل للسفر إلى الخارج. وعند تعدّد دخول هؤلاء الأشخاص إلى بلد ما بشكل قانوني، فهم غالبًا ما يبلّغون إلى المهربين ثم ينخرطون في رحلات محفوفة بالمخاطر سواء عن طريق البر أو البحر وهي رحلات تنتهي معظمها بموت الكثير منهم.⁶



الاتجار

مصطلح يستخدم للتعبير عن "تجنيد الأشخاص أو نفلهم أو إيصالهم أو إيوائهم أو استقبالهم تحت التهديد باللاجوء إلى القوة أو باستخدام القوة أو غير ذلك من أشكال الإكراه".

⁵ موقع المنظمة الدولية للهجرة: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf (زيارة بتاريخ 25 جوان 2017)
⁶ موقع المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين: <http://www.unhcr.org/fr/migration-mixte.html> (زيارة بتاريخ 08 ديسمبر 2017)

وقد تم وضع جدول يحتوي على:

- ✓ في مستوى الأسطر: المواقع (الأحياء) التي تم تحديد المهاجرين فيها،
- ✓ في مستوى الأعمدة: العدد التقديري للشباب المهاجرين المقيمين في المنطقة والشرائح التي تشكل المنطقة كلاً ما يمكن ذلك إلى جانب العدد التقديري للمهاجرين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و29 سنة للشريحة الواحدة ونقاط اللقاء والتعليقات بخصوص جنسية المهاجرين وسبل الوصول إليهم خلال ساعات اليوم وأيام الأسبوع وأي معلومات أخرى مفيدة، الجدول 1.

الجدول 1: الجدول المستخدم لوضع الخارطة

التعليقات	نقاط اللقاء (hot spots) ⁷	العدد التقديري للشباب 18-29 سنة	الشرائح	العدد التقديري للشباب 18-29 سنة	الموقع
- الأغلبية من ساحل العاج - نساء تتواجد خلال نهاية الأسبوع بسبب عملهن كعاملات نظافة	- النقطة 1 - النقطة 2	200	الشريحة 1	500	الموقع 1
		300	الشريحة 2		

وقد مكّنتنا هذه الخارطة من الحصول على المعلومات التالية عن الشريحة المرجعية:

- ◀ توزيع أماكن الإقامة على تسعة (09) مواقع وستة وعشرين (26) شريحة؛
- ◀ تقدير تقريبي لشريحة سكانية تحتوي على أفراد تتراوح أعمارهم بين 18-29 سنة والذين بلغ عددهم 2000 شخص تقريباً يتوزعون حسب الموقع وحسب الشريحة داخل الموقع؛
- ◀ نقاط لقاء يسهل الوصول إليها على غرار الفضاءات التجارية الكبرى، الأسواق، الكنائس، الخ؛ (iv) من بين خصائصها النوعية، النوع الاجتماعي، نوع المهاجرين (شرعيين، غير شرعيين)، نوع العمل الذي يمارسونه، الخ.

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن أماكن إقامة المهاجرين العرب من الليبيين والسوريين كانت صعبة التحديد لسببين رئيسيين: (i) تعتبر هذه الفئة الفرعية أصغر عدداً من تلك القادمة من إفريقيا شبه الصحراء وهي تكاد تكون مندمجة في الشعب التونسي (ii) كما أنها لم تكن معروفة بشكل جيد لدى فريق الباحثين الذي لم يضم أي باحث من أصل سوري أو ليبي.

⁷ تم حفظ نقاط اللقاء عن طريق نظام تحديد المواقع GPS لتسهيل وصول الباحثين.

الأماكن العائقة التي اختارها المجيبون (المقاهي، قاعات الحلاقة، الحدائق العامة، الفضاءات التجارية الكبرى) أو في منازلهم وهو ما تمّ في أغلب الحالات.

1.2.1 طرق العمل



(أ) طرق جمع البيانات

• تم إعداد استبيان يحتوي على 187 سؤالاً في ثلاث نسخ باللغات الإنجليزية والعربية والفرنسية تتكون من ثلاثة أجزاء:

1. الهوية والمعلومات الديموغرافية للمجيب،
2. أسباب الهجرة من حيث "عوامل الدفع والجذب" (Push and pull factors)،
3. الصحة الجنسية والإنجابية: المعارف، الانطباعات، استخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، جودة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (انظر الملحق 3: الاستبيان).

• هاتف ذكي لكل باحث لإدخال البيانات

• تطبيق Qualtrix تم تحميل الاستبيان عليها من قبل خبير من المجلس الدنماركي للاجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة "4Mi") استُخدمت لجمع البيانات ومتابعتها وتسجيلها.



(ب) وسائل جمع البيانات

تم جمع البيانات في الميدان من قبل فريق يضم عشرة (10) باحثين ومشرف (1) (قائد الفريق) تحت المسؤولية المباشرة للمجلس الدنماركي للاجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة "4Mi") الذي كان مسؤولاً أيضاً عن جمع البيانات في المدن الثلاث (03) الأخرى (القاهرة وبيروت ونairobi).

تم اختيار ثمانية (8) باحثين من بين السكان



(ب) مقاييس الاستبعاد

استبعدت هذه الدراسة المهاجرين القادمين إلى تونس مصحوبين بوالديهم وأولئك الذين لا ينوون مغادرة تونس.



(ت) أخذ العينات

لم يهتم بروتوكول الدراسة بتمثيلية العينات خاصة في غياب قاعدة بيانات حول الشريحة السكانية المرجعية بقدر ما اهتم بتوفير المعلومات المفيدة التي من شأنها أن تمكّن صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركائه والمجتمع الدولي من الفهم الجيد لدوافع الهجرة وهشاشة المهاجرين وخاصة العوائق التي تحول دون نفاذهم إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية كشباب، ورغم ذلك، فقد استندنا في تقدير العينة على تغطية الشرائح الستة والعشرين (26) عبر انتقاء ما لا يقل عن 10% من الشريحة السكانية التقديرية في كل شريحة أو منطقة مع ضمان المساواة بين الجنسين وهو ما تولّد عنه انتقاء عينة من 200 شخص. وبما أن العنف القائم على النوع الاجتماعي كان أحد المتغيرات ذات الأولوية التي يجب دراستها، فقد تم التوسع الطوعي للعينة بهدف الوصول إلى تكوين تركيبة نوعية تضمّ 60% من النساء مقابل 40% من الرجال. وهكذا، بلغت العينة المنتقاة 311 شخصاً ممثلاً عدد الإناث فيها 176 أي ما يعادل 56.6%.



(ث) طريقة انتقاء المهاجرين

استند بروتوكول الدراسة إلى أخذ العينات القائم على مكان ووقت تواجد الشريحة المستهدفة بالدرس (location and time based sampling de-) sign). تمت عملية الانتقاء مباشرة من قبل الباحث (أو القائم بإجراء المقابلة) على مستوى نقطة مرجعية محدّدة للشريحة. أجريت المقابلات إما في



ث) جمع البيانات

امتدت فترة جمع البيانات الميدانية من 09 سبتمبر إلى 13 أكتوبر 2017 وفقًا لجدول زمني تم تحديده مسبقًا من قبل المشرف (قائد الفريق) مع مراعاة تغطية المناطق والشرائح والجنس وعدد المستجوبين في اليوم.



ج) معالجة البيانات

تمت معالجة البيانات بشكل آلي باستخدام تطبيقه Qualtrix وبمساعدة المجلس الدنماركي للاجئين (آلية رصد الهجرة المختلطة "4Mi"). وقد قام مكتب من حقوق الأمم المتحدة للسكان في تونس باستغلال البيانات بدعم تقني من المستشارية الوطنية.

الشكل ا: واجهة تطبيقه Qualtrix

UNFPA Cities Youth Migrants 2017

Close

Refresh Last refreshed Oct 03, 2017 9:51 AM

Saved Responses

0 preview responses

4 recipient responses

0 uploaded responses

Take Survey

Ready to collect responses.

Manage Upload

المهاجرين من إفريقيا جنوب الصحراء من خلال المقابلات (انظر الملحق 4: دليل المقابلة للانتقاء الباحث). بالإضافة إلى ذلك، تم انتداب باحثين تونسيين اثنين (02) لإجراء المقابلات مع المهاجرين العرب.

وقد تم وضع دليل تدريب من أجل تدريب الباحثين (انظر الملحق 5: دليل التدريب) حيث استفاد الباحثون من ورشتي (02) تدريب:

- ✓ الورشة الأولى انتظمت من 21 إلى 24 أوت 2017 وركزت على تأهيل الجانب المعرفي وتعزيز الكفاءات من حيث قيم وحقوق الإنسان إلى جانب التحزب على قراءة الاستبيان ومناقشته.
- ✓ الورشة الثانية انتظمت يومي 2 و3 سبتمبر 2017 وركزت على الجوانب العملية لإجراء العمل الميداني اعتمادًا على دليل تم تطويره للعرض (انظر الملحق 6: سير العمل الميداني) مع تدعيم ذلك بتمارين عن طرق استخدام أداة جمع البيانات وزيادة الإلمام بالاستبيان إلى جانب القواعد التي يجب احترامها ضمانًا لسلامة الباحثين أثناء العمل الميداني.



ت) اختبار تجريبي

قبل انطلاق العمل الميداني، تم القيام باختبار تجريبي لتحقيق الأهداف التالية:

- ✓ اختبار الاستبيان وأداة تجميع البيانات (الهاتف الذكي والتطبيقية)؛
- ✓ تقييم ظروف سير المقابلة (السلامة، السرية، الوصول إلى المجيبين المحتملين، المحيط الذي سيجري فيه الحوار)؛
- ✓ تقدير المدة التي يمكن أن يستغرقها الحوار،
- ✓ تعديل الخارطة حسب الحاجة.

1.1.3 المتابعة

(i) الجزء الأول يحدد الجدول اليومي للمقابلات (المناطق التي ستتم زيارتها، من قام بالزيارة، جنس وعدد المستجوبين الذين سيحاوهم الباحث) و(ii) الجزء الثاني تُخصّص لتجميع المعلومات المتحصّل عليها في آخر اليوم من قبل قائد الفريق حول المقابلات التي أُجريت ومقارنتها مع البرنامج وتشكّيات المستجوبين ومشاعرهم إلى جانب انطباعات الباحثين وسلامتهم.

وقد ساعدت هذه الأداة على مراقبة جودة العمل الميداني وتقييمه ومن ثمة، إجراء التعديلات الضرورية.

تمت مراقبة العمل الميداني مباشرة من قبل فريق آليّة رصد الهجرة المختلطة (4Mi) (خير ورئيس فريق) بدعم فني من المستشارية الوطنية ومرافقتها. وقد تم وضع استمارة متابعة يومية (daily monitoring log) تمّ تحميلها على Google Drive لإتاحة تبادل المعلومات بشكل آني ومتزامن بين أعضاء الفريق من تونس وأعضاء المشروع من البلدان أخرى. إلى جانب ذلك، عقد الفريق المحلي اجتماعات أسبوعية لضمان تطابق العمل الميداني مع المنهجية المرسومة وتناسقه معها.

وقد تم تقسيم هذه الاستمارة إلى قسمين:



2. III. الدراسة النوعية

وأخصائبي الصحة (قابلات وممرضات) وأطراف رئيسية فاعلة تمثل جمعيات ومنظمات ذات صلة متينة بهدف هذه الدراسة وتتمتع بالخبرة الواسعة في هذا المجال (الجدول 2). وقد تم وضع دليل نقاش وتنشيط لكل مجموعة أي ما يعادل ستّة (06) أدلة نقاش (انظر الملحق 7: أدلة تنشيط مجموعات النقاش)

تم انتقاء المشاركين المهاجرين عبر أقرانهم من المهاجرين باستثناء النساء السوريات اللاتي تمّ انتقاؤهنّ بمساعدة منظمة رابطة أطباء العالم فرع تونس. أما بالنسبة إلى مجموعة أخصائبي الصحة، فقد تمّ تيسير ذلك من قبل مدير مجتّع الصحة الأساسية بتونس الكبرى. في حين تمّ تشكيل مجموعة الفاعلين الرئيسيين خلال ورشة عمل لتبادل نتائج المسح الكمي.

تم التسجيل الصوتي لكافة مجموعات النقاش كما تمّ تدوين محتويات جميع التسجيلات.

تأتي الدراسة النوعية لتكفل الدراسة الكمية عبر تنظيم مجموعة النقاش التي من شأنها أن تعقق تحليل النتائج المتحصّل عليها من مجموعات الشباب. وقد سعت هذه الدراسة على وجه الخصوص إلى إيجاد تفسيرات وتحديد الاختلافات الرئيسية بخصوص دوافع الهجرة واستخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وبالإضافة إلى ذلك، ونظرا لتدخّر المستجوبين خلال الدراسة الكمية من مواقف وسلوك العاملين في مجال الصحة من جهة ودعوتهم الملحة للمنظمات غير الحكومية للتدخل لفائدتهم عبر تقديم مزيد الدعم والعمل لصالح المهاجرين، تمت إضافة مجموعتي نقاش تضمّ هاتين الفئتين.

وانتهى الأمر إلى إجراء ستّ مجموعات نقاش بلغ العدد الجملي للمشاركين فيها ثلاثة وأربعين (43) شخصا يمثلون الفئات التالية مع الأهداف المحددة لكل مجموعة: نساء جنوب الصحراء ونساء ضحايا الإيجار ونساء سوريات وشباب جنوب الصحراء

الجدول 2: المجموعات المشاركة في الدراسة النوعية طبقا للأهداف الخصوصية

المجموعة	المجموعة	المجموعة
- التعرف على دوافع الهجرة (عوامل الدفع والجذب) - فهم أفضل للآراء حول العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف المحتمل بين المهاجرين الذكور.	8	1. شباب ذكور قادمين من افريقيا شبه الصحراء
- التعرف على دوافع الهجرة لدى الإناث والوقوف على أوجه الخصوصية المحتملة (عوامل الدفع والجذب) - التعرف على مواقفهم وممارساتهم إزاء خدمات الصحة الجنسية والإيجابية	8	2. شباب إناث قادمات من افريقيا شبه الصحراء
- فهم أفضل لظاهرة الاتجار بالبشر - تحديد مختلف أنواع العنف المسلط على ضحايا الاتجار	8	3. شباب إناث مهاجرات ضحايا الاتجار ⁹
- التعرف على دوافع الهجرة واستخدام خدمات الصحة الجنسية والإيجابية نظرا لتعدّد محاورة نساء سوريات خلال الدراسة الكفية	8	4. نساء عربيات مهاجرات من أصل سوري
- تحديد الانطباعات والممارسات تجاه المهاجرين	5	5. أخصائيي الصحة
- تحديد أفضل لمعوقات النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإيجابية انطلاقا من تجربة الفاعلين الرئيسيين	6	6. فاعلين رئيسيين
	43	المجموع

⁹في إطار تكميلي لمجموعة النقاش هذه، تم إجراء حوار جماعي مع ثلاث نساء ضحايا الاتجار من أصل إفريقي وذلك من أجل التعرّف في خصائص الاتجار وأثره على وضع النساء المهاجرات في تونس.



١٧. مقارنة أخلاقية

القيادة لهذه الدراسة في جانبها الكمي والنوعي بالالتزام بـ :

- إعلام المستجوبين بأهداف الدراسة،
- الحصول على موافقتهم،
- ضمان عدم الكشف عن هوية المستجوبين وسرية بياناتهم.

خضع بروتوكول الدراسة إلى لجنة أخلاقيات الطب الحيوي التابعة لمعهد باستور بتونس باعتبارها مؤسسة بحوث في مجال الصحة العمومية. وتم الحصول على التأشيرة في 27 جويلية 2017 تحت عددا CP 24/17 (انظر الملحق 8: التأشيرة الأخلاقية).

استندت المنهجية المعتمدة إلى مبادئ احترام حقوق الإنسان وأخلاقيات البحث إذ تعهد فريق



٧. شركاء التنفيذ

الدنماركي للاجئين، والمكاتب الإقليمية للصدوق للبلدان العربية، وبلدان شرق وجنوب أفريقيا،

◀ على المستوى الوطني: مكتب الصدوق في تونس والجمعية التونسية للصحة الانجابية وآلية رصد الهجرة المختلطة 4Mi.

تمثل شركاء فريق صدوق الأمم المتحدة للسكان في تونس الذين ساهموا في هذه الدراسة في:

◀ على الصعيد الدولي: صدوق الأمم المتحدة للسكان / المقر الرئيسي، الذي أشرف على الدراسات على مستوى المدن الأربعة، والمجلس



١٧. الصعوبات المعترضة

2. صعوبات لوجستية وإجرائية

تتعلق بالجوانب المالية وآجال التنفيذ المحدودة التي أدت إلى خلق نوع من الضغط على عمل الفريق المحلي،

3. صعوبات فنية

لوحظت بشكل رئيسي خلال المرحلة النوعية للدراسة حيث اقترح الفريق الرئيسي للمشروع طرح أسئلة موحدة على مجموعات النقاش بهدف مقارنة النتائج بين المدن الأربع إلا أنّ هذه الأسئلة كانت تتماشى أكثر مع الحوارات الفردية المعقّدة أكثر منها مع مجموعات النقاش وهو ما أعاق إلى حدّ ما درجة التفاعل داخل المجموعات.

شهدت هذه الدراسة بعض الصعوبات على المستويين الكمي والنوعي وكان بعضها كالآتي:

1. صعوبة انتقاء المجيبين

ارتبطت هذه الصعوبات بالسنّ والجنسية إذ كان من الصعب انتقاء مهاجرين دون سن 24 خاصة الإناث منهم وذلك خلال المرحلة الكمية والنوعية للدراسة. كما أنّ انتقاء النساء السوريات الشابات كانت مهمة صعبة للغاية خلال المرحلة الكمية وهو ما يمكن تفسيره بالأسباب التالية: (i) ضعف عدد المهاجرين السوريين مقارنة بالجنسيات المهاجرة الأخرى (ii) لم نستطع انتداب باحثين سوريين لتسهيل عملية الاتصال، (iii) الاعتماد الكلي للمرأة السورية على الأسرة التي لم تكن دائماً تسمح بالمشاركة في الحوار،



الفصل 2

نتائج الدراسة الكمية



يستعرض هذا الفصل نتائج الدراسة الكمية فقط. أمّا بالنسبة إلى نتائج الدراسة النوعية فهي متاحة في تقرير منفصل (انظر الملحق عدد 9: دراسة نوعية عن الهجرة المختلطة للشباب وحاجيات الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. تقرير تأليفه 2017) وسيتمّ استعمالها في مناقشة نتائج الدراسة الكمية.





1. المعطيات الديموغرافية للشريحة السكانية

وكانت الجنسية الإفوارية هي السائدة (29.5%) تليها الجنسيات الكاميرونية والمالية (10.3% لكل منهما) ثم الكونغولية (8.4%) بينما كان 12 فقط من المستجوبين يحملون الجنسية السورية، أي 3.9% الجدول 3

توزع المجيبون البالغ عددهم 311 على النحو التالي: 56.6% من الإناث (عدد = 176) بمتوسط عمر يبلغ 23 سنة بالنسبة إلى النساء و24 سنة بالنسبة إلى الرجال حيث أنّ 75.2% منهم لا يعيشون ضمن أي إطار من أطر الحياة الزوجية في تونس (لم يكونوا متزوجين).

الجدول 3: توزيع المجيبين حسب الجنسية ونوع الجنس

العدد	بلد المنشأ	إناث	ذكور	المجموع
1	ساحل العاج	58	34	92
2	الكامرون	19	13	32
3	الكونغو (كينشاسا)	19	7	26
4	مالي	13	19	32
5	بوركينافاسو	13	11	24
6	السينغال	8	5	13
7	الكونغو (برازافيل)	7	4	11
8	سوريا	6	6	12
9	جنسيات أخرى من إفريقيا شبه الصحراء*	31	24	55
10	جنسيات أخرى خارج إفريقيا ما عدى الصحراء**	2	12	14
	المجموع	176	135	311

جنسيات أخرى من إفريقيا شبه الصحراء*: غينيا، الغابون، البنين، جمهورية إفريقيا الوسطى، ليبيريا، الطوغو، نيجيريا، أنغولا، غانا، جزر القمر، غينيا الاستوائية، النيجر، التشاد، غامبيا.
جنسيات أخرى خارج إفريقيا ما عدى الصحراء**: موريتانيا، المغرب، ليبيا، أندونيسيا، دجيبوتي.

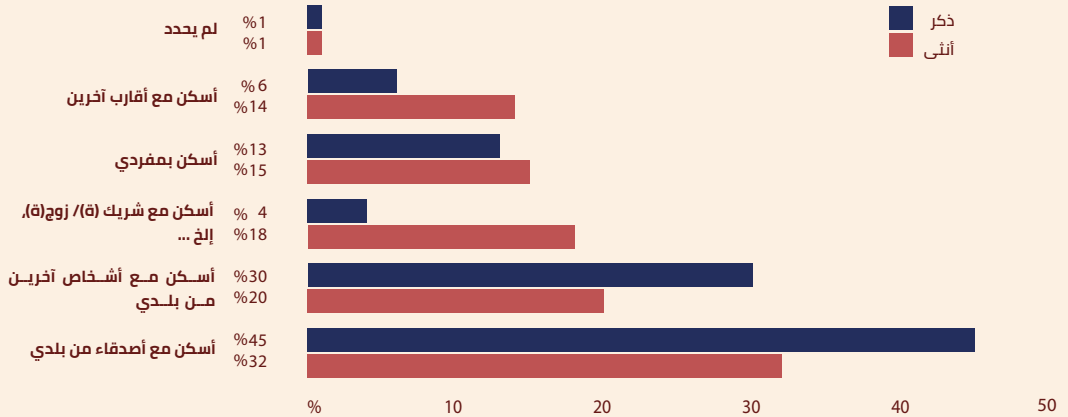
كان 15% يعيشون بمفردهم دون تسجيل اختلاف احصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. (الجدول 4: الشكل 1)

ومن بين المجيبين 311، قدم 95% من النساء (عدد=167) و88% من الرجال (عدد=119) إلى تونس بعد سنة 2013 وقد كان 85% منهم يعيشون مع ذويهم أو أصدقاءهم أو مع شريك أو غير ذلك بينما

الجدول 4: فترة قدوم المهاجرين إلى تونس حسب نوع الجنس

ذخور	إناث	2011 أو قبل ذلك
%1	%2	2011
%1	%1	2012
%10	%2	2013
%17	%10	2014
%27	%24	2015
%29	%38	2016
%16	%23	2017
%100	%100	المجموع %
135	176	المجموع (العدد)

الشكل 1: توزيع المجيبين حسب أسلوب العيش ونوع الجنس



والشريك في المرتبة الثانية بالنسبة إلى النساء في حين تأتي الأسرة في المرتبة الأولى وثانئي "الأسرة والأصدقاء" في المرتبة الثانية بالنسبة إلى الرجال. الجدول 5

وجوابا على السؤال المتعلق بالشخص الذي يمكن للمهاجرين الوثوق به عند حدوث مشاكل، اعتبر 52% من المجيبين (عدد=162) أنّ لديهم أحد ما يلجؤون إليه حيث تأتي الأسرة في المرتبة الأولى

الجدول 5: توزيع المجيبين من المهاجرين حسب نوع الجنس والشخص الذي يثقون به

ذكور		إناث				
59%	62%	أفراد الأسرة فقط		53%	51%	نعم
27%	3%	توزيع بين الأسرة والأصدقاء		47%	47%	لا
8%	2%	أصدقاء من هذه المدينة فقط		0%	2%	رفض الاجابة
4%	6%	أصدقاء من المهاجرين فقط				
1%	2%	آخريين				
0%	24%	الشريك، الزوج، الصديق/الصديقة		100%	100%	المجموع %
				135	176	المجموع (العدد)
100%	100%	المجموع %				
71	90	المجموع (العدد)				



II. الدوافع الذاتية للهجرة

II.1 عوامل الدفع وال جذب

7% من الحالات (عدد=21) وهو الترتيب الذي ساد بالنسبة إلى الرجال في حين ذكرت النساء العامل الاقتصادي في مرتبة أولى في الوقت الذي لا يمثل فيه العامل الأمني سوى 3% مقارنة بنسبة 12% لدى الرجال بفارق إحصائي ملحوظ. الجدول 6

من بين العوامل التي دفعت المهاجرين إلى مغادرة أوطانهم (عوامل الدفع)، ذكر 70% من المستجوبين (عدد=217) الدراسة في 27% من الحالات (عدد=83) تلاه العامل الاقتصادي في 25% من الحالات (عدد=77) ثم الأسباب الأمنية في

الجدول 6: توزيع عوامل الدفع حسب نوع الجنس

p	المجموع		ذكور		إناث		أسباب أحادية الجانب
	%	n	%	n	%	n	
0,002	%25	77	%19	26	%29	51	الفرص الاقتصادية/العمل
	%27	83	%29	39	%25	44	الدراسة
	%6	19	%2	3	%9	16	أسباب شخصية/عائلية
	%7	21	%12	16	%3	5	انعدام الأمن أو العنف (الأمن)
	%5	17	%10	14	%2	4	أخرى
	%70	217	%72	97	%68	120	المجموع الفرعي
	%30	94	%28	38	%32	56	أسباب متعددة الجوانب
	%100	311	%100	135	%100	176	المجموع

ثالثة فرض متابعة الدراسة (14% أي عدد=42) وهو عامل يبدو أقل جذب بالنسبة إلى الرجال مقارنة بالنساء (5% مقارنة بـ20%). وهو ما ينطبق أيضا على العامل المرتبط بالأمن والحريات الشخصية بنسبة 10% لدى النساء مقارنة بـ2% لدى الرجال (p=0.003). الجدول 7

أما بالنسبة إلى العوامل التي ذكر المستجوبون أنها حفزتهم على الهجرة نحو هذا البلد كوجهة نهائية (عوامل الجذب)، رغم أن تونس تمثل بلد عبور، وجدنا أنه من بين 307 مجيبا، 38% (عدد=116) منهم ذكروا فرص العمل وتوعبة الحياة كعامل جذب في حين ذكر 17% (عدد=53) الفرص الاقتصادية المرتبطة بالأمن وفي مرتبة

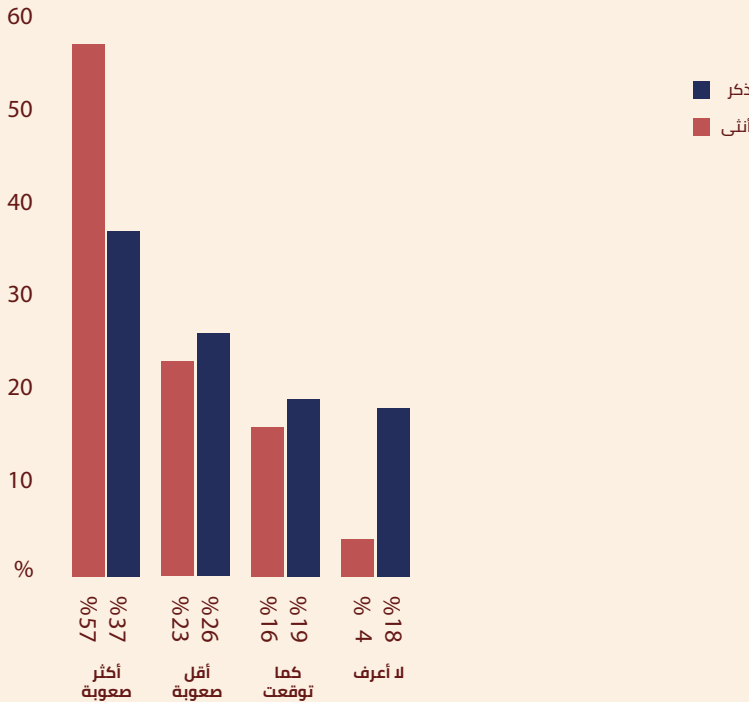
الجدول 7: توزيع عوامل الجذب حسب نوع الجنس

p	المجموع		ذكور		إناث		
	%	n	%	n	%	n	
0,003	%38	116	%39	53	% 37	63	الفرص الاقتصادية وفرص العمل، تحسين مستوى العيش
	%14	42	%5	7	%20	35	فرص تعليمية
	%7	20	%2	3	%10	18	الأمن العام & الحريات الشخصية
	%17	53	%21	28	%14	25	الأمن العام & الفرص الاقتصادية
	%25	76	%33	44	%18	32	أخرى
	%100	307	%100	134	%100	176	المجموع

11.2 الانتظارات الذاتية والمخاطر المعترضة وإعادة تقييم مفترض لعملية الهجرة

إجابة على سؤال "هل الوقت الذي قضيتموه في تونس كان أكثر صعوبة مما توقعتم أو كما توقعتم أو أقل صعوبة مما توقعتم؟"، اعتبرت 57% من النساء (عدد=100) أن ذلك كان "أكثر صعوبة" مقارنة بنسبة 37% لدى الرجال (عدد=50) ($p < 0.005$). الشكل 2

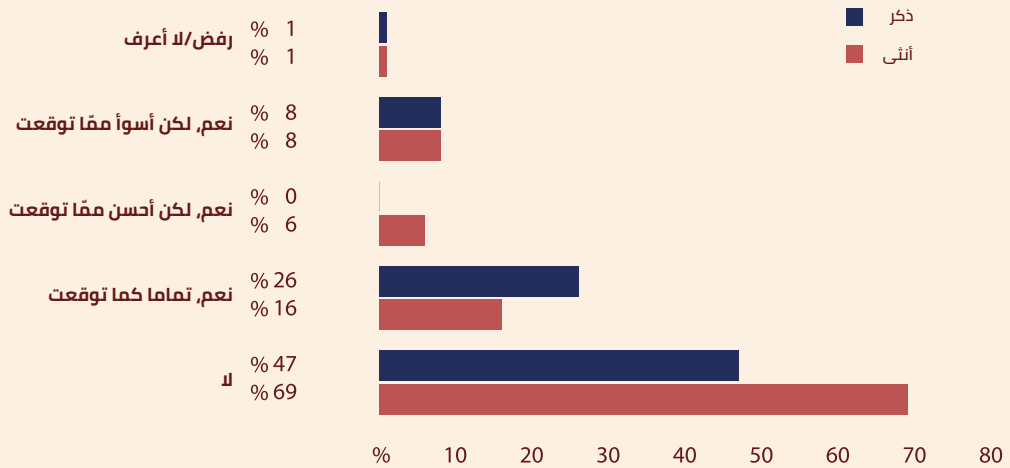
الشكل 2: توزيع الأجوبة عن سؤال "هل الوقت الذي قضيتموه في تونس كان أكثر صعوبة مما توقعتم أو كما توقعتم أو أقل صعوبة مما توقعتم؟" حسب نوع الجنس



ملحوظ. ومن جهة أخرى، اعتبر 8% من المهاجرين (عدد=25) الذين كانوا مدركين لهذه المخاطر أنّ الأمر كان أسوأ مما توقعوه بينما صرّح 11 مهاجراً جميعهم من الإناث أي ما يعادل نسبة 6% أنهم كانوا مدركين للمخاطر لكن الأمر لم يكن أسوأ مما توقعوه. الشكل 3

إجابة على سؤال "قبل أن تبدأ رحلتك، هل كنت على دراية بالمخاطر التي تنطوي عليها عملية الهجرة؟"، اعتبر 69% من النساء (عدد=118) و47% من الرجال، من 311 مستجوباً، أنهم لو كانوا مدركين لذلك مقارنة بـ16% من النساء (عدد=18) و26% من الرجال (عدد=35) الذين أقرّوا بأنهم كانوا مدركين تماماً للمخاطر مع اختلاف احتوائي

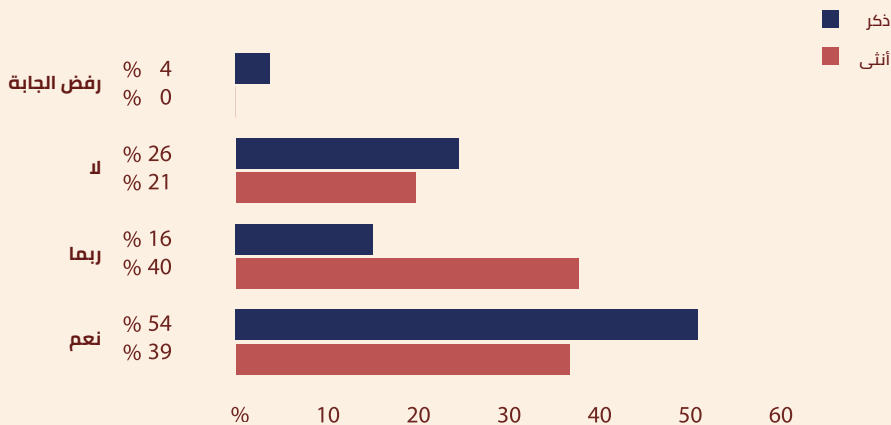
الشكل 3: إدراك المخاطر التي تنطوي عليها الهجرة منذ الانطلاق من بلد المنشأ



يمتلكونها اليوم قبل الهجرة، تحصلنا على إجابة بـ "نعم" أو "ربما" في 79% من الحالات لدى النساء (عدد=139) مقارنة بـ 70% لدى الرجال (عدد=95) ($p < 0.001$). الشكل 4.

من بين المجيبين 311 على سؤال "هل كنت ستهاجر لو كانت لديك المعلومات الحالية؟" والذي يهدف إلى ملامسة تقييمهم الذاتي المفترض لعملية الهجرة لو توفرت لديهم المعلومات التي

الشكل 4: توزيع المجيبين حسب نوع الجنس عن سؤال "هل كنت ستهاجر لو كانت لديك المعلومات الحالية؟"



3.11 التحدّث عن تجربة الهجرة

أَتَمُّوا تَلَقُّوا التَشْجِيعَ مِنَ الوَالِدِينَ دون اختلاف إحصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. ومن ناحية أخرى، تَلَقَّتْ 09 نساءً من أصل 10 مهاجرين التَشْجِيعَ من قبل مَهْرَبِينَ. الجدول 8

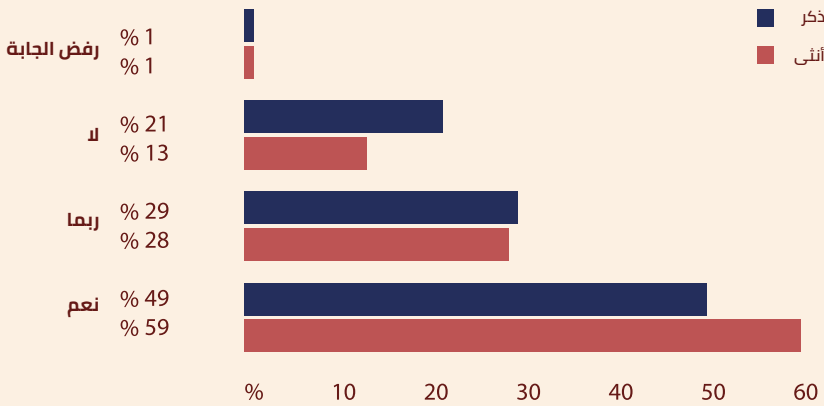
عندما طرحنا سؤال "هل شجّعك أحد ما على الهجرة؟" على 311 مجيباً، صرّح 36% (عدد=113) أنهم اتخذوا قرارهم بمفردهم وقد كان نصفهم من النساء (عدد=56) بينما صرّح 26% (عدد=80)

الجدول 8: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس عن سؤال "هل شجّعك أحد ما على الهجرة؟"

p	المجموع		ذكور		إناث		عوامل منفردة
	%	n	%	n	%	n	
0,12	%36	113	%42	57	%32	56	لا، اتَّخَذْتُ قَرَارِي بِمَفْرَدِي الوالدين أفراد آخريين من الأسرة أصدقاء مَهْرَبِينَ أخرى
	%26	80	%23	31	%28	49	
	%12	38	%10	14	%14	25	
	%11	33	%13	18	%9	16	
	%3	10	%1	1	%5	9	
	%1	3	%1	1	%1	2	
	%10	32	%10	13	%11	19	عوامل متعدّدة
	%100	311	%100	135	%100	176	المجموع

أخيراً، من بين المهاجرين 311 الذي أجابوا عن سؤال "هل ستشجع الآخرين على الهجرة غير الشرعية مع ما لديك من معلومات الآن؟"، سجلنا اختلاف إحصائي ملحوظ. الشكل 5

الشكل 5: توزيع الإجابات عن سؤال "هل ستشجع الآخرين على الهجرة غير الشرعية مع ما لديك من معلومات الآن؟" حسب نوع الجنس





٣.١. الصحة الجنسية والإنجابية

٣.١.١ المعرفة العامة

٣.١.١.١ المصدر الرئيسي للمعلومات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

(عدد=38) على التوالي لدى المهاجرين من الإناث. أمًا بالنسبة إلى المهاجرين الذكور فإن المصدر الرئيسي للمعلومات كانت المدرسة ثم تليها الأم وذلك بنسبة 34% (عدد=47) و17% (عدد=23) من الحالات على التوالي. وتجدر الإشارة أن الأخت تعتبر المصدر الرئيسي الثالث للمعلومات لدى الإناث بنسبة 15% من الحالات (عدد=26) بينما كان الأصدقاء وأفلام الفيديو المصدر الرئيسي الثالث بالنسبة إلى الرجال في 11% من الحالات (عدد=15).

الجدول 9

تعتبر الأم المصدر الرئيسي للمعلومة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب المهاجرين ثم تليها المدرسة بنسبة 34% (عدد=58) و22%

الجدول 9: توزيع المصدر الرئيسي للمعلومة حول الصحة الجنسية والإنجابية حسب نوع الجنس

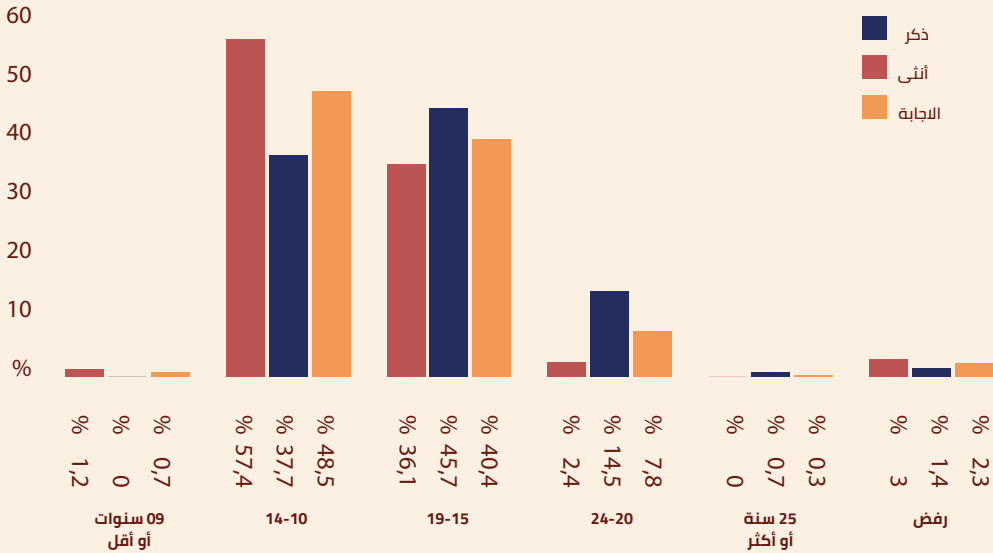
المجموع		ذكور		إناث		الاجابة
%	n	%	n	%	n	
28%	85	34%	47	22%	38	المدرس
26%	81	17%	23	34%	58	الأم
5%	15	10%	14	1%	1	الأب
1%	2	1%	2	0%	0	الأخ
9%	28	1%	2	15%	26	الأخت
7%	20	7%	10	6%	10	أفراد الأسرة الآخرين
11%	34	11%	15	11%	19	أصدقاء
2%	5	3%	4	1%	1	أطباء أو ممرضين
1%	4	1%	2	1%	2	كتب أو مجلات
0%	1	0%	0	1%	1	معلمات أو مطويات
6%	18	11%	15	2%	3	أفلام أو فيديوهات
0%	0	0%	0	0%	0	مكان العبادة
2%	6	1%	2	2%	4	جمعية للشباب
3%	8	1%	2	4%	6	رفض
100%	307	100%	138	100%	169	المجموع

1. 2. III. السنّ الذي بدأ فيه المهاجرون الشباب في تلقي معلومات عن الصحة الجنسية والإيجابية

سنة في 45.7% من الحالات (عدد=63) مع اختلاف إحصائي ملحوظ بين الفتيان والفتيات. الشكل 6. إلى جانب ذلك فقد صرّحت 94.7% (عدد=160) من النساء المستجوبات أنّهن لم تتلقين أي معلومات إضافية عن الصحة الجنسية والإيجابية منذ قدومهن إلى تونس، مقارنة بـ 77.7% (عدد=99) من الرجال ($p < 0,001$).

تراوح السنّ الذي بدأ فيه المجيبون البالغ عددهم 307 في تكوين معلومات حول الصحة الجنسية والإيجابية بين 10 و14 سنة بالنسبة إلى الفتيات في 57.4% من الحالات (عدد=97) وبين 15 و19 سنة في 36.1% من الحالات (عدد=61)، في حين تراوح ذلك بين 10 و14 سنة بالنسبة إلى الفتيان في 37.7% من الحالات (عدد=52) وبين 15 و19

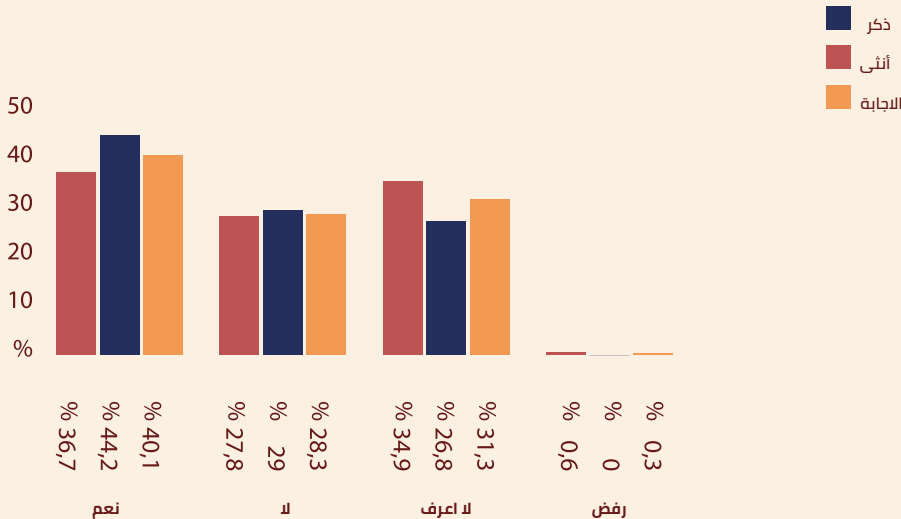
الشكل 6: توزيع السن الذي بدأ به المستجوبون يتلقون معلومات عن الصحة الجنسية والإيجابية، حسب نوع الجنس



1.3. تقييم الشباب المهاجرين لمستوى معلوماتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

أجابت نسبة 36.7% (عدد=62) من النساء بـ "نعم" عن سؤال "بصفة عامة، هل تعتبر نفسك على اطلاع جيّد عن الصحة الجنسية والإنجابية؟" وبـ "لا أعرف" في 34.9% من الحالات (عدد=59) بينما تمّ تسجيل نفس الإجابات لدى الرجال وذلك على التوالي بنسبة 44.2% (عدد=61) و26.8% من الحالات (عدد=37) دون اختلاف إحصائي ملحوظ بين الجنسين. الشكل 7

الشكل 7: توزيع الإجابات عن سؤال "بصفة عامة، هل تعتبر نفسك على اطلاع جيّد عن الصحة الجنسية والإنجابية؟" حسب نوع الجنس

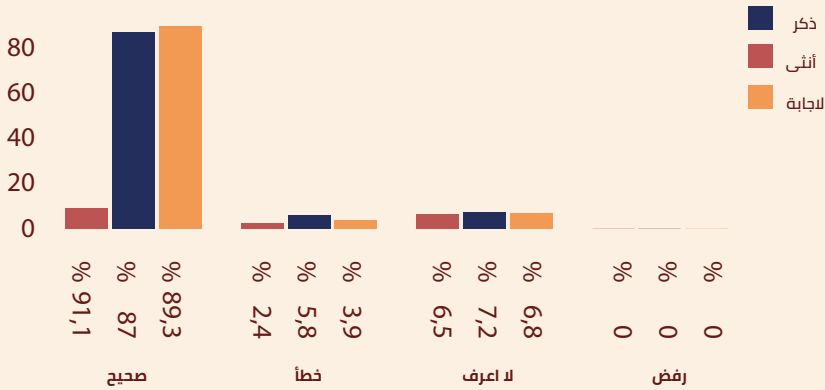


III.2 مستوى المعارف ومحتواها

III.2.1 العلاقات الجنسية الأولى والحمل

من بين المجيبين 307 عن الصحة الجنسية والإيجابية، يعتبر 89.3% (عدد=274) من بينهم 91.1% لدى النساء و87% لدى الرجال أن الحمل يمكن أن يحدث عند أول اتصال جنسي، دون اختلاف إحصائي ملحوظ بين الجنسين. الشكل 8

الشكل 8: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس عن الرأي القائل أن "الحمل يمكن أن يحدث عند أول اتصال جنسي"

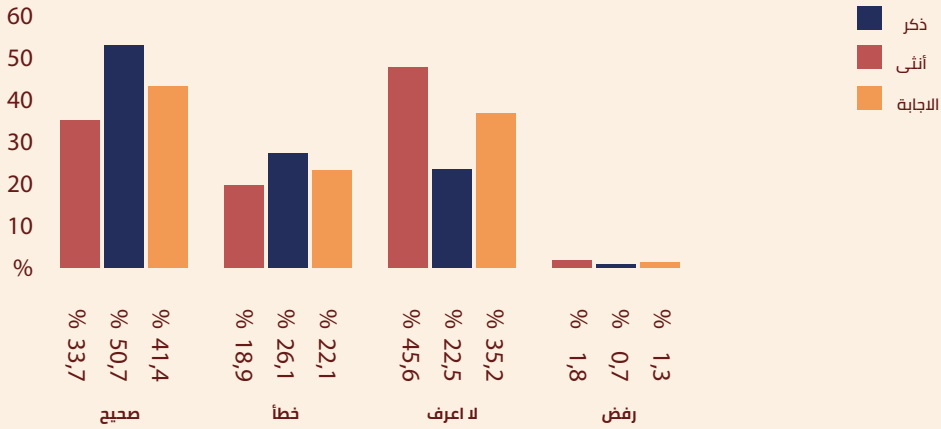


III.2.2 أثر الاستمنااء على الصحة

في حين كان 45.6% من النساء (عدد=77) و22.5% من الرجال (عدد=31) لا يعرفون ذلك ($p < 0.001$). الشكل 9

طبقاً للإجابات التي تم الحصول عليها من 307 مجيباً، يعتبر 33.7% من النساء (عدد=57) و50.7% من الرجال (عدد=70) أن الاستمنااء يضّر بالصحة.

الشكل 9: أثر الاستمراء على الصحة حسب نوع الجنس

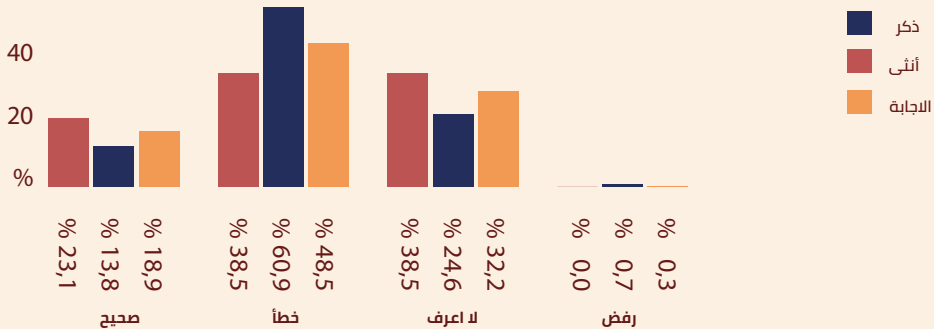


III.2.3 المعارف المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية

حين يعتقد باقي المجيبون أنه يمكن الشفاء أي في 18.9% من الحالات (عدد=58) أو لم يستطيعوا الإجابة في 32.2% من الحالات (عدد=99) مع اختلاف إحصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. الشكل 10

من بين 307 مجيباً عن الأسئلة المتعلقة بدرجة الإلمام بفيروس نقص المناعة البشرية، كان 38.5% من النساء (عدد=65) مقارنة بـ 60.9% من الرجال (عدد=84) يعتقدون أنه لا يمكن الشفاء من متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، في

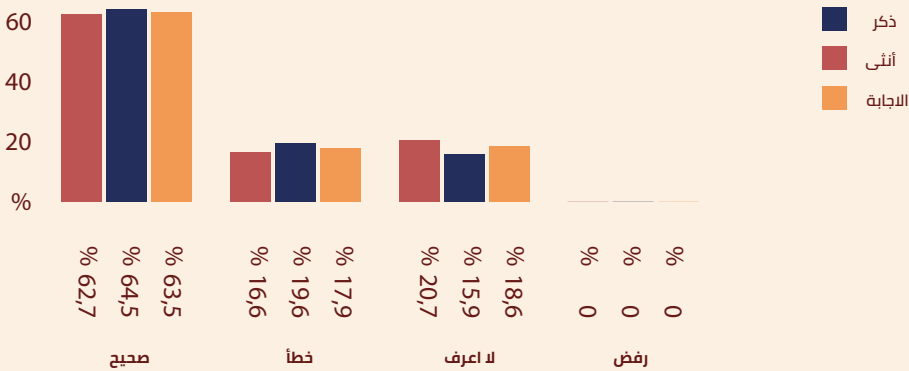
الشكل 10: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس عن امكانية الشفاء من مرض السيدا



من الحالات (62.5% بالنسبة إلى النساء (عدد=106) مقارنة بـ 64.5% لدى الرجال (عدد=89) (p=0.5). الشكل 11

كما أن المجيبين أجابوا بـ "صحيح" عن الجملة التي تقول بأنه يمكن للفرد أن يصاب بفيروس نقص المناعة البشرية وأن يعيش حياة سليمة في 63.5%

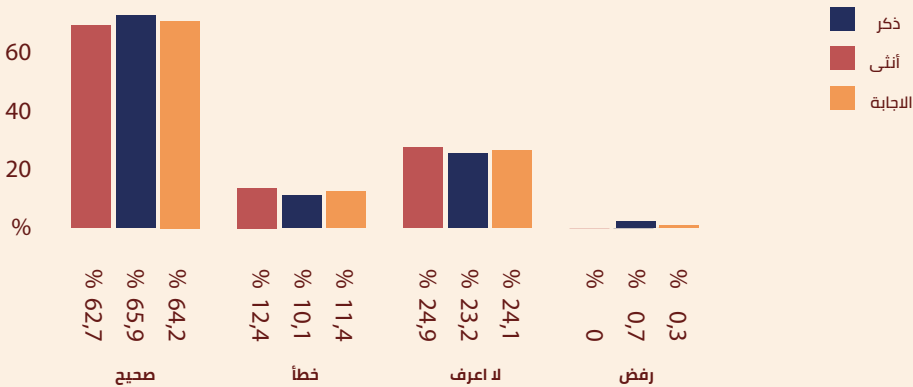
الشكل 11: توزيع المجيبين حسب نوع الجنس في رأيهم في التصريح "يمكن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وعيش حياة سليمة"



لفيروس نقص المناعة البشرية للتأكد مما إذا كان حاملا للفيروس أم لا مقارنة بـ 65.9% لدى الرجال، دون اختلاف احصائي ملحوظ. الشكل 12

وفي النهاية وجدنا أنه من بين المجيبين الـ 307، يعتقد 197 (أي 64.2%) مجيبا من بينهم 106 نساء (أي 62.7%) أن الفرد يمكن أن يقوم بمجرد فحص

الشكل 12: "يمكن للشخص أن يعرف ما إذا كان حاملا لفيروس نقص المناعة البشرية" موزعين حسب نوع الجنس

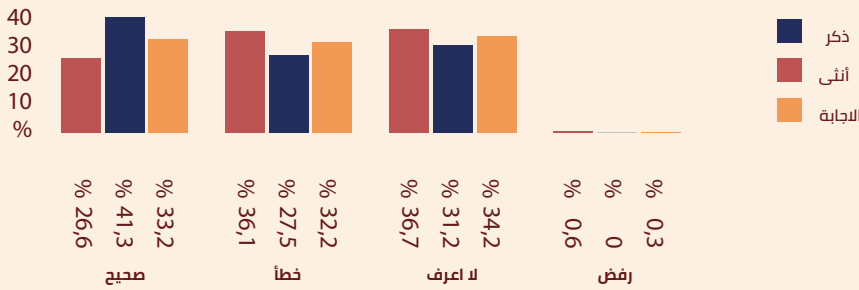


2.4.11 وسائل منع الحمل

حين وافقهم في ذلك 41.3% من الرجال (عدد=57) في حين أجاب 36.7% من النساء (عدد=62) و31.2% من الرجال (عدد=43) أنهم لا يعرفون ذلك (p=0.025). الشكل 13

طبقا للإجابات التي تحصلنا عليها من 307 مستجوبا بخصوص أثر وسائل منع الحمل على خصوبة المرأة، اعتبرت 26.6% من النساء (عدد=45) أن وسائل منع الحمل تؤدي إلى عقم المرأة في

الشكل 13: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس عن فكرة "وسائل منع الحمل تتسبب في عقم المرأة"



(49%)، بينما كان الترتيب حسب ما ذكره الرجال كالآتي: الواقعي (79%) ثم حبوب منع الحمل (70%) تليها حقن منع الحمل (37%)، وعموما فقد كان الواقعي أكثر الوسائل ذكرا (87% من المجيبين). الجدول 10

عند طلبنا من 307 مستجوبا أن يذكروا وسائل منع الحمل التي يعرفونها، ذكر الجنسان ثلاث وسائل على الأقل ولكن بترتيب مختلف بين الرجال والنساء. وقد وردت الوسائل المستعملة من قبل النساء حسب الترتيب التنازلي التالي: حبوب منع الحمل (81%) والواقعي (78%) وحقن منع الحمل

الجدول 10: توزيع وسائل منع الحمل المذكورة حسب نوع الجنس

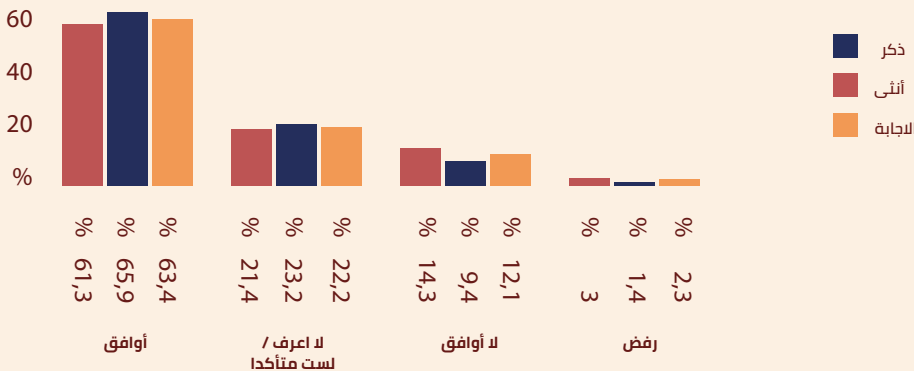
المجموع	ذكور		إناث			
	%	n	%	n		%
%83	255	%70	118	%81	137	حبوب
%47	145	%37	63	%49	82	حقن
%87	266	%79	134	%78	132	واقعي
%21	64	%9	16	%28	48	جهاز منع الحمل
%17	51	%8	13	%22	38	الزرع الهرموني
%22	68	%23	39	%17	29	العزل
%11	33	%12	20	%8	13	أخرى
%4	11	%1	1	%6	10	رفض

3.3 الانطباعات

3.3.1 رأي المهاجرين الشباب في العلاقات الجنسية بين الفتيات والشبان الذين تربطهم علاقة غرامية خارج إطار الزواج

من بين 306 اجابة التي تحصلنا عليها، أبدى 61.3% من النساء (عدد=103) و65.9% من الرجال (عدد=91) تأييدهم لفكرة أن يقيم الشاب والفتاة المتحابان علاقات جنسية (p=0.4). الشكل 14

الشكل 14: توزيع رأي الشباب المهاجرين، حسب نوع الجنس، في العلاقات الجنسية بين الفتيان والفتيات المتحابين خارج إطار الزواج

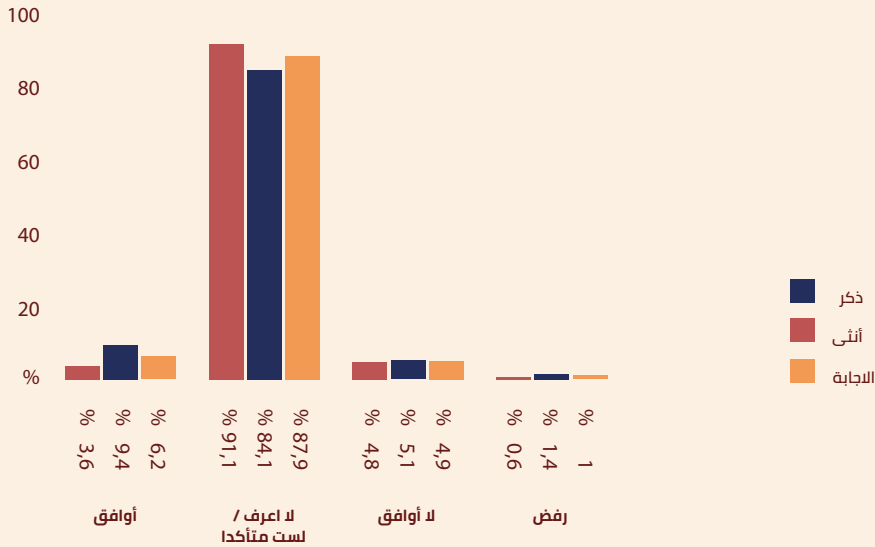


3.2.3 رأي الشباب المهاجرين في العنف القائم على النوع الاجتماعي

تمثلت أنواع العنف القائم على النوع الاجتماعي التي سجّلناها في العنف الجنسي والعنف البدني:

بالنسبة إلى العنف الجنسي: من بين 306 مستجوبين، أبدى 4.9% (عدد=15) فقط رفضهم لفكرة أنه يمكن للشباب أحيانا أن يجبر فتاة على ممارسة الجنس إذا كانت تربطهما علاقة غرامية. في حين كانت الأغلبية، أي 87.9% (عدد=269) غير متأكدة من ذلك أو لا يعرفون وقد شملت 153 امرأة أي 91.1% منهن و116 رجلا أي 84.1% منهم ($p < 0.01$). الشكل 15.

الشكل 15: توزيع آراء الشباب المهاجرين حسب الجنس في العلاقات الجنسية القسرية¹⁰

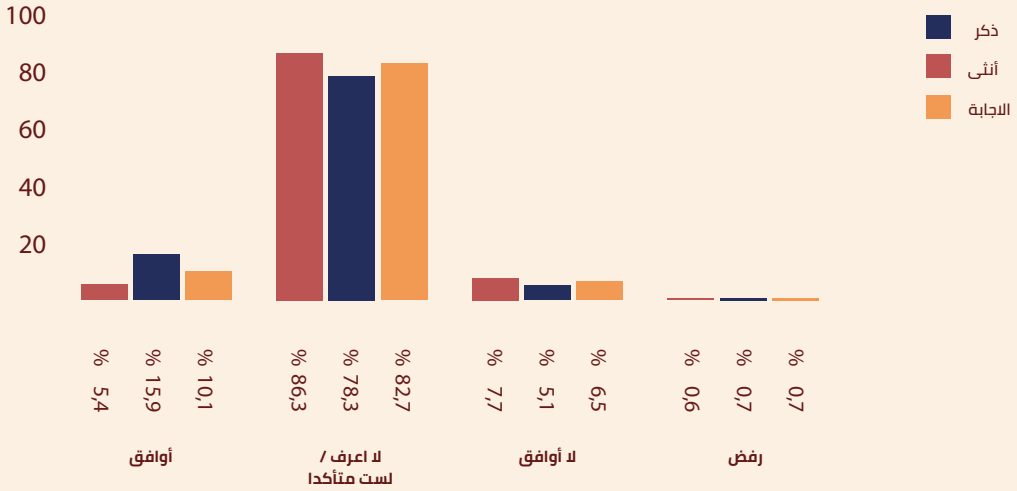


إجابات النساء (عدد=145) و78.3% من إجابات الرجال (عدد=108) أنهم لا يعرفون أو غير متأكدين، مع اختلاف إحصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. الشكل 16.

بالنسبة إلى العنف البدني: أبدى 6.5% من المجيبين (عدد=20) رفضهم لفكرة أنه من المبرّر للشباب أن يعترف صديقه أحيانا بينما صرّحت الأغلبية 82.7% (عدد=253) التي شملت 86.3% من

¹⁰ "أعتقد أن الشاب يمكن أحيانا أن يجبر فتاة على ممارسة الجنس إذا كانت تربطهما علاقة حب"

الشكل 16: توزيع آراء الشباب المهاجرين حسب نوع الجنس في العنف البدني¹¹



III.3.3 رأي الشباب المهاجرين في وسائل منع الحمل

وفي المقابل، وإجابة عن سؤال ما إذا كانوا مقتنعين أنه يمكن لهم أن يحتوا على استعمال الواقي عند كل اتصال جنسي، كانت إجابة 58.8% من المجيبين (عدد=180) بالموافقة حيث شملت 109 امرأة (64.9%) و71 رجلا (51.4%) مع اختلاف إحصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. الجدول 11

عند طرحنا للسؤال المتعلق "بالاستعمال المنتظم للواقي الذكري من قبل أصدقائهم" على الشباب المهاجرين، أبدى 23.9% (عدد=73) موافقتهم من بين 306 مجيبا في حين رفض 65% (عدد=199) أن يستعمل هؤلاء الواقي الذكري بانتظام خلال اتصالاتهم الجنسية في (p=0.6).

¹¹ "أحيانا، من المبرر للشباب أن يعترف صديقتهم"

الجدول 11: رأي المهاجرين في استخدام الواقي، حسب نوع الجنس

أغلب أصدقائي الذين يقيمون علاقات جنسية مع آخرين يستخدمون الواقي بانتظام

المجموع		ذكور		إناث		الإجابة
%	n	%	n	%	n	
23,9%	73	21,0%	29	26,2%	44	أوافق
7,8%	24	8,0%	11	7,7%	13	لا أعرف أو غير متأكد
65,0%	199	66,7%	92	63,7%	107	لا أوافق
3,3%	10	4,3%	6	2,4%	4	رفض
100%	306	100%	138	100%	168	المجموع

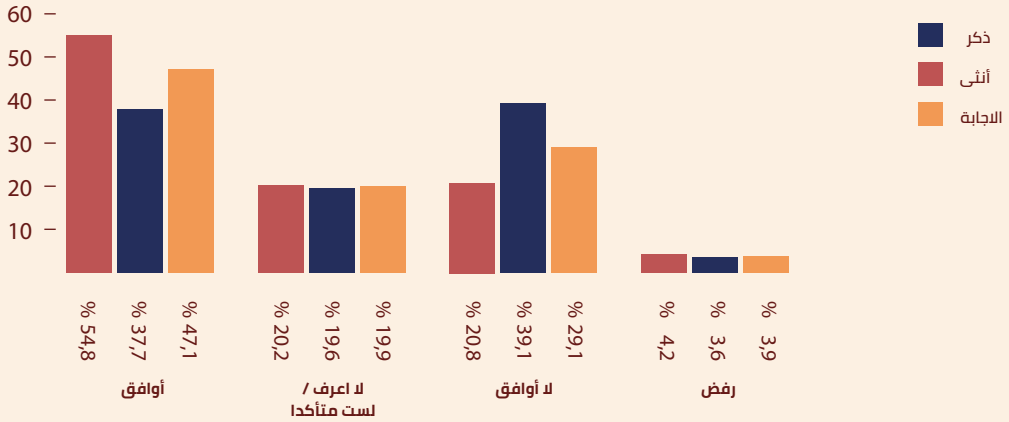
أنا على اقتناع أنه يمكنني أن أحتج على استخدام الواقي عند كل اتصال جنسي أقوم به.

المجموع		ذكور		إناث		الإجابة
%	n	%	n	%	n	
58,8%	180	51,4%	71	64,9%	109	أوافق
4,6%	14	6,5%	9	3,0%	5	لا أعرف أو غير متأكد
29,1%	89	37,0%	51	22,6%	38	لا أوافق
7,5%	23	5,1%	7	9,5%	16	رفض
100%	306	100%	138	100%	168	المجموع

مجموع 306 مجيباً اتفقهم على رفضهم المطلق للقيام بالإجهاض أو تشجيع شريكاتهم على القيام به ($p < 0.001$). الشكل 17

ما بنسبة إلى رأيهم في الإجهاض (الإنهاء الطوعي للحمل) فقد أبدت 54.8% من النساء (عدد=92) مقارنة بـ 37.7% من الرجال (عدد=52) من

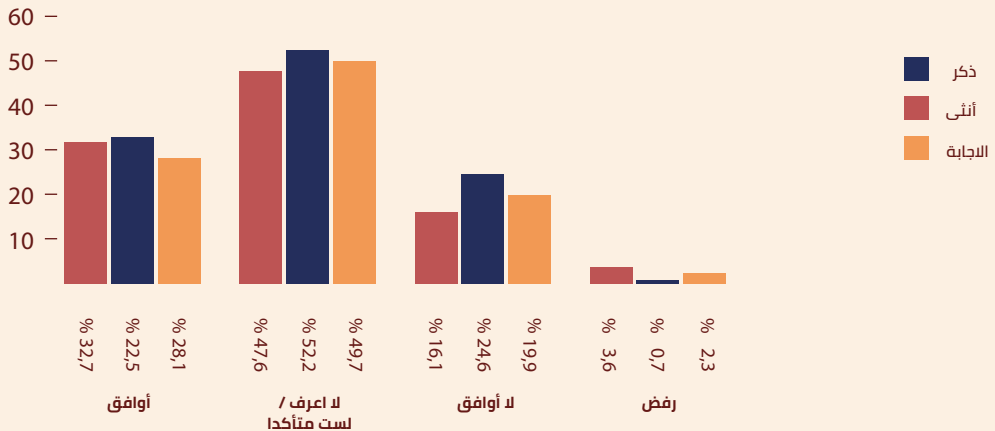
الشكل 17: توزيع حسب الجنس لرأي المهاجرين الشباب في القيام بالإجهاض أو التشجيع على القيام به



النساء و22.5% (عدد=31) بالنسبة إلى الرجال، بينما مثلت نسبة أولئك الذين لا يعرفون على 47.6% (عدد=80) لدى النساء و52.2% (عدد=72) لدى الرجال، مع اختلاف إحصائي ملحوظ بين الجنسين. الشكل 18

في النهاية، طلبنا من المحييين إبداء رأيهم في التصريح التالي: "إنها مسؤولية المرأة أن تتأكد من الاستخدام المنتظم لوسائل منع الحمل"، فتوزعت إجابات 306 مستجوبا بين أولئك الذين اتفقوا مع هذا الرأي بنسبة 32.7% (عدد=55) بالنسبة إلى

الشكل 18: توزيع حسب الجنس لرأي المهاجرين بشأن مسؤولية المرأة إزاء وسائل منع الحمل¹²



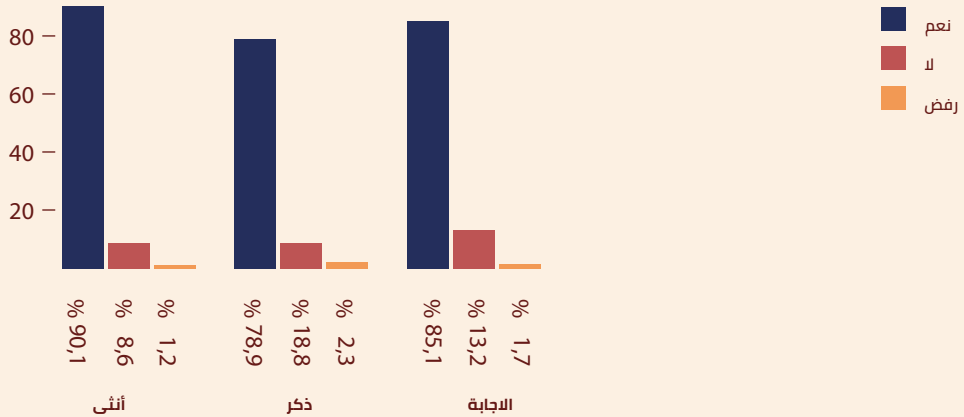
¹² "إنها مسؤولية المرأة للتأكد من استخدام وسائل منع الحمل بانتظام"

11.4 الصحة والصحة الجنسية والإنجابية واستخدام الخدمات

11.4.1 الصحة والصحة الجنسية والإنجابية

إجابة عن سؤال "هل تعتبر نفسك في حالة صحية جيدة بشكل عام؟"، تلقينا 295 إجابة حيث كانت إجابة مؤكدة لدى 90.1% (عدد=146) من النساء مقارنة بـ 78.9% (عدد=105) لدى الرجال ($p < 0.01$). الشكل 19

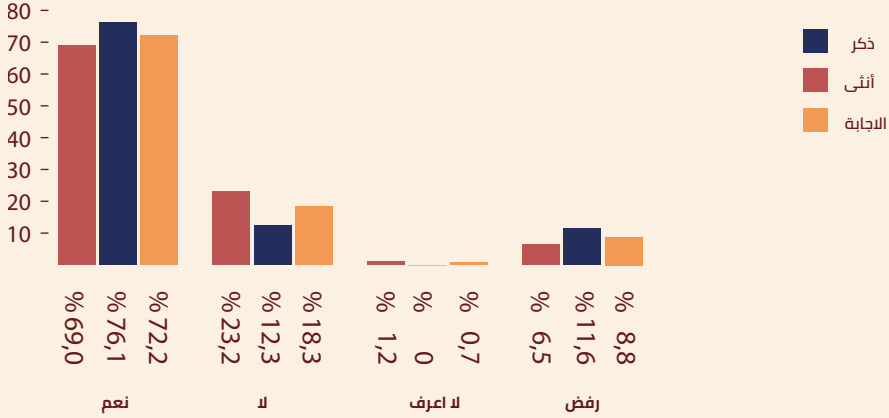
الشكل 19: تقييم الحالة الصحية حسب نوع الجنس



أما على مستوى الصحة الجنسية والإنجابية، فقد أفتر 72.2% (عدد=221) بقيامهم بعلاقات جنسية بتوزيع بنسبة 69% (عدد=116) لدى النساء و76.1% (عدد=105) لدى الرجال ($p < 0.02$). الشكل 20

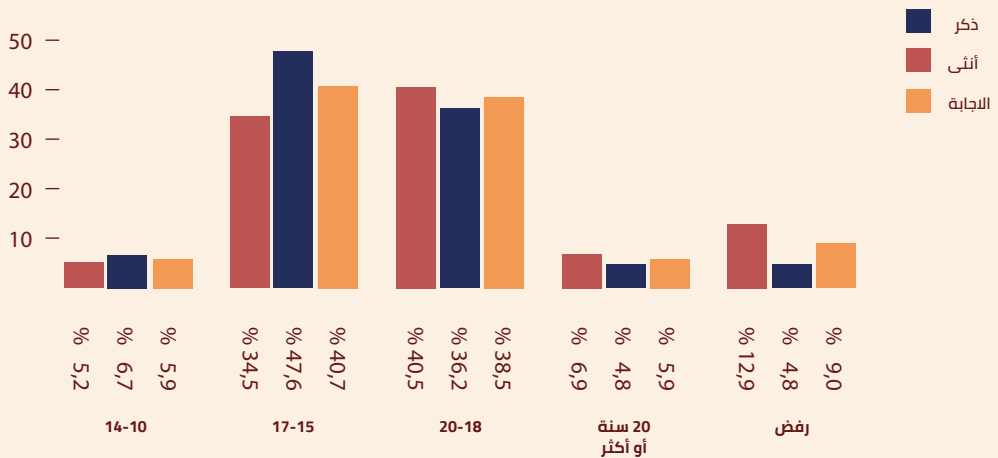
من جهة أخرى، من بين 306 مجيباً، أكد 71.9% (عدد=220) تعرّض صحتهم للخطر خلال سفرهم في حين صرّح 74.8% (عدد=229) أن حالتهم الصحية لم تتدهور ولم تتحسن منذ هجرتهم إلى تونس.

الشكل 20: توزيع العلاقات الجنسية حسب نوع الجنس



وقد تراوح السن " بالنسبة إلى أول اتصال جنسي بين 15 و 17 سنة في 40.7% من الحالات وبين 18 إلى 20 سنة في 38.5% من الحالات دون اختلاف إحصائي ملحوظ بين الفتيات والشبان. الشكل 21

الشكل 21: توزيع السن حسب نوع الجنس لأول اتصال جنسي

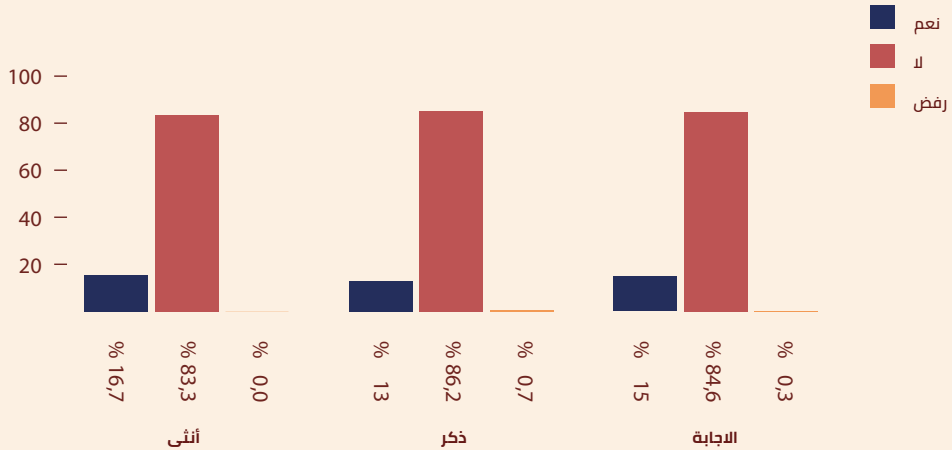


111.4.2 استخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

تونس الكبرى مقارنة بنسبة 86.2% من الرجال (عدد=119) دون اختلاف إحصائي ملحوظ بين الرجال والنساء. الشكل 22

معرفة الهياكل التي تقدّم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية: من بين 306 مجيباً، أكدت نسبة 83.3% من النساء (عدد=140) جهلنّ بسبل النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في

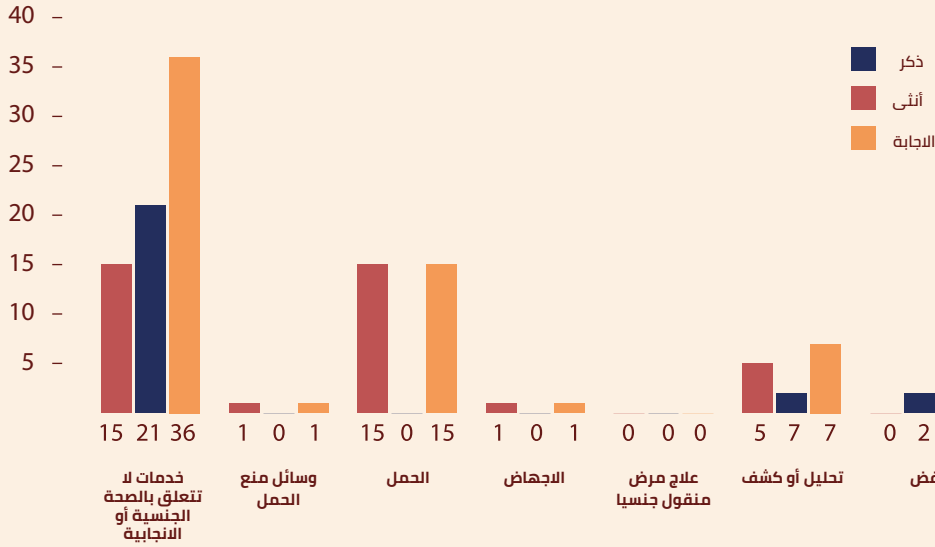
الشكل 22: معرفة الهياكل التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من قبل المهاجرين حسب نوع الجنس



والإنجابية بينما زارها 24 مجيباً لأسباب مرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية من بينهم 15 حالة حمل و07 حالات لاختبار أو كشف الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. الشكل 23

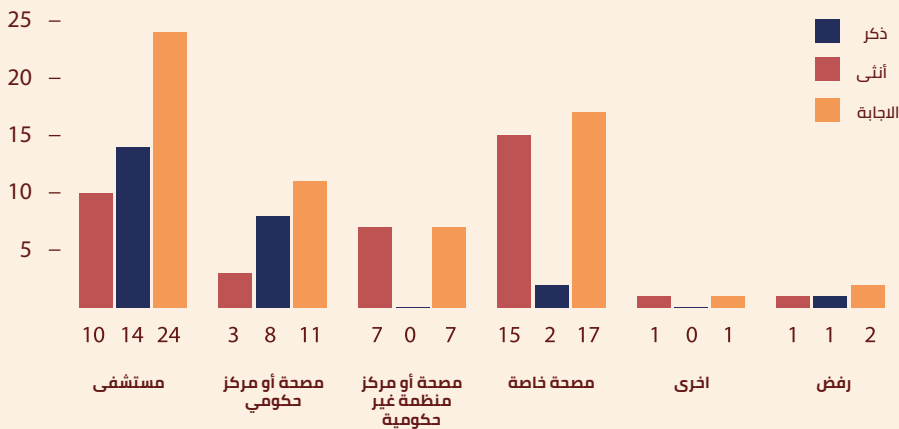
استخدام خدمات الصحة: عند سؤالنا المقيمين ما إذا اتصلوا بهياكل الصحة بصفة عامة، قدّم 90 فقط من بينهم إجابة حيث أكد 62 منهم اتصّاهم بهذه الهياكل، ومن بين هؤلاء، اتّصل 36 منهم بهذه الهياكل لأسباب لا تتعلق بالصحة الجنسية

الشكل 23: توزيع أسباب زيارة هياكل الصحة حسب نوع الجنس



نوع الهياكل الصحية التي تمت زيارتها: من بين 62 مجيبا الذين زاروا هياكل الصحة، زار منهم 35 منهم مؤسسات للصحة العمومية (مستشفى، مركز صحي) وزار 17 منهم مؤسسات صحية خاصة. بينما زار 07 منهم هياكل لمنظمات غير حكومية. الشكل 24

الشكل 24: التوزيع حسب الجنس لزيارة هياكل الصحة



كانت الإجابات "لا أعرف" طاغية بخصوص السؤال المتعلق بتوفر المعلومة عن الموعد القادم لاستشارة المتابعة (53 من أصل 55 مجيباً). وأخيراً، أكدت 26 امرأة من بين 32 حصولها على خيار التعاطي مع نفس مُقدّم الخدمة، في حين كانت إجابة جميع الرجال المستجوبين البالغ عددهم 23 بـ "لا أعرف".

استجابة الخدمات العلاجية للصحة الجنسية والإنجابية لحاجيات المهاجرين: انطلاقاً مما بيّنه الجدول 12، سجلنا استخدام 62 مجيباً لخدمات العلاج الصحية حيث أكد 55 منهم (88.7%) تلقّيهم للخدمة التي ذهبوا من أجلها. كما أكد 46 من بين هؤلاء المجيبين الـ 55 (74.2%) إخبارهم أنه يمكنهم العودة متى شاؤوا. ومن ناحية أخرى،

الجدول 12: المهاجرين الشباب وخدمات الصحة المنتفع بها

المجموع	ذكور				إناث				
	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	لا أعرف/ رفض	لا	
62	25	0	2	23	37	1	4	32	هل تلقّيت الخدمة التي جئت من أجلها؟
55	23	23	0	0	32	5	1	26	هل أتّيح لكم خيار التعاطي مع نفس مُقدّم الخدمة خلال زيارة المتابعة؟
55	23	23	0	0	32	30	1	1	هل تم إبلاغكم عن زيارة المتابعة المقبلة؟
62	25	6	3	16	37	1	6	30	هل تمّ إبلاغكم بإمكانية العودة متى شئتم في حال وجود أي أسئلة أو مشاكل؟

4.3.11 مؤسسات العلاج "صديقة الشباب"

قاعة الانتظار مريحة والمؤسسة نظيفة. كما أكد المجيبون في أغلبهم أنهم وجدوا أريحية في طرح أسئلة خلال الاستشارة وأنهم تلقّوا الإجابات المناسبة عن أسئلتهم.

الاستقبال والرفاهية: بيّن الجدول 13 إجابات 62 مهاجراً الذين استخدموا خدمات العلاج عن أربعة (04) أسئلة متعلقة بجودة الاستقبال والرفاهية حيث أكد أغلب المجيبين رجالاً ونساءً أنهم وجدوا

الجدول 13: تقييم المجيبين حسب نوع الجنس لجودة الاستقبال في مؤسسات العلاج

المجموع	ذكور				إناث				
	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	المجموع الفرعي	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	المجموع الفرعي	
62	25	3	1	21	37	1	7	29	هل تعتبر أن قاعة الانتظار كانت مريحة؟
62	25	2	1	22	37	2	7	28	هل وجدت المؤسسة نظيفة؟
62	25	4	1	20	37	1	8	28	هل شعرت بالراحة الكافية لطرح أسئلة خلال الاستشارات؟
48	20	0	1	19	28	2	2	24	هل تلقيت الإجابة المناسبة عن الاسئلة التي طرحتها؟

المعلقات والمطويات كانت ذات فائدة (59.7%) وأنه تم احترام الخصوصية والسرية (75.8% و72.6% على التوالي). الجدول 14

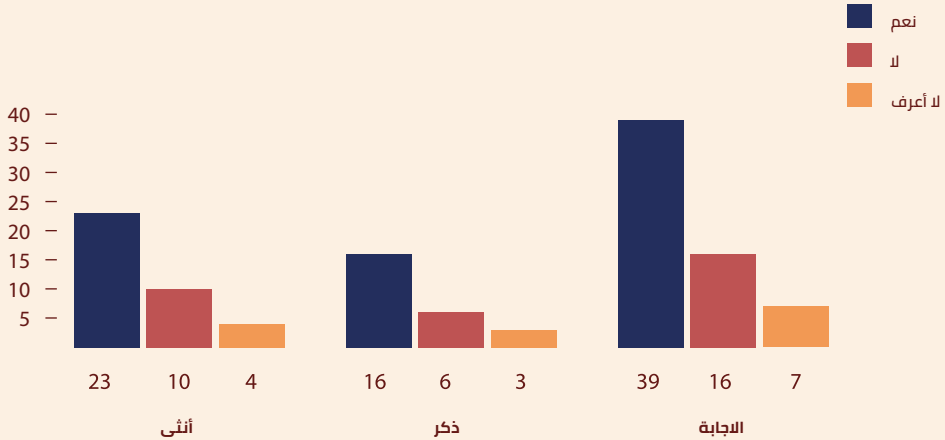
المعلومات والسرية: من بين الإجابات 62 التي تم تجميعها بخصوص نوعية المعلومات المقدمة والسرية، أكد أغلب المجيبين توفر المعلومة حول ساعات فتح المؤسسات بلغة مفهومة (64.5%) وأن

الجدول 14: تقييم المجيبين حسب الجنس لنوعية المعلومة المتاحة والسرية

المجموع	ذكور				إناث				
	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	المجموع الفرعي	لا أعرف/ رفض	لا	نعم	المجموع الفرعي	
62	25	3	1	21	37	2	16	19	هل لاحظت وجود أي لافتة بأي لغة تفهمها تحدد ساعات عمل المؤسسة؟
62	25	7	4	14	37	3	11	23	هل سجلت وجود معلقات أو كتيبات ذات نفع لك؟
62	25	4	3	18	37	1	7	29	هل شعرت باحترام خصوصيتك خلال الاستشارة؟
48	25	6	1	18	37	5	5	27	هل تعتبر أنه تم احترام السرية؟

تكاليف الخدمات المقدّمة: من بين 62 مجيباً، اعتبر 62% من النساء و16% من الرجال أي 62.9% أن

الشكل 25: تقييم المجيبين لتكاليف الخدمات حسب نوع الجنس



4. 4. مهاجرات وضمن مواليدهم منذ وصولهن إلى تونس

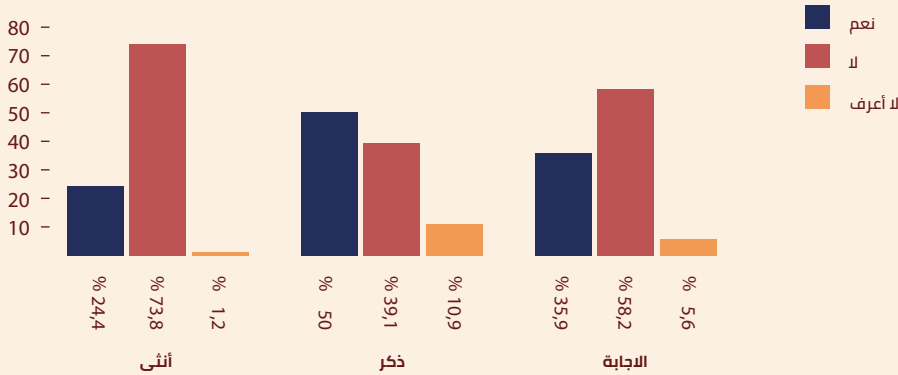
من بين 26 شابة مهاجرة اللاتي طرّحن بوضعهن مواليد منذ قدومهن إلى تونس، استخدمت 23 منهنّ الخدمات العلاجية للصحة الجنسية والإنجابية خلال عملية الحمل و/أو من أجل الولادة حيث لم تكن 12 منهنّ راضية عن الخدمات الصحية المتاحة.

5. 3. حواجز النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

الحصول عليها؟"، حيث سجّلت الإجابات الـ306 إجابات بـ "نعم" في 110 حالة (35.9%) من بينها 41 لدى النساء (24.4%) و69 لدى الرجال (50%) ($p < 0.001$). الشكل 26

تمّ التعرف على الحواجز المحتملة التي حالت دون حصول المهاجرين الذين كانوا بحاجة إلى المساعدة على هذه الخدمة من خلال السؤال "منذ قدومك إلى هذه المدينة، هل أحسست في بعض الأوقات إلى الحاجة إلى مساعدة طبية ولم تتمكّن من

الشكل 26: توزيع الإجابات حسب نوع الجنس عن وجود حواجز محتملة للنفوذ إلى المساعدة الطبية



86 مرة وهو ما يمثل 68% من بين جميع الأسباب المذكورة تليه بفارق كبير الحاجة إلى العلاج في بلد المنشأ والتي ذُكرت 13 مرة (10%). الجدول 15

من بين الأسباب الـ 126 التي ذكرها المجيبون البالغ عددهم، حيث كان بإمكان المجيب الواحد أن يذكر أكثر من سبب، تم ذكر نقص الموارد المالية

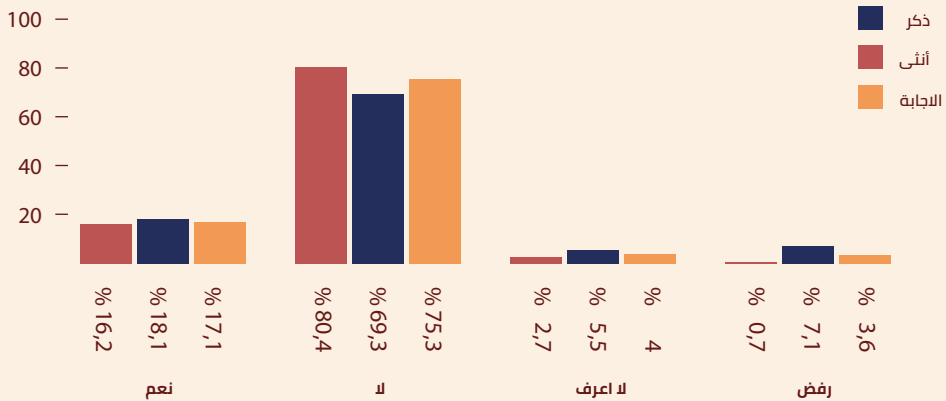
الجدول 15: التوزيع حسب نوع الجنس للأسباب التي حالت دون طلب المجيبين للمساعدة الطبية

المجموع		ذكور		إناث		الإجابة
%	n	%	n	%	n	
68%	86	75%	57	58%	29	لم يكن لدي المال الكافي للدفع
2%	3	3%	2	2%	1	كانت المصحة بعيدة جدا
2%	2	0%	0	4%	2	لم تكن المصحة مفتوحة حينها
3%	4	3%	2	4%	2	فُتعت من الدخول لأنني أجنبي
7%	9	4%	3	12%	6	لم أحاول لأنني اعتقدت أنه لا يمكنني استخدام الخدمات لأنني أجنبي
2%	2	3%	2	0%	0	سمعة المصحة سيئة والخدمة كانت رديئة
10%	13	8%	6	14%	7	فضلت العودة إلى بلدي لأن الخدمات هناك أفضل و/أو أقل ثمنا
5%	6	5%	4	4%	2	أخرى
1%	1	0%	0	2%	1	رفض
100%	126	100%	76	100%	50	المجموع

إحصائي ملحوظ بين الجنسين. الشكل 27 ومن بين مصادر عدم الارتياح تم ذكر الممرضات وأعوان الاستقبال بمعدل 26 و25 مرة على التوالي، في حين تم ذكر الأطباء وأعوان الحراسة 05 مرات لكل منهما.

من جهة أخرى، وإجابة على سؤال "هل هناك أي شخص يعمل في منشأة صحية في هذا البلد تعامل معك أو مع أصدقائك بطريقة جعلتك تشعر بعدم الارتياح؟"، جمعنا 275 إجابة من بينها 207 إجابة بالنفي (75.3%) توزعت بمعدل 119 إجابة من النساء (80.4%) و88 (69.3%) من الرجال دون اختلاف

الشكل 27: توزيع الاجابات حسب الجنس عن السؤال المتعلق بالشعور بعدم الارتياح في الهياكل الصحية



من بين 69 مجيبا عن سؤال "هل تعتقد أن المعتقدات الدينية أو الثقافية أو غيرها من المعتقدات قد أثرت في تعامل هؤلاء معكم؟"، صرّح عشرات المجيبين (14.5%) أنهم يعتقدون ذلك بشدة في حين صرّح 27 منهم (39.1%) أنهم لا يعتقدون ذلك بتاتا. الجدول 16

من بين 69 مجيبا عن سؤال "هل تعتقد أن المعتقدات الدينية أو الثقافية أو غيرها من المعتقدات قد أثرت في تعامل هؤلاء معكم؟"، صرّح عشرات المجيبين (14.5%) أنهم يعتقدون ذلك بشدة في حين صرّح 27 منهم (39.1%) أنهم لا يعتقدون ذلك بتاتا. الجدول 16

الجدول 16: رأي المجيبين حسب الجنس في تأثير معتقدات العاملين في قطاع الخدمات الصحية على تفاعلهم مع المهاجرين

الاجابة	ذكور		إناث		المجموع	
	%	n	%	n		
كبير جدا	14,5	10	16,7	6	12,1	4
إلى حد ما	14,5	10	25,0	9	3,0	1
بتاتا	39,1	27	27,8	10	51,5	17
لا أعرف	11,6	8	8,3	3	15,2	5
رفض	20,3	14	22,2	8	18,2	6
المجموع	100	69	100	36	100	33



الفصل 3

النقاش







1. المنهجية

بعض التحيز على مستوى انتقاء المهاجرين العرب حيث لم يتجاوز عدد المستجوبين منهم 12 من أصل 311 مستجوباً نظراً لصعوبة الوصول إلى هذه المجموعات. كما أنه تم استبعاد الفئة العمرية 15-17 سنة من الدراسة لأن فريق البحث وجد نفسه في تناقض منهجي وأخلاقي. فمن ناحية أولى، يتطلب انتقاء المراهقين في الشريحة العمرية موافقة الوالدين. ومن ناحية أخرى، استبعدت الدراسة المهاجرين المرفوقين بوالديهم.

كما سجلنا قيوداً منهجياً آخر يتعلق بتحليل البيانات حيث، ولأسباب متعددة، لم نستطع الحصول على بيانات مفصلة حسب الفئة العمرية والجنسية، خاصة بالنسبة إلى البيانات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. من ناحية أخرى، كان من الضروري ضبط مقياس للوصول إلى عدد موضوعي من المهاجرين المستجوبين الذين أجابوا بصريح على جميع الأسئلة المتعلقة بالمعرفة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وأولئك الذين أجابوا بصريح على عدد معين من الأسئلة وأولئك الذين أجابوا بخطأ على جميع الأسئلة وكذلك الأمر بالنسبة إلى الانطباعات، غير أن هذا لم يحدث.

لا يكمن الهدف من هذه الدراسة في حصر تمثيلية المهاجرين بالمعنى الإحصائي للكلمة وإنما في تحليل وضع المهاجرين في بلد العبور تونس. ورغم ذلك فقد ضقت الدراسة الكمية عينة من 311 شخصاً من بينهم 176 امرأة (56.6%) لتمثيل شريحة سكانية مرجعية للشباب المهاجرين البالغ أعمارهم من 18 إلى 29 سنة والمقدّر عددها بألفي (2000) شخص في منطقة تونس الكبرى طبقاً لخارطة بالغة الدقة (خاصة أمام غياب لبنك معطيات). كما أن الدراسة شُفعت بإنجاز ستّ مجموعات نقاش مع مهاجرين من فئات مختلفة وهو ما يدفعنا إلى القول أننا حققنا درجة من القرب من واقعهم.

كما أنه، وعلى حدّ علمنا، لم يتم القيام بأي دراسة كمية عن المهاجرين العابرين في تونس، حيث لم نجد في مصادرنا البحثية سوى بعض الدراسات النوعية (Kassar Hg., Dourgnon P) 2014. والمنظمة الدولية للهجرة 2015 و Jaouadi I. 2016 وأطباء العالم 2016)

ومع ذلك، فإن المنهجية المعتمدة تنطوي على



1. دوافع الهجرة

هذه الأرقام في دراسة أخرى (Jaouadi I. ; 2016) وهو ما تم إثباته عبر مجموعات النقاش حيث عبّر المهاجرون عن عدم الرضا عن الظروف الاقتصادية والمهنية من ناحية والشخصية والأسرية من ناحية أخرى في بلد المنشأ (عادل العياري & حدي الحرشاني؛ 2017).

عوامل الدفع (Push factors): قدّم أكثر من 90% من المهاجرين إلى تونس بعد سنة 2013 حيث تمثلت العوامل الرئيسية التي دفعتهم إلى الهجرة في الدراسة بنسبة 27% من الحالات والعوامل الاقتصادية بنسبة 25% من الحالات والعوامل الأمنية بنسبة 7% من الحالات. وقد وردت

” بالنسبة لي، الهجرة هي تغيير ظروف أسرتي “

موريس، 26 سنة

وبالنسبة إلى العديد من المهاجرين القادمين من ساحل العاج، فقد جعلت الحرب وضعهم الاجتماعي أكثر صعوبة إضافة إلى انعدام الأمن وهو ما جعل العديد من الأشخاص يفقدون وظائفهم.

” لقد خسرت أنا وزوجي كل شي بسبب الحرب، خسرت عملي وأصبحت الحياة صعبة ومكلفة للغاية بالنسبة لي “

ميراي 40 سنة، ضحية الإتجار

وهو الحال بالنسبة إلى المهاجرين اللاتي قدمن بدافع الدراسة في تونس لأنهن سمعن عن جودة الشهادات العلمية التونسية وهو ما جعل أسرهن يشجعنهن على القيام بعملية الهجرة.

عوامل الجذب (Pull factors): ذكر 38% من المهاجرين فرص العمل ونوعية الحياة كعامل من عوامل الجذب، بينما ذكر 17% منهم الفرص الاقتصادية المرتبطة بالأمن وفي مرتبة ثالثة الفرص المتاحة لمتابعة الدراسة (بنسبة 14%)

” أسرتي هي التي أثارت المسألة وشجعتني، انها شهادة دولية جيدة، وهنا ليست بعيدة كثيرا “

ناداج، فتاة، 27 سنة

هذه، كان ساحل العاج بلد المنشأ الأكثر تواترا بنسبة تفوق 29.5% من المهاجرين المستجوبين.

تستقطب تونس المهاجرين بسبب قربها من أوروبا وسهولة دخول ترابها الذي لا يتطلب تأشيرة لدول غرب أفريقيا (Boukari H. ; 2010). وفي دراستنا

« كنت أرغب في الذهاب إلى فرنسا غير أنني جئت إلى تونس لأنه كان من السهل الحصول على التأشيرة؛ وفي حقيقة الأمر لا أنوي البقاء هنا، أرغب في الذهاب إلى بلد آخر »

مشاركة في مجموعة نقاش

من النساء الإيفوريات اللاتي كنّ فريسة سهلة للتجار الذين يقدمون لهم فرصة العمل في تونس كعرض مغر للهجرة.

تجد عدّة نساء، وخاصة غير المتعلّمات منهن، أنفسهن في مواجهة ظروف صعبة من انعدام الأمن والبطالة، وهو الشأن بالنسبة إلى العديد

« لقد أخبرني وطمأنني¹³ أنّ عاملات النظافة تتلقين أجرا جيدا في تونس »

جيان 50 سنة، ضحية إتجار

الإقامة إلى جانب مظاهر أخرى من "العنصرية" التي أظهرها التونسيون.

الانتظارات: وجد 57% من النساء و37% من الرجال الوضع في تونس أكثر صعوبة مما توقعوه، وقد تذخر البعض من بطء إجراءات الحصول على بطاقة

« من الصعب الحصول على بطاقة الإقامة كما أنهم يجبروننا على دفع خطايا »

موريس، امرأة، 26 سنة

في بعض الأحيان يتجاوز المهاجرون الذين يصلون بشكل قانوني في الأراضي الوطنية التونسية مدة تصريح الإقامة ويُنقلون إلى مراكز الاستقبال والتوجيه للمهاجرين (مراكز الاحتجاز) في انتظار عودتهم إلى بلدهم الأصلي.

ورد في تقرير المنظمة الدولية للهجرة عن الدراسة الاستطلاعية حول الاتجار بالبشر في تونس والتي أجرتها سنة 2013 أنه: "على المستوى القانوني الوطني، يتم تنظيم دخول الأجانب وإقامتهم وخروجهم بموجب القانون 7-68 المؤرخ في 8/3/1968 المتعلق بوضع الأجانب،

... انهم ينادونني ككلوشة¹⁴ ويرمونني بالحجارة، هم ليسوا لطفاء معي وأنا أيضا أحتقرهم؛ من الصعب الاندماج هنا رغم أنني حاولت ذلك¹⁵

مشاركة في مجموعة نقاش

وفيما يتعلق بالنساء ضحايا الاتجار، ذكر المستشار في تقرير مجموعة النقاش التي جمعت نساء ضحايا الاتجار: "الشعور بفقدان كل شيء، الفشل في السفر، فقدان الأموال وهو ما يغرس في الضحية فجأة ودون إدراك شعورا بالخضوع وعدم القدرة على الرد كما لو كانت قد سقطت في حفرة"¹⁶.

ورغم هذا الوضع الصعب، صرّح 59% من النساء المهاجرات و49% من الرجال إنهم سيشجعون الآخرين على الهجرة إلى تونس حيث بررت النساء المهاجرات، خلال بعض مجموعات النقاش، ذلك بالوضع الصعب للمرأة في بلدانهن الأصلية والمسؤوليات الأسرية المناطة بهنّ التي يتحملنها بمفردهنّ.

وفقاً لتصريحات الفاعلين الرئيسيين الذين شاركوا في مجموعة النقاش، فإن وضع العديد من المهاجرين غير القانونيين (بدون بطاقة إقامة) يجعلهم ضعفاء اجتماعياً ويضعهم في حالة هشاشة تتفاقم عند تعرضهم للاعتداء خاصة وأنهم لا يستطيعون التقدم لرفع شكوى خوفاً من الاعتقال: "هناك العديد من حالات ضحايا الاعتداء الجنسي، حيث نعرض حالات منها أحياناً في حديقة "الباساج" ولا يمكنهم تقديم شكوى لأنهم في وضع غير قانوني ومعرضون لخطر الإيقاف بسبب مبالغ الخطايا المتراكمة التي تصل إلى 20 دينار تونسياً في الأسبوع ... وهو ما يمنعهم من التمتع بحقوقهم الأساسية وبالتالي فقدانهم لتأشيرات العمل فلا يمكنهم العمل أو الحصول على أجر" (فاعل رئيسي).

بالنسبة لي، أعتقد أن هنا (في تونس) النساء يتمتعن بوضع أفضل، وهو ما يجعل أزواجهن يتودّدون إليهن وهذا الجانب يستهويني. ولكن في ساحل العاج، المرأة هي التي تقوم بكل شيء، أما الرجال فهم لا يفعلون شيئاً غير ضربنا وإساءة معاملتنا¹⁷

البن

¹³ في حديثها عن التاجر (NdA)
¹⁴ "كلوشة" تعني "ذات البشرة السوداء" في اللهجة التونسية الساخرة.
¹⁵ وفقاً لتعبير ميراي Mireille، ضحية الاتجار (NdA)



III. الصحة الجنسية والإنجابية

علاج السيدا أو بـ"لا أعرف". في الحالتين الأخيرتين، كان مستوى المعارف لدى النساء منخفضاً مقارنةً بذلك لدى الرجال. أما بالنسبة إلى وسائل منع الحمل، فقد ذكر المجيبون من الجنسين معذّر ثلاث وسائل من أبرزها الحبوب والواقي والحقن. وتجدر الإشارة أنه خلال مجموعات النقاش، أقرّ معظم المهاجرين والمهاجرات بجهلهم بالصحة الجنسية والإنجابية.

المعارف: يبدو مستوى المعارف لدى المهاجرين الشباب عن الصحة الجنسية والإنجابية متغيراً تبعاً للعناصر التي تمت مناقشتها، ففي الوقت الذي كان فيه جلّ المهاجرين يدركون أن الحمل يمكن أن يحدث عند أول جماع، كانت ردود الفعل بخصوص تأثير الاستمناء على الصحة أقل حدة حيث أجاب أكثر من 76% من المجيبين إما بخطأ معتقدين بأن الاستمناء مضرّ بالصحة أو بـ"لا أعرف". وينطبق الأمر كذلك على مرض السيدا، حيث أجاب أكثر من 50% من المجيبين بـ"خطأ" معتقدين أنه يمكن

«لا، لا فكرة لدي»

(في حديثها عن الصحة الجنسية والإنجابية)
كريستال، امرأة 27 سنة

المجيبين 91% من النساء لا تعرفن أو لم تكنّ على يقين ما إذا كان يمكن للشباب إذا أحب فتاة أن يجبرها على إقامة علاقة جنسية معه أو لا، بينما أبدت 6% ممن تأييدها لذلك. ولفهم موقف المهاجرين من هذه المسألة بشكل أفضل، طرحنا الأمر خلال مجموعات النقاش من قبل المستشارين وهو ما مكّن من الحصول على ثلاثة أنواع من الإجابات:

◀ "الأغلبية التي ترفض قطعياً أن يجبر الرجل صديقه على إقامة علاقة جنسية، وهو موقف مشترك على نطاق واسع لدى المهاجرين من جنوب الصحراء ولدى جزء من النساء العربيات".

الانطباعات: أبدى أكثر من 63% من المجيبين تأييدهم لموقف العلاقات الجنسية بين شخصين غير متزوجين متحابّان دون تسجيل اختلاف بين النساء والرجال. ومع ذلك، تجدر الإشارة أن عدد المستجوبين من العرب كان منخفضاً (6 نساء و 6 رجال) وأن هذا السؤال لم يتم عرضه خلال مجموعات النقاش مع النساء السوريات حتى نتّمكّن من اكتشاف الاختلافات المدتملة في المواقف مع المجيبين من أفريقيا شبه الصحراء.

أما بالنسبة إلى مسألة العنف القائم على النوع الاجتماعي، فقد وجدنا أنه من بين 88% من

لا، ليس من الطبيعي أن يجبر الرجل امرأة على ممارسة الجنس، إنه اغتصاب، هذا غير طبيعي، يجب موافقة المرأة لممارسة الجنس

انياش، ساحل العاج

◀ "يعتقد بعض الرجال من جنوب الصحراء بحق له جماع المرأة حتى لو لم ترغب هي بذلك. تم ابداء هذا الرأي بطريقة ملاظفة غير أنه يحمل طابعا معقما"

بعض النساء يرغبن أن يجبرهن الرجل على اقامة علاقة جنسية معهن

بانسي، بوركينا فاسو

◀ "النساء العربيات السوريات اللواتي يعتقدن أنه في حالة رفض المرأة، يحتفظ الرجل بكامل حقه غير القابل للتصرف في ممارسة الجنس. وهو رأي مصاغ بقناعة شديدة لأنه شرعي في نظر هؤلاء النساء من زاوية دينية وقانونية اسلامية (الشريعة). وهو التصور الأكثر انتشارًا بين الأشخاص الذين قابلناهم في هذه المجموعة"

نعم يحقّ له، هذا ما علمنا إياه والدينا. نحن نفضل أن يكون الأمر مبنيا على التفاهم ولكن إذا هي رفضت، فيحق له طبقا للشرع

ريها، سوريا، 26 سنة

يعرفون، وخلال مجموعات النقاش، فقد عبّر جميع المشاركين من جميع الفئات رفضهم أن يعترف الرجل المرأة.

ونفس الشيء بالنسبة إلى العنف الجسدي حيث وافق 10% من المجيبين أنه من المبرر أحياناً أن يعنف الشاب صديقته، بينما صرّح 83% انهم لا

اطلاقاً، هذا غير طبيعي أبداً، لماذا يعترف امرأة؟ هذا غير طبيعي

انياس، ساحل العاج

(ر خويلي، 2017) تشير إلى وجود هيئات حكومية وغير حكومية توفر خدمات مباشرة للمهاجرين من بينها خدمات صحية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية متاحة بشكل مجاني حسب ما ورد في الجدول التالي:

استخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية: أظهرت الدراسة أن أكثر من 80% من النساء وأكثر من 86% من الرجال يجهلون شبل النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في تونس الكبرى رغم أن خارطة الفاعلين الرئيسيين

الخدمات	الهيكل
الهيئات الحكومية	
تسليم بطاقات الإقامة	ادارة الحدود والأجانب (وزارة الداخلية)
دراسة ملفات ترشح الطلبة الأجانب والسماح لهم بالتسجيل في مختلف المؤسسات الجامعية بالجمهورية التونسية	الإدارة العامة للتعاون الدولي (وزارة التعليم العالي والبحث العلمي)
رخصة عمل للعمال الأجانب	وزارة التكوين المهني والتشغيل
- تلقي تقارير عن الاتجار بالأشخاص والإحالة على الهيئات القضائية المختصة - تنسيق الجهود في مجال حماية ومساعدة ضحايا الاتجار - جمع المعلومات والبيانات والإحصائيات المتعلقة بالاتجار بالأشخاص	الهيئة الوطنية لمكافحة الإتجار بالبشر
خدمات الصحة الجنسية والإنجابية	الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري

الهيئات غير الحكومية	
أطباء العالم	- الاستقبال والتوجيه - استشارة طبية - متابعة نفسية مستمرة - مرافقة المهاجرين/المهاجرات خلال الخدمات المختلفة وخاصة خدمات العلاج
جمعية تونس أرض اللجوء	- مساعدة قضائية - مرافقة اجتماعية - ادماج مالي (مشاريع صغرى...) - مرافقة طبية - ادماج ثقافي (دروس في الفرنسية، حلقات نقاش، أمسيات ثقافية، عرض أفلام ...)
الهلال الأحمر التونسي	- استقبال وتوجيه - تلقي طلبات اللجوء - مقابلة تحديد الحصول على وضع لاجئ - تسجيل طالبي اللجوء ودراسة الملفات (تعريف مقاييس المشاشة، زيارة منزلية...) - مساعدة مالية (عند الحاجة) مساعدة طبية
Caritas جمعية كاريتا	- مرافقة المهاجرين/المهاجرات - إيواء المهاجرين/المهاجرات في انتظار الترحيل
جمعية بيتي	إيواء المهاجرات في وضع المشاشة
جمعية أمل للأم والطفل	إيواء المهاجرات في وضع المشاشة
جمعية النساء التونسيات للبحث حول التنمية	إيواء المهاجرات في وضع المشاشة
الجمعية التونسية لمقاومة الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا (قسم تونس)	- التوعية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية والإنجابية - فحص فيروس نقص المناعة البشرية
الرابطة التونسية للدفاع عن حقوق الانسان	- المساعدة القضائية - الدفاع
وكالة الأدمنتست للتنمية والإغاثة	الادماج الاقتصادي (عقد توظيف + مشاريع صغرى ...)
جمعية الطلبة والمتربصين الأفرقة بتونس	- تعزيز قدرات المهاجرين - مرافقة الطلبة والمتربصين الأفرقة - الدفاع
منظومة الأمم المتحدة	
المنظمة الدولية للهجرة	- مساعدة طبية (مستلزمات النظافة، التكفل الطبي ...) مساعدة قضائية - المساعدة على المغادرة الطوعية
المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	- دراسة طلبات اللجوء - منح "وضع اللاجئ"

(76% بالنسبة إلى النساء و73% بالنسبة إلى الرجال). هل تعكس هذه النتائج أننا كنا أمام خدمات صحة جنسية وإيجابية صديقة للشباب؟ جاءت الإجابة عن هذا السؤال خلال مجموعات النقاش حيث اعتبر الرجال الذين كانت زيارتهم لخدمات علاج الصحة الجنسية والإيجابية محدودة للغاية أن الجودة كانت مقبولة في القطاعين العام والخاص بينما اعتبرتها نساء جنوب الصحراء رديئة جداً.

ومن جهة أخرى، جدير بالذكر أن أغلب المهاجرين المستجوبين سواء خلال المقابلات أو خلال مجموعات النقاش مَرَّحوا أنهم لم يتَّصلوا بخدمات الصحة الجنسية والإيجابية بينما أقر أغلب الذين زاروا هذه الهياكل أنهم تحصلوا على الخدمة المطلوبة (أكثر من 88%) وعلى المعلومة المطلوبة (74%) وأحسوا بأريحية في طرح الأسئلة خلال الاستشارة الطبية وتحصلوا على الأجوبة المناسبة لأسئلتهم المطروحة وأنه تمَّ احترام خصوصياتهم وسرَّيتهم

«الخدمات رديئة للغاية. أنا أعاني من خدمات المستشفيات العمومية. الأطباء غير متاحين في المستشفيات العمومية. هم يأتون متأخرين ويغادرون باكراً»

فاطمة، سوريا

من جهة أخرى، برز القطاع الخاص أكثر استعمالاً من العام واعتبرت جودة خدماته أفضل. "تعتبر الحجج المتعلقة بالاستقبال وآجال الانتظار والتوافر والإصغاء أكثر تقدماً من باب المقارنة" (عادل عياري & حدى حرشاني؛ 2017).

« انطلاقاً من تجربتي مع المصحة حيث أجري التحاليل الطبية، الخدمات حقا مثالية »

البن، ساحل العاج

وفي الختام تجدر الإشارة أن السؤال المفتوح خلال الدراسة الكمية قد كشف عن أحد أهم بالحواجز والمتمثل في تقييد العلاج باستخدام العقاقير المضادة للفيروسات والمتابعة البيولوجية للأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية المتوفران مجاناً وحكراً على التونسيين الذين يعيشون في تونس غير المنتفعين بالتغطية الاجتماعية طبقاً لمنشور وزاري صادر سنة 2000¹⁶. ويتنفيذ أحكام هذا المنشور يصبح ممنوعاً على الأشخاص المقيمين في تونس والحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية الحصول على العقاقير المضادة للفيروسات وعلى المتابعة البيولوجية المجانيتين.

يبدو أن هذه الآراء تقدم تفسيراً للرضا النسبي للمستجوبين المشاركين في الدراسة الكمية حيث قدّموا أجوبة إيجابية عن هياكل خدمة الصحة الجنسية والإنجابية في إشارة إلى القطاع الخاص.

أما فيما يتعلق بالحواجز التي تحول دون النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تم تحديدها خلال الدراسة الكمية، فإن عامل نقص الأموال كان الأكثر تواتراً إلى جانب بعض مشاعر عدم الارتياح بسبب سلوك بعض العاملين بقطاع الصحة وخاصة منهم الممرضات والأعوان. وقد كشفت مجموعات النقاش عن ثلاث حواجز رئيسية: (i) تكلفة الخدمات العلاجية لا سيّما في القطاع الخاص، ثم (ii) وضع المهاجرين في وضع غير قانوني الذي يحرمهم من رخص العمل والتغطية الاجتماعية، و(iii) جهل المهاجرين بحقوقهم أو بالمنظمات التي يمكن أن تدعمهم.

¹⁶ منشور عدد 16/2000 المؤرخ في 27 فيفري 2000.



الخلاصة والتوصيات



أننا سجلنا رواج أفكار خاطئة عن وسائل منع الحمل وفيروس نقص المناعة البشرية خاصة بالنسبة إلى اختبار حمل الفيروس.

وفي الوقت الذي سجّلنا فيه انطباعات متحرّرة عن العلاقات الجنسية فقد سجلنا انطباعات أخرى أقلّ وضوحاً حول العنف القائم على النوع الاجتماعي حيث أبدى المشاركون في مجموعات النقاش آراء مختلفة تراوحت بين رافض لهذه الظاهرة ومؤيّد لها.

ويمكن اعتبار الإلمام بوسائل منع الحمل مُرضياً طالما أنّ المجيبين ذكروا على الأقلّ ثلاث وسائل لمنع الحمل لكن استخدام الواقي يبقى محدوداً.

وقد كان عدد المهاجرين المظالمين على هياكل الخدمات العلاجية في الصحة الجنسية والإنجابية منخفضاً حيث استخدم أقلّ من ثُمس المهاجرين هذه الخدمات من بينهم 26 امرأة وضعت مولودها في الهياكل الصحية بينما عبّر نصفهن عن عدم الرضا عن خدمات الأمومة. هذا وقد سجّلت هذه الدراسة النوعية مستوى من الرضا عن جودة الخدمات في القطاع الخاص أكثر منها في القطاع العمومي إذ اشتكى المهاجرون بشكل أساسي من جودة الاستقبال والتواصل مع الممرضات وموظفي الاستقبال على وجه الخصوص.

مكنتنا دراسة دوافع الهجرة والحاجيات المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية بين المهاجرين الشباب نحو تونس والمقيمين بمنطقة تونس الكبرى من الوصول إلى الاستنتاجات التالية:

يغادر المهاجرون الشباب بلدهم الأصلي لأسباب اقتصادية ومن أجل الدراسة ثم في مرتبة ثالثة الهروب من انعدام الأمن، كما هو الحال بالنسبة إلى المهاجرين من ساحل العاج أو العرب (سوريا وليبيا).

وتستقطبهم تونس لتكون دولة عبور خاصة وأن دخول بعض الجنسيات لا يتطلب تأشيرة ونظراً لقربها من أوروبا والسمعة الجيدة لشهائدها الجامعية.

وقد مرحت جُلّ النساء المهاجرات أنهن وجدن الظروف أصعب مما توقعن قبل وصولهن إلى تونس خاصة بالنظر إلى بطء إجراءات الحصول على بطاقة الإقامة مما يجعلهن في وضع غير شرعي. أما في ما يتعلق بموقف التونسيين فقد اعتبروه "عنصرياً".

أما على مستوى الصحة الجنسية والإنجابية فقد كان أغلب المهاجرين نشطين جنسياً وبدأوا في الاستعلام عن الحياة الجنسية في سن مبكرة إلا أن أقلّ من نصفهم يعتبر نفسه على اطلاع جيد كما

وبهذا، مَختننا نتائج هذه الدراسة من إدراج التوصيات التالية على سبيل الذكر لا الحصر:



3 تفعيل الخطة الإستراتيجية الوطنية لمكافحة السيدا في عنصرها الذي يستهدف الحد من هشاشة المجموعات السكانية المحددة ومن بينها المهاجرين وضمان الحصول على العقاقير المضادة للفيروسات بالنسبة إلى الأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية،



4 وضع إجراءات تواصل بسيطة تستهدف جماهير مختلفة: تعريف المهاجرين بحقوقهم والهياكل التي يمكن أن تساعدهم وتوعية المهنيين الذين يقدمون الخدمات الصحية والاجتماعية وتعميق وعي الناس بالتسامح وقبول الاختلاف،



5 التعاون مع المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية في جهودها الموجهة لبعض المجموعات الفرعية من المهاجرين وخاصة الضعفاء منهم ومع المهنيين الذين يقدمون الخدمات الصحية والاجتماعية،



6 تشريك المهاجرين في صنع القرار من خلال أقرانهم.



1 العمل على إنشاء وحدة تصرف اجتماعية وصحية طلب وزارة الشؤون الاجتماعية تُعنى بالمهاجرين نحو تونس الذين يعيشون وضعاً هشاً، وحتى تتمكن هذه الوحدة من القيام بدورها في الدعم والمساندة، يجب التأكيد على ضرورة توفير الظروف التالية:

◀ تمكين الوحدة من ميزانية خصومية لتلبية الاحتياجات الملحة،

◀ فصل الخدمات الصحية الاجتماعية عن الإجراءات القضائية تجاه الفئات الهشة لتمكين المهاجرين في وضع غير قانوني من المطالبة بحقوقهم في الصحة والحماية خاصة في حالة الاعتداء البدني أو الجنسي،



2 تعزيز العمل في إطار التشبيك الذي يجمع الأطراف المتداخلة الحكومية وغير الحكومية من أجل تضافر العمل وتكامل التدخل في كنف احترام حقوق الفرد في العلاج والحماية ودون انتهاك القوانين الوطنية. كما أنه من الضروري تحديد أدوار كل متدخل في هذه الشبكة و وضع آلية تضمن استمراريتها،



قائمة المراجع



ع. العياري & ح. الحرشاني دراسة نوعية عن الهجرة المختلطة للشباب واحتياجات خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. تقرير تأليف 2017

ه. بوبكري. تونس: الهجرة وسوق الشغل والتنمية. 2010
دورغون ب. & كسار ه. المهاجرين من وإلى شمال إفريقيا: دراسة لمخيم الشوشة للاجئين بتونس. 2014

المعهد الوطني للإحصاء. التعداد العام للسكان والسكنى 2014. خصائص الهجرة. 2017

المنظمة الدولية للهجرة تونس. دراسة استطلاعية للإتجار بالبشر في تونس. جوان 2013، ص:40

المنظمة الدولية للهجرة. تيارات الهجرة عبر المتوسط: وضع النقاط على الحروف. 2015

الجوادي. تقييم أسس الهشاشة الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمهاجرين من أجل نفاذ حقيقي لخدمات الصحة في تونس. 2016

كسار & دورغتون. المعبر الكبير: قوارب الهجرة السرية في المتوسط. 2014
خوبلي. خارطة المهاجرين والفاعلين الرئيسيين في تونس الكبرى. 2017

أطباء العالم تونس. من أجل نفاذ المهاجرين إلى الحق في الصحة في تونس. 2016.

المرصد المغربي للهجرة. التقرير السنوي حول الهجرة غير الشرعية في تونس. 2016 (على موقع <https://ftdes.net/rapports/fr.omm2016.pdf>)



رابط تحميل الملحقات

tunisia.unfpa.org/fr/publications/annexes-migrants

