

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 بوزريعة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: العائلة و السكان

رسالة لنيل شهادة الماجستير تحت عنوان:

مشاكل المسنين ودور أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم.

دراسة ميدانية لعينة من المسنين المستفيدين من المنحة والتغطية

الصحية ببلدية أولاد فارس بالشلف .

إشراف الدكتورة:
عميرة جويذة

إعداد الطالب:
كوري هني

السنة الجامعية: 2013 - 2014

إهداء

أهدي عملي المتواضع هذا أولاً؛
إلى من كان رضا الله منبع سعادتي؛ والديّ العزيزين أطال الله في
عمرهما وأمدّهما بالصحة والعافية.
إلى كل من تقاسمت معهم ذكريات الدراسة الجامعية: بوعليت محمد، طهراوي احمد
سايح سويح ،



كلمة شكر وعرفان

الحمد والشكر أولا لله العلي القدير الذي وفقني لانجاز هذا العمل المتواضع.
ثم الشكر والامتنان لموصول للأستاذة القديرة "عميرة جويذة" التي لم تبخل عليا
بنصائحها وتوجيهاتها القيمة والسديدة طيلة فترة انجاز البحث، وصبرها الدائم عليا
وأرجو من الله أن يجعلها ذخرا للعلم ويوفقها في حياتها.
ولا يفوتني أيضا أن أقدم بالشكر لكل الأشخاص الذين ساعدوني من قريب أو بعيد.

الفهرس

الفهرس:

أ..... مقدمة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

05. أولاً: أسباب اختيار الموضوع.
08. ثانياً: الإطار الإشكالي للدراسة.
13. ثالثاً: تحديد المفاهيم الدراسة.
21. رابعاً: الإجراءات المنهجية في البحث العلمي..
21. 1 - المنهج المتبع.
22. 2 - العينة و كيفية اختيارها.
22. 3 - التقنية المستعملة.

الفصل الثاني: المدخل النظري لدراسة المسنين

30. أولاً: تعريف الشيخوخة.
35. ثانياً: مميزات الشيخوخة.
40. ثالثاً: مشاكل الشيخوخة.
45. رابعاً: النظريات المفسرة لمشاكل الشيخوخة.
53. خامساً: الدراسات السابقة المقدمة في مجال المسنين.

الفصل الثالث: الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين

60. أولاً: تعريف الرعاية الاجتماعية.....
62. ثانياً: فلسفة الرعاية الاجتماعية
64. ثالثاً: مميزات الرعاية الاجتماعية.....
62. رابعاً: أنواع الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين.....
80. خامساً: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في الدول المتقدمة.....
- 87.. سادساً: بعض السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في بعض الدول العربية
92. سابعاً: الرعاية الاجتماعية للمسن في الإسلام.....
98. ثامناً: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة و المسنين في الجزائر.....

الفصل الرابع: الأسرة ومكانة المسنين في المجتمع الجزائري

- 113.. أولاً: الأسرة
115. ثانياً: خصائص الأسرة.....
116. ثالثاً: وظائف الأسرة.....
121. رابعاً: مراحل تطور الأسرة الجزائرية.....
126. خامساً: مكانة المسن في الأسرة الجزائرية التقليدية.....
134. سادساً: مشكلات المسن في المجتمع الجزائري.....
- 153.. سابعاً: دور الأسرة في التكفل بالمسنين.....

الفصل الخامس: الواقع الديمغرافي للشيخوخة في العالم

- 161.. أولاً: المسنونون في الدول المتقدمة (الأرقام و إحصائيات)
- 168.. ثانياً: الشيخوخة في البلدان العربية والإسلامية
179. ثالثاً: المسنونون في الجزائر (أرقاماً وإحصائيات)

الفصل السادس: الجانب الميداني

- 192 . أولاً: عرض وتحليل البيانات الميدانية
266. . ثانياً: نتائج الدراسة
- 247.. خاتمة
- 250 قائمة المراجع

الملاحق

مقلدة

مقدمة:

يعرف المجتمع الجزائري تحولات اجتماعية واقتصادية أثرت على الأسرة الجزائرية من حيث بنائها ووظائفها، وكذلك توزيع الأدوار وأصبح الفرد يستمد مكانته من دوره في المجتمع سواء ذكر أو أنثى كبير أو صغير هذه التغيرات أدت إلى انعكاسات سلبية على الفرد والمجتمع من خلال بروز ظواهر جديدة غريبة عن قيم ومبادئ المجتمع ومن أبرزها تهميش المسنين والعقوق والتشرد والتسول في أوساط المسنين،

هذه الظواهر أدت إلى وضع سياسات وتشريعات لاحتوائها ومن أهم السياسات برامج الرعاية الاجتماعية للمسنين، ومن أجل التكفل الشامل لهذه الفئة أنشئت دور للأشخاص المسنين وكذلك منحة للأشخاص الذين هم بدون دخل تقدر ب3000 دج¹ والتغطية الصحية، إلى تحديد مسؤولية الأسرة إزاء الأشخاص المسنين خاصة الوالدين في النصوص القانونية باتخاذ إجراءات عملية لصالح الأشخاص المسنين تلزم الأبناء على تحمل مسؤولياتهم اتجاه الوالدين بالإضافة إلى تدعيم الوظائف الحيوية للأسرة باعتبارها المحيط الطبيعي والمناسب لرعاية وتلبية احتياجات المسن².

هذه الجهود التي تقدمها المؤسسات تهدف لإشباع الحاجيات الأساسية للمسنين ومن أجل إبراز دور الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين ومساهمتها في معالجة مشاكل المسنين الأساسية من أجل تحسين حياتهم.

ولتسهيل فهم الموضوع قمنا بتقسيم الرسالة إلى جانبين، الجانب النظري الذي ينطوي على خمس فصول، الأول منها خصصناه للجانب المنهجي، والثاني عرضنا من خلاله مفهوم الشيخوخة ومشكلاتها الشيخوخة والدارسات السابقة في

¹ -قرار وزاري مشترك رقم 53 المؤرخ في 1996/09/24 المحددة للمبالغ التعويضية للمسنين .

² - المجلس الاقتصادي الاجتماعي. مشروع تقرير حول نظرة الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، الدورة العامة السابعة عشر، 2001، ص 45.

حين خصص الفصل الثالث لمفهوم الرعاية وأساليبها وأنواعها، أما الفصل الرابع للأسرة ووظائفها ودورها في رعاية المسن، ليشمل الفصل الخامس والأخير من هذا الجانب حول ظاهرة الشيخوخة بالأرقام والإحصائيات في دول العالم وإحصائيات المسنين في الجزائر وتوجهاتها.

في حين نجد الجانب الميداني للبحث قد اشتمل على أربع فصول الأول منها خصصناه لعرض أهم الخصائص لعينة البحث وأيضاً تحليل الفرضية الأولى التي حاولنا من خلالها معرفة العلاقة بين المشاكل الاقتصادية للمسن ودوره في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية المتمثلة في المنحة والتغطية الصحية، والفصل الثاني اشتمل على تحليل الفرضية الثانية من خلال معرفة العلاقة بين الحالة الصحية للمسنين ودوره في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين، والفصل الثالث لتحليل الفرضية الثالثة لمعرفة تأثير العلاقات داخل الأسرة وتراجع دور الأسرة في التكفل بالمسن ساهم في ازدياد طلبات الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية، والفصل الرابع والأخير لتحليل الفرضية الرابعة من أجل معرفة مدى تأثير المنحة المقدمة والتغطية الصحية في تحسين حياة المسن الاقتصادية الاجتماعية والصحية، لنختم بحثنا بإبراز النتائج العامة للبحث الميداني متبوعاً بخاتمة البحث وقائمة المراجع التي اعتمدنا عليها والملاحق.

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للبحث

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

تمهيد .

أولاً: أسباب اختيار الموضوع وأهدافه.

ثانياً: الإطار الإشكالي للدراسة.

ثالثاً: تحديد مفاهيم الدراسة.

رابعاً: الإجراءات المنهجية في البحث العلمي:

1 - المنهج المتبع في الدراسة.

2 - نوع العينة وطريقة اختيارها.

3 - أدوات جمع البيانات.

تمهيد:

تقوم الدراسات العلمية على خطط منهجية، يستطيع الباحث من خلالها رسم خطة تكون له بمثابة قاعدة توجيهية لمسار الدراسة، بحيث تكون هذه الخطة وفق الدراسة التي تنبأها الباحث، وفي هذا الفصل نحدد الخطة المنهجية المتبعة في هذه الدراسة وذلك من خلال توضيح النقاط الأساسية التي قامت عليها الدراسة، بداية من أسباب اختيار الموضوع مشاكل المسنين ودور أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم وأهميته وأهدافه، ثم قمنا بطرح الإشكالية وصياغة الفرضيات، لنحدد بعدها المفاهيم الأساسية في الدراسة، وبما أن الدراسة لابد أن تخضع لإسقاط نظري يتمثل في مقارنة نظرية (مقاربة سوسيولوجية)، وصولاً إلى المنهج والتقنيات المتبعة والعينة، وسرد لبعض الدراسات المماثلة.

أولاً: أسباب اختيار الموضوع وأهداف الدراسة:

1-أسباب اختيار الموضوع:

إن كل موضوع يناقش أو هو بصدد البحث من قبل الطالب أو الباحث إلا وكانت هناك خلفيات ودوافع من أجل اختيار هذا الموضوع، ومن ثم كان اختيار الموضوع ليس بالطريقة السهلة، بل يمر بعدة فحوصات واستطلاعات تجعل الباحث يبني صورة واضحة لبحثه مبرراً موقفه أو دوافعه إلى اختيار موضوع بحثه، ومن ثم يسهل عليه بناء الإشكال وصياغة الفرضيات التي تعتبر الخطوة الأساسية لنجاح البحث، ونحن بصدد معالجة مشاكل المسنين ودور أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم لدينا عدة أسباب موضوعية وأخرى ذاتية لاختيار الموضوع وهي كالآتي:

- ✓ تفشي ظاهرة لجوء المسنين إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.
- ✓ التزايد المستمر للمشكلات المسنين مثل العنف والطرده من المنزل...، التي نلاحظها يوميا مثل نوم بعض المسنين على قارعة الطريق.
- ✓ اهتمام الرأي العام العالمي بحماية المسنين التي تعكس بعد حضاري وإنساني.
- ✓ القيمة العلمية التي يحظى بها الموضوع، باعتبار أن مواضيع التي تهتم بالمسنين أصبحت مواضيع مهمة جدا في الدراسات السوسولوجية.
- ✓ المساهمة في الثراء العلمي المحلي .
- ✓ مناقشة المواضيع الديمغرافية المناسبة للتخصص .
- ✓ قلة الدراسات السوسولوجية التي تتناول مواضيع حول المسنين وسبب طلبهم لخدمات الرعاية الاجتماعية

✓ اهتمام شخصي بالموضوع وذلك من خلال الملاحظات اليومية للمشاكل التي يعاني منها المسنين .

2-الهدف من الدراسة:

وتهدف هذه الدراسة:

✓ الكشف عن الأسباب المباشرة وراء زيادة الطلب على خدمات الرعاية الاجتماعية.

✓ الكشف عن العلاقة بين المسن وأفراد أسرته وما هي الدوافع التي طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

✓ معرفة دور هذه أساليب الرعاية الاجتماعية في تحقيق الراحة النفسية لهؤلاء المسنين .

✓ التعرف على مدى تحقيق أساليب الرعاية الاجتماعية للأهداف المرجوة منها.

✓ محاولة فهم الظاهرة وذلك من خلال الملاحظة في المجتمع، والمقابلة مع أفراد عينة البحث، والاحتكاك المباشر بالمعنيين، من أجل أخذ المعطيات من الواقع وفهم متغيراته. ونقل انشغالات هذه الفئة واحتياجاتهم إلى الجهات المختصة.

ثانياً: الإطار الإشكالي للدراسة:

1- إشكالية الدراسة:

يحتاج المسن للرعاية الاجتماعية و الأسرية، فالشيخوخة هي المرحلة العمرية الأخيرة في حياة كل فرد تحدث له جملة من التغيرات البيولوجية تخص الجسم. و تغيرات أخرى نفسية و اجتماعية تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، فتفرض عليه الانعزال من المشاركة الفعالة في الحياة الاجتماعية وقد تؤدي هذه التغيرات إلى اكتساب مكانة عالية كرمز للخبرة والحكمة حسب الثقافة السائدة في بعض المجتمعات، ومع التحولات الضخمة التي حدثت في كثير من دول العالم خاصة مع الثورة الصناعية في اوروبا .

والتغير في نمط الحياة من حياة تعتمد على التعاون والتضامن والتكافل تمثله الأسرة التقليدية الممتدة، إلى نمط جديد يقوم على تقسيم العمل الذي فرض نوعاً جديداً من الأدوار داخل الأسرة وأصبح التنافس الاقتصادي والتكوين والتعليم هو من يحدد المكانة الاجتماعية، وكذلك العولمة وكذلك تقدم مستوى الرعاية الصحية و القضاء على كثير من الأمراض الوبائية القاتلة. أدت إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة.

هذه العوامل أدت إلى بروز ظاهرة جديدة لها أبعاد اقتصادية واجتماعية تستوجب البحث والاهتمام وهي تزايد أعداد المسنين، وتشير الإحصائيات أن أعداد المسنين تزايدت في العالم، وتشير تقارير منظمة الأمم المتحدة أن العدد الإجمالي للمسنين وصل إلى 629 مليون ويتوقع أن تصل نسبة المسنين إلى 21% عام 2050 كما وأصبح يطلق على أوروبا اسم القارة العجوز وتشير التقارير المستقبلية أن نسبة كبار السن سيتضاعف بحلول سنة 2050، وسوف تتسبب زيادة عدد السكان من كبار السن إلى متاعب مالية ،و أدى ارتفاع أعداد المسنين

إلى تراجع عدد السكان مع ارتفاع عدد السكان المتقاعدين مما نتج عنه انخفاض نسبة الإبداعات مما يؤدي إلى إبطاء النمو الاقتصادي وتراجع اليد العاملة في نسب العاملين في السكان.

وهذا ما أشار إليه رئيس الأمم المتحدة سابقا كوفي عنان عند إعلان السنة الدولية للشيخوخة لأول مرة "أنه ينبغي للعالم أن يستعد لهذه التحديات الضخمة نتيجة التحول الديمغرافي الغير مسبوق والمشاكل التي تهدد نظم المعاشات والرعاية الصحية وحذر أن نظام الضمان الاجتماعي من المهد إلى اللحد المطبق في كثير من البلدان الصناعية مهدد بالخطر¹."

والجزائر كغيرها من دول العالم لا تخلو من الشيخوخة و لو كانت متوسطة من فئة المسنين فمن تعداد 1998 وصلت إلى 6.06 %.

وهذا يعود إلى انخفاض الخصوبة من جهة، وانخفاض نسبة الوفيات من جهة، وعلى وجه الخصوص وفيات الأطفال، و ارتفاع متوسط سن الزواج إلى 32 سنة للذكور و 29 سنة للإناث كذلك أمل الحياة عند الولادة وصل إلى 71 سنة²، وارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 7.6% من مجموع السكان عام 2008³ ويتوقع أن تصل نسبتهم إلى 9.7% بحلول عام 2020⁴، وهذا نتيجة انخفاض معدل الوفيات العام وارتفاع في أمل الحياة عند الولادة، الذي انتقل من 52.6 سنة في عام 1970⁵ إلى 75.7 سنة في عام 2008⁶.

¹ - عالم الشيخوخة حقائق وأرقام، مجلة رسالة اليونسكو (الشيخوخة ذروة العمر) رقم 10، أكتوبر 1992، ص 20.

² : العجز والمسنون في الجزائر. جريدة الشعب، عدد 31 ماي 1994، ص 10.

³ - ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10^{ème}, in : collections statistiques, n°142, 2008, p6.

⁴ - ONS. projections de population par wilaya l'horizon 2030, in: Collection statistiques, n°116, Alger, 2005, p60.

⁵ - وزارة الصحة و السكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق. ص 13.

⁶ - ONS, démographie Algérienne –2008, in : Collection de données, N°520, Alger, 2009, p6.

وكذلك شهدت السنوات الأخيرة الهجرة بأنواعها الشرعية والغير الشرعية (الحرقة) والتي ستؤدي إلى بروز الظاهرة بأبعادها الاقتصادية والاجتماعية، هذه التغيرات تمثل بواكير الشيخ في المجتمع الجزائري.

أما على الصعيد الاجتماعي شهدت الجزائر تحولات عميقة في بنائها الاجتماعي واقتصادي والثقافي أهم ما يميزها انتشار الأسرة النووية، دخول المرأة إلى العمل أثر على توزيع الأدوار داخل الأسرة و أحدث تغيرات في نسق القيم وكذلك الاتجاه نحو اقتصاد السوق الذي يعتمد على التكنولوجيا والمنافسة ساهم إلى حد كبير في تهميش عدة فئات من المجتمع خاصة كبار السن في التواصل نتيجة الأمية من جهة و زوال بعض الحرف التقليدية، التي تمثل رمز للمكانة لهذه الفئة، هذه التغيرات أدت إلى اتجاهات متباينة نحو المسن تتجه عموما نحو السلبية من خلال زيادة الرفض العائلي، التشرذم في أوساط المسنين و التسول وحتى الانتحار، وتزايد دور المسنين الذي يقدر حوالي 28 دار وهي مرشحة للارتفاع أما على الصعيد الصحي فالمسنين يعانون من أمراض مزمنة وهذا حسب نتائج التحقيق الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002 الذي يبين أن هناك نسبة 66.8% من المسنين يعانون من مرض واحد مزمن على الأقل¹ مما يتطلب علاج دائم، وحاجتهم إلى مختلف أنواع الرعاية الصحية.

إن توفير الرعاية اللازمة للمسنين وتحسين نوعية حياة المسنين في مختلف النواحي الاقتصادية والجسمية والنفسية والاجتماعية، وتختلف نوعية الرعاية ودرجة تأثيرها من مسن إلى آخر حسب وضعيته الاجتماعية والاقتصادية والصحية والعقلية، فجاءت الرعاية الاجتماعية من أجل مساعدة

¹ - الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة و السكان. المسح الوطني حول صحة الأسرة -2002، التقرير

المسن، فهي متنوعة حتى تحتوي كل مشاكل المسنين ومن أجل الوقوف على مدى مساهمة أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياة المسنين دفعنا إلى طرح تساؤل عام إلي أي مدى ساهمت أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياة المسنين؟

التساؤلات الفرعية:

1- هل المشاكل الاقتصادية للمسن هي التي دفعتهم إلى طلب الرعاية الاجتماعية؟

2 - هل الظروف الصحية للمسنين هي التي دفعتهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية ؟

3- هل زيادة إقبال المسنين على خدمات الرعاية الاجتماعية المتمثلة في المنحة والتغطية الصحية له علاقة بتراجع دور الأسرة بالتكفل بالمسن؟

4- هل ساهمت المنحة والتغطية الصحية في تحسين حياة المسنين الاقتصادية والصحية والاجتماعية؟

2 - فرضيات الدراسة:

1 - يعاني المسنين من مشاكل اقتصادية تدفع بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية. والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية.

2 - تردي الحالة الصحية للمسنين تدفعهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية من أجل تحسين حالتهم الصحية. والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية.

3 - زيادة إقبال المسنين على طلب خدمات الرعاية الاجتماعية له علاقة بتراجع دور الأسرة بالتكفل بالمسنين.

4 - لقد ساهمت المنحة والتغطية الصحية في تحسين حياة المسن الاقتصادية والاجتماعية والصحية.

ثالثاً: تحديد مفاهيم الدراسة:

3 - 1 المسن: تختلف المصطلحات المستخدمة لوصف المسن ويتصرف مفهومه إلى مجموعة من المصطلحات التي لها نفس المعنى والدلالة، ومنها كبير السن والمتقدم في السن أو في العمر وفئة العمر الثالثة والشيخوخة، وفئة العمر الرابعة دلالة على الأشخاص الذين تتزايد أعمارهم على 80 عاماً.

ويتفق الكثيرون على أن المسن هو ذلك الشخص الذي بلغ مرحلة الشيخوخة، وهي المرحلة التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحاً عما كانت عليه في المراحل السابقة من العمر.¹

إلا إن التحديد الزمني العمري للمسن لا يخضع لمعيار ثابت في كافة المجتمعات، حول الإطار العام لتحديد عمر المسن . وهناك عدة أبعاد لتحديد بداية الشيخوخة وهي:

أ - البعد البيولوجي: وهو مقياس يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة والتي تبدأ حسب هؤلاء على الأقل مع انتهاء مرحلة الرشد وتستمر طيلة فترة حياة الشخص، ويعرفونها على أنها: "نمط شائع من الاضمحلال الجسدي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن عند الفرد بعد إتمام عملية النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية تمس كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والغددية وحتى العصبية والفكرية"،² أي أنها باختصار: "السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في

¹ - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة نيسان الجامعة، عمان، 2002، ص 26.

² - نفس المرجع، ص 17.

قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها"¹. مثل معدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية.

ب - البعد الاجتماعي: ويشير إلى الأدوار الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي، يركز الباحثين في هذا المجال عند تعريف المسن أو مرحلة الشيخوخة على تلك التغيرات التي تحدث في أدوار الفرد وعلاقاته داخل البناء الاجتماعي ومع أفراد عائلته، وأصدقائه وزملاء العمل، وغيرها من الأعضاء، حيث تعرف هذه المرحلة بأنها مرحلة تراجع وخسارة مجموعة من الأدوار والعلاقات التي ذكرت سابقاً²،

ج - البعد السيكولوجي: وهو مقياس وصفي يقوم على جملة من الحقائق النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره أما التحديد الثقافي الاجتماعي للمسن فانه يتأثر في تحديد نموذج السلوك الذي يتناسب مع عمره الزمني وطرق تفكيره.³

د - البعد الاقتصادي: كثيراً ما يستعان للدلالة على بداية مرحلة الشيخوخة بسن التقاعد والخروج من القوة العاملة وما يصاحبه من انخفاض في الدخل وهبوط الحالة المعنوية وتراجع في العلاقات والأدوار التي كان يقوم بها فيما سبق خاصة في المجتمعات التي لها سن قانوني للانسحاب من العمل، حيث أن كثير من الأشخاص يوضع نهاية لنشاطهم الاقتصادي بحجة العجز في مرحلة الشيخوخة⁴، وهذه الفكرة انتشرت مع الثورة الصناعية وما عرفت المجتمعات من تطور في

¹ - أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي - فرنسي - عربي)، مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح: بيروت، الطبعة الثانية، 1986، ص 12.

² - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 40.

³ - معن خليل عمر، علم المشكلات الاجتماعية، دار الشروق، الأردن، 2005، ص 248.

⁴ - IBID, p8

أساليب الإنتاج، والبناء الأسري، والتطورات السريعة في المجال التكنولوجي وما تتطلبه من ضرورة تحديد المهارات، كانوا يرون أنه من الضروري وضع التشريعات والقوانين التي تنظم العلاقة بين أصحاب العمل والعمال وتحديد الحقوق التي يتمتع بها هؤلاء العمال، وخاصة ما يتعلق بتقاعد العمال والإحالة على المعاش في سن معين أين يفقد فيه هؤلاء العمال جزءا كبيرا من قدراتهم الفيزيائية، فيصبحون عاجزين عن ممارسة الأعمال الشاقة أو يفقدون جزءا من قدرتهم على التركيز والتدقيق في العمل¹.

وما يمكن قوله أن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة بيولوجية على صعيد التحولات العمرية، وتمثل أيضا مرحلة اجتماعية ثقافية على صعيد تحديد الدور الاجتماعي في مرحلة عمرية، تحددها ثقافة المجتمع لهذه المرحلة.

والاتجاه السائد يرتبط بالتعريف الزمني وهي ما سبقته الحكومات والمصانع وأصحاب العمل في تحديد موعد إحالة الموظفين والعمال إلى التقاعد ففي بعض الدول تعتبر السن (60) سنة بداية الشيخوخة، حيث تقوم لصرف المستحقات بينما تعتبر دول أخرى أن الخامسة والستين (65) سنة هي بداية الشيخوخة ويعرف المسنون ديموغرافيا وإحصائيا ذوي الأعمار 60 سنة فأكثر.

1 - 2 الاحتياجات الأساسية للمسن:

ترتبط احتياجات المسن بخصائص المرحلة العمرية والأوضاع الاجتماعية التي يعيشونها، ويعرف علماء النفس الحاجة بأنها حالة النقص والافتقار والاضطراب النفسي والجسمي. أن لم تلق إشباعا لدى الفرد نوعا من التوتر

¹ - يسرى دعبس، أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة: دراسة أنثروبولوجية مقارنة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية : الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2002، ص 22 .

والضيق لا يلبث أن يزول متى أشبعت هذه الحاجة¹ وتشمل احتياجات المسنين ما يلي:

أ - الحاجيات المادية:

قد يعيش المسن مع زوجته المسنة بمفردها فإذا توفيت زوجته فالمشكلة تتفاقم حيث لا يجد المسن من يرعاه ويتولى إلباسه وإطعامه ويرتب له بيته ويقضي له حاجياته الشخصية².

ب - **الحاجيات الثقافية:** المسن في أي مجتمع يملك خبرات، ومعلومات لا يستهان بها ويستطيع منها العطاء لو أتيحت له الفرصة المناسبة لذلك، وكلما انخفض مركزه في الأسرة واتجه المجتمع إلى الاستهانة به كلما تعلق شعوره باليأس، حيث انه يحتاج إلى الترفيه والترويح ويتميزون بالإقبال على تفهم أمور الدين ومناقشتها.

ج - **الحاجات النفسية:** المسنون بحاجة إلى توفير الطمأنينة لأنفسهم وعلى مستحقاتهم مثلهم مثل الشباب، فمرحلة الشيخوخة لاتعني الموت بحيث لا يعطي أي اعتبار لمستقبل المسنين فالمسنين لا يختلفون عن الشباب. ونظرتهم تختلف عن نضرتهم فهم يريدون الاطمئنان على أنفسهم وعلى مستقبلهم³.

د - **الحاجات الاجتماعية:** أكثر العلاقات الاجتماعية التي يود المسن توطيدها هي العلاقات الأسرية، وكذلك لمواجهة تغير العادات والقيم المتوارثة وما يترتب عنها من اختلاف في الآراء وطرق التفكير بين جيل الأجداد وجيل الأحفاد والآباء⁴.

يقول **العلامة** **عليه السلام** **وربّ الأئمة** **عليهم السلام** **ينور** **إحساناً** **إمّا** **يبلغن** **عندك**

تقول **العلامة** **عليه السلام** **ولا تنهروهم** **وقل لهم** **أقوالاً** **كراماً**¹.

¹ - احمد عزت راجع، **أصول علم النفس**، دار المعارف، القاهرة، 1979، ص 81،

² - نورهان منير حسن، مرجع سابق، ص 40،

³ - نفس المرجع، ص 44.

⁴ - نفس المرجع، ص 43،

ثم يأتي دور المجتمع لتنظيم الوسائل لتدعيم هذه العلاقات وأفضل الوسائل لتدعيم هذه العلاقات وأفضل مايفعله المجتمع هو تدعيم أندية اجتماعية للمسنين تتوفر فيها احتياجاتهم ويشعرون فيها بالراحة, ويحسنون بدورهم في هذه الحياة.وان هناك من يهتم بهم ويعتمد عليهم وأنهم مازالوا مرغوبين في المجتمع².

3-2-التعريف الإجرائي للمسن:

المسن ذلك الفرد من المجتمع الذي يمكن التعرف عيه من خلال الملاحظة على مظهره الخارجي كلامح الوجه، وانحناء الظهر بطيئ في الحركة وردة الفعل وكذلك تغيرات أخرى ، العزلة ضعف الذاكرة والنسيان وكذلك التمسك بالماضي وكذلك تقلص عند المسن علاقته بالآخرين ونعتمد في دراستنا على المسن الذي بلغ 60 سنة فأكثر يعانون من مشاكل اقتصادية وصحية واجتماعية مسجلين على مستوى البلديات قصد الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة الجزافية للتضامن والتأمين الصحي. AFS التي جاءت استجابة لاحتياجات المسن.من اجل تحسين نوعية حياتهم.

¹ - سورة الإسراء، الآية 23 .

² - نفس المرجع، ص44 .

3 - 3 تعريف المكانة الاجتماعية:

يتفق مفكرون حول تعريف المكانة الاجتماعية بأنها الوضع الذي يشغله الفرد داخل تنظيم معين¹.

ويذكر بعض العلماء أن الأسرة تمنح الأفراد المكانة الاجتماعية التي يشغلونها داخل المجتمع، وتتداخل المكانة الاجتماعية مع الوظيفة التي يقوم به الفرد ويكتسب عيشه من خلالها وتتحدد المكانة الاجتماعية في مجتمعنا المعاصر على أسس ومعايير تختلف عن تلك التي كانت في المجتمعات التقليدية والمتمثلة في الجنس والسن والقرابة... الخ

والفرد في مختلف مراحل عمره يكتسب مكانة معينة طبقاً لادوار معينة فيكتسب مكانة زوج بزواجه ثم مكانة أب بإنجابه أبناء ومع تقدمه في العمر قد تؤثر في مكانته الاجتماعية.

2-1 المفهوم الإجرائي للمكانة الاجتماعية: المكانة الاجتماعية تتمثل

في الوضعية أو المرتبة التي يوجد عليها المسن، والتي تعكس ما يتمتع به من سلطة وهيبة وما يحظى به من رعاية واهتمام داخل الأسرة والجماعة التي ينتمي إليها.

3 - تعريف نوعية الحياة المتعلقة بالمسنين: يجب النظر للمسن بوصفه وجوداً

إنسانياً يمر بظروف خاصة تستدعي تكاتف كل الجهود لرعايته، وأن رعايته هذه يجب أن تتم من خلال أنساق عديدة من بينها نسق الرعاية الرسمي وغير الرسمي من أسرة نواة أو أسرة ممتدة، أو البيئة الثقافية والاجتماعية أو حسب الحالة الصحية والجسدية للمسن نفسه، إذا ما وضعنا في الحسبان أن الرعاية سواء الرسمية أو غير الرسمية مفهوم أساسي متفق عليه، ضروري لنمو وتطور العلاقات

¹ - معن خليل عمر، مرجع سابق، ص 43 .

الإنسانية لذا فمن الضروري وجود نوع من التعاون والتنسيق بين مختلف الجهات التي تقدم الخدمات رعاية الاجتماعية للمسن الصحة، التعليم الإسكان، النقل ... الخ.¹

3-1 المفهوم الإجرائي لنوعية حياة المسنين: نقصد بمفهوم تحسين نوعية حياة المسنين هي تلك الرعاية الرسمية المقدمة من طرف الدولة في مجال رعاية المسنين التي تهدف إلى تحسين حالتهم الاقتصادية والاجتماعية والصحية والنفسية وإشباع حاجياتهم تحقق لهم الكرامة وتحقيق الذات والاستقلالية، وتعزيز مكانتهم الاجتماعية وتشعرهم الرضا والراحة وتحقيق أفضل تكيف ممكن مع بيئاتهم، سواء داخل الأسرة أو خارجها وذلك من خلال الرعاية الاقتصادية والمتمثلة في المنحة والمقدرب3000دج والرعاية الصحية والمتمثلة في مجانية العلاج والأدوية - بطاقة الشفاء -

4 - الرعاية الاجتماعية:

لغة: الرعاية مشتقة من كلمة راع والراعي هو المسؤول والملزم بتدبير شؤونه ورعى المعنى حفظه وصانه.²

1- اصطلاحا: الرعاية هي الكفالة والمسؤولية والواجب الاجتماعي في تدبير الشؤون.

مفهومها قديما: ما يميز هذا النوع قديما من الرعاية عدم تدخل الدولة في تنظيمه بل كان يتخذ شكل مساعدات مادية كالملبس والطعام إلى المعوزين بحيث لا يتعدى إشباع الحاجات الأساسية.³

¹ - المرجع السابق، ص 224.

² - نورهان منير حسن و آخرون، مرجع سابق، ص19.

³ - نفس المرجع، ص20.

2 مفهومها حديثاً: هي اهتمام الدول الحديثة بالإنسان وضمان الحقوق الأساسية للمواطنين وإقرار وثيقة حقوق الإنسان، والتي أوضحت خلالها في المادة 22 حق كل فرد من المجتمع العيش بأمان وضمان حقوقه في الحصول على متطلباته الاقتصادية والاجتماعية والثقافة التي يحفظ بها كرامته.

4 - 1 التعريف الإجرائي: الرعاية الاجتماعية هي الخدمات التي تقدم للأشخاص المحتاجين أو الفئات الخاصة كالمعوقين أو المسنين.....الخ، وذلك من طرف الدولة في إطار شروط ومقاييس معينة تشرف عليها هيئات مختصة كمديرية النشاط الاجتماعي ومراكز المسن.....الخ.

وسيتم التركيز من خلال البحث الميداني على المنحة الجزافية للتضامن AFS المقدرة بـ 3000 دج و التغطية الصحية.

***تعريف المنحة الجزافية للتضامن:** هي منحة مالية تقدر بـ 3000 دج كل شهر تسحب عبر البريد الأقرب للمسن المستفيد. البالغ من السن 60 سنة الذين ليس لهم أي مدخول مادي، حيث أنه بعدما كانت تقدر قيمتها 300 د.ج إلى غاية سنة 2000 فقد تم رفع قيمتها بدء من سنة 2001 إلى قيمة 1000 د.ج في الشهر فقط (أي 12000 دينا جزائري سنويا)، والتي أضيف لها قيمة 300 د.ج تحت ما يسمى المساعدة الاجتماعية في مقر السكن ليصل المبلغ الإجمالي لتلك المساعدة بـ 3000 د.ج شهرياً¹، والتي أصبحت في السنوات الأخيرة تقدر بـ 3000 د.ج وحسب التعديلات الجديدة لقانون المتعلق بحماية المسنين تسعى الجهات المعنية إلى رفعها إلى قيمة 10000 د.ج.

منحة خاصة للمسنين بـ 10 آلاف د.ج والإبقاء: <http://www.anasronline.com/index.php/12-10-2010> - ¹ على عقاب الأبناء

***تعريف التغطية الصحية:** بعد استفادة المسن من المنحة المذكورة يستفيد المعني من التغطية الصحية والمتمثلة أساساً في بطاقة الشفاء التي تمكن المسن من مجانية الأدوية والعلاج. وتم كذلك في هذا الإطار التعاقد مع صيدليات خاصة لفائدة المسنين المصابين بالأمراض المزمنة من أجل مجانية الأدوية.

رابعاً: الإجراءات المنهجية في البحث العلمي:

4 - 1 المنهج: إن أي دراسة علمية تتطلب من الباحث إتباع منهج وطريقة يستطيع من خلالها الباحث الوقوف على الخطوات العلمية التي تسمح له بالوصول إلى هدفه حيث تختلف مناهج البحث باختلاف مواضيع الدراسة وباختلاف الأهداف العامة أو الفرعية التي يسعى الباحث لتحقيقها،¹ ولأن هدفنا من الدراسة هو معرفة مدى مساهمة أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم في دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي موجودة ووصفها وصفاً دقيقاً والتعبير عنها كما وكيفاً أننا اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي ويعتمد هذا المنهج الوصفي على هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يعرف على أنه شكل من أشكال الوصف والتحليل و التفسير العلمي بغية وصف الظاهرة كما وكيفاً بواسطة جمع المعلومات النظرية و المعطيات الميدانية وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة ومنه اعتمدنا على البيانات والإحصاءات وكذلك باستعمال الملاحظة المباشرة.

وبالرجوع إلى موضوع الدراسة، والمتعلق بالرعاية الاجتماعية للمسنين قمنا بجمع كل البيانات والمعطيات وباستعمال أدوات وتقنيات ميدانية أهمها الملاحظة واستخلاص النتائج.

¹ - علياء شكري محمد علي محمد، قراءات في علم الاجتماع يط1 شركة دار النشر، القاهرة. 1972. ص 138 .

2 - العينة وكيفية اختيارها: تعرف العينة بأنها جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية ، و يؤخذ هذا الجزء على أساس أنه ممثل لدى المجتمع، ومن أجل عينة تمثالية للمجتمع المدروس و التي سنعتمد فيها على معدل "السبر"، ذلك لتوفر قائمة لكل مفردات مجتمع البحث وكذلك وجود إطار معاينة لمجتمع بحث والمتمثلة في قائمة بالأسماء و عناوين المسنين المستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية و المأخوذة أساسا من مقر بلدية أولاد فارس وبالتالي اخترنا العينة الاحتمالية المنتظمة و أفراد العينة الذين تتوفر فيهم الشروط التالية:

** المسنون من الجنسين الذين بلغوا 60 سنة فأكثر .

** ليس لهم أي دخل أو عائد اقتصادي إلا الرعاية الرسمية المقدمة من طرف الدولة.

3 - التقنية المستعملة:

من المتعارف عليه أن طبيعة البحث أو الموضوع هي التي تدفع الباحث إلى اختيار التقنية المناسبة لجمع البيانات اختيار يتم الاعتماد في البحوث الميدانية على تقنيات معينة ومعروفة والتي تعرف بأنها: "وسائل أو أدوات تقصي مستعملة منهجيا لجمع المعطيات من الواقع." ، وبالتالي هي تعكس الطريقة أو المنهج المتبع في دراسته، ولهذا قد اخترنا في بحثنا هذا تقنية الاستمارة لأنها الأداة الأكثر ملائمة في البحوث التي تعتمد على المنهج الكمي أو الوصفي على حد سواء، والتي تعرف على أنها: "مجموعة من الأسئلة تطرح لأفراد عينة البحث، والتي تعطينا إجابات قابلة للعرض الكمي والتحليل والتفسير والتركيب للوصول إلى

نتائج تجيب على تساؤلات الإشكالية وفرضيات البحث.¹ ولنكون أكثر دقة وتحديدًا فقد استعنا بالاستمارة بالمقابلة: "وهي عبارة عن وجيز أسئلة يطرحها الباحث ويقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المبحوث.²"

في العادة يتم الاعتماد في البحوث العلمية خاصة الميدانية على تقنيات معينة ومعروفة والتي تعرف بأنها: "وسائل أو أدوات تقصي مستعملة منهجيا لجمع المعطيات من الواقع." والتي تخضع في اختيارها إلى طبيعة الموضوع وأهدافه، وبالتالي هي تعكس الطريقة أو المنهج المتبع في دراسته، ولهذا قد اخترنا في بحثنا هذا تقنية الاستمارة لأنها الأداة الأكثر ملائمة في البحوث التي تعتمد على المنهج الكمي أو الوصفي على حد سواء، والتي تعرف على أنها: "مجموعة من الأسئلة تطرح لأفراد عينة البحث، والتي تعطينا إجابات قابلة للعرض الكمي والتحليل والتفسير والتركيب للوصول إلى نتائج تجيب على تساؤلات الإشكالية وفرضيات البحث.³ ولنكون أكثر دقة وتحديدًا فقد استعنا بالاستمارة بالمقابلة: "وهي عبارة عن وجيز أسئلة يطرحها الباحث ويقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المبحوث.⁴"

ووفقا لما تتطلبه فرضيات البحث من مؤشرات لتحقيق أهداف البحث والتحقق من صحتها قد تم تصميم استمارة بحثنا التي اشتملت على 51 سؤالاً وتشمل على ثلاث محاور:

المحور الأول: يخص البيانات الشخصية للمبحوثين، والذي تضمن 8 أسئلة

¹ - رشيد زرواتي، مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، شركة دار الهدى للنشر والطباعة والتوزيع، الجزائر، ط2007، ص 86.

² - مورييس أنجريس، مناهج البحث العلمية في العلوم الاجتماعية، تر: صحراوي بوزيد وآخرون، دار القصبة، الجزائر، 2004.

³ - رشيد زرواتي، مرجع سابق، ص 220.

⁴ - مورييس أنجريس، مرجع سابق، ص206.

المحور الثاني: الذي تضمن الجانب الاقتصادي والاجتماعي والصحي للمبحوثين وأسرهم.

المحور الثالث: الذي خصصناه لنوع الرعاية المقدمة لهم.

2 - الملاحظة: تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات من خلال عنوان البحث و المتعلق أساسا بالرعاية الاجتماعية الرسمية المقدمة للمسنين بأساليبها الرسمية و المتمثلة في المنحة الجزافية للتضامن و التغطية الصحية، واهم طرق الملاحظة اعتمدنا على:

3 - الملاحظة البسيطة: التي يقصد بها ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائيا في ظروفها العادية دون إخضاعها للضبط العلمي وبدون استخدام أدوات دقيقة للقياس بغية الدقة في الملاحظة و التحلي بالموضوعية.¹

4 - الملاحظة بالمشاركة: وفيها يندمج الباحث مع عينة بحثه و يصبح مصاحبا لهم في معظم الأوقات، أي أنه يلاحظ سلوكهم في موضوع بحثه هو يشاركهم أيضا بعض أعمالهم وقضاء أوقاتهم.²

ومن خلال ميدان العمل كموظف بمصلحة الشؤون الاجتماعية ومن خلال العمل و لاحتكاك بهذه الفئة من المجتمع و التواصل معهم و ذلك يساعدنا على معرفة ظروف معيشة هذه الفئة الاجتماعية والاقتصادية والصحية و أهم المحاور التي ركزنا عليها الملاحظة:

- الحالة الاقتصادية.
- الحالة الاجتماعية.
- الحالة الصحية.
- الحالة النفسية.

¹ - نفس المرجع، ص 219.

² - رشيد زرواتي مرجع سابق، ص 220.

4 - المجال المكاني والزمان:

أ - المجال المكان:

لقد تم انجاز بحثنا الميداني في بلدية أولاد فارس ولاية الشلف تقع بلدية أولاد فارس في الجزء الشمالي من ولاية الشلف وتبعد بحوالي (42) كلم عن البحر.

الخصائص العامة:

- المساحة الإجمالية للبلدية بالكيلومتر المربع: 240 كلم.

- عدد سكان البلدية طبقا للإحصاء العام للسكن و السكان لسنة 2008 35817 نسمة.

- عدد سكان مركز البلدية: 12217 نسمة.

- عدد سكان التجمعات الثانوية: 13168 نسمة.

- عدد سكان المناطق المبعثرة: 10435 نسمة والموزعة على (6) مناطق

المذكورة كالتالي:

1. لكابير: 1589 نسمة.....

2. السعايدية 1047 نسمة

3. خمس نخلات..... 1489 نسمة

4. حوش الغابة..... 1680 نسمة

5. القطايبية 1601 نسمة

6. أولاد فارس..... 1149 نسمة

عدد المناطق المبعثرة (21) ويبلغ عدد سكانها الإجمالي بـ 117449

ب - المجال الزمني:

يمكن تقسيم المجال الزمني إلى قسمين:

القسم الأول: نظرا لطبيعة البحث والمتمثل أساسا في مشاكل المسنين ودور أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم تحتم علينا جمع المعلومات وقراءات عديدة والتنسيق مع الجهات المختصة في المجال مثل مديرية النشاط الاجتماعي وكذلك وكالة التنمية الاجتماعية

القسم الثاني: بعد اختيارنا عينة البحث بأشرنا في النزول إلى الميدان وملا الاستثمارات لقد استغرقنا عند القيام بالبحث الميداني قرابة ثلاث أشهر؛ وهذا بدء من يوم 01 / 12 / 2011 إلى غاية 30/02/2012، حيث تم هذا على مرحلتين فالمرحلة الأولى التي دامت عشرة أيام قمنا فيها بالبحث الاستطلاعي الذي كان الهدف منه اختبار استمارة البحث قبل النزول بها بصفة نهائية إلى الميدان ليمثلها، سواء لمؤفة النقص الذي يعتريها وإكمالها أو التعرف على درجة الدقة في طرح بعض الأسئلة الموجود في الاستمارة وضبطها، وأيضا التعرف على ردة فعل المبحوثين ومدى تجاوبهم مع استمارة والوصول إلى الصيغة النهائية لها التي عرضناها على الأستاذ المشرف، وتمت الموافقة على نزولنا بها إلى الميدان.

كما كنا نستغرق لملء استمارة واحدة 20 دقيقة في المتوسط، وهذه المدة الطويلة نوعا ما كانت تعود بطبيعة الحال لخصائص الاستمارة من جهة وطبيعة المسنين من جهة أخرى، خاصة المتعلقة بضعف السمع عند البعض مما يضطرنا إلى إعادة السؤال أكثر من مرة، أو نتيجة جعل هذه المقابلة لملء استمارة من طرف المسن كفرصة لتحدث عن مشاكله (خاصة المتعلقة بالجانب الاقتصادي لهم) أو مشاكل أفراد أسرته (ما يعيشونه من مشكل البطالة، وضيق السكن، وتأخر

في سن الزواج عند الشباب... إلخ.) بالإضافة إلى تساؤلات حول الهدف من المقابلة.

5 - معالجة البيانات إحصائياً: تم تفرغ البنات وتبويبها يدوياً واستخراج مختلف الجداول المركبة التي تخدم البحث وتساعد في تحليل الفرضيات,

الفصل الثاني:

المدخل النظري لدراسة المسنين

الفصل الثاني: المدخل النظري لدراسة المسنين.

أولاً: تعريف الشيخوخة

ثانياً: مميزات الشيخوخة

ثالثاً: مشاكل الشيخوخة

رابعاً: النظريات المفسرة لمشاكل الشيخوخة

خامساً: الدراسات السابقة المقدمة في مجال المسنين

أولاً: تعريف المسن:

تعتبر الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان وهذه سنة الله في خلقه, فالشيخوخة ترتبط بالتدهور الصحي والجسمي والاجتماعي وتكون أكثر وضوحاً مع التقدم في السن وهناك عدة تعاريف للمسن:

ويعرف المسنون ديموغرافياً وإحصائياً بأنهم السكان ذوي الأعمار 70 سنة فأكثر وفي بعض الدول اعتبرت السن من 70 إلى 75 سنة بدئ الشيخوخة وصرف المستحقات ولا شك أن تحديد هذا السن مرتبط ارتباطاً وثيقاً بمتوسط الأعمار في كل دولة على حدة.¹

وعموماً يعرف المسن في اللغة بأنه الكبر يقال سن الرجل أي كبر وأسن من هذا أي اكبر منه سناً.²

كما تم تناول مفهوم المسن من عدة جوانب وهي الجوانب البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية.

1 - التعريف البيولوجي للشيخوخة "هو نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة، يحدث تقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج وهذه التغيرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والتناسلية والعصبية والفكرية.³

2 - التعريف الاجتماعي للشيخوخة "فهي حالة هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد ومن المنظور النفسي كما حددها

¹ - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، مرجع سابق، ص 18.

² - مصطفى محمد أحمد ألفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوصفية والتصوير الإسلامي، قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع، جامعة الأزهر، 2008، ص 23.

³ - نفس المرجع، ص 19.

كابو CUBU هي حالة من قصور الإمكانية لذاتية لتحقيق التوافق النفسي، وعجز نسبي في قدرات الشخص على مواجهة ضغوط الحياة أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين¹.

ويستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا مفهوم التقدم في العمر على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى وكلاهما قد استخدم لإشكال مختلفة.

كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة وشملت هذه المقاييس العمر الزمني والعمر البيولوجي والعمر السيكولوجي والعمر الاجتماعي من أهمها:²

أ -العمر الزمني:

يرى نروملي "أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات: المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد: وتمتد من 55 إلى 65 سنة وفيها تتزايد السرعة التي يحدث بها العديد من التغيرات الحادة وانخفاض القدرات العقلية والوظيفية وتزايد معدل الأمراض والاضطرابات الوجدانية.

المستوى الثاني: فترة التقاعد: وتبدأ هذه المرحلة من حوالي سنة 65 سنة إلى 70 سنة وتتسم بتحول سريع في الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتكوين النفسي للفرد فالمسن يفقد وظيفته وهذا يؤدي إلى مجموعة من التغيرات سواء على نشاطاته اليومية أو حياته الاجتماعية وكذلك نمط المعيشة.

¹ - نفس المرجع، ص20.

² - عبد اللطيف محمد خليفة، سيكولوجية المسنين، دار الغرب لطباعة والنشر، القاهرة، دط، ص11.

³ - نفس المرجع، ص13.

المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر: وتمتد من حوالي سن 70 وتتصف بقصور الفرد على التعامل مع متطلبات الحياة اليومية وتصغير مكانته الاجتماعية التي تخضع لعدة اعتبارات مثل اتجاهات المجتمع ونظمه ودرجة قدرته البدنية والعقلية.¹

المستوى الرابع: فترة النهاية: وينظر إلى هذه المرحلة بشكل سلبي باعتبارها جزاء من الموت على أن تكون جزاء من الحياة وبلغة الطب هي المرحلة النهائية في انهيار الوظائف الفيزيولوجية اللازمة للحفاظ على الحياة.²

ب -العمر البيولوجي: ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية وهو مقياس وصفي على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل نشاط الغدد الصماء وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية الخ

ج -العمر الاجتماعي: ويشير إلى الأدوار الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين، ومدى توافقه الاجتماعي الذي يمكن تحقيقه عن طريق إشباع حاجات الفرد، وأن الفرد لا يصبح متوافقا سالم يلاءم بين رغباته ورغبات الآخرين في البيئة المحيطة ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية وهو مقياس وصفي يقوم على جملة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره.

يركز الباحثين في هذا المجال عند تعريف المسن أو مرحلة الشيخوخة على تلك التغيرات التي تحدث في أدوار الفرد وعلاقاته داخل البناء الاجتماعي ومع أفراد عائلته وأصدقائه وزملاء العمل، وغيرها من الأعضاء، حيث تعرف هذه المرحلة بأنها مرحلة تراجع وخسارة مجموعة من الأدوار والعلاقات التي ذكرت سابقا³، ولكن

¹ - نفس المرجع، ص14.

³ - هدى محمد قناوي، مرجع سابق، ص79.

تحديد السن الذي تتم فيه تلك التغيرات يبقى مرتبطا باختلاف الثقافة السائدة في كل مجتمع، واختلافها أيضا من جيل لآخر¹.

3 - تعريف المسن في قوانين العمل والمعاشات:

على الرغم من انه لا يوجد اتفاق تام حول تعريف واحد للتقاعد إلا انه يرتبط مفهوم التقاعد بمفهوم الوظيفة، وهناك نوعين من التقاعد تقاعد إجباري وتقاعد اختياري ففي الجزائر مثلا سن الستين لأغلبية الوظائف في حين نجد أنها تمتد إلى ما فوق الستين في بعض الدول.

3-1 تعريف المسن حسب المنظمة العالمية للصحة:

تعتبر المنظمة العالمية للصحة OMS أن الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فما فوق، يمثلون المجتمع المسن هذا المقياس يعتبر الأكثر استعمالا، لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الاجتماعية والاقتصادية ولاسيما فترة الإحالة على التقاعد ولقد حددت المنظمة العالمية للصحة مراحل حياة الإنسان بداية من 45 سنة كما يلي:

العمر المتوسط: 45.....59 سنة

المسن: 60.....70 سنة

الشيخ: 75.....90 سنة

المعمر أو الطاعن في السن: 75.....90 سنة

وقد وقع تعريف "العمر الثالث" على انه المرحلة التي تلي التوقف عن النشاط

المهني أي التقاعد ويقع التميز في بين نوعين من الشيخوخة:

- الشيخوخة الذاتية.

¹ - Organisation mondiale de la santé, La santé des personnes âgées, série de rapports techniques 779, Genève, 1989, p8.

- الشيخوخة الطبيعية.

إلا أن هذه التصنيفات تبقى نسبية وتجعل من الشيخوخة متغيرة من شخص إلى آخر، ومن مجتمع إلى آخر تدخل عوامل موضوعية عديدة منها المستوى الاقتصادي والاجتماعي، العادات الغذائية، والمستوى التعليمي... الخ¹

وهذا ما أشار إليه تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة رقم 9125 بتاريخ 28 أوت 1973 عن المسنين، والذي وضع بناء على قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 2842 وفيه يشير إلى أن هناك اختلاف في ظهور بوادر الشيخوخة من المجتمعات والأفراد. وما يمكن قوله في مرحلة الشيخوخة أنه بقدر ما هي عملية بيولوجية فإنها أيضا عملية اجتماعية واقتصادية، لهذا يمكن أن نجمل القول بأنها نتاج التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية، ورغم عدم ترابطها والذي صعب الأمر في تحديد سن واحد تبدأ فيه هذه المرحلة، وتنطبق على المسن جميع الخصائص التي ذكرت سابقا، فإننا نجد أن المجتمعات والدول في العالم ككل أصبحت تميل إلى تحديد سن تبدأ فيه هذه المرحلة من العمر يتراوح ما بين سن الستين (60) والخامسة والستين (65) وهذا الاختلاف يعود في الأساس إلى الأولويات الاقتصادية في ظل الخصائص الديمغرافية لكل بلد.

1- ماهر أبو المعاطي علي، مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية. زهراء الشرق القاهرة 1999 ص 919.

ثانياً: مميزات مرحلة الشيخوخة:

كلما تقدم السن فإن هناك تغيرات فسيولوجية تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتؤثر على القدرة على العمل والنشاط وفيما يلي أهم التغيرات التي تحدث للمسن.

1 - **المميزات العقلية** ونظراً لما يُعرف عن الشيخوخة، بأنها عملية مصحوبة بانحدار وتدهور ملحوظ في القدرات العقلية بصفة عامة، فإنه من أبرز مظاهر هذه التغيرات العقلية، نجد ضعف الذاكرة، والنسيان، وعدم القدرة على التذكر خاصة المعلومات الحديثة، كما تتضاءل عند الكبار السن القدرة على الإدراك والتعلم، إضافة إلى ظهور خرف الشيخوخة لدى البعض¹، ويطلق عليه أيضاً اسم الزهايمر، والذي يعود الفضل في اكتشافه إلى العالم الألماني الذي يدعى "الزهايمر: Alzheimer"، حيث يتميز هذا المرض بشكل عام بوجود تدهور عقلي، وخاصة فقدان الذاكرة والتدهور في التوجه المكاني والزمني، كما تظهر سلوكيات متكررة ومزعجة من المريض لمن حوله، ويتمثل ذلك في تكرار الحديث مرات عديدة، وعدم القدرة على التحكم في إخراج الحروف أثناء الكلام، وقد ينتهي الأمر بالمريض إلى عدم التذكر من هو، أو التعرف على الأبناء والأقارب، حيث تستدعي حالة المريض بهذا المرض رعاية ومراقبة كاملة من ذويهم².

¹ - عبد الله بن ناصر السدجان ، مرجع سابق، ص، 17

² - محمد بن عبد المحسن التويجري، التحديات التي تواجه المسنين في المجتمع المعاصر، ب: مجلة شؤون اجتماعية، العدد 76، جمعية الاجتماعيين: الشارقة ، 2002، ص 134.

يتعرض كبير السن إلى مجموعة من المتغيرات العقلية المتفاوتة في درجة تأثيرها وأهميتها، وهي تحتل أهمية كبيرة ليس فقط على حياة المسن نفسه بل على عائلته وربما على من حوله ومن أهمها:

أ - **الذاكرة:** النسيان يعتبر من ابرز السمات لدى المسن وخاصة للذاكرة القريبة أما الذاكرة البعيدة تبدو ملتصقة بالذاكرة لدى المسن ويجب أن يكرر القصص والمواقف التي تعرض لها في الماضي.

ب - **التفكير:** يتحول المسن إلى التفكير البطيء والتحفظ وعدم التعجل في اتخاذ القرارات.

2 - **المميزات الجسمية:** تعد مرحلة كبر السن إحدى مراحل النمو الجسمي الذي يمر بها الإنسان في مراحل من المهد إلى اللحد، وهذه المرحلة الخاتمة لمدى الحياة يتعرض فيها الإنسان لتدهور بيولوجي بنائيا ووظيفيا ويتدرج في شدته مع التقدم في العمر، وتتباين هذه التغيرات كما وكيفا بتباين تأثير العوامل الداخلية ومشاكل البيئة الاجتماعية والثقافية والنفسية (البيولوجية) والخارجية والبنية بدورها تلعب دورا متفاعلا وفعالا في كل من التعجيل بالتدهور الجسمي الذي يعتري بعض المسنين أو تعطيله حتى الوفاة لدل البعض القليل منهم فالشيخوخة هي الحصيلة النهائية المتأنية على سلسلة طويلة ومن التفاعلات الجسمية المواتية ومن ابرز التغيرات ما يلي:¹

- إصابة الشعر بالشيب.
- تغيرات في صبغة الجلد.
- ضعف التوافق العضلي والعصبي.

¹ - السيد عبد العال، محسن الوفاء، تقويم لأندية المسنين، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 1997،

- تراجع في نشاط الحواس للكسور والتهشم بسبب ليونتها.
- قلة المناعة في مواجهة الأمراض أو الشفاء منها بسرعة أقل.

3-المميزات النفسية:

تعتبر مرحلة الشيخوخة من أهم المراحل العمرية التي يعتبر فيها سلوك الفرد فتحدث له اضطرابات تظهر بوضوح على المسن كالعزلة والاكتئاب ,وتصلب في أفكاره وقد ظهر هذا واضحا في تعريف الباحثين للشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها "حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية، أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة ومن أهم السمات النفسية التي تبدو على الفرد في هذه المرحلة:¹

1 -**الغضب لأتفه الأسباب** : وهذا شعور المسن بانصراف الناس عنه وكأنه غير مرغوب فيه ويرتاح لمن يبتسم له ويقدر مشاعره.²

2 -**الأنانية**: من السلوك التي يتميز به المسن التمرکز حول الذات ويزيد حرصه على ممتلكاته خوفا من المستقبل.³

3 -**الإعجاب بالماضي** :تلعب الدافعية للحياة لدى المسن دورا فعالا في تحقيق الرضا ومن ثم التوافق النفسي والاجتماعي كي يحيا حياة سوية ،وعندما يشعر بضالة حاضره فإنه يتصرف إلى التركيز على تاريخه الماضي المملوء بالمآثر والبطولات.

¹ - عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق ، ص15.

² - سعد رياض، سيكولوجية المسنين، ج6، جامعة المنصورة، ط1، 2007، ص27.

³ - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، مرجع سابق ، ص30.

فالمسنين يحتفظون بالذاكرة البعيدة وحتى وإن أصاب ذاكرتهم القربة التدهور والنسيان.

4 -المميزات الاجتماعية للمسن: تعتبر مرحلة الشيخوخة بالنسبة للكثيرين من المسنين مرحلة للعزلة والوحدة فالإنسان عندما يكبر تقل حركته ويزيد في عزلة زواج الأولاد والمرضى أحيانا مما يقل من دائرة اتصاله الاجتماعي.

وما يميز المسنين اجتماعيا هو عدم قدرتهم على مسايرة العصر وتمركزهم حول ذاتهم وتمسكه بأرائهم وأفكارهم وإعجابهم بماضيهم الذي يمثل لهم تحقيق الذات والمكانة الاجتماعية ولفت الانتباه.

ويشير "ناسمان" إلى أن التغيرات الصحية التي تحدث للمسن مع التقدم في العمر تصيبه بالمشاعر السلبية وتجعله أقل شعورا بالثقة والأمان وانخفاض الروح المعنوية وتؤثر على صورته الاحائية لذاته والتي تعد عاملا هاما في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للمسن، والواقع إن أغلب الشيوخ يمتنعون على التغير فهم يتجمدون في قوالب سلوكية راسخة ترفض التطور والتعديل ويرفضون الأفكار الجديدة ويتشبثون بالاتجاهات التي يستوعبونها وامتصتها شخصياتهم وهضمتها والمعروف أن الحياة متدفقة متغيرة وأساليب الحياة دائمة التغير.¹

فتشهد الأسرة الجزائرية على سبيل المثال تغيرات جذرية ومن ابرز التغيرات:

4-1- تركيبة الأسرة: إن الأسرة الحديثة في حالة تحول مستمر من أسرة ممتدة إلى أسرة نووية حتى أصبحت الأسرة الممتدة الآن لا توجد في الجزائر إلا قليلا في المناطق الريفية، كذلك تغير كبير في المراكز التي يشغلها كبار السن في الأسرة بعدما كانوا يحتلون مركزا أساسيا في المجتمعات التقليدية حيث فقد كبار السن ما يتمتعون به من مركز وهيئة فنلاحظ أن الأسرة الجزائرية الحديثة يجد نفسه وحيدا

¹ - مصطفى محمد أحمد الفقي، مرجع سابق، ص 43.

بين أفرادها وفراغ مميت فهم يرفضون التوافق مع القيم الاجتماعية الجديدة فمعظمهم محافظون ومن الصعب التواصل.

4-2 المميزات الديموغرافية: من أهم المؤثرات الديموغرافية التي تميز سكان العالم وهي ظاهرة التقدم في العمر، وزيادة أعداد المسنين وذاك نسبة المعمرين خاصة وقد تحتسب مستويات الصحة العامة شقا للتقدم الكبير في وسائل الوقاية والعلاج تزداد ظاهرة الشيخوخة في سكان العالم بشكل مطرود وبمعدل مذهل تماما فقد زاد مجموع الذين يبلغون من العمر 60 سنة فأكثر 200 مليون في عام 1950 إلى 400 مليون في عام 1982 ومن المقدّر أن يصل إلى 600 مليون في عام 2001.

وبلغ عدد المسنين في الجزائر سنة 2006 (3500000) ويتوقع أن يبلغ عددهم 6 ملايين نسمة سنة 2030 أي نسبة 14.70 من المجموع الكلي للسكان.¹

¹ - www.un.org/arabic/conference/

ثالثاً: مشاكل الشيخوخة:

مما لا شك فيه أن المسنين أكثر الفئات العمرية عرضة لبعض المشكلات الصحية وتعتبر الأمراض الجسمية والاضطرابات العقلية البسيطة أو الصعبة والتغيرات التي تحدث في الاتجاهات الاجتماعية والصفات والخصائص الشخصية وقدرة الفكر على الاستدلال والتفكير والإدراك والإحساس، مؤشرات لأهم المشكلات التي يواجهها المسن مشكلات المسنين، هي مواقف لا توافقية فردية أو جماعية تعوق تكيفهم الاجتماعي مع بيئاتهم الاجتماعية كما تعوق استثماراتهم للموارد المتاحة¹.

1- المشكلات الصحية: تعتبر التغيرات التي تصيب الشيخوخة المؤشر الأساسي لما يصيب أجهزة الجسم في تغيير في تركيبها الدقيق واغلب المشكلات الصحية للمسن كالاتي الرعاش الذي يحدث نتيجة شيخوخة بعض الخلايا مراكز الدماغ التي تسيطر على حركات العظام ويصاب المريض بضعف حركات العضلات مع رعشة في اليدين واضمحلال البصر، وضعف حاسة السمع مما يقلل من كفاءتهم في القيام بالعديد من أدوارهم والتكيف مع المحيطين بهم فيتعرض المسنون مع التقدم في العمر للتدهور في حالتهم الصحية العامة ويصابون بأمراض مزمنة ومن أهم الأمراض التي يتعرض لها المسن هي: السكري، هشاشة العظام، أمراض القلب والأوعية الدموية هذه الأمراض تجعلهم يفقدون كثيراً من أدوارهم الاجتماعية وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي ومن ثم يتدهور مستوى توافقهم بوجه عام كما أوضحت الدراسات العلمية غالى أن ضعف الحالة الصحية للمسنين له أثره الكبير على حالتهم النفسية، ومظاهر العزلة والانطواء وعدم القدرة

¹ - عبد الفتاح عثمان علي الدين، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة: الشيخوخة والمسنين، مكتبة عين شمس،

على التوافق في العلاقات الاجتماعية مع الآخر، كما أنها إحدى الأسباب التي تقف عائقاً أمام ممارستهم للأنشطة المختلفة والاستمتاع بوقت فراغهم ويشير باسман Passman إلى أن التغيرات الصحية التي تحدث للمسنم التقدم في العمر تصيبه بالمشاعر السلبية وتجعله أقل شعوراً بالثقة والأمان وانخفاض الروح المعنوية، وتؤثر على صورته الإيجابية لذاته والتي تعد عاملاً هاماً في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للمسن.¹

1 - 2 - تعريف أمراض الشيخوخة:

طبقاً لما يعانيه المسن من أمراض مصاحبة لعملية الشيخوخة، فإنه يوجد نمطين أو نوعين من الأمراض التي تصيبه هي:

1- 2- 1 أمراض حتمية:

وهي الشيخوخة بحد ذاتها، حيث أنها حتمية وغير قابلة للعلاج، وسوف يصاب بها كل إنسان إذا ما امتد به العمر نتيجة ما يميز هذه المرحلة من الضعف والاضمحلال التدريجي للقدرات الجسدية والأحاسيس والطاقة، حيث نجد من بين أنواع هذا النمط: أمراض الأوعية الدموية (تصلب الشرايين) وهشاشة العظام، وكذا الضعف في حاستي السمع والرؤية، وكذلك ضعف الذاكرة والإدراك.²

1 - 2 - 2 الأمراض ذات النتائج الأخطر كلما تقدموا في العمر:

وهي تشمل مرض الأنفلونزا وانتفاخ الرئة، وأمراض أخرى مثل: مرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والأورام الخبيثة مثل السرطان، رغم أن هذه الأمراض ليست لها علاقة بهذه الفئة العمرية بالذات بل تمس جميع الفئات العمرية إلا أنها سميت بهذا الاسم لأنها تشكل حقا خطورة على هذه الفئة نتيجة ما يشهده

¹ - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، مرجع سابق، ص 53.

² - يحي مرسى عبد بدر، مرجع سابق، ص 74-75.

الجسم في هذه المرحلة من ضعف وتدهور في معظم أجهزته (الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي وجهاز المناعة)، وبالتالي تراجع هذه الأجهزة في أداء أدوارها بصفة جيدة¹.

ومهما يكن فإن من المظاهر العامة لأمراض الشيخوخة نجد أن المسنين لا يصابون بمرض واحد فقط بل يصابون بعدة أمراض في نفس الوقت وعادة ما تكون هذه الأمراض مزمنة، مما يزيد صعوبة التكفل بهم ورعايتهم من الناحية الصحية. في أمراض الشيخوخة وذلك بوضع مصالح خاصة بذلك.²

2 - المشكلات الاقتصادية: يمثل مستوى الدخل متغيرا هاما للمسنين حيث

تساعد الحالة الاقتصادية الجيدة للمسن على البحث عن ادوار مهنية جديدة .

ويتمثل المصادر المادية للمسنين في المعاش والضمان الاجتماعي ومساعدات الأبناء والأقارب، هذا بالإضافة إلى الممتلكات إن وجدت ويزيد الدخل بالنسبة للمسنين الذين مازالوا في العمل خاصة إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة ولكن قلة منهم لا تتعدى ثلثهم في أي مجتمع هي التي تواصل العمل ويتحسن دخلها بينما يعتمد المسن على المعاش كمصدر أساسي لدخلهم ومساعدات الضمان الاجتماعي.³

ويرتبط المستوى الاقتصادي والمعيشي للمسن بالتغيرات الاقتصادية التي تسود المجتمع، ونمط المعيشة للسكان ومدى استفادتهم من برامج الرعاية المقدمة لهم في ظل الاحتياجات المتزايدة التي تتطلبها هذه المرحلة.

فالمسن يحتاج إلى رعاية صحية، وتشمل الغذاء والسكن والدواء الملائم ورعاية اجتماعية بما فيها المساعدات والخدمات المختلفة وهنا يصطدم المسنين

¹ - نفس المرجع، ص ص 75- 80 .

² - Organisation mondiale de la santé, **La santé des personnes âgées**, opcit, p66.

³ - مصطفى أحمد أفقي، مرجع سابق الذكر، ص54.

وخاصة المتقاعدين عن العمل بمشكلة ثبات المعاش الذين يحصلون عليه بعد تقاعدهم في وقت تزداد فيه الأعياد وبخاصة في الجوانب الصحية والزيادة المضطربة في الأسعار، كما يوجد في بعض الدول النامية نتيجة أنظمتها الاقتصادية تباين في وضعية المسنين فالجزائر يوجد بها ثلاثة أصناف من المسنين:

1 - المسنون العاملون المستمرون في العطاء: هم الفئة التي لا زالت تؤثر

في المجتمع وهؤلاء يظهرون تقبلا للشيخوخة.

2 - المسنون المتقاعدون: وهم الفئة الذين اجبروا على التقاعد واستفادوا من

مزايا العمل كالأجر والتأمين وخدمات أخرى.

3 - فئة المسنين غير المتقاعدين: تعتبر الدولة مسؤولة عن هؤلاء المسنين

من خلال برامج الرعاية الاجتماعية المقدمة لهم كالمنحة الجزافية للتضامن AFS والتأمين الصحي ودور رعاية المسنين.

4 - المشكلات الاجتماعية: لقد تطرقنا في بحثنا إلى أن مرحلة الشيخوخة

تشهد عدة تغيرات اجتماعية جذرية لدى المسن بحيث تشهد هذه المرحلة الإحالة على التقاعد في معظم الأحيان وزواج الأبناء والفراغ مما يترتب عن مشاكل اجتماعية عند كبار السن حيث ينفصلون عن جماعات العمل ويعرضون عن إقامة صداقات وعلاقات وقد تظهر في الأفق بعض المشكلات في العلاقات بين أفراد الأسرة والخاصة بأوضاع المسنين داخل أسرهم، والمرتبطة بافتقارهم المكانة والإنتاج والعمل والصحة والقدرة على ذلك فالمسنون لديهم مصادر دخل منخفضة وثروات قليلة، ومن ثم فهم في وضع سيء يجعل من الصعب الحفاظ على مستويات مناسبة من الطعام والملابس والسكن والمرافق الاجتماعية الأخرى ناهيك

عن الصحة، والعيوب الحسية التي تقيد الحراك الاجتماعي مما يؤدي إلى انخفاض مستوى المعيشة.¹

وقد أوضحت الدراسات في مجال الشيخوخة انه مع التقدم في العمر تقلص علاقاتهم وتحدث تراجع في الأدوار ومن بين المجالات التي تدهور الروابط الاجتماعية للمسنين نجد الآتي:

1 - فقدان روابط العائلة الممتدة وانهايار روابط الزواج نتيجة لموت أحد الزوجين.

2 - فقدان الأدوار المهنية الخاصة وفقدان الاتجاهات والروابط التي نعتمد عليها

3 - فقدان قيادة المجتمع والمشاركة واستبدالها على المجتمع كمقدم للخدمات.

4 - فقدان سيطرة الإنسان على حياته وقدراته والتنازل عن الاختيارات لأبنائه.

5 - فقدان التفاعل مع الأشخاص الصغار عموماً.²

فهناك العديد من المشاكل والصعوبات في إقامة العلاقات مع المسنين نتيجة للعوامل الثقافية أو الاجتماعية إضافة إلى التغيرات الاجتماعية كما سبق إيضاحه تؤثر قدرتهم على التوافق الشخصي والاجتماعي.

وتؤكد الدراسات العلمية العلاقة الارتباطية بين توافق المسن وطبيعة علاقاتهم الاجتماعية بالآباء والأقارب والأصدقاء والمحيطين وان التفاعل مع الأسرة والأصدقاء له أثره على الصحة النفسية للمسن.³

¹ - عبد الفتاح عثمان، مرجع سابق، ص12.

² - يحي مرسى عيد بدر، مقدمة في علم الشيخوخة،: المسنون في عالم متغير، دار وفاء للطباعة والنشر، ط1، 2008، ص114.

³ - مصطفى محمد، أحمد الفقي، مرجع سابق الذكر، ص81.

5 -المشكلات النفسية:

تمثل المشاكل النفسية اكبر المشاكل لدى كبار السن ,حيث تتفاعل الأسباب الجسمية العقلية والاقتصادية ومختلف العوامل التي تؤثر في المسن، وينتج عنه مناخ نفسي مشحون بالقلق والتوتر والصراع.

ومن أهم المشكلات النفسية نجد كالأتي:

1 -الشعور بالقلق.

2 -اضطراب النوم.

3 -سريع الغضب.

4 - العزلة.

5 -الإحساس بالوحدة والفراغ.

وهناك إلى جانب العديد من الأمراض والاضطرابات العصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة كالاكتئاب .

رابعاً: - النظريات المفسرة لمشاكل الشيخوخة:

مع زيادة أعداد المسنين في العالم وتنامي الدعوة إلى الاستفادة من خبراتهم ومهارتهم في دعم جهود التنمية وخاصة في المجالات التطوعية والإنسانية، ظهرت نظم كثيرة وبرامج عمل تسعى إلى معالجة المشكلات التي يعاني منها المسنون وإيجاد دور فعال لهم في خدمة المجتمعات.

1 -النظرية التنموية: ترى هذه النظرية إن التكيف للشيخوخة يمكن أن

يستمر في عدة اتجاهات وذلك اعتماداً على الحياة الماضية للمسن، فان بعض العلماء أطلقوا على هذا المنظور نظرية الاستمرار.¹

¹ - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، مرجع سابق ، ص08.

والنظرية التنموية تحاول أن تشرح شيء ما وتفيد النتائج والدراسات في مجال المسنين المنسحبين.

وقد جاء علماء النفس التنمويين أن أنماط الشخصية ككل ثابت إلى حد كبير طوال الحياة على الأقل أساس الطريقة التي يتوافقون بها أو يفشلون في التوافق مع وسطهم الاجتماعي.

وأكثر من ذلك هو أن علماء النفس تنمويين يرون أن الانسحاب إلى الذات الداخلية يمكن قياسه في منتصف الأربعينيات قبل أن يكون الانسحاب الاجتماعي قابل للملاحظة.¹

*تقييم النظرية:

إن مرحلة الشيخوخة هي نتاج خبرات متعددة اجتماعية ومهنية، وبالتالي فتتحقق تواصل المسنين مع بيئتهم الاجتماعية لا يكون عن طريق تحقيق الاستمرارية، وعندما يفشل المسنون في أن يظلوا منشغلون في بيئتهم الطبيعية، فعن منبع فشلهم يمكن في البيئة الاجتماعية حيث انه هناك عدة عوامل تكون عائقا في تحقيق هذه النظرية مثل الصحة الموارد المالية، والمكانة داخل أسرته.

وبالتالي فان تحقيق رعاية متكاملة للمسنين من الجوانب الصحية والاقتصادية قد يلعب دورا رئيسي في مساعدة المسنين من اجل التوافق مع بيئتهم واستمرارهم في النشاط.

ويدرك المسنون الواقع بطريقة متغيرة فهم يكونون أكثر انشغالا عن حالتهم الداخلية وأكثر حساسية للمواقف الاجتماعية التي يمرون بها .

إن مرحلة الشيخوخة وما يصاحبها من تغيرات بيولوجية واجتماعية ونفسية وما ينتج عنه من مشكلات يواجهها المسنون.

¹ - مجلة العلوم الاجتماعية، ص115.

2- النظرية الشخصية:

ومنه جاءت النظريات التي تحاول أن تلقي تحليلاً أو تفسيراً لهذه المرحلة أي مرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر، ويكون هذا التفسير هو المنهج أو الأداة التي تقوم عليها وطبقاً لهذه النظرية فإن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة يمكنهم الأداء بشكل أفضل وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والانا الدفاعية، ودرجة عالية من التحكم في الذات والمرونة والنضج والخبرة، والتفتح وفي مقابل ذلك يوجد أفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة وهم الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكلوجية ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم، كما أن هناك تدهوراً في قدراتهم.

ويرى البعض إن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعياً في قيامهم بأدوارهم وفي علاقاتهم الاجتماعية، ومع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة ويؤكد "نيوجوتين" أهمية الشخصية بمختلف سماتها كمتغير مستقل يساعدنا على وصف أنماط المسنين والتنبؤ بالعلاقات بين مستوى فاعلية الدور الاجتماعي والرضا عن الحياة.

ويرى أنصار هذه النظرية إن التوافق مع نمط وسمات شخصية الفرد وينظرون إلى التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر، على أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية والبيولوجية الداخلية.¹

* تقييم النظرية:

أصحاب نظرية الشخصية يجمعون أن الفرق بين الانفراد يعود إلى شخصية كل واحد منهم فالشخصية هي التي تحدد حياة الفرد في الوقت الراهن وفي

¹ - نفس المرجع، ص 38.

المستقبل أي مع تقدمه في العمر, إلا أن الشخصية معرضة للضعف, سواء بفقدان بعض القدرات الجسمية وكذلك بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للمسن والبيئة الخارجية تؤثر على المسن على توافقه الشخصي خاصة مما تجعله عرضة للاضطراب.

3 - منحنى التفاعلية الرمزية:

فالتقدم في العمر هو عملية دينامية تستجيب للسياقات البنائية والمعارية وإمكانات الفروا إدراكا ته.

ولا يعطي منحنى التفاعلية الرمزية اهتماما كبيرا لنمط معين من النشاط أو السلوك أو الخبرة لدى المسنين, ولكنه يفترض أن هناك نوعا من التركيب الاجتماعي والعلاقات المعقدة بين هذه العناصر جميعها فارضا عن الحياة مثلا هو مزيج بين الأنساق الداخلي والتوقعات المعيارية.

وفي ضوء ذلك يعطي أصحاب هذا المنحنى أهمية للمشاركة في الحياة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين داخل إطار معين تحكمه الأوضاع والمعايير السائدة فيه, فهناك مثلا علاقة بين التوافق مع التقدم في العمر وشكل الدور الذي يقوم به الفرد رسميا أم غير رسمي.

***تقييم النظرية:** ترتكز هذه النظرية على أهمية التفاعل مع الآخرين في ظل المعايير مثل التوافق مع التقدم في العمر, وشكل الدور الذي يتوافق مع ذلك فتحقيق المسن لذاته وتوافقه هو نتيجة تفاعلية مع الآخرين في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية.

4 - نظرية الأزمة:

تؤكد هذه النظرية أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له, حيث يكسبه الدور

المهني هويته ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ويساعده على التوافق النفسي والاجتماعي ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسن خاصة لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعطون للعمل أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم وقد انقسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين:

الفريق الأول: ويرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرته لنفسه وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

الفريق الثاني: ينظر أصحابه إلى الإحالة غالى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وعن حياته فتأثير لتقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي والاجتماعي والعمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية الخ.¹

* **تقييم النظرية:** تؤكد نظرية الأزمة على أهمية العمل في تحقيق الذات والتفاعل الاجتماعي في حياة المسن وأن انقطاع أو تقاعد المسن يمثل أزمة لدى المسن وبالتالي فالمشكل يكمن بعد انقطاع المسن عن العمل وعملية تكيفه مع واقعه الجديد.

5 - نظرية فسخ العلاقات : وتفسر هذه النظرية من خلال أرائه وفروض.

1 - الفرض الأول: ولو أن الأفراد يختلفون إلا أن توقع الموت عام وتتاقص القدرة أمر مرجح حدوثه، وعلى ذلك سوف يحدث قطع متبادل للروابط بين شخص ما وآخرين في المجتمع.

2 -الفرض الثاني: سبب التفاعلات تخلق المعايير ويعد تثبيتها وتتاقص القدرة أمر مرجح حدوثه، وعلى ذلك سوف يحدث قطع متبادل المعايير الحاكمة

¹ - عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق ، ص37.

للسلوك اليومي وبناء عليه فبمجرد أن يبدأ العاقات يصبح عملية دائرية أو ذاتية الاستمرار.

3 - الفرض الثالث: بسبب التخلي عن الأدوار الرئيسية يؤدي ذلك إلى تخفيض نطاق الحياة الاجتماعية. فهذا سوف يؤدي إلى حازمة وفقدان الروح المعنوية، إلا إذا أقيمت ادوار مختلفة ملائمة كحالة التحرر وتعني هذه النظرية انسحاب المسن من القوى العاملة في المجتمع وهو ما يقلل تفاعله مع الآخرين وذلك من زوايا ثلاث أساسية:

1- على المستوى المجتمعي: يفسح الدور للشباب .

2 - على المستوى الفردي: يحدث التوازن بين المسن ودوره الجديد .

3 - على المستوى البيولوجي: يستخدم المواد العاطفية لاستقبال الموت.¹

***تقييم النظرية:**

عملية فسح العلاقات وعدم الاستقبال تمثل بعض نماذج الشيخوخة وقد لا تكون نظرية عامة بل تختلف حسب ثقافة كل مجتمع والقيم السائدة فيه.

6 -نظرية الدفاع: وتتأثر هذه النظرية بالجماعات المرجعية, حيث يطالب المسنين بتقديم ادوار مقارنة للشباب ونتيجة لعدم قدرتهم على ذاك يلجئون للدفاع عن أنفسهم بمهاجمة الشباب على تصرفاتهم وأفكارهم, كوسيلة دفاعية عن قراراتهم الضعيفة وبالتالي تركز هذه النظرية على العلاقة بين مقاومة الأداء وعدم القدرة.

*** تقييم النظرية:**

تحاول هذه النظرية أن تفسر لنا حق عملية خروج المسن واستجابة من الحياة الاجتماعية وإفساح المجال للشباب.

¹ - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، مرجع سابق ، ص86.

6 - نظرية الانسحاب وفك الارتباط:

وهي نظرية قدمها كل من "كمنج وهنري" وتقوم على افتراض أن الأفراد، حينما يصلون إلى مرحلة الشيخوخة فالنهم يبدوون تدريجيا في الانسحاب من السياق الاجتماعي، وتناقص الأنشطة التي كانوا يقومون بها من قبل وذلك نتيجة لنقص عمليات التفاعل بين المسنين والآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي ينتمي إليه.¹

إن عملية الانسحاب الذاتي للمسن هي نتيجة للواقع الذي يعيش فيه، وكذلك إلى طبيعة تكوينه الشخصي وهي عملية الانسحاب هذه تختلف من مجتمع إلى آخر.

7 - نظرية التوافق:

تقوم عملية التوافق على عنصرين أساسيين هما:

أ - التسوية الداخلية.

ب - التفاهم والتفاوض مع الأشخاص.

والتسوية الداخلية تعني إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار إما التفاوض بين الأشخاص فينظر إليه كعملية يتم فيها مناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين ممن يتعامل معهم، وقد أوضح "انشلي" انه هناك علاقة قوية بين هذه العنصرين وأشار إلى أن مدرج الأهداف الشخصية بالتعبير من مرحلة عمرية لأخرى، وينطلق ذلك من التقاعد أن يتكيف مع الأدوار الجديدة , ويأخذ التعبير في مدرج الأهداف الشخصية اتجاهين:

الأول: أن يكون التدرج ايجابيا فيكون الفرد أكثر شعورا بالرضا والنجاح

والالتزام والتفاعل مع الآخرين.

¹ - عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات سيكولوجية الكبار، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ص34.

الثاني: أن يترتب على التدرج حدوث تغير سلبي خاصة لدى الأشخاص الذين وصل والى قمة العمل في وظائفهم السابقة, حيث يصبح التقاعد أمر صعبا بالنسبة لهم يعتبر الأشخاص الماديون الوظيفة شيئا هاما لتحقيق أهدافهم المادية.¹

*تقييم النظرية:

ترتكز هذه النظرية على مدى التوافق الداخلي والخارجي للمسن ,ومدى تكيف المسنين مع الأدوار الجديدة والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي لها الدور الكبير في تحقيق هذا الانسجام والتوافق مع عدمه المساعدة أو الرعاية وحتى عملية التوافق مع المسنين فمن خلال عرض هذه النظريات تشير في مجملها إلى خصائص هذه المرحلة (الشيخوخة)، ومدى تكيف المسنين مع التغيرات التي طرأت عليه التغيرات الداخلية منها الخاصة بالشخص أو الخارجية التي ترتبط بمحيط المسن وواقعه الاجتماعي والاقتصادي.

فهي تشير إلى عملية التوافق النفسي والاجتماعي وتحقيق الاستمرارية كما أنها تشير إلى عملية الانسحاب للمسن وتقلص دوره الاجتماعي.

ومنه فعملية إدراك الواقع الشيخوخة هو عملية متكاملة تقوم على استعداد النفسي والاجتماعي الذي يعود إلى حياة المسنين ونشأته فهي تتركز على السمات الشخصية لكل مسن ومدى توافقه مع ذاته ومحيطه الخارجي.

¹ - نفس المرجع، ص 39 - 40.

خامسا: أهم الدراسات التي تناولت مشاكل المسنين:

هناك عدة دراسات تناولت مشاكل المسنين من جوانبها النفسية والاجتماعية والاقتصادية داخل الجزائر, وعدة دراسات خارج الجزائر.

وما يميز الدراسات أنها اهتمت على تحليل واقع المعيش للمسنين داخل الأسرة من جهة وبرامج الرعاية الاجتماعية مثل دور المسنين.

*الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

قام بها **راشد بن حمد البوسعيدي**: تحت عنوان "اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين دراسة اجتماعية ميدانية تهدف هذه الدراسة إلى معرفة اتجاهات المواطنين العمانيين نحو القضايا المرتبطة بالمسنين ودراسة لدور الأسرة في رعاية المسنين في المجتمع العماني ومعرفة موقف المواطنين من قيام الدولة برعاية المسنين وضمت الدراسة 250 مبحثا ويمكن صياغة إشكالية البحث في الإطار التالي:

كانت الأسرة والقبيلة في المجتمع العماني دور كبير في توعية المسنين وتوفير احتياجاتهم ومتطلباتهم فهم يحظون بتقدير أفراد المجتمع واحترامهم، إلا انه مع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي صاحبت عصر النهضة وتزايد الانفتاح على العالم الخارجي يتوقع إلى ظهور اتجاهات جديدة نحو المسنين في المجتمع العماني.

وتشكل كبار السن في المجتمع العماني ممن هم فوق 60 سنة اكبر 05 % من عدد السكان في المجتمع العماني، حسب تعداد 2003 ويتوقع تزايد أعداد من ينتمون إلى هذه الفئة العمرية في المستقبل نتيجة لانخفاض معدلات الوفيات

وارتفاع أمل الحياة الناتج عن التقدم الصحي وارتفاع مستويات في المجتمع العماني في الوقت الراهن.

ومع تزايد أعداد المسنين واحتياجاتهم لصور شتى من الرعاية وبناءا عليه تسعى الدراسة لتقديم صور واضحة لاتجاهات المعاصرة للمواطنين ورؤيتهم لدور الأسرة وتصوراتهم الايجابية والسلبية نحو هذه الفئة، وموقفهم خدمات رعاية المسنين من قبل الدولة.

وكانت أسئلة الدراسة كما يلي:

ما تصور المواطنين العمانيين لدور الأسرة في رعاية المسنين؟ وما هي مسؤولية الدولة نحو المسنين؟ ما المقترحات لأجل الحد من المشكلات التي يعانيها المسنون في المجتمع العماني؟

وقد كشفت هذه الدراسة الميدانية أكدت الغالبية العظمى أهمية الرعاية الأسرية للمسنين، واعتبر أفراد العينة أن إيداع المسنين في مؤسسات رعاية عقوقا وتقصيرا كبيرا في حقوقهم، وفي السياق نفسه تفضل غالبية أفراد العينة من المبحوثين تقديم الدولة خدمات للمسنين في منازلهم دون إيداعهم في مؤسسات حكومية دعائية، وتؤكد هذه النتائج وجود اتجاهات ايجابية واضحة وأن مرحلة الشيخوخة مرحلة مهمة في الحياة يجب الاهتمام والاعتناء بها.¹

¹ - راشد بن حمد البوسعيدي. اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين : دراسة اجتماعية ميدانية، ب:

مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 35 ، العدد : 3 ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت ، 2007 .

الدراسة الثانية:

يمكن القول بان دراسة محمد عودة ,تحت عنوان مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي بأنها دراسة شاملة باعتبار أنها دراسة ميدانية لعينة من المسنين وجاءت على الشكل التالي:

تتميز مرحلة الشيخوخة عما سبقها من مراحل النمو بجملة من المتغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية يتيح عنها جملة من المشكلات يعانها المسن ، تؤثر في توافقه مع المجتمع في بقية حياته واذا كان لكل مجتمع خصوصياته فما هي المشكلات التي يعانها المسن؟ وهل للجنس دور في تنوع هذه المشكلات وترتيبها حسب أهميتها ومدى انتشارها.

وقد اعد لهذا الغرض عينة من 64 فرد وكشفت هذه الدراسة أنها تتفق مع الدراسات العلمية الخاصة بالمسنين على أنهم يتعرضون لتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية ,وقد جاءت مشكلات المسنين الكويتيين ذكورا واثنا على النحو التالي: الأرق ضعف البصر والسمع والحساسية نحو بعض الأطعمة، التعب، ضعف القدرة العقلية العامة، الإحساس بالوحدة، صراع الأجيال، انقطاع الصلة بالأقارب.¹

دراسة جزائرية:

دراسة لنيل شهادة ماجستير قامت لعبيدي نادية بها تحت عنوان المكانة الاجتماعية للمسن داخل الأسرة الجزائرية **جامعة باتنة**: دراسة ميدانية وجاء في إطارها العام على الشكل الموالي: "التحولات والتغيرات الضخمة التي حدثت في

1 -العمل الاجتماعي مع المسنين " مجلة عالم الإعاقة، العدد 117، مؤسسة العالم العربي للطباعة

والنشر والتوزيع ،المملكة العربية السعودية 23 نوفمبر 2009 ،ص17.

كثير من مجتمع العالم واتساع المدن وحجمها التي جعلت نطاق الأسرة يضيق الأمر الذي فرض نوعاً من الأدوار والمكانات والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة، فظهرت معايير جديدة لتحديد المكانة الاجتماعية داخل الأسرة الجزائرية كغيرها مستنها التغيرات والتحولات التي حدثت في العالم ككل وتغير نظام السلطة فيها وتنوعت الأدوار، افرز الكثير من التعقيدات المتعلقة بالمسنين لم تكن موجودة من قبل كمظاهر الاحترام وتخلي الأبناء عن أباهم وغيرها من المظاهر السلبية، كان لها الأثر الكبير على المكانة الاجتماعية للمسنين داخل الأسرة وكان السؤال الرئيسي كالتالي: ما هي أهم العوامل التي تحدد المكانة الاجتماعية للمسن؟ وجاءت أسئلة فرعية كالتالي:

- هل المستوى التعليمي والثقافي للمسن يحدد مكانته الاجتماعية ؟
- ما مدى تأثير حالته الصحية للمسن على مكانته الاجتماعية داخل الأسرة؟
- ما مدى تأثير الوضعية المادية للمسن على مكانته الاجتماعية داخل الأسرة؟

- هل يؤثر الشريك على وجود المكانة الاجتماعية داخل الأسرة ؟
- جاءت نتائج الفرضيات عامة كما يلي:

إن المستوى التعليمي يؤثر على المكانة الاجتماعية داخل الأسرة ويمارسون السلطة داخل الأسرة والمشاركة في قرارات الأسرة وتؤكد بوجه عام إن الحالة الصحية للمسن تؤثر على المكانة الاجتماعية، ويظهر ذلك من خلال توفير الرعاية والاهتمام له ،بمعنى آخر إن المسن الذي يتلقى الاهتمام والرعاية على مكانة المسن من خلال تأثيرها على سلطته وقرارات الأسرة.

كما أكدت البيانات أن الوضعية المادية للمسن ومساعدته لأفراد ماديًا لا تؤثر على مدى حصوله على الرعاية الصحية، حيث رغم ذلك أي حتى المسنون الذين لا يساعدون أسرهم ماديًا يحصلون على رعاية صحية من قبل أفراد الأسرة. من أفراد العينة الأرملة تأثرت سلطتهم بفقدانهم للشريك، كما تبين أن 60% مما يدل على أن وجود الشريك يدعم السلطة للمسن داخل الأسرة وبالتالي فقدانه يؤثر سلبًا عليها¹.

¹ -لعبيدي نادية، المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية لعينة من مسني بلدية عين التوتة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة الحاج لخضر - باتنة، 2009.

الفصل الثالث:

الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين

الفصل الثالث: الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين

أولاً: تعريف الرعاية الاجتماعية

ثانياً: فلسفة الرعاية الاجتماعية

ثالثاً: مميزات الرعاية الاجتماعية

رابعاً: أنواع الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين

خامساً: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في الدول المتقدمة

سادساً: بعض السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في بعض الدول

العربية

سابعاً: الرعاية الاجتماعية للمسن في الإسلام

ثامناً: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة و المسنين في الجزائر

أولاً: الرعاية الاجتماعية:

1 - تعريفها

الرعاية الاجتماعية: هي الجهود المنظمة التي تهدف إلى توفير مستوى أساسي من المعيشة، وتحسين الأحوال الجسمية والعقلية والاجتماعية للمواطنين.¹ ومصطلح الرعاية لغوياً مشتق من رعى يرعى بمعنى الحفظ أو الكفالة أو المسؤولية الاجتماعية، ويقال كل راع مسؤول عن رعيته بمعنى الواجب الاجتماعي والسلطة في تدبير الأمور.

فقدما ارتبط مفهوم الرعاية الاجتماعية على أساس ما يقوم به الإنسان لمساعدته أخيه الإنسان في وقت الشدة والذين عجزت قدراته الشخصية عن مواجهة احتياجاته، مثل رعاية فئات المسنين واليتامى والأرامل.....الخ.

ولقد ظل هذا الشكل من الرعاية سائدة لفترة طويلة وتباينت مظاهر الرعاية قوة وضعفاً من مجتمع لآخر، واقتصر الأمر غالباً على إشباع الحاجات الضرورية الأساسية الملموسة.

ومما يميز ذلك اللون من الرعاية عدم تدخل الدولة في تنظيمه وغلبة الوازع الديني والإنساني لتدعيم ذلك اللون من الرعاية وذلك لتحقيق التضامن الاجتماعي وتوفير الترابط والتوافق بين سكان المجتمع.²

ويمكن القول بأن الرعاية المنضمة التي نعرفها اليوم هي وليدة الثورة الصناعية وازدهرت في القرن التاسع عشر وذلك للوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الاستجابة حيث يمكن أن تحقق الإنتاجية العالية عن طريق تدعيم قدرات أفراد

¹ - محمد سيد فهمي. الرعاية الاجتماعية الإسلامية. دار الوفاء للطباعة والنشر. 2007. ص. 112.

² - نفس المرجع، ص. 113.

المجتمع وحماية غير القادرين منهم ويتم ذلك من خلال أجهزة منظمة للمساعدات المتعددة لهؤلاء الأفراد.¹

وهناك عدة تعاريف حديثة للرعاية الاجتماعية منها:

***تعريف فريد لأندر:**

"الرعاية الاجتماعية نسق منظم من الخدمات والأجهزة التي يتم إعدادها لمساعدة الأفراد والجماعات على تحقيق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولتدعيم العلاقات الشخصية والاجتماعية بما يمكنهم من تنمية قدراتهم وتحسين مستوى حياتهم بما يتماشى مع احتياجاتهم".

*** تعريف (عبد المنعم شوقي):**

"هي تنظيم يهدف إلى مساعدة الإنسان على مقابلة احتياجاته الذاتية والاجتماعية، ويقوم هذا التنظيم على أساس تقديم الرعاية عن طريق الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية".²

¹ - نفس المرجع، ص 114.

² - ماهر أبو المعاطي علي، مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، زهراء الشرق، القاهرة، د ط، ص 03.

ثانياً: فلسفة الرعاية الاجتماعية:

إن الإنسان اجتماعي بطبيعته، يعيش ويعمل ويلعب ويتعلم ويمارس كل ادوار الحياة وينتمي إليها بحكم صلة القرابة والدم، أو بعلاقات الصداقة والجوار أو بروابط الزمالة والعمل هذه الصلات والعلاقات والروابط تتشابك فيما بينها لتؤدي في النهاية إلى تشكيل نمط الحياة التي يعيشها الفرد في المجتمع. وتتأثر هذه العلاقات بطبيعة الحال بنوعية المراكز التي يشغلها الفرد في كل جماعة وما يرتبط بها من التزامات أو توقعات سلوكية.

إن انتماء الإنسان للجماعة ضرورة حتمية ليس تأكيداً لطبيعته الاجتماعية فحسب ولكنها ضرورية لا بديل عنها لإشباع احتياجات الإنسان في الحياة سواء كانت احتياجاته المادية من مأكل وملبس ومشرب، أو احتياجاته معنوية كالحاجة إلى الانتماء والحاجة للأمن والشعور بالحب والتقدير من الآخرين،¹ ومن المفروض إن تطور الحياة في المجتمع يؤدي إلى زيادة حاجة الإنسان وتنوعها وتعقدها، ومما لا جدال فيه أن الحاجات الإنسانية، كلما زادت حجماً وتنوعت شكلاً وتعددت مضموناً كلما اطردت علاقات الإنسان بالجماعة وارتبطت حياته به إن الفقر والمرض والعجز والضعف، والتسول والتشرد والانحرافات والجريمة والبطالة والفراغ والأمراض النفسية والعقلية كلها مشكلات صادفت المجتمع الإنساني هذه المشكلات تختلف من مجتمع لآخر ومن عصر إلى آخر.

إن الفقر والمرض والعجز والضعف، والتسول والتشرد والانحرافات والجريمة والبطالة والفراغ والأمراض النفسية والعقلية كلها مشكلات صادفت المجتمع الإنساني هذه المشكلات تختلف من مجتمع لآخر ومن عصر إلى آخر.

¹ - محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص 18.

وأمام ذلك كان للمجتمع الإنساني دورا في مواجهة هذه المشكلات الاجتماعية لعلاجها أو التخفيف من حدتها أو لوقاية الناس من أثارها كل ذلك في شكل رعاية المجتمع لأفراده وعلى اخص المحتاجين منهم.

هذه الرعاية قديمة قدم المجتمع ن ويعني ذلك أن الرعاية الاجتماعية هي إحدى النظم الاجتماعية التي نشأت مع المجتمع الإنساني وتطورت بتطوره. والرعاية الاجتماعية كنمط متغير من الأنشطة يقوم بوظيفة أساسية في المجتمع ويتضمن من الوسائل والأساليب التي تختص بمساعدة الأفراد والأسر والمجتمعات على إشباع الاحتياجات الإنسانية وتحقيق مستوى أفضل من الحياة.

ثالثاً: مميزات الرعاية الاجتماعية:

تصمم برامج الرعاية الاجتماعية غالباً بهدف تقديم المساعدة؛ أو الرعاية لتحقيق الرفاهية الاجتماعية.

وتختلف برامج الرعاية الاجتماعية فيما بينها من حيث مستوى أو تعدد الأهداف ونوعية العاملين وتخصصاتهم.

ومن خلال ما سبق لتعاريف الرعاية الاجتماعية نستطيع أن نحدد عدداً من السمات المميزة للرعاية الاجتماعية انه وهي تختلف وتتغير من وقت لآخر إضافة أو حذفاً وهذه الخصائص هي:

1 - **التنظيم الرسمي:** إن نشاط وبرامج الرعاية الاجتماعية جهود منظمة تنظيماً رسمياً، من خلال منظمات وهيئات ومؤسسات ذات بناء بيروقراطي إما المساعدة التي تقدمها الأسرة أو الجماعة الأصدقاء تقدم مظهراً من مظاهر علاقة اجتماعية مباشرة.

2 - **تدعيم من المجتمع والتعبير عنه:** وذلك أن الرعاية الاجتماعية تقدم عن طريق تعبئة موارد المجتمع لمواجهة الحاجات، أي أن المجتمع بأسره يعمل من خلال أجهزته الرسمية ومؤسساته، تلك الأجهزة هي ممثلة الحكومة.

2 - **عدم استهداف الربح المادي:** من خلال مفهوم الرعاية الاجتماعية إن أهم ميزة لها التنظيم الرسمي واستعداد الأسرة ومساعدتها من مفهوم الرعاية الاجتماعية، إنما تستهدف تحقيق إشباع الحاجات الإنسانية والإقلاع من حدة المشكلات وذلك بترتيب عليه تنمية الموارد البشرية مما يعني أنها تمثل شكلاً من أشكال الاستثمار بعيد المدى والذي نلاحظ نتائجه في تحسين الأحوال المعيشية ومواجهة الخلل والأمراض الاجتماعية.

4 - الرعاية الاجتماعية ذات مردود اجتماعي واقتصادي: برامج الرعاية الاجتماعية ليست استهلاكاً بدون عائد ذلك أن ألوان وبرامج الرعاية الاجتماعية إنما تستهدف تحقيق إشباع الحاجيات الإنسانية والإقلال من حدة المشكلات. وذلك يترتب عليه تنمية الموارد البشرية مما يعني أنها تمثل شكلاً من أشكال الاستثمار بعيد المدى والذي نلاحظ نتائجه في تحسين الأحوال المعيشية ومواجهة الخلل والأمراض الاجتماعية.¹

وفي إطار التعاريف السابقة تتضمن الرعاية الاجتماعية البرامج الأساسية الآتية:

1 - المساعدات العامة وتتضمن المساعدات وغيرها من الخدمات للفئات الفقيرة.

2 - التأمينات الاجتماعية.

3 - العمالة وتنمية الموارد البشرية.

4 - الإسكان وحماية البيئة.

5 - الصحة العامة والعلاج الطبي.

6 - الصحة النفسية.

7 - التأهيل المهني.

8 - تقويم الانحرافات السلوكية.

9 - الخدمات الترويحية وشغل أوقات الفراغ.

10 - رعاية الأسرة والطفولة.

11 - التخطيط وتنظيم المجتمع.²

¹ - محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ص 120 - 121.

² - نفس المرجع، ص 117.

بالإضافة إلى خصائص الرعاية المذكورة تتميز الرعاية الاجتماعية في مجال المسنين:

1 -الرعاية الاجتماعية قيمة أخلاقية:الرعاية هي الأساس الأخلاقي الذي ينشد فيه القيم والتقاليد.¹

2 -الرعاية الاجتماعية المعاصرة مسؤولية المجتمع: تعد الرعاية الاجتماعية في العصر الحديث مسؤولية المجتمع ككل، حيث يتولى كل من النشاطات الاجتماعية الأهلية حماية الإنسان وكفالة حقوقه خاصة في مرحلة العجز، فتتولى بذلك توفير كل الاحتياجات، وليس على الفرد تحملا عبئ الأزمات لوحده كما في القديم بل يشترك مع المجتمع في ذلك.²

3 -الرعاية الاجتماعية خدمات منظمة: فهناك جهود تبذل من اجل توفير الخدمات وإشباع حاجات الفرد المختلفة، ولكن وفق شروط يجب توفرها في طالب الخدمة حتى يستفيد من المساعدة بالتنسيق بين الطالب للخدمة والقائم بالخدمة، وذلك حتى كون الأمور منظمة، وحتى يتمكن الجميع من الاستفادة.

4 -الرعاية الاجتماعية تهتم بالحاجات الإنسانية المباشرة: فمن حقوق الإنسان استفادته من الرعاية الاجتماعية فهي حق من حقوقه وتتمثل هذه الرعاية الاجتماعية في مجموعة من البرامج والخدمات التي تهتم بتوفير المتطلبات والحاجات المتعددة مثل: الحاجات الجسمية، الصحية، النفسية، الترفيهية.²

5 -الرعاية الاجتماعية تتميز بالشمولية: نظرا لتنوع وتعدد الحاجات ومتطلبات المواطنين حيث تبذل برامج الرعاية الاجتماعية جهودا من اجل إشباع تلك المتطلبات الإنسانية المتنوعة حتى لا يحدث قصور في البرامج، مما قد ينتج

¹ - نفس المرجع ، ص27

² - سلوى عثمان الصديقي وآخرون، مرجع سابق، ص16.

عنه عدة مشكلات وذلك أن البرلمج تتعدد وتتوسع طبقا للحاجات و الخدمات المطلوبة حتى تتمكن بذلك من تلبيةها.¹

6 -الرعاية الاجتماعية ذات أهداف وقائية وعلاجية: تتميز خدمات الرعاية الاجتماعية عن غيرها من الخدمات مثل خدمات أفراد الأسرة جماعة الرفاق والأهل في كونها تهدف لتحقيق خدمات علاجية وقائية، وتعالج الأفراد عند تعرضهم لمشاكل صحية أو نفسية أو اجتماعية، و تقى الأفراد المعوزين من الوقوع في الانحراف كما تهدف لتنمية قدرات و مهارات الأفراد.²

7 - وجود متخصصين مهيين في كافة المجالات الرعاية و الخدمات المختلفة: أدى تعدد المتطلبات والحاجات الإنسانية إلى ضرورة وجود متخصصين في جميع المجالات النفسية والصحية و الاجتماعية حتى تتمكن من تقديم الخدمات وتوصيلها إلى مستحقيها، والتنسيق بين جهود المتخصصين لتحقيق الرعاية الكاملة للمسنين و المعوقين المحتاجين.³

¹ - نفس المرجع ، ص29.

² - المرجع السابق، ص29.

³ - نفس المرجع ، ص30.

رابعاً: أنواع الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين:

1 -الرعاية الصحية: أهم رعاية يمكن تقديمها للمسنين هي الرعاية الصحية كونها تهدف للكشف المنظم والعلاج المناسب للمسنين لتمكينهم من العيش دون متاعب لأثار الشيخوخة على صحتهم وعلاج المرضى قدر المستطاع¹، وتتمثل الرعاية الصحية في عمل فريق متكون من طبيب زائر يقوم بمتابعة الحالات الصحية ومساعدتهم للابتعاد عن مصادر الحوادث²، وممرضات تقوم بالعناية بالمريض وتقديم خدمات تكون ذات علاقة بالمسن مثل: تقديم النظارات الطبية. علاج الأسنان، خدمات، الإقامة في المستشفيات، المقاعد المتحركة، كما يمكن تعريف الرعاية الصحية بأنها هي مجموع الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها³.

كما يشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد إلى جانب الرعاية الطبية، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود المبذولة من طرف كل النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض⁴.

كما نجد من بين أهم المستويات للرعاية الصحية: الرعاية الصحية الذاتية، وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد أو العائلة مسؤولية رعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، والتي يتعرضون إليها في حياتهم

¹ - السيد عبد العاطي وآخرون. مرجع سابق، ص 434.

² - محمد يسري عيسى، الأوضاع الاقتصادية للمسن. جامعة فاتح. دون بلد. ط6. 1992 ص 70.

³ - أيمن مظاهر و آخرون. مرجع سابق، ص 67 .

⁴ - نفس المرجع، ص 70.

اليومية، ومما لاشك فيه أن هذا المستوى من الرعاية يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب ذلك¹.

رغم تمكن نظم الرعاية الصحية الحديثة من إطالة عمر أفرادها مما زاد من نسبة المسنين في الدول المتقدمة بصفة خاصة، التي زادت بها نظم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مما خفض نسبة الأمراض المسببة للوفاة، إلا أن هذه الزيادة باتت أيضا تسبب مشاكل صحية²، التي أصبحت تتطلب زيادة في كم وكيف الخدمات الصحية المقدمة لهم ذلك أنه قد تزداد مشاكل المسنين تعقيدا في حالة عدم وجود من يراهم الرعاية الأسرية اللازمة، ولذلك فالأمر يتطلب عدد من المؤسسات الاجتماعية التي تتولى رعايتهم سواء الرعاية الطبية، أو الغذائية أو الاجتماعية، أو النفسية³.

خاصة إذا ركزنا على الجانب الصحي، فإن تلك الاحتياجات الصحية لهذه الفئة تختلف بطبيعتها عن احتياجات الفئات العمرية الأخرى، وعادة ما يكون المسنون أكثر من البالغين احتياجا إلى مزيد من الأطباء المختصين في هذا المجال، ذلك لأن نوع الأمراض ونسبة الإصابة بها تختلف عن تلك التي تصيب الفئات العمرية الأخرى، وذلك بما تتميز به بأنها أمراض تدل على انحلال القوى وضعفها، والتي يطلق عليها أمراض الشيخوخة وهي تميز الفئات العمرية المتقدمة، والذي سيؤثر بطبيعة الحال على نوع الخدمات في المستشفيات وكذلك طبيعة التخصصات الطبية سواء التي تدرس في الكليات، أو التي يجب أن تتوفر في المؤسسات الاستشفائية، والتي نجدها أكثر في الدول المتقدمة، نظرا لما تتميز به من انتشار

¹ - سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص ص 193- 196.

² - نفس المرجع، ص 193.

لهذه الأمراض بسبب النسبة المرتفعة للمسنين، الأمر الذي يستدعي إنشاء دور خاصة بالمسنين وتوفير العمال المتدربين لرعايتهم، وما يستدعي أيضا ضرورة إنشاء أقسام خاصة في كليات الطب تهتم بتدريس طب الشيخوخة.¹

وبما أن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخرى، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع تتركز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لا بد أولا من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وذلك من خلال توفير المؤسسات الصحية المجانية، وتوفير خدمات الإقامة بالمؤسسات الصحية في حالة الإصابة بالأمراض التي تتطلب هذا النوع من الخدمات، فمثلا نجد في أمريكا نسبة 5% من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يتواجدون في المستشفى أو دور التمريض، وتغطي التكاليف من خلال برامج الرعاية الطبية التي وضعتها هذه المؤسسات.

أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة، من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم، عن طريق عمليات التوعية وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض وتحسيسهم بضرورة تجنبها، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها، فعلى سبيل المثال العمل على تجنب المسن أو بعباده عن مجموعة من المواد الغذائية المضرة بصحته، وحثه على ممارسة مجموعة من الأنشطة الجسمية: كالمشي وغيرها، وكذا الاهتمام بنظافته بصفة عامة، وذلك حتى لا يكون عرضة لبعض الأمراض، أو من خلال الكشف

¹ - المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا، تعمير السكان و نتائج الاقتصادية والاجتماعية، تر: صلاح الدين شريف، تقديم: عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260، 1956، ص134.

الدوري للمسنين في المؤسسات الصحية، التي قد تكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة وبالتالي علاجها قبل أن يتفاقم الوضع.

حيث يتضح مما سبق أن رعاية المسنين لها محورين أساسيين لا يمكن غض الطرف عن إحداهما أو التقليل من أهميته، فالأول يتمثل في الرعاية الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أو من البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث تكون ملائمة لحاجته وملبية لمتطلباته ومتماشية مع حالته الشخصية والخصائص العامة التي يندرج تحتها هو وأمثاله من المسنين، أما المحور الثاني فهو المسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وظروفه الصحية، فلا بد له أن يكون متمتعاً بمجموعة من المعلومات المفيدة وبمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة، وأن يكون على حذر دائم من أن يقع تحت مجموعة من العادات السيئة التي قد تنال من صحته فيقضي بذلك شيخوخة مليئة بالأمراض¹.

حيث أن الاهتمام والحفاظ على صحة وجودة نوعية الحياة على مدى العمر يسهم إسهاماً بالغاً في إحساس المرء بأنه حقق ما كان يصبوا إليه، ذلك أنه غالباً ما يقترن التقدم في العمر في أذهان الناس باعتلال الصحة والضعف والعجز، مما يترتب على ذلك ضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية².

2 - الرعاية الاقتصادية: رغم تلك الإجراءات التي اتخذتها الدول والحكومات في العالم من أجل تحسين الجانب الاقتصادي للمسنين، ومن أجل حمايتهم وتأمين مصدراً للدخل لهم في هذا العمر، من خلال تلك القوانين وأنظمة الحماية الاجتماعية وطمأن الاجتماعي، وإنشاء صناديق التقاعد، إلا أن هذه الإجراءات لم تمس كل المسنين، ولم تضمن دخلاً جيداً وكافياً لهم، نتيجة النقص الذي

¹ - يوسف أسعد ميخائيل. رعاية الشيخوخة، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع: القاهرة ، 2000 . ص 179.

² - نفس المرجع ، ص ص 169 - 170 .

يحدث في دخل المسن عند إحالته على التقاعد، من خلال المعاش الثابت الذي لا يقبل الزيادة المطردة كما هو الحال بالنسبة للمرتبات، وما ينجر عنه من انخفاض المستوى المعيشي للمسن وذلك في ضوء الزيادة المطردة في الأسعار على المستوى المحلي والعالمي، وما يقابله أيضا من العادات الاستهلاكية التي تعود عليها المسن، بالإضافة إلى الأعباء الإنفاقية الأخرى خاصة العبئ الإنفاقي الجديد المتمثل في مصاريف العلاج نتيجة المشاكل الصحية التي يتعرض لها في هذه المرحلة، والذي يضاف إلى ما يتحمله المسن من أعباء.

فأمام هذه المطالب والاحتياجات الملحة والضرورية، فإنه بات لزاما على الدول والحكومات ضرورة إعادة النظر في هذا النظم والقوانين، وإيجاد حل لهؤلاء المسنين والسعي إلى تحسين مستواهم المعيشي ومكافحة الفقر في أوساطهم، ولذلك ليس من المغالاة والمبالغة المطالبة بالزيادة في معاشاتهم، بالإضافة إلى ضرورة وضع قوانين خاصة من أجل تسهيل عملية الاستفادة من الضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية لهذه الفئة، وكذلك ضرورة مساهمة أسرهم وكل المجتمع بمؤسساته الخدمائية لتقديم المساعدات لهم، سواء كانت مادية أو خدمائية¹، أو من خلال السعي إلى إيجاد عمل آخر بعد التقاعد يتماشى مع قدراتهم في العمر، حيث تشير الإحصائيات أن نسبة 24% من المسنين في العالم ينتمون إلى قوة العمل ونشطون اقتصاديا، والذي يكون عددهم أكثر في الدول النامية بنسبة 47% نجد من بينهم النساء أيضا، مقابل 14% فقط، من المسنين الذين هم ضمن السكان المشتغلون في الدول المتقدمة²، وهذا نتيجة الظروف المعيشية المتدهورة التي تدفعهم إلى الاستمرار في العمل بعد التقاعد.

1 - نفس المرجع ، ص 253 - 254 .

2 - United Nation, opcit, pp 3-4.

وفي هذا الصدد فقد سعت الأمم المتحدة في إطار نشاطات صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، إلى القضاء على الفقر خاصة في أوساط المسنين، والتي يعتبر هدفا أساسيا من بين أهداف خطة العمل الدولية للشيخوخة، التي تهدف إلى¹:

❖ خفض نسبة المسنين الذين يعانون الفقر المدقع إلى النصف بحلول سنة 2015.

❖ إدراج كبار السن في السياسات والبرامج لتحقيق هدف الحد من الفقر.

❖ العمل على المساواة في استفادة كبار السن من فرص العمل وفرص الحصول على دخل.

❖ تعزيز التعاون الدولي لدعم الجهود الوطنية الرامية إلى القضاء على الفقر تماشيا مع الأهداف المتفق عليها دوليا.

❖ السعي إلى اتخاذ تدابير ملائمة في مجال الحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي من أجل التصدي لظاهرة تفشي الفقر في أوساط النساء، لاسيما بين المسنات منهن، سواء كانت تقوم على الاشتراكات أم لا.

❖ نشر برامج لتمكين جميع العمال من الحصول على الحماية الاجتماعية الأساسية بما في ذلك المعاشات التقاعدية، والتأمين ضد العجز والاستفادة من الرعاية الصحية إن أمكن.

❖ وضع وتنفيذ سياسات ترمي إلى توفير الحماية الاقتصادية والاجتماعية الكافية في فترة الشيخوخة.

❖ السعي إلى تأمين دخل أدنى كاف لجميع كبار السن، وتركيز اهتمامهم بصفة خاصة للفئات المحرومة اجتماعيا واقتصاديا.

2009. [القضاء على الفقر: http://www.un.org/arabic/esa/ageing](http://www.un.org/arabic/esa/ageing) -¹

3 - الرعاية الاجتماعية: كما سبق وأن تطرقنا إلى أهم التغيرات التي تحدث للمسن في هذه المرحلة والمشكلات التي تتجر عنها، ومنها المشكلات الاجتماعية التي تتمثل في تراجع وتخلي المسنين على بعض أدوارهم ومكاناتهم وكذا التدهور الذي يحصل لعلاقاتهم وتفاعلهم بالمحيط الاجتماعي لهم، سواء في الأسرة أو المجتمع ككل، وما يتبعه من عدم تقبل الوضع الجديد وصعوبة التأقلم معه والإحساس بانعدام فائدتهم والشعور بالاكئاب والعزلة، بالإضافة إلى ما قد يحدث من صراع بينهم وبين جيل الشباب، وما قد يتعرضون له من سوء المعاملة.

ولذلك فلا بد من توفير رعاية اجتماعية خاصة بهذه الفئة، فإنه إلى جانب واجب جميع أفراد أسرة المسن من أبناءه وأحفاده وزوجات أبنائه تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاجها المسن، إذا حرم من رعاية شريك حياته، أو حرم من أقرب المقربين له حيث لا يتأتى ذلك إلا من خلال ما يطبع علاقاتهم الاجتماعية لهؤلاء الأفراد من تكافل اجتماعي وتضامن، حيث ما أعظم أن يتكفل الأبناء بآبائهم في الكبر كما سبق وأن تكفل آباؤهم بهم في الصغر، وذلك من خلال توفير الضمان والأمن الاقتصادي لسد حاجاته المادية.

فالتضامن بين الأجيال على جميع المستويات - في الأسر والمجتمعات المحلية - شرط أساسي للتلاحم الاجتماعي، كما يعتبر أيضا قاعدة لنظم الرعاية العامة الرسمية ونظم الرعاية غير الرسمية، ولذلك فإنه في كثير من الأحيان التغير في الظروف السكانية والاجتماعية والاقتصادية يقتضي أيضا تعديل نظم المعاشات والضمان الاجتماعي والصحي والرعاية على المدى الطويل، وذلك من أجل المحافظة على ذلك التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها هذه الأنظمة

وبالتالي الحفاظ على النمو الاقتصادي والتنمية وتأمين الدخل وتوفير الخدمات بصورة ملائمة وفعالة لهذه الفئة من المسنين.

كما يمكن أن تكون الروابط بين الأجيال ذات قيمة كبيرة للجميع على صعيد الأسرة والمجتمع، ولذلك ينبغي لجميع قطاعات المجتمع، بما فيها الحكومات أن تعمل من أجل تعزيز تلك الروابط والعلاقات، وهذا بالرغم من أن العيش مع الأجيال الصغيرة ليس بالاختيار المفضل أو الأحسن على الدوام لكبار السن¹.

ومن أجل إرساء وتعزيز هذا التضامن، سواء على مستوى الأسرة أو المجتمع حدثت الأمم المتحدة بضرورة اتخاذ إجراءات مختلفة نذكر منها:

❖ تشجيع فهم الشيخوخة عن طريق التثقيف العام بوصفه موضوعاً يهم المجتمع بكامله.

❖ وضع مبادرات تهدف إلى تعزيز التبادل المثمر بين الأجيال،

والتركز على كبار السن بوصفهم يشكلون مورداً اجتماعياً.

❖ زيادة فرص المحافظة على الروابط بين الأجيال وتحسينها داخل المجتمعات المحلية، وذلك من خلال جملة من الأمور نذكر منها تيسير اللقاءات بين جميع الفئات العمرية وتجنب التفريق بين الأجيال.

❖ الاهتمام بأوضاع الأجيال، خاصة بالجيل الذي يتعين عليه العناية بالأبوين وبالأطفال والأحفاد في نفس الوقت.

❖ تشجيع وتعزيز التضامن والتكافل فيما بين الأجيال بوصفهما عنصرين

أساسيين من عناصر التنمية الاجتماعية.

فبالإضافة إلى علاقة التضامن والتكافل التي يجب أن تكون بين المسن وأفراد أسرته والمجتمع بصفة عامة، فإن المسن أيضاً بحاجة إلى التكيف والتأقلم مع

¹ - <http://www.un.org/arabic/esa/ageing>: التضامن بين الأجيال

الوضع الجديد وذلك من خلال الإرشاد الاجتماعي له، الذي يجب أن يقوم بتبصير الشيخ بموقفه الحالي في المجتمع، سواء تمثل المجتمع في النطاق الضيق للأسرة، أو تمثل في المجتمع الخارجي بمؤسساته المختلفة¹، ومن أبرز هذه الطرق هو إقناع المسن بأنه ليس منبوذاً من طرف المجتمع المحيط به ويتحقق ذلك من خلال معاملاته باحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته، وإلى جانب تقبل الشيخ لوضعيته الجديدة، يجب أيضاً إقناع الشيخ بتقبل أوضاع الآخرين من حوله وما صارت إليه تلك الأوضاع، من تغير في الأدوار والمكانات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية.

كما أن الإرشاد الاجتماعي للأسرة، لا يقتصر على إرشاد الشيخ ومطالبته بالتكيف في الواقع الجديد، وأن يعدل سلوكه في ضوء تلك المتغيرات، بل يستهدف أيضاً التأثير في سلوك المحيطين به، من خلال تغير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية والاجتماعية التي حدثت للمسن².

ذلك أن المسن في هذه المرحلة يكون بحاجة إلى العطف والمرح والترفيه وتجنبيه الوحدة والفراغ، من خلال جعله يقوم بنشاطات مختلفة ترفيهية وخيرية وكذلك عليهم احترامه واستشارته في أمورهم، وهناك كثير من الأشياء التي يجب أن يتم تكيفها مع واقع المسن من خلال نوع المأكولات التي يتم إعدادها للأسرة وغيرها من الأمور.

والرعاية الاجتماعية للمسنين لا تقتصر فقط على العناصر التي ذكرناها سابقاً حيث رغم أن هذا الرشاد الاجتماعي للمسن وأفراد أسرته ومجتمعه، كفيل بجعل العلاقة بينهم جيدة وخالية من الصراع وسوء الفهم وكذلك سوء المعاملة، إلا أنه

¹ - يوسف أسعد ميخائيل، مرجع سابق، ص ص 244- 246 .

² - نفس المرجع ، ص 246 .

كثيرا ما يتعرض الأشخاص المسنين للعنف وسوء المعاملة، والتي بدأت تنتشر خاصة في السنوات الأخيرة مع الارتفاع المتزايد لعدد المسنين، والتي بدأت تلفت انتباه الرأي العام، واعتبارها مسألة حقوق إنسان، حيث حرصت الأمم المتحدة على التصدي إلى هذه الظاهرة وعلاج هذه المشكلة، وذلك من خلال السعي إلى تلبية احتياجات وحقوق الأشخاص الأساسية في مختلف مراحل حياتهم وخاصة حقوق كبار السن، التي نذكر من بينها وأهمها حسب ميثاق مبادئ الأمم المتحدة ما يلي¹:

- حماية حقوق المسن الطبيعية، وتكريس ذلك بنصوص قانونية.
- حماية المرأة المسنة على وجهه الخصوص، لما للمرأة من دور في الأسرة، وصعوبة انفصالها عنها.
- تحقيق الذات والتمتع بالشخصية والكرامة.
- الحق في الضمان الصحي والمعيشي.
- الحق في الأمن الاجتماعي على النفس والمال والحرية، وكل ما يعرض المسن للخطر.
- الحق في بقاء المسن في الأسرة، وأن يكون محور الاستقطاب فيها، حيث يشعر بالاطمئنان النفسي طالما هو محاط بأفراد أسرته.
- الحق في مسكن لائق للمسن سواء في محيطه العائلي الطبيعي، أو في محيط مؤسسة الرعاية عند الضرورة والاقتضاء.
- ومن خلال هذه الجهود، فقد أدى الوعي بسوء معاملة كبار السن والاعتراف بهذه المشكلة، إلى تغير وتعديل السياسات الاجتماعية في البعض من البلدان من خلال سن تشريعات جديدة تجرم سوء معاملة كبار السن وتشدّد العقوبات

¹ - جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 14.

على بعض الجرائم في حقهم، واعتمادها في بعض الحالات على قواعد تنظيمية وسياسات لتكملة القوانين الرسمية لإنشاء نظم التدخل، في حين تبقى بعض البلدان ليس لديها تشريعات مصممة خصيصا لحماية كبار السن من سوء المعاملة، وإن وجدت فهي قليلة ولا ترقى إلى المستوى المطلوب¹.

4 - الرعاية النفسية: إن ارتباط الصحة النفسية بالصحة الجسمية، والواقع أنه بالنسبة للشيخوخة، فإن الكثير من الأمراض والمشاكل النفسية العقلية التي تصيبهم ما هي إلا نتيجة ما قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية وما ينجر عنه من نسيان وقلق وعزلة ووحدانية.

ونتيجة للمشكلات النفسية التي قد تحدث لهم، فإنه يتوجب على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة التي تقدم رعاية نفسية خاصة لهم، حيث إن هذه الرعاية النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالشيخ وذلك أن مرحلة الشيخوخة تتسم بالحساسية الشديدة، فإنه أي تعكير للجو المحيط به، يزداد تعقيدا إذا ما أضيف إلى العوامل النفسية، والحساسية الزائدة لديه، ولعل من أهم العوامل التي ينبغي الحرص على تحقيقها لتنقية الجو الاجتماعي المحيط به هو توعية المتعاملين معه لتوفير الجو الاجتماعي المناسب له، ذلك أن وعي المتعاملين مع المسنين من خلال ما يجب إتباعه وما يجب تجنبه مهم وضروري لتوفير الظروف المناسبة لإحداث تفاعلات جيدة في نفسية المسن والتي تبعث على السعادة والرضا، حيث يجب أن يستأصل من الجو الاجتماعي المحيط بالمسن كل ما من شأنه أن يشعره بالإهانة والغضب، وكذا تعبيره بالمرض أو الفقر وإلى ما ذلك من السلوكيات المثيرة للغضب في نفسية المسن.

¹ - <http://www.un.org/arabic/ase/ageing>: (12/02/2010- 13h23). حقوق الإنسان

حيث إن تنقية الجو للمحيط الاجتماعي للمسن لا يكفي وحده، بل لابد أن يتبع ذلك تنقية الجو الداخلي النفسي للمسن من كثرة الأفكار التي يمكن تعرقل سعادة الشيخ، وتجعل حالته النفسية معقدة، وسيئة مثل فكرة الموت، الشعور بالذنب، الاكتئاب، واحتقار الذات والوسواس، فإن هذه الحالات النفسية وخاصة إذا تأزمت فإنه لا يمكن التغلب عليها والتخلص منها، إلا من خلال تقديم علاج نفسي طبي رغم عدم قدرة الطب على علاج هذه الأمراض النفسية بصفة كاملة وهذا رغم من وصل إليه في هذا المجال في ضوء هذه المرحلة التطورية¹.

حيث أنه إن كانت هذه هي مختلف أنواع الرعاية التي يتوجب على أفراد المجتمع أن يقدموها للمسن، من أجل أن يعيش هؤلاء حياة خالية من المشاكل، فإن هناك مواقف وآراء مختلفة حول تقديم هذه الرعاية.

¹ - يوسف أسعد ميخائيل، مرجع سابق ص ص 203 - 213 .

خامساً: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في الدول المتقدمة:

مكانة المسنين في المجتمعات الحديثة تختلف باختلاف المجتمع الواحد نفسه إذ نجد الدولة تتكفل بالمسنين وترعاهم صحياً ونفسياً واقتصادياً واجتماعياً، بينما نجد ذلك ينعدم في الأسرة حيث نجد أن مكانة المسنين في المجتمعات القريبة المعاصرة قد تدهورت في ظل ازدياد أعدادهم مما تحتم على المجتمعات الدولية أو الوطنية والمحلية أن تبدأ في تكيفه هياكلها التحتية وسياساتها وخططها ومواردها، ومن هنا أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسية في المجتمعات المعاصرة حيث اهتمت المجتمعات برعاية تلك الفئة وذلك بوضع النظم واللوائح التي نظمت أوجه رعايتهم، بحيث لا تقتصر تلك الرعاية على رعاية مادية فقط بل امتدت إلى خدمات المسنين إلى جميع النواحي بما يوفر السعادة للمسن ويرفع من روحه المعنوية لتشمل رعاية ترويجية وصحية واقتصادية وقد استمدت تشريعات الرعاية الاجتماعية للمسنين وأسست لرعاية اجتماعية انطلاقاً من عام 1991¹.

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن والتي تعتبر وثيقة هامة في تخطيط سياسة الرعاية الاجتماعية وهي مقسمة إلى خمسة أقسام وهي:

1 - الاستقلالية: تشمل حق كبار السن في الحصول على ما يكفي الغذاء والمأوى والرعاية الصحية وإن يوفر لهم مصدر الدخل ودعم الأسري والمجتمعي.

2 - المشاركة: تعني وجوب أن كبار السن بنشاط وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاهيتهم وأن يكونون قادرين على تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم.

¹ www.un.org/ovobic/comference/ogchng/indexhtml

3 - الرعاية: ينبغي أن يستفيد كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع.

ينبغي أن تتاح لكبار التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم في أي مأوى أو مرافق للرعاية الاجتماعية أو العلاج بما ذلك الاحترام لكرامتهم ومعتقداتهم واحتياجاتهم وخصوصياتهم ولحقهم في اتخاذ القرارات المتصلة لرعايتهم ونوعية حياتهم.

4 - تحقيق الذات: ينبغي أن تتاح لكبار السن فرص التنمية الكاملة لإمكانياتهم ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية.

5 - الكرامة: ينبغي تمكين كبار السن من العيش في كنف الكرامة والأمن ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة جسديا أو ذهنيا.

وفي هذا السياق تم توجيه جميع الدول إلى الالتزام بالمبادئ المذكورة سابقا:¹

فمشكلات المسنين تختلف من مجتمع إلى آخر، وكانت قديما دول أوروبا تعيش المرحلة الإقطاعية، وكانت الكنيسة هي المؤسسة الرئيسية التي تقدم بعض أوجه الرعاية الاجتماعية أما في الوقت الحالي ومع ظهور ثورة الصناعة في المجتمعات الأوروبية وما نتج عنها من التغير التكنولوجي وازدياد في أعداد الشيخوخة في غالبية دول والولايات المتحدة الأمريكية، وتواجه معظم الدول مهمة ملائمة سياستها الاجتماعية والاقتصادية مع الشيخوخة سكانها حيث أدت زيادة أعداد المسنين إلى زيادة الطلب على برامج الرعاية الاجتماعية من خدمات طبية وعلاجية ففي الولايات المتحدة الأمريكية كانت فئة المسنين ل60 سنة فأكثر تمثل 4% من إجمالي السكان ففي سنة 1900 لحوالي 3 مليون فرد ووصلت النسبة

¹ - فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان. دار النهضة العربية بيروت. 2000. ط2. ص219.

إلى 10% في سنة 1970 حوالي 20 مليون فردا في حين بلغت الزيادة في هذه الفئة العمرية نسبة 12.1%.

4 - نظام السياسات الأسرية لرعاية المسنين:

ويقصد بالرعاية داخل الأسرة أو عن طريق تحمل عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة مسؤولياتهم تجاه رعاية الآباء والأمهات المسنين، أو أي فرد آخر ينتمي إلى الأسرة كالاكتفاء أو زوجاتهم، ونتيجة لهذا النظام أتت الإحصائيات الفرنسية أن مصدر المساعدات و السند المقدم للمسنين الذين يتجاوز عمرهم 65 سنة هم كما يلي:

- الأبناء الراشدين: 33%
- الأزواج: 26%
- أحد أفراد العائلة: 14%
- الأصدقاء و الجيران: 12%
- المصالح العامة: 06%
- المصالح الخاصة: 05%
- المتطوعين: 04%

وتبدو أهمية هذا البرنامج من خلال ملاحظة الآثار السلبية التي تنعكس على المسنين عند نقلهم أو إجبارهم على مغادرة الحياة الأسرية إلى حياة مختلفة لكبار السن أو إلى سنة مغادرة عن تلك التي عاشوا فيها.¹

1 - نظام الرعاية المؤسسية:

وهي واحدة من أنظمة الرعاية شاع استخدامها في المجتمعات الغربية، وتظهر الحاجة الملحة لنظام الرعاية المؤسسية للمسنين كنتيجة طبيعية ترتبت عن انتهاء

1- Accompagner-la dépendance d'un proche op .Cite. P56

الوظيفة التقليدية في الأسرة لرعاية أفرادها العاجزين من المعوقين أو المسنين، وعدم كفايتها في تحقيق الإشباع الكافي للحاجات الخاصة لهذه الفئة فرنسا على سبيل المثال نجد أن 400.000 مسن تجاوز 65 سنة يلقون مساعدات من المصالح العامة، أو المتطوعين للنهوض من الفراش أو لأخذ حمامهم أو مساعداتهم على ارتداء ملابسهم هذا فضلا عن أولئك يلقون مساعدات للخروج أو مغادرة منازلهم نظرا للمشاكل الصحية وعددهم يتجاوز 1.5 مليون أي 15% من مجموع الذين يتجاوز عمرهم 65 سنة فعدد المساعدات والخدمات يزداد بزيادة الإعالة للمسنين من 7 ساعات في الأسبوع عندما تكون الإعالة بسيطة أو جزئية إلى 14 ساعة في الأسبوع في حالة الإعالة الكلية¹.

2 - الرعاية الطويلة المدى:

ويحتوي ذا النظام على مجموعة من الأنشطة والبرامج التي تقدم لشخص ما وتتضمن خدمة أو أكثر من خدمات الرعاية لفترة طويلة المدى وممتدة زمنيا وهي تتضمن مجموعة من الخدمات حاجات المسنين الذين لا تتوفر لديهم الإمكانية والقدرات كنظم رعاية المسنين المعوقين والعجزة والمرضى فأمراض مزمنة قد يوجد أفراد مسنين يحصلون على خدمات الرعاية الطويلة المدى وهم في منازلهم أو مع أسرهم أو لدى بعض الأقارب في المجتمع، وفي فرنسا إنما دخل قانون حيز التطبيق منذ 20 جويلية 2001 ينص على تقديم "منحة التبعية" لأكثر من 800.000 مسن بعد المتابعة الطبيعية والاجتماعية فهذه المنحة تقدم لمن أقرب المصالح الطبية والاجتماعية تبعثهم الكلية والجزئية، وهذا مهما كان دخلهم المادي كما تم إنشاء صندوق لتحسين الخدمات ورعاية المسنين في منازلهم فنجد في فرنسا 64% من الأشخاص المسنين عمرهم 65 سنة يعيشون في

¹ - ibid..., p56.

مؤسسات وهذا العدد في تزايد ملحوظ وبحكم التقدم في السن نجد أنه ابتداء من 75 سنة 8% يلتحقون بدور التقاعد وابتداء من 85 سنة أكثر من 20% يعيشون في دور التقاعد، فالمؤسسة التي ينتقل إليها المسن تصبح السنة المناسبة لتوفير خدمات الشاملة خصوصا في حالات المسنين المرضى أو العجزة أو الذين هم بحاجة إلى رعاية مكثفة طويلة المدى.¹

¹ - العمل الاجتماعي مع المسنين. مجلة عالم الإعاقة. العدد 117. مؤسسة العالم العربي للطباعة والنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية. 23 نوفمبر 2001. ص 17.

5 - بعض الأنظمة الأوروبية لرعاية المسنين:

1 - نظام الرعاية المقترحة للمسنين:

وهو بديلا للرعاية الأسرية غير المنتظمة للمسنين, وحيث تعجز إمكانيات الأسرة وظروفها عن توفير الرعاية المستمرة أو الحاجة المسن نفسه إلى برامج الرعاية المكثفة ذات الطابع العلاجي التي تتوفر في الأسرة, وتبدو أهمية هذه السياسة عند صعوبة استخدام المؤسسات الإيوائية للمسنين لما يتطلب ذلك من ترتيبات ومواد تعتبر أكثر كلفة على ميزانية الخدمات في المجتمع, ويسند نموذج الرعاية المقترحة على أساس توفير ظروف مشابهة للحياة الأسرية للشخص المسن الذي يكون بحاجة للرعاية ويقيم المسنين في بيوت للإقامة المؤقتة, ونظام المساعدات في الخدمات المنزلية والسكنية والخدمات الطبية والطويلة المدى وتوفير بعض الواجبات الغذائية وتوزيعها على المساكن التي يقيم فيها المسنون, وتوفير بعض الأنشطة والحرف والهوايات وتوفير تسهيلات المواصلات والانتقال من وإلى مراكز الرعاية الاجتماعية لسنة 2002 بقيمة 53.4 أورو وذلك للسماح بتكوين 400 مهني مختص في الرعاية الاجتماعية.¹

2 - نظام الخدمة الاجتماعية: تلعب مهنة الخدمة الاجتماعية أدوارا أساسية

في العمل مع المسنين وتنظيم برامج رعايتهم سواء على مستوى التخطيط, أو التنفيذ المباشر وذلك من خلال نظم الرعاية المباشرة والمعتمدة.

مهنة الخدمة الاجتماعية توفر المعلومات الأساسية الكاملة, واكتشاف الحاجات المختلفة لهذه الفئة العمرية مع الحالات, كما تمارس مهام وأدوار العمل مع المسنين كأفراد أو حالات خصوصا في الحالات المصابة بأمراض مستعصية في حالة الشيخوخة المستعصية والتي تصاحب بأمراض عقلية.

¹ -f.tcherkessof personne agees vieillr dans la dignite.message de secours catholique n°555 fevrier 2002 p19.

يعمل الاختصاصي الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين باعتباره مستشارا دائما فهو شخص مهني يدير شؤون المسن له الحصول على احتياجات الحياة اليومية والحماية من الصعوبات التي تواجهه بسبب الشيخوخة¹.

3 -المؤسسة الاجتماعية: لرعاية كبار السن هي مؤسسة اجتماعية تهدف لرعاية كبار السن من الجنسين, وقد تكون حكومية وأهلية أو شبه حكومية², وشروط القبول لها اختيارية واختلافها عن المستشفى في اشتراطها:

1 - أن يكون النزيل خاليا من الأمراض المعدية والعقلية والعاهات المعوقة للحركة.

2 - أن يكون النزيل قادرا على أداء الخدمات الشخصية بنفسه.

3 - إيجاد مكان مريح للإقامة يتلاءم مع أعمار النزلاء وحالتهم الصحية.

4 - توفير برامج الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين.

5 - توفير كل وسائل الإقامة المريحة لكبار السن لخلق جو اسري محبب لنفوسهم.

¹ محمد احمد بيومي وآخرون. علم الاجتماع العائلي. دار المعرفة الجامعية.الازارطة. 2003. ص440.

سادسا: بعض السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة في بعض الدول العربية:

تشير الاتجاهات الديمغرافية إلى تزايد تشهده الهرم السكاني في البلدان المتقدمة يفوق بكثير تزايد معدلات نمو سكان العالم، أما في البلدان النامية بصفة عامة والبلدان العربية بصفة خاصة، تشهد معدلات الشيخوخة في تزايد ملحوظ خاصة بحلول القرن الحادي والعشرين واتجاه العالم إلى دخول عصر العولمة، وتجاوز الحدود بين الدول أضحت الدول العربية بحاجة ماسة إلى تحديث بنائها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وبات عليها مواجهة تحديات جديدة وتتجه اتجاهات الديمقراطية التي تميز البلدان العربية إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 55 سنة عام 1970 إلى 67 سنة عام 2000، ومن المتوقع إلى أن يصل إلى أكثر من 73 سنة عام 2020، وسجلت نسبة الخصوبة انخفاضا عام 1975 إلى عام 2000 وهكذا شهدت البلدان العربية، تغيرات جذرية في البني العمرية للسكان¹، أما على مستوى العمل العربي المشترك في مجال رعاية المسنين أولت الأمانة العامة لجامعة الدول العربية هذه الشريحة اهتماما بالغاً منذ مطلع السبعينات، فأدرجت قضايا المسنين في مواثيق واستراتيجيات العمل الاجتماعي وأكدت فقرات ميثاق العمل الاجتماعي الذي أقر عام 1970 وعدل عام 2001 ضرورة رعاية المسنين في الأسرة التي هي بيئتهم الطبيعية وتقديم الدعم للأسر المحتاجة لتسهر في رعايتهم ودعت الحكومات العربية إلى إنشاء دور لإيواء المسنين الذين تضطربهم الظروف لإقامة فيها، كما جسد مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب، هذا الاهتمام منذ إنشائه عام 1985. وتمتد مهام

¹ - خطة العمل العربية للمسنين. حتى عام 2012. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا. ص 14

مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب لتشمل التنسيق مع المجالس العربية المتخصصة الأخرى في حقول الصحة والإعلام والشباب والرياضة وغيرها.¹

واستناداً إلى القيم الاجتماعية والأخلاقية التي نص عليها الدين الإسلامي والبيئة العربية القائمة على التعاون واحترام الكبير، فجاءت أولويات الحفاظ على الفرد من مقاصد الشريعة الإسلامية، فالفرد جزء من واجب تنمية قدراته ومساعدته في جميع مراحل حياته، ابتداء من الصفر حتى آخر مرحلة وهي الشيخوخة.

ولاشك في أن التغيرات المنتظرة في الهياكل العمرية أي ارتفاع عمر الأفراد وشيخوخة السكان، سوف يحرك تغيرات أخرى تمس حياة الفرد وأنماط معيشة المجتمع الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي ستحتاج الحكومات على إعادة النظر في السياسات الوطنية بغية تكييفها لمواجهة المستجدات، وحل المشاكل الناجمة عنها.

ونتيجة التغيرات التي تعرضت لها الدول العربية، برزت مشاكل كثيرة أعاقَت الأسرة عن أداء وظائفها عامة ورعاية المسنين خاصة كما أدت إلى تفاقم العديد من المشاكل تواجه المسنين داخل أسرهم ولاسيما المسنات منهم، كتردي الأوضاع المادية والاجتماعية نتيجة الترمل والطلاق والانحسار النسبي في تقديم الخدمات الاجتماعية بسبب تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي وبرامج التكيف الهيكلي، والنزوح العالي للشباب من المناطق الريفية والتغيرات، التي حدثت على صعيد القيم وأثرت في تغييب المسن عن مسرح الأحداث الحياتية والتقليل من شأنهم أدت هذه العوامل إلى زيادة معاناة المسنين من انعدام الأمان النفسي والأسري والاجتماعي ما أضعف قدرتهم على التكيف مع الأوضاع المستجدة بينما أخذ دور المنظمات الأهلية العربية في رعاية المسنين في التنامي بما يساعد في تحسين نوعية الحياة ودمج المسنين في المجتمع وتعزيز مكانته في الأسرة.

¹ - مخطط العمل العربي في مجال المسنين حتى عام 2012، ص 10.

والحقيقة أن العمل الاجتماعي للمسنين في الدول العربية الإسلامية ينحصر في العمل المسنين، ويظهر ذلك في جهود معالجة قضايا المسنين المتماشية مع الجهود الموجهة لمجتمع والتي هي جزء لا يتجزأ من خطط التنمية والبرامج والخدمات التي تعمل على عزل المسنين عن مكانهم في نسيج المجتمع وتيار الحياة العادي كالخدمات الإيوائية والمؤسسات الخاصة يجب ألا تكون إلا الحل الأخير للحالات والظروف التي يمكن رعايتها وتوفير احتياجاتها، من خلال النظم الاجتماعية العادية للأسرة والجيزة والمنظمات الاجتماعية والمحلية وإن هذه ليست ضرورة ترشيد الإنفاق فقط وإنما كل شيء ضرورة إنسانية تحفظ للمجتمع تماسكه وللمسنين حقهم في الانتماء.¹

وفي هذا الإطار فقد تبنت بعض الدول العربية سياسات مشجعة لحفز الأسرة على القيام بالوظيفة الهامة في الرعاية والحماية لأفرادها من المسنين، من خلال ما تقدمه الدول من مساعدات نقدية أو إعفاءات ضريبية تعد بمثابة تعويضات مباشرة تمنح لأفراد الأسر والجماعات أو التنظيمات التي توفر الرعاية لمسنين في المجتمع.

إن ما تقدمه الدول العربية للتكفل بالمسنين وحفظ كرامتهم وربطهم بواقعهم الاجتماعي من خلال مساعدتهم بتقديم منحة حالية إضافة التأمين الصحي هو إضافة ودعم للأسرة للتكفل الجيد بالمسنين.

وفي هذا الإطار جاءت خطة العمل العربية للمسنين على ثلاث مبادئ أساسية وهي "تحسين نوعية الحياة" و"مجتمع لكل الأعمار" و"حق جميع الأفراد في التنمية" وتسترشد بمبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بتعزيز المشاركة وتوفير

¹ - العمل الاجتماعي مع المسنين "مجلة عالم الإعاقة"، العدد 117، مؤسسة العالم العربي للطباعة والنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية 23 نوفمبر 2009، ص 17.

الرعاية وحفظ الكرامة وتأمين الاستقلالية للمسنين، أي تمكينهم من الاعتماد على الذات وعدم الاتكال على الغير.¹

وكذلك فإن إدماج المسنين في أنشطة المجتمع بدلا من عزلهم والعمل من أجل إيجاد أدوار بديلة عن تلك التي فقدت نتيجة للشيخوخة والتقاعد يمكن أن يؤدي إلى تدعيم بقية الخدمات بحيث يؤثر في تحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين.

1 - الخدمات والرعاية التي تقدمها دولة الكويت للمسنين

مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تمر بها المجتمعات، ومع التطور الحضاري والصناعي الذي نعيش فيه والذي تأثر به مجتمع الكويت بنسبة 2.5% من إجمالي عدد السكان حسب إحصائيات عام 1997 رغم النسبة القليلة إلا أن المسنين في دولة الكويت لهم مكانة واهتمام كبير من قبل الدولة وذلك في عدة جوانب أهمها:

تعمل الدولة على تشجيع الأسر التي بها عائل وتحثها على ضرورة قيامها بواجباتها نحو كبار السن ولا تسمح بقبول مسن داخل المؤسسات الإيوائية إلا إذا أثبت البحث الاجتماعي عجز الأسرة عن رغبته.

لجان صرف الزكاة وهي لجان شعبية تطوعية تقوم بجمع الزكاة من القادرين على الأسر المحتاجة والتي بها عائل كبير في السن، ومن أهم الخدمات التي تقدم للمسنين ما يلي:

1 - الخدمات الصحية من خلال المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة

العامة.

¹ - أحمد عبد اللطيف" اتجاهات حديثة في تنمية المجتمع "المؤتمر العلمي الثامن لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، 1995، ص 184.

2 - الخدمات الصحية النفسية عن طريق مكاتب تقوم بتدعيم الإرشاد النفسي الملائم للمسنين.

3 - الرعاية الاجتماعية عبر جهازين رئيسيين وهما وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، ولم تقتصر على خدمات دور المسنين على فئات المواطنين الكويتيين فقط بل امتدت لتشمل مسنين من جنسيات أخرى غير محددية الجنسية، واغلب جهود رعاية المسنين تنحصر في تقديم المساعدات المالية لهم ولأسرهم التي تقوم بإعالتهم.

كما يتضح أن التكلفة المالية لرعاية المسنين تشكل عبئاً لا يستهان به على ميزانية الدولة لكن الالتزام الأخلاقي والإنساني اتجاه فئة كبار السن ومتطلبات رغباتهم التي حثت عليها مبادئ الدين الإسلامي الحنيف وتقاليد الشعب الكويتي وأعرافه تدعم هذا الاتجاه، وتطالب بزيادة نسبة الدعم والمساعدات والرعاية الممنوحة لكبار السن¹.

¹ - مجلة العلوم الاجتماعية " السياسة الاجتماعية في دولة الكويت، ص 127 و 128

سابعا: الرعاية الاجتماعية للمسن في الإسلام:

بانتشار الإسلام انتشرت معه ما جاء به من آراء ومبادئ اجتماعية جديدة تلك الآراء التي أسهمت بنصيب كبير في الفكر الاجتماعي وفي صياغة أبعاد هامة لنموذج إسلامي للرعاية الاجتماعية بمختلف مجالاتها التي وردت في القرآن والأحاديث النبوية الشريفة.

إن هدف الدين هو تزكية النفس وتطهير القلب، وظهور روح الامتثال والطاعة واستشعار عظمة الله وإقدار الخير والصلاح في الأرض كما حدد الدين الإسلامي بتعاليمه الأخلاقية ماهية الرعاية والنظم الاجتماعية وكيفية وأسسها وطريقة أدائها ومكافأة العاملين عليها، وضح الإسلام أيضا مسؤولية الفرد الأدبية والشرعية نحو أسرته ولاسيما الأقارب مع تأكيدته للأسرة كوحدة اجتماعية أساسية في تكوين المجتمع.¹

7- 1 المرتكزات التي تقوم عليها رعاية المسنين في الإسلام:

1 - الإنسان مخلوق مكرم ومكانته محترمة في الإسلام:

لقد اسجد الله له ملائكته حين خلقه في قوله تعالى: ﴿إِن رَّبُّكَ ذَا كَرَمٍ إِنَّهُ خَالِقُ الْبَشَرِ لَا تَسْأَلُهُ عَنْ شَيْءٍ وَهُوَ الْعَزِيزُ الرَّحِيمُ﴾ (71) ﴿فِيهِ مِّن رُّوحٍ مِّن رَّبِّكَ فَتَقَعُ أَلْسِنُهَا فِي الْحُكْمِ إِنَّهُ ذَا أَلَمٍ حَاسِدٍ﴾ (72) ﴿كُلُّهُمْ أَجْمَعٌ أُولَئِكَ لَا يُدْرِكُهُمُ الْعِلْمُ وَلَا يَشْعُرُ إِنَّهُ هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ﴾ (73) ﴿لَا يَسْأَلُ عَنْ شَيْءٍ وَهُوَ الْعَزِيزُ الرَّحِيمُ﴾ (74) وهو سجد إكرام وإعظام.

فالمسن له منزلة وتكريمه في الإسلام بشكل عام اخذ من عموم الآيات.³

¹ - محمد سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية الإسلامية، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007، ص 59.

² - سورة "ص" الآية رقم 73 - 71.

³ - عبد الله الناصر السدحان، رعاية المسنين في الإسلام، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط 12، السعودية، ص 20.

يعمل الاختصاصي الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية، مع المسنين باعتبارهم مستشاراً دائماً فهو شخص مهني يدير شؤون المسن وسهل له الحصول على احتياجات الحياة اليومية والحماية من الصعوبات التي تواجهه بسبب الشيخوخة.¹

2- المجتمع المسلم متراحم متكافل ومتعاون

يقول القرآن الكريم " إنما المؤمنون إخوة"²، ويقول "المؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض"³.

ويصف الرسول صلى الله عليه وسلم بأنهم كالجسد الواحد في قوله ترى المؤمنون في تراحمهم وتوادهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر جسده بالسهر والحمى، قد دلنا هذا الحديث على التعاون والاهتمام بأمر المسلمين.

3-القوة:

يجنب الإسلام أتباعه أسباب الضعف الذي يلجئهم إلى التماس مساعدة الغير ويشجعهم على التماس القوة التي تجعلهم هم الذين يفعلون الخير للمجتمع الإسلامي بأفراد وجماعة، ولذلك فضل الإسلام المؤمن القوي على المؤمن الضعيف عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله عليه وسلم قال: " المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير"⁴.

¹ - السيد رمضان .ممارسات خدمات الفرد التحليلية ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ،1994، ص 232.

² - سورة الحجرات آية رقم 10 .

³ - سورة التوبة، آية رقم 12.

⁴ - محمد سيد فهمي ، الرعاية الاجتماعية، مرجع سابق ،ص 10.

4- الانتماء الجماعي على الهدى والخير:

من مقتضيات الروح الإسلامية أن مجتمع المسلمون ومنذ عهد الرسول صلى الله عليه وسلم يجتمعون على الأمور الهامة والإسلام يحض على التجمع للصلاة ومجالس العلم ومشاهدة الخير وحضور الجنائز، ويأمرهم بزيارة المريض ومواساة المكروب.

5-عدم الاعتداء على الآخرين:

من أجل وقاية المجتمع من عدوان الناس بعضهم على بعض قرر الإسلام أن المعتدي لتغني عنه يوم القيامة صلاته ولا صيامه ولا زكاته وأنه المفلس من أبناء المجتمع.

6-الشورى:

الشورى في الإسلام مبدأ أساسي في علاقة الحاكم بالشعب وعلاقة بعضهم ببعض أو قرأه الله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ أَطِيعُوا الرَّسُولَ وَاطِيعُوا أَهْلَ بَيْتِ النَّبِيِّ مِنْكُمْ حَيْثُ كُنْتُمْ إِلَى اللَّهِ يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّ اللَّهَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾¹.

والشورى ليست في نظر الإسلام نظام للحكم فحسب بل هي نهج في الحياة إذ يحمل كل فرد في المجتمع مسؤوليته اجتماعية في إصلاح مجتمعه والمساهمة في رقيه.

7توقير الكبير وإكرامه سمة من سمات المجتمع المسلم:

يتصف المجتمع المسلم بصفات كريمة، منها توقير الكبير في السن وقد تواتر حث رسول الله صلى الله عليه وسلم علي إكرام الكبير وتوقيره قال: جاء شيخ يريد النبي صلى الله عليه وسلم فأوصى القوم عنه أن يوسعوا له، فقال النبي صلى الله عليه وسلم: "ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا" وقد روى أن أبو بكر جاء بأبيه أبي قحافة إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يوم فتح مكة يحمله

¹ - سورة الشورى. آية رقم 31.

حين وضع بين يدي رسول الله صلى الله عليه وسلم لأبي بكر"لو أقررت الشيخ في بيته لأتيناها"¹.

2 -خصائص الرعاية الإسلامية:

تتبع من تعاليم الدين الإسلامي والتي تقوم على القرآن والسنة بالتالي فهي تقوم على مجموعة من التشريعات نذكر منها:

1 - **تشريع المساعدة:** وهو يشمل المدين والغارم واليتامى القاتل الخطأ والمنقطع في بلد غير بلده يسمى السبيل.

2 - **تشريع الجوار قال تعالى:** "اعبدوا الله ولا تشركوا به وبالوالدين إحسانا وبذي القربى واليتامى والمساكين وذو القربى والجار والجنب والصاحب بالجنب وابن السبيل وما ملكت أيمانكم"².

3 - **تشريع الماعون:** فويل للمصلين الذين في صلاتهم ساهون الذين هم يراعون ويمنعون الماعون".

4 - **تشريع الجوار قال تعالى:** "اعبدوا الله ولا تشركوا به وبالوالدين إحسانا وبذي القربى واليتامى والمساكين وذو القربى والجار والجنب والصاحب بالجنب وابن السبيل وما ملكت أيمانكم".

5 - **تشريع الماعون:** ﴿لَمْ يَكُنْ لَهُمْ مَصْرَفٌ لِّأُولَئِكَ (4) إِنَّمَا هُمْ ضَالُّاتٌ هُمُ لِّلنَّاهِيْنَ (5) يَرْوُونَ (6) إِنَّمَا هُمْ ضَالُّاتٌ (7)﴾.

6 - **تشريع المشاركة:** وذلك عندما يحين موعد المواسم الدراسية قال تعالى: "وكلوا من ثمرة إذا أثمر وأتو حقه يوم حصاده".

¹ - عبد الله ناصر السدحان. رعاية المسنين في الإسلام، ط. ص ص 32.33.

² - سورة التوبة ، الآية 45.

7 - تشريع الإعانات العائلية كمساعدات الزواج وعلاوات الأولاد فقد كان الرسول صلى الله عليه وسلم: إذا آتاه قسمة يهمله فأعطى الأهل حظين وأعطى الأعزب حظاً واحداً.

8 - تشريع الزكاة: وهي أن تؤخذ بنسبة محدودة من النقدين (الذهب والفضة) وعروض التجارة والزراعة والثمار قال تعالى: "خذ من أموالهم صدقة تطهرهم وتزكيهم بها"¹.

9 - تشريع النفقة: حيث يقول الله تعالى: "لينفق ذو سعة² والنفقة فرض على المسلم القادر لصاح المحتاجين من ذوي قرباء لتوفير الاحتياجات الضرورية.

10 - تشريع زكاة الفطر: حيث فرض الرسول صلى الله عليه وسلم زكاة الفطر على كل مسلم³.

3-أوجه الرعاية الاجتماعية للمسن في الإسلام:

1 - رعاية الوالدين:

هي مظهر من مظاهر الرعاية للمسنين لقد كرم الله الوالدين حيث جعل الشكر لهم مقترناً بالشكر لله دلالة على أن حقها من أعظم الحقوق على الولد وأكبرها وأشدها قال تعالى: "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً"⁴.

وَوَصَّيَالِ تَعَالَى سَلَّمَ أَنْ أُمُّهُ أَلَدَهُ نَهَا عَمَلِي وَهَنْ وَفَصَّالَهُ فِي عَمَلَيْنِ⁵، ولقد قدم الرسول صلى الله عليه وسلم برهما على الجهاد في سبيل الله

¹ - سورة التوبة ، الآية 103.

² - سورة الفلق الآية رقم 05.

³ - محمد سيد فهمي ، الرعاية الاجتماعية الإسلامية ، ص 202.

⁴ - سورة الإسراء آية رقم 23.

⁵ - سورة لقمان آية رقم 14.

هو ذروة الإسلام ففي الحديث رواه عبد الله بن عمرو رضي الله عنه قال: "آحي والدك؟ قال نعم، ففيهم، فجاهد".¹

بل جعل للوالد حرية التصرف في مال الابن أخذ من حديث الرسول صلى الله عليه وسلم فيما رواه جابر بن عبد الله رضي الله عنه: أن رجل قال: يا رسول الله إن لي مالا وولدا وإن أبي يريد أن يحتاج يستأهل مالي فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم "وأنت ومالك لأبيك" رغب الإسلام وأوجب طاعة الوالدين ورهب من عصيانهما، فأهداف الإسلام تحقيق المودة والرحمة لإقامة مجتمع قوي متماسك. انطلاقا من تقيد العلاقات بين الأولاد والآباء وقيامها على أساس الطاعة والاحترام المتبادل والحنان والرحمة فأوجب الإسلام الإحسان إلى الآباء والبر إليهما وعدم نههما والتواضع لهما والدعاء لهما بالرحمة.

كما أوصى الإسلام بر الوالدين في حياتهما كما فتح باب البر حتى بعد وفاتهما وجعل من أبواب برهما صلة صديقهما بعد وفاتهما فلقد روى عبد الله بن عمرو رضي الله عنهما أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "من البر أن تصل صديق أبيك" وقد روى عن البخاري أن أبا السيد رضي الله عنه قال: كنا عند النبي صلى الله عليه وسلم فقال رجل: يا رسول الله هل بقي من بر أبوي... بعد موتهما؟ قال: نعم خصال أربع الدعاء لهما والاستغفار لهما، وإنقاذ عهدهما وإكرام صديقهما... فالإسلام دين اجتماعي وإعطاء الفرد أحكام ونصوص تضمن له كرامته حتى بلوغه الشيخوخة فالمسن له مكانة في المجتمع إذا فالمسن في المجتمع المسلم يعيش في كنف أفراد، ويجري حاليا التوسيع في التجربة والبحوث حول امتداد خدمات الرعاية الترويجية والصحية إلى فئات أخرى لا تقيم في المؤسسات، وإنما تمتد للمجتمع بأسره وفئات من المسنين تعيش عيشة عادية في

¹ - حديث أخرجه احمد ومسلم والترمذي

البيئات التي اعتادوا الحياة فيها، وذلك كله يهدف إلى توضيح أثر الرعاية الاجتماعية والصحية في حياة المسنين وابتكار أساليب جديدة وحديثة للرعاية الاجتماعية للمسنين.

ثامنا: السياسات المتبعة لرعاية الشيخوخة والمسنين في الجزائر:

باعتبار أن كبار السن والمسنين يمثلون أهم فئات المجتمع التي ضحت بعمرها وأفنت سنوات حياتها في البذل والعطاء من أجل رقي المجتمع، فإن توفير برامج الرعاية الاجتماعية يصبح حيويا وضرورة تتحمل مسؤوليتها الأجيال والقادمة في الجزائر يستفيد الشخص المسن باهتمام من طرف الدولة إذ يتمثل في وزارة الحماية الاجتماعية وأيضا وزارة التضامن الوطني، وهذا لإعادة وضع ميكانيزمات وأيضا لمواجهة الظروف الاجتماعية للشخص المسن ماديا ومعنويا ورفاهيته ضمن المجتمع.

ومن أجل هذا اتخذت عدة إجراءات للتكفل بالشخص المسن لاسيما:

- مجانية العلاج ومجانية الأدوية.¹
- التمتع بعلاوة مالية شهرية لغير المتقاعدين.²
- إمكانية الإيواء للأشخاص بدون عائلة.³
- الاستفادة من حماية اجتماعية تقوم بها وزارة الحماية الاجتماعية ووزارة التضامن على أساس عقود وبرامج مع الحركة الجمعوية وذلك لتحسين ظروف

¹ - Décret n°01-12 du 21/01/2001,fixant les modalités d'accès aux soins faveur des démunis non assurés sociaux

² - Loi n°02-09 2002 personnes âgées, maladies sans revenus :une pension 1000 da par moi (aide sociale de l'état)

³ - مرسوم رقم 80 - 82- 15 مارس 1980 المتضمن إحداث دور المسنين أو المعوقين ،تنظيما وتسييرها

الشخص المسن بفضل خلق فضاءات حميمية ومراكز، كمراكز ديار الرحمة على سبيل المثال.¹

إضافة إلى إجراءات المساعدة ذات الإشكال المتعددة والتي تتدرج في إطار هذه الحماية الاجتماعية للاستجابة للاحتياجات العاجلة، وكذا وضع نصوص تشريعية أو إعادة النظر في بعضهما لتطابقها أكثر مع الوضع الاجتماعي الذي يعيشه المسن "عن المسن يلعب دور هام في الأسرة فهو يحافظ على التوازن داخل الأسر الواسعة إلا أن التقدم والتحضر وكل ما يتبعهما من تحديات قد يسيء إلى هذه المكانة (...). لهذا الغرض فالمسن في الجزائر تحميه مجموعة من القوانين والدستور الجزائري بنفسه يضمن شروط الحياة الكريمة للشرائح التي لم تعد تستطيع التكفل بنفسها، فهناك سياسات تضمن حماية المسنين والمعوقين وهناك نصوص تسير العلاقات داخل الأسر وتحت على مسؤولية نحو مسنيهم وعلى احترامهم وطاعتهم ورعايتهم فهذه الأوامر مشتقة ونابعة من مبادئ الدين الإسلامي وهي تعبير للخصائص والقيم الثقافية لمجتمعنا أين نجد بوادر التضامن والتآخي بين الأجيال نابع من أصول ثقافتنا (...). ولهذه الغاية تم إنشاء هذه اللجنة، خطة عمل وطنية لصاح المسنين وأوليائها:

الحماية القانونية والصحية والاجتماعية للمسنين وإجراءات أخرى كمجانية التمريض وإنشاء مراكز للتقاعد ومرافق أخرى لرعاية الشيخوخة.²

إن أهمية رعاية المسنين ترجع إلى أنهم يمثلون قطاعا من قطاعات المجتمع أدى دوره في الحياة، وقدم خدماته وخبراته لوطنه وأفنى صحته وشبابه في تنميته

¹ - Décret n°80-82 personnes âgées sans attaches familiales ,plus de 60 ans revenus,parise en charge totale par le ministère de la solidarité

² - arrêté du 29 rabi el-aouel 1420, correspondant au 13 juillet 1999 ,portant création ,organisation et fonctionnement du comité national de protection et être des personnes âgées (journal officiel n°58 année 1999).

حتى كتب عليه التقاعد وأصبح يعاني من الضعف والأمراض ما أعافه عن الاستمرار في ملاحقة ركب الحياة: وعرفانا لهم فإن وزارة التضامن الوطني وفرت لهذه الشريحة الوسائل الترفيهية كالرحلات ومشاهدة عروض المسارح والحفلات والإقامة في المصايف وزيارة الحدائق العامة وحتى القيام بفرائض الحج.

ولتشخيص حالات المسنين المرضى تمنح الدولة للمسنين إقامات للعلاج الطبيعي في الحمامات المعدنية للاستفادة من الخواص الطبيعية الفعالة للضوء والحرارة والبرودة والماء والكهرباء والتدليكات والاسترخاء والتدريبات البدنية.

إلا أن مجمل التدابير الوزارية لا تكفي لوحدها دون التكفل الكلي للمجتمع المدني هو طرف فعال في الحماية الاجتماعية، فنجد العديد من الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والثقافي، التي تتكفل بحماية المسنين في الجزائر والدفاع عن حقوقهم وكيانهم ونأخذ على سبيل المثال أحد الجمعيات الوطنية ونتعرض باختصار لخطة عملها رعاية المسنين ومساعدتهم.

- الجمعية الوطنية لمساعدة الأشخاص المسنين:

تم تأسيس هذه الجمعية للتكفل بصفة كاملة بالاحتياجات الاجتماعية والثقافية لهذه الشريحة، كما تتكفل بتحديد ووضع الوسائل الملائمة للاستجابة لهذه الحاجيات بالتعاون مع الوزارات والهيئات المعنية والمجتمع المدني.

الجمعية ليست فقط بجمعية خيرية حيث الأشخاص المسنين يتلقون الرحمة فالمنخرطين هم أعضاء بصفة كاملة يقومون بالأنشطة ويشاركون في تجسيدها هذه الفلسفة تسمح للأشخاص المسنين الحصول على معنى العزة والكرامة لأنه من خلال أعماله يحس أنه ليس مهمش يعيش في ظلمة الموت.

تتفتح الجمعية على نطاق اجتماعي واسع يتلقى فيه الموظف، الحرفي العامل، المعلم وكذا المحامي والطبيب تتمحور نشاطات المؤسسة حول نقطتين أساسيتين:

1 - الجانب الاجتماعي ويتمثل في:

- الاعتناء الطبيعى والمعنوي بالشخص المسن.
- بروز حياة أفضل من خلال النشاطات.
- محاربة التهميش للشخص المسن.
- ترقية التعاون والتضامن في الأوقات الحرجة.

2 - الجانب الثقافى ويتمثل في:

- تنشيط سهرات موسيقية من طرف جوق موسيقى أندلسي مجانا.
- تنظيم رحلات إلى الخارج.
- تأسيس المكتبات.
- عرض الأعمال الحرفية.
- زيارة الأماكن التاريخية.
- تنظيم ندوات و مناقشات.

من اجل هذا أنشئت فضاءات حميمية n'adis اجتماعية ثقافية ذات طابع تقليدي وتشمل على مطعم وقاعة للراحة للقاء الأشخاص المسنين في مكان ملائم ومريح.

ومن اجل فعالية هذه الفضاءات الحميمة تشارك كل من الإدارة والمجتمع المدني جنباً إلى جنب لتأكيد اسمي تقاليد التضامن لمجتمعنا، فهذه الظاهرة الرائعة للتضامن تتكرر لفائدة الأشخاص المسنين المعوزين أو للأسف في ظروف نكبات طبيعية أو غيرها.

إن الظرف الاجتماعي والاقتصادي الحالي انحزت عنه ظاهرة اجتماعية تتمثل في النساء المتشردات لاسيما النساء المسنات أو الأرامل بدون مأوى التي تتطلب تكفل استعجالي لتجنب التهميش في المجتمع وعليها نشأت دار الآمال لتكفل الكلي والإدماج التدريجي في المجتمع وهن تتبعن من طرف خلية نفسية اجتماعية توكل لها مهمة إيجاد وسائل اجتماعية اقتصادية بغرض إدماجهن في المجتمع.

إن الحماية الاجتماعية لصالح الأشخاص المسنين تتمثل في التكفل الاجتماعي الثقافي المتبادل بينهم والمدعم بمشاركة المجتمع المدني على أساس برامج متعددة الأشكال ذات مصداقية والتي تضمن مشاركة الإدارة بصفة ملموسة عبر وضع نصوص تشريعية من أجل تحصيل الإطار المعيشي للشخص المسن، أو الاستفادة من علاوة إضافية لانجاز هياكل اجتماعية.

وعلى الصعيد الدولي بفضل التشاور الدائم وتبادل التجارب بخصوص التكفل بالأشخاص المسنين وإمكانية وضع عبر جامعتنا برامج دراسة خصوصية تأخذ بعين الاعتبار الظروف المناخية، الاقتصادية والاجتماعية كون انه في القارة الإفريقية لم يحظى الشخص المسن بعناية كاملة¹.

نظام المعاشات:

¹ - الجمعية الوطنية لمساعدة المسنين، فعاليات الندوة الأولى حول الحماية الاجتماعية ن الجزء الأول، الجزائر 30 -

المعاش" عبارة عن مبلغ من المال يقدم شهري للمؤمن عند بلوغه سن التقاعد أو إصابته بعجز أو وفاته وترتفع إذا كان ناشئاً عن إصابة عمل في حالتي العجز والوفاة وحتى يكون للمسن حق في المعاش لا بد من توفر شروط معينة:

1 -بلوغ السن .

2 -بلوغ مدة الاشتراك في التأمين 15 سنة.

وهذا ما نص عليه القانون رقم 18 -83 المؤرخ في: 02 جويلية 1983 المتعلق بالتقاعد المتمم بالأمرين:¹

-الامر رقم 17 -96 المؤرخ في جويلية 1996.

-الامر رقم 13 -97 المؤرخ 31 ماي 1997.²

والحد الأقصى لمبلغ المعاش لا يمكن أن يكون أعلى من 80 من الأجر الخاضع للاشتراكات في الضمان الاجتماعي أما الحد الأدنى لمبلغ المعاش لا يمكن أن يكون اقل من 75% من الأجر الوطني المضمون .

أمثلة حول حساب معاش التقاعد

المثال الأول:

- نسبة اعتماد سنوات التأمين 25 %.
 - عامل يبلغ من العمر 60 سنة.
 - اشتغل ودفع الاشتراك لمدة 30 سنة.
 - معدل الأجر السنوي 14000000 دح.
- مبلغ المعاش يكون على النحو التالي : $75\% = 2.25 \times 30$.

¹ - الجمعية الوطنية لمساعدة المسنين، فعاليات الندوة الأولى حول الحماية الاجتماعية، الجزء الأول، الجزائر 30 -31 ماي 2000، ص 167. 168. 169 .

² - صبح محمد المتولي، قانون التأمينات الاجتماعية، ج1، التعويضات، نظام الادخار مطبعة طنطا بدون سنة ص 139.

المثال الثاني: نسبة اعتماد سنوات التأمين.

- عامل يبلغ من العمر 60 سنة.
- اشتغل ودفع الاشتراك لمدة 32 سنة.
- معدل الأجر السنوي 144.000.00 دج.
- مبلغ المعاش يكون على النحو التالي: $32 \times 2.25 = 80\%$.

إن معاشات ومنح التقاعد تخضع لإعادة التقويم السنوي ابتداء من أول أفريل من كل سنة وذلك بقرار من الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي وباقتراح من مجلس الإدارة للصندوق الوطني للتقاعد.

- أنواع المعاشات:

1 - معاش التقاعد: "يستحق معاش التقاعد كل من أتم سن الخمسة والخمسين وبعد مضي 15 سنة كاملة في الخدمة"¹

إلا أنه لا يجوز لفئة المتقاعدين بهذه الكيفية الرجوع مرة أخرى إلى أماكن العمل و مع العلم أنه عندما يبلغ أحد الموظفين سنة يجب إحالته على المعاش.

2 - المعاشات بسبب العاهات أو الأمراض: كل موظف أصبح غير قادر على العمل بسبب عاهة أو مرض أصابه عمله له الحق في الحصول على المعاش.

وكل من طلب تسوية معاشه بسبب عاهة أو مرض يجب الكشف عليه من طرف طبيب المصلحة التي يشتغل بها.

3 - التأمين الاجتماعي:

عملت تشريعات التأمينات الاجتماعية منذ ظهورها في الجزائر على رعاية العامل وحمايته حتى يكون في مأمن من عوائل الدهر، بحيث يكون متمتعاً بكل

¹ - معلومات أخذت من الصندوق الوطني للمعاشات. التاريخ 30 مارس 2003.

الضمانات له ولعائلته في المستقبل من خلال ضمان مورد ثابت له في حالة تقاعده وعجزه ولعائلته في حالة وفاته وعلى هذا الأساس أصبح الحق لكل مواطن في التأمين ضد البطالة والشيخوخة والمرض والعجز وأي خطر يهدد حياته في المستقبل، والمجتمع يعمل على مواجهة مثل هذه المخاطر بحيث إذا تعرض لها الإنسان وجد أن مجتمعه قد ترك له ضمان الاستقرار في الحياة محافظاً على كرامته الإنسانية وهكذا قامت الدولة بمعالجة مشكلة المسنين من خلال التأمينات الاجتماعية التي تضمن له تعويضات أو معاشات عند فقدانه القدرة على العمل لظروف صحية مثلاً أو عند بلوغه سن التقاعد "يعتبر نظام التأمين الاجتماعي الدرع الذي يحمي خلفه المسنون في شيخوختهم".¹

- التأمين ضد الشيخوخة:

يتمثل التأمين في هذه الحالة تأدية تعويضات معينة إلى العمال الذين بلغوا سن التقاعد أو أصبحوا عاجزين عن العمل هذه التأمينات ليست كافية بدرجة أو بأخرى في رعاية الأفراد خاصة الذين هم في مرحلة الشيخوخة و الذين نجدهم عاجزين تماماً عن العمل لذلك عيّنت الدولة بإنشاء مراكز خاصة بهذه الفئة كان لها الأثر الواضح في الرعاية لهذه الفئة من خلال المساعدات التي تقدم لهم.

فالعالم الذي بلغ الاعتزال عن العمل له الحق في الحصول على معاش دائم يصرف له طوال حياته و لمن يحتاجه من الذين يبقون وراءه بعد وفاته، وبذلك يكون حق التأمين بالنسبة للمسنين يقتصر على المعاشات أو الكفاءات.²

الشيخوخة ومراكزها في الجزائر:¹ من بين السياسات في الجزائر لحماية المسنين بناء مراكز للإيواء كحل لمشكل التشرد في الشوارع و التسول الذي أصبح

¹ - الصندوق الطبي للمعاشات التاريخ 30 مارس 2003

² - المرجع السابق، نفس الصفحة.

يشكل طاهرة اجتماعية خطيرة وهذه المراكز ليست فكرة مشجعة لتخلي الأبناء عن آبائهم.

ويبلغ عدد المراكز في يومنا هذا 21 مركز منتشرين عبر التراب الوطني ومن وصاية وزارة الصحة تحولوا في سبتمبر 2001 إلى وصاية وزارة التضامن الوطني.² حيث تتراوح طاقة الاستيعاب حسب المركز ما بين 50 و 250 مقيم، أما العدد الفعلي للمقيمين في هذه المراكز قدر بـ 2000 شخص مسن ومعاق.³

ويتم إنشاء دور للعجزة بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980 يتضمن أحداث دور للمسنين أو المعوقين وتنظيمها وسيرها وفق التنظيم التالي:

الباب الأول: المادة الأولى: جبر تحديث دور للمسنين أو المعوقين تخصص لقبول الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن 65 سنة لا معيل لهم ولا موارد وكذلك المعوقين ذوي العاهات الحركية الذين يزيد عمرهم عن 15 عام ولا معيل لهم ولا مورد و المعترف بعدم قدرتهم على العمل وعدم قابليتهم لإعادة التربية المهنية تعد دور المسنين والمعوقين مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية وزارة الصحة.

المادة الثانية: تنشأ في كل ولاية دار أو أكثر للمسنين أو المعوقين.

المادة الثالثة: تحول دور المسنين أو المعوقين التي ترفق قائمتها المرسوم

إلى مؤسسات عمومية.

¹ - المجلس الاقتصادي الاجتماعي. مشروع تقرير حول نظرة الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، الدورة العامة السابعة عشر، 2001، ص 45.

² - وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 5.

³ - نفس المرجع، ص 40.

المادة الرابعة: يمكن تنشأة فروع للمؤسسات المنصوص عليها في المادتين 2و3 أعلاه بقرار يصدره وزير الصحة، وتسير تحت سلطة مدير المؤسسة المعنية ويمكن أن تحول الفروع عند الحاجة إلى مؤسسات عمومية بموجب مرسوم.

-أهداف المراكز: إن الهدف الرئيسي من بناء مراكز للعجزة هو التكفل بالمسنين وتقديم العناية لهم و تحقيق متطلباتهم، و يتم هذا من طرف عمال المراكز والمختصين فالمسن بقدومه لمراكز العجزة يبحث عن الراحة النفسية والأمان بعد إن فقد مكانته الاجتماعية مما يجعله يحس بأنه شخص غير مرغوب فيه.

1 - الأهداف الاجتماعية: تعمل المراكز على خلق أجواء اجتماعية يتمكن فيها المسن من إقامة علاقات اجتماعية جديدة وذلك للخروج من العزلة و لإعادة إدماجه اجتماعيا بعدما فقد مكانته الاجتماعية.

2 -الأهداف النفسية: الشيخوخة مرحلة حساسة وهي تحتاج إلى رعاية نفسية أكثر منها مادية ومن وظيفة المختصين النفسانيين داخل المراكز مساعدة المسنين للخروج من حالة القلق والخوف والشعور باليأس من الحياة إلى حالة الطمأنينة والاستقرار النفسي وتقبل مرحلة الشيخوخة والتعايش معها.

3 -الأهداف الصحية: تعمل المراكز على التكفل الصحي بالمسنين وذلك عن طريق متابعتهم من طرف الأطباء، وكذلك عن طريق ضمان نظافة المسن ومكان إقامته والتغذية المتوازنة حتى لا تتدهور صحته وتزيد من معاناته ومشاكله.

ومن الملاحظ هنا أنه بالرغم من أن القانون قد حدد بدقة الشروط التي يجب أن تتوفر في الشخص المسن أو المعوق حتى يتم استقباله في هذه المراكز، إلا أننا نلاحظ أن هناك فئة من المسنين قبل التحاقهم بهذه المراكز كانوا يعيشون في

وسط عائلي، وهذا يبين أن هناك نوع من التخلي من طرف الأسر لأفرادها المسنين وهذا يتوجب بالضرورة أيضا توفير الحماية القانونية لهذه الفئة وضمان سلامتها حتى داخل أسرهم، وهذا ما نلاحظه من خلال الإجراء القانوني الثاني.

حيث تضمن هذا الإجراء حسب المادة: 267 من قانون العقوبات تحديد الإجراءات الردعية التي تطبق على الأبناء في حال إساءتهم معاملة الوالدين المسنين، هذه المادة التي تنص على أنه: "كل من أحدث عمدا جرحا أو ضربا بوالديه الشرعيين أو غيرهما من أصوله الشرعيين يعاقب كما يلي:

- السجن المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذا لم ينشأ عن الجرح أو الضرب أي مرض أو عجز كلي عن العمل الوارد في المادة 264.

- بالحد الأقصى للسجن المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذا حدث عجز كلي يزيد عن 10 أيام.

- بالسجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة إذا نشأ عن الجرح أو الضرب فقد أو بتر أحد الأعضاء أو الحرمان من استعماله أو فقد البصر أو فقد إبصار أحد العينين أو أي عاهة أخرى مستديمة.

- الحد الأقصى السجن المؤبد إذا أدى الجرح أو الضرب المرتكب عمدا إلى الوفاة دون قصد إحداثها.

وبالرغم من هذه الإجراءات الموجودة لحماية المسن من جميع المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها سواء داخل الأسرة أو المجتمع بصفة عامة، إلا أنه كثر في السنوات الأخيرة الحديث عن ضرورة وضع قانون خاص بحماية المسنين يتماشى والأوضاع الراهنة التي يعيشها المجتمع الجزائري من الجانب الاقتصادي والاجتماعي وحتى الديمغرافي (تزايد نسبة المسنين)، والذي تم المصادقة عليه في تاريخ 12 أكتوبر 2010 من طرف نواب المجلس الوطني، والتي أدرجت

نصوصه التطبيقية مع قانون المالية لسنة 2011، حيث شملت نصوصه القانونية مختلف الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تمس المسنين، نجد منها مواد اهتمت بالجانب الاقتصادي خاصة للمسنين الذين ليس لهم مورد مالي، حيث تم رفع منحة المساعدة التي تقدم لهم إلى قيمة 10.000 دج، وهذا وفق المادة 23 من هذا القانون التي تنص على أنه: "من حق كل شخص مسن في وضع صعب أو بدون روابط أسرية وذي موارد غير كافية أن يستفيد من منحة مالية أو إعانة اجتماعية لا تقل قيمتها عن ثلثي قيمة الأجر الوطني الأدنى المضمون (أي 10.000 دج)، وحسب المادة 36 من هذا القانون هو استحداث "بطاقة مسن" يستفيد منها المسنون، أم المواد ذات الطابع الاجتماعي فقد تجسدت في المادة 32 منه التي تتضمن العقوبات التي تطبق على الأبناء في حال إساءتهم معاملة الأشخاص المسنين والتي تنص على معاقبة كل شخص يخالف أحكام المادتين 7 و 29 من خلال تعرض الأبناء الذين يرمون بأبائهم في دور العجزة ويتخلون عنهم". إلى عقوبة الحبس من ستة إلى 18 شهرا وغرامة مالية من 20 ألف إلى 200 ألف دينار جزائري، ويعاقب كل من ترك مسنا أو عرضه للخطر بنفس العقوبات التي تنص عليها المادتين 314 و 316 من قانون العقوبات، وهي السجن من سنة إلى ثلاث سنوات ومدة أقصاها من عشر إلى عشرين سنة إذا تسبب هذا الترك والإهمال في وفاة المسن¹، وغيرها من الإجراءات التي تمنح المسن أولويات لم تكن موجودة من قبل، كاستفادتهم من الحماية الطبية والسيكولوجية والاجتماعية، وتخصيص منحة للفروع المتكفلين بالأشخاص المسنين.

¹ <http://www.anasronline.com/index.php/12-10-2010>: منحة خاصة للمسنين بـ 10 آلاف د.ج والإبقاء على عقاب الأبناء

وما يمكن قوله حول هذا القانون أنه يسعى إلى ترقية وتوفير الحماية لفئة المسنين الذي يقدر عددهم بـ 7.6% من مجموع السكان من جميع جوانبها، وهذا في ظل إعطاء أهمية لدور الأسرة في الرعاية والاهتمام بهذه الفئة من العمر، من خلال تلك الإجراءات الرديعية التي تحت الأبناء على ضرورة التكفل والجيد والمعاملة الحسنة لآبائهم المسنين.

خلاصة القول أن فئة المسنين في الجزائر قد حظيت بالاهتمام من طرف الدولة من جميع جوانب الحياة، من خلال برامج الرعاية الاجتماعية والتشريعات القانونية حتى يجتاز هذه المرحلة من العمر بشكل أفضل، والتي ترجمت الكثير منها بتلك القوانين التي سعت إلى توفير الرعاية الصحية والحماية الاقتصادية والاجتماعية والقانونية من خلال تلك التدخلات والمساعدات المالية لهم وللأفراد الذين يقومون بذلك، وهذا دون أن تنسى أهمية الأسرة والدور الذي تلعبه في رعاية هذه الفئة، من خلال ذلك التشجيع والدعم المادي الذي تقدمه لها، وفي بعض الأحيان من خلال تلك القوانين الرديعية لمحاربة ظاهرة تخلي إهمال الأسر لأفرادها المسنين.

الفصل الخامس:

الواقع الديمغرافي للشيخوخة في العالم

الفصل الرابع:

الأسرة ومكانة المسنين في المجتمع الجزائري

الفصل الرابع: الأسرة ومكانة المسنين في المجتمع الجزائري

أولاً: الأسرة

ثانياً: خصائص الأسرة

ثالثاً: وظائف الأسرة

رابعاً: مراحل تطور الأسرة الجزائرية

خامساً: مكانة المسن في الأسرة الجزائرية التقليدية

سادساً: مشكلات المسن في المجتمع الجزائري

سابعاً: دور الأسرة في التكفل بالمسنين

أولاً: الأسرة:

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع تتسم بالعمومية والانتشار وتكون الأسرة تضامنا اجتماعيا وهي أساس استقرار الحياة الاجتماعية وأنها تحدد سلوك أفرادها وتكسبهم خصائصها وطبيعتها، وباعتبار الأسرة مصدرا أو الوسط الذي يلبي رغبات الفرد واحتياجاته النفسية والصحية والاجتماعية وتعتبر المصدر الأول المسؤول عن رعاية أفرادها وقد تعددت تعريفات الأسرة تتجه جميعا نحو إبراز دور الرجل والمرأة والحفاظ على النوع البشري وقل القيم ورعاية الأطفال أو بعض الوظائف الأخرى.

ويعرف أغوست كونت AGOSTECONTE الأسرة بأنها الخلية الأولى في جسم المجتمع وهي النقطة التي يبدأ منها التطور وهي أول وسط طبيعي واجتماعي ينشأ فيه الفرد وتلقي المكونات الأولى الثقافية لفته وتراثه الاجتماعي¹.

أما بارسونز فيعرها بأنها وحدة وظيفية وبالرغم من نقص وظائف الأسرة الحديثة إلا أنها لازالت تختص بوظيفتين أساسيتين وظيفة التنشئة الاجتماعية وتكوين شخصية للبالغين من أفراد المجتمع².

أما مصطفى بوتقنوشنت فيعرف الأسرة على أنها وحدة اجتماعية حيث أن الأبناء والأحفاد لا يتركون الأسرة الأم فيشكلون أسرة صغيرة للعائلة والأحفاد ويعشون تحت سقف واحد³.

وجاء في معجم علم الاجتماع أن الأسرة هي عبارة عن جماعة من الأفراد يرتبطون معا بروابط الزواج والدم... ويتفاعلون معا، وقد يتم هذا التفاعل بين الزوج والزوجة وبن الأم والأب والأبناء، ويتكون منها جميعا وحدة اجتماعية

¹ - مصطفى الخشاب ، دراسات في علم الاجتماع العائلي ، دار النهضة العربية ، بيروت 1981، ص 32.

² - مصطفى الخشاب، النظريات الاجتماعية ودراسة الأسرة ، دار المعرفة ، القاهرة، ص 25.

³ - مصطفى بوتقنوشنت، العائلة الجزائرية، ص 14.

تتميز بخصائص معينة¹ وإن جاء اختلاف في التعاريف فإنها تتفق على وجود هذا النمط السائد في كل مجتمع إنساني وإن تعدد أنماطها وأشكالها تبعاً لكل مجتمع وخصوصيته.

وتحدد الأسرة كجماعة الأدوار الاجتماعية والمكانة الاجتماعية لكل عضو فيها،² فمن خلال الأسرة يتلقى الفرد كل القيم وآليات التوافق مع المجتمع من خلال مجموعة من المقومات.

تقوم الحياة الأسرية على تلك العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة وشعور هؤلاء الأفراد بأهمية هذه العلاقات والرغبة في استمرارها والحفاظ على ديمومتها ويظهر من خلال توافق الاتجاهات وكذلك التماسك والتضامن.

كما تقوم على أساس توفير احتياجات الفرد الاقتصادية ويقوم هذا الإشباع على ضرورة توفر الموارد الاقتصادية والمالية التي تسمح بتوفير الحاجيات بأشكالها المختلفة.³

ويعتد المقوم النفسي القائم على الاحترام والهيبة بين أفراد الأسرة هام جداً في تحقيق الثورات الانفعالي الإيجابي، من أجل حياة أسرية مستقرة.

ويعتبر الدين أحد أهم العناصر التي تدخل في تكوين أفراد الأسرة وأداة أخلاقية للضبط وغرس القيم الأخلاقية في نفوس أفرادها، ومن أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التكامل والوحدة بين أعضاء الأسرة ممارسته الشعائر الدينية بطريقة جماعية.⁴

¹ - JOSEPH SUMPHETMICHEL HUGUES DICTIONNAIRE DES SOCIOLOGIE LIBRAIRE LAROUSSE PARIS 1973.P131

² - مصطفى سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 2000 ص 203.

³ - السيد رمضان، مدخل في رعاية الأسرة والطفولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون سنة، ص 25.

⁴ - أمير منصور يوسف علي، المرجع السابق، ص 56-57.

ثانيا: خصائص الأسرة :

تختلف الأسرة من مجتمع لآخر ومن مرحلة لأخرى إلا أنه هناك خصائص التي تشترك فيها كل أسرة، ونذكر منها.

- الأسرة جماعة اجتماعية أساسية ودائمة ونظام اجتماعي رئيسي فلا نجد مجتمع يخلو من النظام الأسري.

- الأسرة هي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان دروس الحياة الاجتماعية.¹

فهي توجه سلوك الأفراد وتنظم تفاعلاتهم المختلفة وتقوم بأهم دور لها وهي وظيفة التثشت الاجتماعية.

تمتاز الحياة الأسرية بمجموعة من العلاقات ومجموعة من الوظائف ومجموعة من الأدوار والاستيعاب والتفاعلات وتقوم في ذلك على التكامل الأسري بين أفراد الأسرة وفي كل جانب من جوانب الحياة التي ترتبط بها.

تعتبر الأسرة وحدة إحصائية إذ يمكن أن تتخذ أساسا لإجراء الإحصاءات السكانية وظواهر الحياة والموت، ودراسة ميزانية الأسرة الذي هو تقليد في علم الاجتماع من أجل معرفة أحوال الأسرة وأنماط العلاقات ومشاكلها الأساسية وميولاتها الاستهلاكية

تلقى الأسرة مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أي جماعة أخرى فإذا كانت مسؤوليات الحياة الاجتماعية مرهونة بالمواقف الداعية إليها أو موقف بحدود معينة فإننا نجد المسؤوليات الأسرية تمتد طول العمر بل أكثر ما تواجهه الأسرة من مشكلات تكمن في تخلي بعض أفرادها على مسؤولياتهم.²

¹ - سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية "منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية" . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 101.

² - مصطفى الخشاب، دراسات في علم الاجتماع العائلي، مرجع سابق، ص 101.

ثالثا: وظائف الأسرة:

1 - الوظيفة البيولوجية:

الوظيفة البيولوجية من أهم وظائف الأسرة وهي عبارة عن الإنجاب والتناسل وحفظ النوع من الانقراض حتى يمكن إنجاب أطفال توافر فيهم كافة الشروط الصحية اللازمة أي حتى يكون الأطفال مكتملي الصحة الجسمية والعقلية: فالأسرة تحقق استمرارية الجنس البشري يقرها المجتمع ولولاها لكانت حياة الأفراد فوضى مشابهة لحياة الحيوانات, لذلك حرصت المجتمعات على إحاطة وظيفة الإنجاب بمعايير قوية وأيدتها إجراءات شديدة لذا فإن الزواج والأسرة يعتبران من ميكانيزمات الضبط الاجتماعي للإشباع الجنسي.¹

2 - الوظيفة الاقتصادية:

كان من المعروف سابقا أن رب الأسرة هو الكفيل الاقتصادي لجميع مطالب الأسرة أي أنه العائل الأول المسؤول عن كل الموارد الاقتصادية. إذ أن الأسرة وحدة اقتصادية متضامنة يقوم فيها الأب بإعالة زوجته وأبنائه وتقوم الأم بأعمال المنزل ولكن تبعا لظهور، وتنوع الحاجات واضطراب البيئة والحياة الاقتصادية للأسرة، إلى إلزام جميع أفراد الأسرة بالمساهمة بنصيب وافر في الوظيفة الاقتصادية للأسرة ولذلك وجب تعويد الأفراد في الأسرة وتنشئتهم على التربية الاستقلالية حتى ينشأ كل طفل منها شاعرا بالمسؤولية وظروف الأسرة الاقتصادية ولكي تحقق الوظيفة الاقتصادية في الأسرة يراعى ما يلي:

- أن يساهم الجميع الأب والبالغين في الأسرة حسب الإمكانيات والخبرات.
- أن يساهم الجميع الأب والبالغين في الأسرة حسب الإمكانيات والخبرات فيعمل الجميع على زيادة مصادر الدخل.

¹ - محمد الدقس، علم الاجتماع الصناعي، ط1، مركز طارق، الأردن، ص 20.

يجب أن تعمل الأم عمل منتج وليس ضروريا أن يكون خارج المنزل فمن الممكن لها أن تقضي وفي وقت فراغها بالمنزل بما يعود بالنفع على الأسرة فتساعد زوجها أو بالعمل خارج الأسرة ولكن بما لا يعارض مع وظيفة الأم الأساسية في التربية والتنشئة الاجتماعية للأطفال ورعاية شؤون المنزل والزوج تأمين مستقبل الأسرة بمحاولة إيجاد فائض اقتصادي لذلك إن أمكن.¹

3 - الوظيفة النفسية:

يعتبر الجو النفسي والعاطفي داخل الأسرة ذا أهمية بالغة في تكوين شخصية الفرد وتنميتها وفقا لكل مرحلة نموه والأسرة هي المكان الأول الذي يتلقى فيه القيم وطريقة السلوك والتفاعل بين أفراد الأسرة وبين المجتمع، عموما ويمكن القول أن الوظيفة النفسية والعاطفية للأسرة هي ترك أجواء المنزل عامرة بعواطف الحب والقبول الاجتماعي واللعب والتفاهم و التقبل بين الزوجين واحتضان الأبناء بالدفء وهذا يؤدي إلى وجود وحدة صغيرة تكون المصدر الرئيسي لإشباع العاطفي لجميع أفراد الأسرة.²

من المعروف أن الأطفال في الأسرة يتأثرون بالجو النفسي السائد في الأسرة وبالعلاقات القائمة بين الأب والأم وهم يكتسبون اتجاهاتهم النفسية بتقليد الآباء والأهل ويتكرار الخبرات العائلية وتعميمها الذي يسيطر على الجو الذي يحيا في إطار الطفل.³

فيجمعون علماء النفس والاجتماع أن الشخصية المتوازنة نفسيا التي نشأت في جو تشبع فيه الثقة والوفاء والحب والتآلف والأسرة التي تحترم فردية الشخص فالعلاقات وشعور الاحترام المتبادل بين أفراد الأسرة (الأب والأم) له أهمية كبرى

¹ - سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية منظور الممارسة في الدعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 111.

² - سناء الخولي، الأسرة ومشكلاتها، مرجع سابق، ص 13.

³ - سامية محمد فهمي، مرجع سابق، ص 12.

ولذلك لأن هذا الشعور إذا اكتنفه أي عقبات أو صادفه أي انحلال أضحت العلاقات داخل الأسرة مضطربة مما يؤدي إلى انحلال وتفكك الأسرة بالتالي إلى تشرد الأطفال وانحرافهم الوظيفة البيولوجية من أهم وظائف الأسرة وهي عبارة عن الإنجاب والتناسل وحفظ النوع من الانقراض حتى يمكن إنجاب أطفال توافر فيهم كافة الشروط الصحية اللازمة أي حتى يكون الأطفال مكتملي الصحة الجسمية والعقلية: فالأسرة تحقق استمرارية الجنس البشري يقرها المجتمع ولولاها لكانت حياة الأفراد فوضى مشابهة لحياة الحيوانات لذلك حرصت المجتمعات على إحاطة وظيفة الإنجاب بمعايير قوية وأيدتها إجراءات شديدة لذا فإن الزواج والأسرة يعتبران من ميكانيزمات الضبط الاجتماعي للإشباع الجنسي.¹

4 - الوظيفة الاقتصادية:

كان من المعروف سابقا أن رب الأسرة هو الكفيل الاقتصادي لجميع مطالب الأسرة أي أنه العائل الأول المسؤول عن كل الموارد الاقتصادية. إذ أن الأسرة وحدة اقتصادية متضامنة يقوم فيها الأب بإعالة زوجته وأبنائه وتقوم الأم بأعمال المنزل ولكن تبعا لظهور وتنوع الحاجات واضطراب البيئة والحياة الاقتصادية للأسرة، إلى إلزام جميع أفراد الأسرة بالمساهمة بنصيب وافر في الوظيفة الاقتصادية للأسرة ولذلك وجب تعويد الأفراد في الأسرة وتنشئتهم على التربية الاستقلالية حتى ينشأ كل طفل منها شاعرا بالمسؤولية ولظروف الأسرة الاقتصادية ولكي تحقق الوظيفة الاقتصادية في الأسرة يراعى ما يلي:

أن يساهم الجميع الأب والبالغين في الأسرة حسب الإمكانيات والخبرات فيعمل الجميع على زيادة مصادر الدخل.

يجب أن تعمل الأم عمل منتج وليس ضروريا أن يكون خارج المنزل فمن الممكن لها أن تقضي وفي وقت فراغها بالمنزل بما يعود بالنفع على الأسرة فتساعد

¹ - محمد الدقس، نفس المرجع، ص 20.

زوجها أو بالعمل خارج الأسرة ولكن بما لا يعارض مع وظيفة الأم الأساسية في التربية والتنشئة الاجتماعية للأطفال ورعاية شؤون المنزل والزوج تأمين مستقبل الأسرة بمحاولة إيجاد فائض اقتصادي لذلك إن أمكن.¹

5 - الوظيفة النفسية:

يعتبر الجو النفسي والعاطفي داخل الأسرة ذا أهمية بالغة في تكوين شخصية الفرد وتتميتها وفقا لكل مرحلة نموه والأسرة هي المكان الأول الذي يتلقى فيه القيم وطريقة السلوك والتفاعل بين أفراد الأسرة وبين المجتمع عموما ويمكن القول أن الوظيفة النفسية والعاطفية للأسرة هي ترك أجواء المنزل عامرة بعواطف الحب والقبول الاجتماعي و اللعب والتفاهم والتقبل بين الزوجين واحتضان الأبناء بالدفء وهذا يؤدي إلى وجود وحدة صغيرة تكون المصدر الرئيسي لإشباع العاطفي لجميع أفراد الأسرة.²

من المعروف أن الأطفال في الأسرة يتأثرون بالجو النفسي السائد في الأسرة وبالعلاقات القائمة بين الأب والأم وهم يكتسبون اتجاهاتهم النفسية بتقليد الآباء والأهل وتكرار الخبرات العائلية، وتعميمها الذي يسيطر على الجو الذي يحيا في إطار الطفل.³

فيجمعون علماء النفس والاجتماع أن الشخصية المتوازنة نفسيا التي نشأت في جو تشبع فيه الثقة والوفاء والحب والتآلف والأسرة التي تحترم فردية الشخص فالعلاقات وشعور الاحترام المتبادل بين أفراد الأسرة (الأب والأم) له أهمية كبرى وكذلك لأن هذا الشعور إذا اكتنفه أي عقبات أو صادفه أي انحلال أضحت

¹ - سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية منظور الممارسة في الدعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 111.

² - سناء الخولي، الأسرة ومشكلاتها، مرجع سابق، ص 13.

³ - سامية محمد فهمي، مرجع سابق، ص 12.

العلاقات داخل الأسرة مضطربة مما يؤدي إلى انحلال وتفكك الأسرة بالتالي إلى تشرد الأطفال وانحرافهم.

6 - الوظيفة الاجتماعية:

تقوم الأسرة بأهم وظيفة اجتماعية هي التنشئة الاجتماعية ونقل التراث الاجتماعي من جيل إلى جيل، وبمعنى آخر تعليم الفرد الامتثال لمطالب المجتمع والاندماج في ثقافة وإتباع تقاليده والخضوع لالتزاماته وقد دلت تجارب العلماء على ما للتربية في الأسرة من أثر عميق خطير يتضاعف دونه أثر أية منظمة اجتماعية أخرى في التأثير على الشخصيات وتشكيلها خاصة خلال عهد الرضاعة والطفولة المبكرة.

ويتوقف أثر الأسرة في عملية التطبيع الاجتماعي على عوامل منها وضعها الاجتماعي والاقتصادي أو مستواها الثقافي وحجمها وتماسكها واستقرارها وجوها العاطفي الذي يتجلى في معاملة الوالدين لبعضهما البعض.

فوظيفة الأسرة هي طبع الطفل بالطابع الثقافي العام للمجتمع في حدود ثقافته الخاصة، ووسطها الاجتماعي الخاص، ووظيفتها توجيه نحو الطفل في اتجاهات خاصة داخل إطار عام من القيم والأفكار والمعتقدات والمعايير الخلقية والروحية الشائعة بين السواد الأعظم من أفراد المجتمع.¹

وتختلف أساليب التنشئة الاجتماعية وأساليب التطبيع الاجتماعية من مجتمع إلى مجتمع لآخر كما تختلف داخل المجتمع الواحد باختلاف المستوى الثقافي العلمي والاقتصادي... الخ.

¹ - سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص 12.

7 - الوظيفة الدينية والأخلاقية:

يعتبر الدين من أهم النظم الاجتماعية التي نلاحظها في كافة المجتمعات التي يخضع لها الفرد في تصرفاته وسلوكه.

ولا شك أن الدين من أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التماسك والتكامل والوحدة بين أعضاء الأسرة مثل ممارسة الشعائر الدينية جماعة كما أن ممارسة تعاليم الدين تعني أفراد الأسرة من كل أنواع الانحراف أفراد الأسرة من كل أنواع الانحراف والشذوذ والأمراض الجسدية، كما تشيع في الأسرة معاني الحب والتسامح وطاعة الوالدين والشعور بالرضا والمساعدة والإيثار وهذه القيم ضرورية من أجل مجتمع عضوي سليم.

رابعا: مراحل تطور الأسرة الجزائرية:

1 - مرحلة العائلة التقليدية: كانت الأسرة الجزائرية في مرحلة ما قبل الاستقلال تعرف بما يسمى (العائلة الكبيرة) حيث كان هذا النمط من الأسرة أكثر شيوعا وانتشارا في كل أقطار المغرب العربي عموما، تقوم أساسا على سلطة الأب وتعتبر وحدة سكنية وإنتاجية في آن واحد تجسدها روابط الدم والقرباة ونظم إلى جانب الأولياء والأبناء المتزوجين، الأحفاد والأقارب تعكس صورة المجتمع الذي تتواجد فيه وتتطور بتطوره وهناك عدة تسميات للعائلة التقليدية فيطلق عليها العائلة الممتدة والعائلة الواسعة أو الموسعة والعائلة الكبيرة على وجه العموم.

والعائلة التقليدية الجزائرية عائلة موسعة تشمل عدة أسر زوجية تعيش تحت سقف واحد ويتكون هذه العائلة من رب العائلة الذي يمثل الأب وزوجته أو زوجاته وأولاده غير المتزوجين وبناته غير المتزوجات وأولاده المتزوجين مع زوجاته وأبنائهم وكلهم يسكنون منزلا واحدا أو في شقق ملحقة بالمنزل الأصلي.¹ كما نجد

¹ - إحسان محمد الحسن، العائلة القرباية والزواج، دار الطليعة، بيروت، 1971، ص 48.

في كثير من الأحيان تشمل هذه العائلة على أخت الأب الأرملة أو المطلقة وأبنائهم وأشقاء الأب.

ويعرفهم مصطفى بوتقوشنت بأنها مجموعة الصلات المحددة اجتماعيا دينيا وحقوقيا وأخلاقيا وغالبا ما يكون الجد الكبير هو القائد الروحي لهذه الجماعة العائلية تحافظ على تماسكها ويوفر ذلك للسلطة الممنوحة له من طرف الجميع.¹ كما نجد أن القيم والأخلاق السائدة في العائلة الجزائرية مستمدة من تعاليم الدين الإسلامي ومن روافد الحضارة العربية، وأعراضها تتوارث من جيل إلى جيل كقيم التمسك بالأرض والشجاعة فنجد في قيم أهل الريف مستمدة مباشرة من حياة الريف والتي تشمل قيم التعلق بالأرض محبة الطبيعة والقيم العائلية الأمومة والأخوة والتكاليف والقيم المعيشية (المثابرة والصبر والجيرة والتعاون) وشخصيته القيم الدينية شخصية الإيمان كما يظهر من التمسك العميق بالأولياء. والإحساس العميق بالمكانة الاجتماعية والوجاهة والمباراة والتنافس والمساجلة.²

2 - خصائص العائلة الجزائرية:

للعائلة الجزائرية خصائص التقليدية خصائص عديدة منها.

2-1/ عائلة موسعة: تشمل على عدة أسر تعيش تحت سقف واحد، أي في مسكن واحد ويسمى عادة " البيت الكبير" والخيمة الكبرى عند البدو ويمثل في بعض الأحيان إلى 50 فرد.

وكل أسرة زوجية وكل مجموعة جنس أو سن فيها نجد في هذه الدار مكانة خاصة لها حسب ما تقتضيه القواعد والرموز التي تتفاعل من خلال الجماعة المنزلية.³

¹ - مصطفى بوتقوشنت، العائلة الجزائرية، مرجع سابق، ص 19.

² - حليم بركات، المجتمع العربي في القرن العشرين تحت تغيير الأحوال والعلاقات ، مركز دراسات الوحدة العربية لبنان، دط، ص 750.

³ - مصطفى بوتقوشنت، العائلة الجزائرية، مرجع سابق، ص 40.

2-2/ السلطة: نجد في العائلة الممتدة الكبيرة من النوع الأبوي فالأب

هو المسؤول المطلق على كل أفراد الأسرة ذكورا وإناثا المتزوجين والغير المتزوجين كما يلعب السن دورا هاما في السلطة فإذا تقدمت به السن فإنه يضل صاحب السلطة من الناحية الشكلية غير أنه يترك معه أكبر أبنائه الذي يمارس سلطات والده ممارسة فعلية ويتمتع بما يتمتع به رب العائلة من طاعة واحترام وتتصف العلاقات داخل الأسرة العربية بالتماسك والتآزر والمناصرة والتعاقد والعصبية، إنها عصبية تقوم على أواصر الدم واللحمة النسبية والتوحد في مصير مشترك فيتقاسم أفرادها الأفراح كما الأحزان والمكاسب كما الخسائر والكرامة كما الإذلال.¹

يحتل الأب رأس الهرم في العائلة الجزائرية، ويكون تقسيم العمل وتوزيع الأدوار على أساس الجنس والعمر فنجد الأب أو الرجل أو الرجال يكافحون في سبيل تأمين الرزق داخل البيت حيث تمارس النساء مهمات منزلية شديدة التنوع من إنجاب وطهي وتنشئة الأطفال .

3 - أنماط الاقتصاد: ساد نمط المعيشة الريفي الزراعي وارتبطت حياة العائلة

بالأرض، حيث الزراعة مصدر قوتهم ورزقهم أما بالنسبة لعمل الرجل فيندرج ضمن إطار الملكية الخاصة المشتركة بين رجال الدار الكبيرة، وتخضع في تسيره إلى كبير العائلة ذو السلطة الواسعة.²

4 - الوظيفة: تقوم العائلة الكبيرة كوحدة متعددة الوظائف منها الوظيفة

الاقتصادية الإنتاجية الوظيفة التربوية، وهي مسؤولة عن تلبية الحاجات الدينية والروحانية والإشراف على تربيتهم وثقافتهم.³ وبالرجوع إلى الوظيفة الاقتصادية وأهم

¹ - حليم بركات، مرجع سابق، ص 304.

² - moustafa boutfnouch. system social et changement sociale algerie op, 4, alger, p37.

³ - إحسان محمد الحس، العائلة، القرابة والزواج، المرجع السابق، ص 55..

وظيفة فتعتمد العائلة على الإنجاب فنجد الخصوبة عالية وذلك لمد العائلة بأيادي عاملة.

4 - المكانة داخل العائلة الكبيرة: المكانة داخل العائلة تكمن في توزيع

الأدوار وتعتمد أكثر ما تعتمد على محددات مثل الجنس، والسن.

5 - الزواج: يعتبر الزواج شأنًا عائليًا ومجتمعًا أكثر منه شأنًا فرديًا فقدت

اعتادت العائلة ترتيبيه وغالبًا ما يكون في سن مبكرة وفي هذا الصدد يقول سليمان مظهر إن الزواج السائد في الوسط التقليدي الجزائري هو الزواج الداخلي بين أبناء الإخوة فهو يشكل إلى جانب القدرة الضمان الثاني الاستمرار قوة الجماعة ويتميز الزواج بعوامل تحد من حرية اختيار الزوج وكذلك الزواج المبكر غالبًا ما يكون سن البلوغ للفتاة.

6 - التنشئة الاجتماعية: تعتبر العائلة التقليدية المؤسسة الأولى التي تقوم

بمهمة تنشئة الأجيال الطالعة وإعدادها للعيش والعمل في المجتمع وتكون شخصية الفرد في العائلة بمساندة المؤسسات الأخرى التربوية والدينية وفي كثير من الأحيان بالتنافس مع المؤسسات وأنظمة ذات دورهم في التنشئة.¹

7 - العلاقات الاجتماعية : تتصف العلاقات داخل الأسرة العربية بالتماسك

والتآزر والمناصرة والتعاقد والالتزام غير المحدود والولاء للعائلة وروح التعاون والتكافل بين أعضائها فالفرد يستمد مكانته من العائلة، فهو يعمل من أجل العائلة ويتزوج وينجب من أجل العائلة يقول حليم بركات الفرد في العائلة التقليدية عضو في عائلته أكثر من فرد مستقل.²

والفرد في العائلة ليس مسؤولًا عن تصرفاته فحسب، بل عن تصرف الأعضاء الآخرين وتسود القيم الدينية والعائلية الصارمة، وعلى صعيد آخر تقوم

¹ - حليم بركات، مرجع سابق، ص 417

² - نفس المرجع، ص 176.

على العلاقات الأسرية على التعاون والتضحية والالتزام الشامل غير المحدود وغير المشروط من دون تحفظ وهذا ما يعزز إحساس أفراد الأسرة الراسخ بالاطمئنان والاستقرار النفسي لعدم الخوف من مواجهة الأوقات والنكبات المحتملة بإمكان الفرد أن يعتمد دائما على عائلته ومهما كانت الظروف الفرد يدفئ العلاقات الحميمة ويطمئن إلى علاقات الصداقة فينشأ الإنسان مستتبطا القيم الأسرية و متمسكا بالثقافة العامة التي تعتبر العائلة إحدى دعائمها الأساسية وإن لم تكن الدعامة الأهم.¹

¹ - نفس المرجع، ص 374.

خامسا: مكانة المسن في الأسرة الجزائرية التقليدية:

إن الشيوخ في المجتمعات البدائية والبسيطة والتقليدية على العموم يتمتعون بدرجة عالية جدا من الاحترام ويلقون من عناية بقية أفراد المجتمع واهتمامهم ما لا نجد له مثيلا في المجتمعات الأكثر تطورا وتقدما، وبالذات في المجتمعات الصناعية الحديثة بل إن كثيرا من تلك المجتمعات البدائية والبسيطة والتقليدية تعتبر الشيخوخة أفضل فترات العمر وتعطيها من المزايا وتتسبب إليها من الفضائل ما لا تسببه المراحل العمر الأخرى.¹

فالمسن في العائلة التقليدية الكبيرة يتمتعون بصفات عالية ويحتلون مكانة مرموقة ويرمزون للحكمة والهيبة فنجد مثلا أن آلهة الاسكيمو المسماة nerwik امرأة عجوز الأسرة الجزائرية تستمد فيها من تعاليم الدين الإسلامي الذي يكرم الوالدين وكبير السن عموما قال تعالى: "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا".²

وقال تعالى: ووهبنا الإنس بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين أن اشكر لي ولوالديك إلى المصير".³

في ظل هذه القيم الاجتماعية والروحية فنجد المسنين الذين يعيشون في الأسر التقليدية يتمتعون بالاحترام، ويلجأ إليهم لفض مشاكلهم واستشارتهم في أمورهم سواء داخل العائلة أو على مستوى القرية، وكثيرا ما قرأنا عن جمعية العقلاء أو مجلس العقلاء في هذه القرى ويمثل مرجعية للمجتمع من أجل فك النزاعات مهما كان نوعها وإرضاء المتخاصمين بما يتمتعون من سلطة روحية والأولوية دائما أو القيادة ترجع إلى الأكبر سنا باعتباره أكثر حكمة وفطنة وأكثر

¹ - يحي مرسى عبد بدر، المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2005، ص 219.

² - الإسراء، الآية 23.

³ - لقمان، الآية 14 .

خبرة في شؤون الحياة والمسن في الأسرة التقليدية أكثر الأشخاص حفاظا على التماسك العائلي فهو يمثل المرجعية الأخلاقية ويلعب دورا هاما في ضبط السلوك وتوزيع الأدوار داخل الأسرة ويحتفظون بالروابط الاجتماعية التي تسير جنبا إلى جنب مع العمل.

كما يلاحظ على المسن في العائلة التقليدية يستمر في العمل حتى بعد بلوغه ستون (60) سنة أي استمرار المهام الاقتصادية والاجتماعية وبالتالي يشارك في دخل العائلة هناك مكافأة اجتماعية لمن يواظبون على الالتزام بمقتضيات العمل إلى جانب استمرار المهام الاقتصادية والاجتماعية للمسن طالما استطاعوا القيام بها ونتيجة لذلك فإن هناك تشابه أو تقارب بين ما كان يسمح به الاقتصاد وما كانت تكافئ عليه القيم الاجتماعية والشخص المسن كان باستطاعته الاستمرار في عمله طالما كانت لديه المقدرة الجسمانية على القيام بذلك وكان العرف السائد يقر بذلك.¹

وبالرجوع إلى نسق القيم السائد في العائلة التقليدية الجزائرية أي الموسعة تضمن لكبار السن كل عوامل الاحترام والتقدير، فنجد اتجاهات إيجابية نحو المسنين فنجد مثلا الجدة، رمزا للمحبة والعطاء والمكافأة التي تحصل عليها المرأة في العائلة التقليدية التي تسيرها التقاليد والعادات الصارمة هي الاعتراف بالجميل والحنان الذي تحاط به بعد كبر سنها حيث تكون قد أصبحت أما وحماة وجدة إنه الحنان العميق من أبنائها المتزوجين ونساء ورجال العائلة فتصبح كلمتها مسموعة وتتخذ بعض القرارات في العائلة.²

وكان الأبناء والأحفاد يطيعون أوامر كبير السن بكثير من الاحترام والحب خوفا من غضبة وردة فعله فهم يسعون جاهدين لكسب رضا الكبار تقديرا لهم

¹ - يحي مرسى عبد بدر، المسنون في عالم متغير مقدمة ، مرجع سابق، ص 202.

² - مصطفى بوتقوش، مرجع سابق، ص 83.

وطمعا في عفوهم باعتبارهم أن غضبهم وسخطهم من سخط الله تعالى : فالتقدم في السن مرادف لنضوج والحكمة والمرجعية وتقول الحكمة : فمن ليس له كبير ليس له تدبير".

5-1 العائلة الجزائرية التقليدية الموسعة والتحول الكبري نحو

الأسرة الصغرى النووية :

أظهرت الدراسات الميدانية والإحصائية أن الأسر الصغرى أو النووية هي التي بدأت تسود في المجتمع العربي الحضري منذ منتصف القرن¹. يتعلق تطور العائلة الجزائرية بالتطورات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وما يواكبها من تطورات في مجالات التعليم وإشباع المدن والنمو الديمغرافي ومن أهم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية نذكر منها :

1 - النمو الديمغرافي: السياسة الجزائرية بعد الاستقلال هي تشجيع كثرة المواليد قصد استخلاف ما فقدته البلاد أثناء الحرب التحريرية وتعويض العجز السكاني حيث وصل إلى 8,1 طفل لكل امرأة سنة 1970 ولا أنه بعد سنة 1990 تغيرت الوضعية نسبيا إذ معدل النمو في الانخفاض حيث انخفض 2.28% حسب إحصاء 1998.²

وكذلك ارتفاع متوسط سن الزواج لدى الذكور والإناث وانتشار استعمال وسائل منع الحمل .

أما على صعيد المدن الجزائرية فتشهد اكتظاظا كثيرا وكثافة سكانية مرتفعة بالإضافة إلى الهجرة الجماعية والنزوح الريفي نحو المدن الذي كان يمثل نواة الأسرة التقليدية.

¹ - فعالية الملتقى الثالث قسم على الاجتماع التغيرات الأسرية الاجتماعية الجزائر، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2006، 2005، ص 55.

² - حليم بركات، مرجع سابق، ص 380.

1 - **التغير الثقافي:** يتعرض يربرت كارل ميرتون k.mertou إلى موضوع عدم الالتزام الثقافي خاصة فيما يسمى القيم والمعايير ويكون نتاج ذلك إلى انهيار محكات السلوك النسوي والملائم في المجتمعات الحديثة، كما أن بناء الضبط يكون ضعيفا لكونه يعكس ثقافة ضعيفة ومن ثم فالإنسان عندما يعقد ويفتقر للقيم والمعايير والتي تكون بالضرورة ملزمة للجميع، فإنه يعيش في نسق يعاني من حالة تسودها فوضى تلك المعايير التي يجب أن تكون ملزمة ولكنها في الحقيقة هي أصبحت منهارة مادامت قد انتقدت قوة الإلزام والاحترام.

3 - التحولات في البناء التنظيمي للمؤسسات:

لقد عرفت الجزائر أزمت حادة خاصة منها الأمنية الذي دام أكثر من 10 سنوات وأهم نتائج الأزمة على الصعيد الاقتصادي وهو تحطيم المنشآت الاقتصادية وغياب كل مشاريع البناء والاستثمار.

فالإقتصاد الجزائري يعتمد على البترول وهو عرضة لتقلبات سعر البترول فقد عرف سعر البترول عدة هزات أثرت على التوازن الاقتصادي للدولة الجزائرية، واللجوء إلى الاستدانة من الخارج .

وبحلول سنة 1985 أصبح الدخل النفطي عاجزا عن تلبية المطالب الاجتماعية الجماعية المتزايدة بسبب النمو الديمغرافي من جهة وعجز الآلة الإنتاجية من جهة أخرى استقبال يد عاملة جديدة، حتى أنه بدأ التفكير في تسريح العمال.¹

ويقول عدي الهواري: أن النظام السياسي الجزائري أصبح يواجه عدة تناقضات لم يكن من السهل عليه تذليلها تمثلت في عدم قدرته على تهيئة الموارد الاقتصادية خاصة قوى العمل... وكان على الدولة أن تأخذ موقفا أولا من الطلب

¹ - مصطفى بلعوز، التحولات السياسية في الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير الجزائر، جامعة الجزائر، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2001، 2004، ص 50.

الاجتماعي المتزايد والمقترن بالنمو الديمغرافي وثانيا كان عليها أن تواجه جهود وضعف ناتج الأداء الفلاحي والصناعي.¹

إن التغير الجذري الذي عرفته السياسة العامة للجزائر والانفتاح السياسي والاقتصادي الذي نتج عنه دخول الجزائر في مرحلة الاندماج في النظام الاقتصادي العالمي مما نتج عنه تحديث المؤسسات الاقتصادية هذا التغير نتج تهميش العديد من الفئات خاصة بالمسنين الذين يعانون الأمية.

مما اضطرهم إلى العمل في الاقتصاد غير الرسمي الذي هدفه هو الربح بأقل الأعباء الاقتصادية مما يحرم العديد من العمال من مزايا العمل والحماية الاجتماعية كالتقاعد مثلا مما يضطرهم إلى القفز وطلب خدمات الاجتماعية.

مما أثر على التوازن الأسري من حيث الدخل والاتصال كما برزت على مستوى المجتمع ظاهرة الفقر، حيث يشير تقرير الديوان الوطني للإحصاء إلى أن ثلث العائلات الجزائرية فقيرة.

• 45% من الأجراء يعيشون تحت الحد الأدنى للفقر.

• 50% من العمال الفلاحين أرباب أسر فقيرة.

• 66% من أرباب العائلات لا يقرؤون ولا يكتبون.

• 40% من أرباب العائلات بطالون.

• 30% منهم يقل دخلهم الشهري عن 06 آلاف دينار.

1.6 مليون مواطن نزحوا من الأرياف إلى المدن بسبب الأزمة الاقتصادية وتردي الوضعية الأمنية.² لقد أثرت العوامل الاقتصادية على الأوضاع الاجتماعية.

¹ - نفس المرجع، ص 52.

² - ذهبية أم موسى، التغير الاجتماعي وأثاره على تشرّد المسن، جامعة الجزائر، 2003، ص 13.

يعتبر العامل الاقتصادي أهم عامل في حياة الأسرة لأنها إذ لم تجد الموارد الاقتصادية الكافية فإنها تصبح عاجزة على أداء وظائفها وتعم فيها عوامل الفساد والتفكك.¹

ومن جهة انتشار النشاطات الاقتصادية غير الشرعية منها الأسواق الموازية والعمل الغير الرسمي، ويعرف النشاط زيادة معتبرة سيحرم حتما صندوق الضمان الاجتماعي من إيرادات هامة مما ينتج عنه حتما عجز أجهزة الدولة في توفير إيرادات متنوعة لمواجهة الأزمات الاجتماعية ومساعدة الفئات الهشة والمحرومة وتبني إصلاحات سوق العمل لزيادة معدلات العمالة خاصة بالنسبة لكبار السن والنساء و إعادة موازية مزيج المعاشين العام والخاص.

ومن خلال لواقع المعيشي، نلاحظ تغيرا في التفكير وا إيجاد الحلول مما شهد تغيرا في بعض القيم، وظهور النزعة الفردية أو حب الذات ولتزايد متطلبات الحياة، أصبح من الصعب الاحتفاظ بأسرة كبيرة الحجم .

عرفت الأسرة تحولات في بناءها وقد أصبحت الأسرة الجزائرية تختلف كليا عما كانت عليه بعد سنوات الاستقلال الذي كان النمط السائد هو العائلات الكبيرة التي تضم العائلات الكبيرة.

لقد ترتب على هذا التغير وهذا الانقسام في الأسرة الجزائرية وفي نمطها وشكلها تغيرات أخرى في شكل العلاقات وفي نظام السلطة واتخاذ القرارات وفي سلوكات الأفراد.

ويعرف مصطفى بوتقنوش بأنها نموذج أسري جديد لأسرة الجزائرية تتضمن كلا من الزوجين (الأب، الأم) وأولادهما غير المتزوجين والذين يتفاوت عددهم حسب كل أسرة إضافة إلى هذا فهي أسرة تدير شؤونها بنفسها وتبحث عن الاستقلالية والانفراد في مسكنها.

¹ - مصطفى الخشاب، نفس المرجع ص 200.

7 - خصائص الأسرة الحديثة:

للأسرة الجزائرية الحديثة عدة مميزات تميزها عن العائلة التقليدية من حيث الشكل والحجم ونظام السلطة وأدوار الأفراد داخلها والعلاقات القائمة بينهم ومكان كل فرد فيها .. ويمكن إجمال هذه المميزات فيما يلي:

1 - أسرة صغيرة الحجم: تتميز الأسرة الجزائرية الحديثة بالاستقلالية في المسكن وتتكون من الزوج و الزوجة والأبناء غير المتزوجين، كما تميز الأسرة الصغيرة النووية بخصوبة منخفضة ومن خلال تنظيم العادات كما تميز أيضا بالتغير في توزيع الأدوار مقارنة بالأسرة الكبيرة فنجد الزوج يعمل خارج البيت إضافة إلى الزوجة وتتمركز الأسرة الحديثة في المناطق الحضرية في المدن الكبرى.

2 - السلطة: تتميز الأسرة النووية بتقلص دور الأب في السلطة بل نجده أن مقيد بالظروف الاقتصادية والاجتماعية، فنجد في الأسرة الصغيرة بنوع من التحرر في اتخاذ القرارات.

3 - الاقتصاد: كان الأسرة الكبيرة تقوم على التعاون العضوي في النشاط الاقتصادي الذي كان يعتمد على الزراعة والرعي من أجل استمرارها من خلال الخصوبة المرتفعة وبعد التحولات الاقتصادية والثقافية، خاصة بعد الثورة الصناعية وما نتج عنه من تقسيم الأدوار وظهور المؤسسات والتكوين والتعليم ففتح المجال للتوظيف مثلا قلل من الاعتماد الأفراد على بعضهم البعض مما أدى إلى اختفاء التعاون في نطاق الأسرة الجزائرية ليصبح كل فرد من أفرادها وحدة اقتصادية

الناحية قائمة لذاتها تؤمن احتياجاتها بنفسها،¹ فأصبح الأفراد يتمتعون بالاستقلالية في شؤون الاقتصادية أي الملكية الفردية وليست جماعية.

ولكل فرد حق التصرف في ممتلكاته وله الحق في أن يختار ما يناسبه من الأعمال وأن يؤجر أجرا مناسبا عن عمله، فلم يعد خاضعا لرب العائلة ومقيدا بتوجيه طائفي أو مهني.²

4 - **المكانة والدور:** بدخول المرأة إلى التعليم والعمل والملكية الفردية للعمل نتج عنه تغير في توزيع الأدوار (فتغيرت) فحدثت تغيرات في البناء التقليدي للأسرة وتغير في الأدوار والمكانة والمراكز التي كانت تميز العائلات التقليدية وأصبح المركز الاجتماعي والدخل والمستوى التعليمي والثقافي من أهم محددات الدور والمكانة داخل الأسرة الجزائرية.

5 - **العلاقات الاجتماعية:** أصبحت العلاقات الاجتماعية تتسم بالتنقل إن أسرة بكاملها تعاني من فوضى وضغط وعشوائية البيئة الصناعية العربية والمعاناة هذه على مستوى الأفراد وعلى مستوى الأسر ككل وهذا ما يظهر من خلال مؤشرين إثنين وهما: بطالة الشباب في الأسر الفقيرة، ومتوسطة الحال، ثم تدنى الحالة الصحية والنفسية لعناصر هذه الأسر ما يظهر على شكل أمراض متعددة العوارض الجسدية والمعنوية.³

إن ظاهرة التفكك التي تصيب بين العائلة مما يظهر على شكل تحول من العائلة الواسعة الممتدة التي هي نتاج البيئة الزراعية والريفية والتي تمكن قياس سلوك أفرادها بالارتباط بقيم الجماعة وعاداتها و تقاليدها و عيبتها وحلالها وحرامها والتي تتمحور السلطة فيها والمرجعية عند زعيم العائلة والمسؤول الأول فيها إذ أن

¹ - مليكة ليديري، الزواج والشباب الجزائري إلى أين، ص 54.

² - مصطفى الخشاب، دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص 83.

³ - عباس محمود مكي، دينامية الأسرة في عصر العولمة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2007، ص 56.

العائلة الواحدة تجمع عدة أسر صغيرة، إلى أن الأسر النواتية التي هي نتاج البيئة الصناعية، والتي يمكن قياس سلوك أفرادها بالاستقلال عن قيم الجماعة وعاداتها وتقاليدها وعيبيها وحلالها وحرامها وتجنب تتمثل المرجعية فيها عند الفرد مباشرة وبخاصة إذا ما بلغ سن الرشد.¹

ف نجد العلاقات الاجتماعية تتسم بالمادية ونقص التواصل بين أفرادها لقد أصبح الفرد الجزائري، يتزوج وينفصل عن أسرته كما تتسم وتتميز باستعمال وسائل تحديد النسل منها رغبة في تقليل عدد أطفالها.

سادسا: مشكلات المسن في المجتمع الجزائري:

بعد التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية جعل الأسرة الجزائرية تتغير وظيفيا وبنائها من خلال تقلص وظائفها كوظيفة الاقتصادية والوظيفة التربوية والترفيهية أما من حيث البناء أصبحت الأسرة تتميز بعدد قليل من الأفراد.

في ظل انتشار الأسر النواتية الحديثة في المجتمع الجزائري ظهرت عدة اتجاهات سلبية نحو المسنين وجبهات من الصراع بين المسن وأسرته ومحيطه يجد المسن نفسه في صراع مع القيم الجديدة أي في صراع ثقافي وحضاري المتناقضة مع ثقافته وتكوينه الشخصي ومجتمعه في ظل سيطرة ثقافة العولمة الغالبة وأهم المشكلات التي تواجه المسن في المجتمع الجزائري وتؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي والاقتصادي.

1 - صراع الأجيال:

1-1 مفهوم صراع الأجيال:

هو صعوبة التوافق مع الأوضاع والقيم والمواقف المتغيرة بفعل عمليات التحديث الحضاري.²

¹ - نفس المرجع، ص 130.

² - نفس المرجع، ص 130.

التغير الاجتماعي وما يحدثه من تغيرات عميقة على جميع الأصعدة ونذكر على وجه الخصوص نسق القيم، يدفع بجيل الشباب إلى مراكز القوة بما لديه أصلا من قيم وأفكار جديدة، فالتغير الاجتماعي يخلق الصراع بين الأجيال لأنه يطغى إليه الاختلافات الجوهرية والعامة بين الآباء والأبناء اختلافا آخر ينتج عن اكتساب كل جيل محتوى ثقافي متميز في نفس فترة الحياة فالمحتوى الثقافي الذي اكتسبه الآباء وهم صغار هو مختلف تماما لما يكتسبه أبنائهم الآن.¹

فتشهد الأسرة صراعا بين الآباء والأبناء فنجد الآباء أكثر تعصبا لقيم الماضي وتمسكا به ويميلون إلى تطبيق قيم ثقافية لا تتوافق مع الوقت الراهن والمعاشي.

إن عملية التوافق الاجتماعي والشخصي الذي يقصد به شعور الفرد بالأمن الذاتي الداخلي أما التوافق الاجتماعي ويقصد به العلاقة الإيجابية بين الفرد وبيئته الاجتماعية المتمثلة في الاعتراف للفرد بمسؤوليته الاجتماعية واكتساب المهارات الاجتماعية وتحرره من الميول المضادة للمجتمع ويركز أيضا هذا الاتجاه على أن عملية التوافق تتحدد من خلال خضوع الفرد للظروف والأحوال التي يعيش فيها بمعنى أن لشخص المتوافق هو الشخص الذي يسلك وفقا للقيم والأساليب الثقافية التي يعيش فيها، أي خضوعه للمعايير والنماذج والأنماط الاجتماعية السائدة في مجتمعه.²

يترتب عن فقدان المسن لأعمالهم وتقلص مكانتهم والأدوار التي كانت تشغلهم كل هذه العوامل والدوافع تزيد من عزلة المسن من جهة وتزيد الصراع بين الجيلين من جهة أخرى.

¹ - حليم بركات، المجتمع العربي المعاصر، بحث مسطر علم اجتماعي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1 بيروت، 1986، ص 181.

² - مصطفى محمد أحمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوصفية والتطور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث جامعة الأزهر، 2008، ص 29.

فواقعنا اليوم يختلف عن ماضي الآباء والأجداد فالشباب جيل تنشأ في سياق كفاحي عالمي، يعتمد على الانفتاح على الحضارات المختلفة .

إن هذا الصراع بين الأجيال الشيوخ وجيل الشباب ينتج عنه عوارض منها .

- شعور المسن بعدم أهميته في تنشئة الأبناء أو الأحفاد وتربيتهم .
- شعور المسن بعدم التزام الأبناء والأحفاد بنصائحه وتوجيهاته عدم قدرة المسن، الأسباب عديدة - على التعبير عن رأيه .

- عدم استشارة الأبناء آباءهم المسنين في أمورهم الخاصة .
- تنامي الخلافات الحادة بين أبناء المسنين مما لا يمكن معه الإصلاح .
- تنامي الفراغ في حياة المسنين .
- بروز الفضائح في المجال الحيوي للمسنين .
- ظروف السكن عند المسن غير سليمة كثيفة ومساحة ضيقة .
- غياب الخدمات الضرورية والحياتية للمسن .
- الاتجاه لتجنب الآخرين بدون أسباب موجبة .

وعلى هذا يمكن القول بأن المسن يمكن أن يدخل في دائرة المرض الجسدي بشكل تدريجي إلا أنه لا يدخل بالضرورة في دائرة المرض النفسي (الاكتئاب) .

إن التقدم في السن يعني بطبيعة الحال تراجعاً في القدرات كافة.¹

كما نجد المسنين في المجتمع الجزائري اتجاهات سلبية نحو أنفسهم وأسرهم ومن واقعهم ومن بين الأحاسيس السلبية نذكر منها .

- 1 - شعور المسن بأنه عبئ على أسرته .
- 2 - شعور المسن بأنه ليس له دور في الحياة العامة وبأنه لا يزن شيئاً .
- 3 - شعور المسن بأنه منسي ومتروك .
- 4 - شعور المسن بالتعب من الحياة وتمني الموت .

¹ - عباس محمود مكي، نفس المرجع، ص ص 178 - 182 .

- 5 - شعور المسن بالغربة.
 - 6 - شعور المسن باستهزاء الآخرين به.
 - 7 - شعور المسن بغياب ثقة الآخرين به.
 - 8 - شعور المسن بأن نظرة الآخرين له من باب الشفقة والعطف.
 - 9 - الجلوس منفردا.
 - 10 - تغير الطباع والمزاج بسرعة.
 - 11 - عدم الحرص على المظهر الخارجي والهندام.
 - 12 - الشعور بالقلق على المستقبل.
 - 13 - الخوف من الموت.
 - 14 - المعاناة من صعوبة النوم والأرق.
 - 15 - خيبة الأمل من تحقيق الأمنيات والتمنيات.¹
- فشعور المسن بالغربة بين أفراد الأسرة الحديثة بالإضافة إلى سرعة التحولات ومن خلال الواقع المعيشي نلاحظ في أن عدد كبير من المسنين إختار الشارع كملجأ بعد افتقادهم لمكانتهم ودورهم داخل الأسرة وفي دراسة قامت بها، سبخاوي خديجة. وهي رسالة ماجستير حول التغير الاجتماعي وأثاره على تشرد المسنين: لسنة، 2007 2008.

جاءت ببعض الأرقام حول تشرد المسنين في الجزائر أن مصالح الدرك أوقفت 3892 من بينهم 806 أكثر من 40 سنة وتمكنت مصالح الأمن من إيقاف 107 متشرد من فئة المسنين في الجزائر الوسطى.²

¹ - نفس المرجع، ص 184.

² - عبد المنعم عاشور، صحة المسنين، كيف يمكن رعايتها؟، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2009 ص 69.

وكذلك زيادة معدلات الانتحار في أوساط المسنين نتيجة صعوبة المعيشة وغياب الأمل المؤدي إلى الانتحار.

أما على صعيد المجتمع ومسؤوليته عن اكتئاب المسن وعزلته نذكر ما يلي:

- 1 - عدم الأخذ بحكمة المسن وبتجاربه.
- 2 - الحذر من المسن ودفع المسن إلى الحذر من الشباب.
- 3 - تبخيس العادات والتقاليد التي يمثلها المسن.
- 4 - التعامل العاثر مع المسن الذي يدفعه حاضره إلى التثبيت بالمنصب.
- 5 - تسفيهه بتغني المسن بأمجاده وماضيه.
- 6 - إهمال المسن ومجاملته ولو بالحدود الدنيا.
- 7 - عدم الاهتمام بمشاعر الرضا والقناعة عند المسن.¹

2 - مشكلات المسن الاقتصادية: يعاني المسن من مشكلات اقتصادية معقدة ساهمت في تأزيم حياة المسنين، فمن خلال الواقع لهامش نجد أن المسنين يزاولن أعمال شاقة جدا كالبناء والفلاحة للمساهمة في دخل عائلاتهن في ظل مشكلة ارتفاع الأسعار وكذلك أزمة المواصلات وعدم ملائمة السكن وعدم كفايته الدخل لشراء متطلبات الحياة، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الاجتماعية التي لا تتلائم مع متطلبات المسنين مما ينعكس على الحياة الاجتماعية للمسنين ومن نتائجه انتشار ظاهرة التسول في أوساط المسنين وكذلك الإقبال على مراكز المسنين.

إن التغير الجذري الذي عرفته السياسة العامة للجزائر والانفتاح السياسي والاقتصادي الذي نتج عنه دخول الجزائر في مرحلة الاندماج في النظام الاقتصادي العالمي مما نتج عنه تحديث المؤسسات الاقتصادية هذا التغير نتج تهميش العديد من الفئات خاصة بالمسنين الذين يعانون الأمية.

¹ - عباس محمود المكي، نفس المرجع، ص 184.

مما اضطرهم إلى العمل في الاقتصاد غير الرسمي الذي هدفه هو الريح بأقل الأعباء الاقتصادية مما يحرم العديد من العمال من مزايا العمل والحماية الاجتماعية كالتقاعد مثلا مما يضطرهم إلى القفز وطلب خدمات الاجتماعية.

مما أثر على التوازن الأسري من حيث الدخل والاتصال كما برزت على مستوى المجتمع ظاهرة الفقر، حيث يشير تقرير الديوان الوطني للإحصاء إلى أن ثلث العائلات الجزائرية فقيرة

- 45% من الأجراء يعيشون تحت الحد الأدنى للفقر.

- 50% من العمال الفلاحين أرباب أسر فقيرة.

- 66% من أرباب العائلات لا يقرؤون ولا يكتبون.

- 40% من أرباب العائلات بطالون.

- 30% منهم يقل دخلهم الشهري عن 06 آلاف دينار.

1.6 مليون مواطن نزحوا من الأرياف إلى المدن بسبب الأزمة الاقتصادية وتردي الوضعية الأمنية.¹ لقد أثرت العوامل الاقتصادية على الأوضاع الاجتماعية.

حيث تبين نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة أنه من بين 45.35% الذين لم يسبق لهم وأن عملوا قدرت نسبة النساء بـ 86% من مجموع المسنين، وهذا بالضرورة له انعكاس على الوضعية الاقتصادية لها عند بلوغها مرحلة الشيخوخة خاصة إذا ترملت ولم تستفد من المعاشات المنقولة من الزوج التي يكفلها القانون حيث نجد من 524000 مستفيد من المعاش المنقول عن الزوج وذوي الحقوق هناك فئة قليلة من الزوجات تتجاوز أعمارهن 60 سنة، وهذا الوضع يبرز لنا واقع

¹ - ذهبية أم موسى، التغير الاجتماعي وأثاره على تشرد المسن، جامعة الجزائر، 2003، ص 13.

آخر أكثر تأزما وتباينا، فإذا كان المسنون في هذه المرحلة معرضون لتراجع وفقدان المداخل، فإن الفئة الأكثر تضررا هن النساء المسنات.

وما يزيد من تدهور وضعية هذه الفئة التي لا يمسه نظام التقاعد (سواء رجال أو نساء) أيضا تلك النسبة الضعيفة منهم التي تستفيد من المنح التضامنية التي تخصصها الدولة في إطار سياسة التضامن التي تنتهجها الدولة لمساعدة الأشخاص المحتاجين والتي من شروط الاستفادة منها هو عدم امتلاك الشخص إلى أي دخل وبالرغم من أن المسنون يمثلون نسبة 76.4% من مجموع المستفيدين من المنحة الجزافية للتضامن، إلا أنه حسب وكالة التنمية الاجتماعية أن الربع فقط من المسنين الذين ليس لهم معاش التقاعد يحصلون على المنحة التضامن الجزافية¹.

حيث أنه بعدما كانت تقدر قيمتها 300 دج إلى غاية سنة 2000 فقد تم رفع قيمتها بدء من سنة 2001 إلى قيمة 1000 دج في الشهر فقط (أي 12000 دينا جزائري سنويا)، والتي أضيف لها قيمة 300 دج تحت ما يسمى المساعدة الاجتماعية في مقر السكن ليصل المبلغ الإجمالي لتلك المساعدة بـ 13000 دج شهريا²، والتي أصبحت في السنوات الأخيرة تقدر بـ 3000 دج وحسب التعديلات الجديدة لقانون المتعلق بحماية المسنين تسعى الجهات المعنية إلى رفعها إلى قيمة 10000 دج.

وبصفة عامة تبقى هذه الفئة من المسنين من الجنسين تعرف تدنيا وتراجعا في المستوى المعيشي بسبب عدم امتلاكها لدخل أو لقيمتها الضعيفة إن وجد والتي لا تلبي حتى الحاجيات الغذائية للمسن، والتي تجعلهم أكثر اعتمادا على أفراد أسرهم وهذا ما تبينه نتائج مسح 2002، حيث صرح 27% من المسنين أنهم

¹ - نفس المرجع، ص 35.

² - نفس المرجع، ص 37.

يعتمدون في معيشتهم على تلك المساعدات التي يقدمها لهم الأبناء وتكثر هذه الحالة عند النساء أو أنهم يلجئون إلى الاستمرار في العمل لتحسين الوضعية التي يعيشونها، حيث قدرت نسبة المسنين الذين استمروا في العمل في هذه المرحلة من العمر بـ 7.88% من مجموع المسنين¹.

وإذا كانت هذه هي الوضعية الاقتصادية والمعيشية التي تميز غالبية المسنين (70%)، فإن الفئة القليلة (30%) المتبقية منهم المتمثلة في فئة المتقاعدين؛ ليست أوفر حظا وأحسن منهم بالرغم من امتلاكهم لدخل شهري ثابت، فأغلب هذه المداخل أو المعاشات أيضا قد عرفت ضعفا في قيمتها ولم تساير الغلاء المعيشي الذي عرفته الجزائر في السنوات الأخيرة، وكان ذلك راجع إلى الأزمة الاقتصادية التي عرفت الجزائر في نهاية الثمانينات، والتي كان لها آثار على التوازن المالي لكل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد.

3- المشكلات الصحية: كما هو معروف فإن مرحلة الشيخوخة لديها نوع من الخصوصية من الناحية الصحية، خاصة وأن هذه المرحلة من العمر تتميز بتراجع الجسم في أدائه لوظائفه الحيوية وما ينتج عنها من زيادة احتمال الإصابة بالأمراض، فإن فئة المسنين في المجتمع الجزائري تعرف هي الأخرى مجموعة من الأمراض خاصة المزمنة منها، وهذا ما تبرزه نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، حيث وجد أن نسبة 66.8% من فئة المسنين في الجزائر يعانون على الأقل من مرض واحد مزمن، لنجد أنه من أهم الأمراض التي تنتشر في أوساطهم هو مرض ضغط الدم بنسبة 28.9%، تليه نسبة 24% منهم يعانون من أمراض وآلام المفاصل، ونسبة 12.8% من يعانون من قرحة المعدة، ونسبة

¹ - وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 177-183.

الفصل الرابع:

الأسرة ومكانة المسنين في المجتمع الجزائري

11% مصابون بداء السكري¹، لتبقى بعض الأمراض تنتشر بنسب أقل كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (01): نوع الأمراض التي يعاني منها المسنون في الجزائر حسب وسط الإقامة.

نوع المرض	نسبة المسنين الذين يعانون من المرض حسب مكان الإقامة		
	حضر	ريف	المجموع
ضغط الدم	31.1	25.5	28.9
السكري	12.8	9.0	11.3
قرحة المعدة	11	15.5	12.8
أمراض القلب	9	6.5	8
آلام المفاصل	23.3	25.8	24.3
الصداع المزمن	7.1	8.3	7.6
إعتام عدسة العين	7.4	8.2	7.7
آلام مزمنة في الظهر	8.1	12.1	9.7

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني لصحة الأسرة - 2002، التقرير النهائي، الجزائر، 2004، ص 185.

وكما هو ملاحظ فإن لمكان الإقامة للمسن له تأثير على صحته؛ حيث نجد أن بعض الأمراض لها علاقة بالوسط الحضري أكثر؛ كضغط الدم والسكري وهذا نظرا لنمط العيش بصفة عامة، وبالأخص طبيعة الأعمال التي تعتمد على الجهد الفكري الذي يعرض صاحبه للضغوط بصفة يومية ومتكررة، وهذا دون أن ننسي ظروف السكن وكذلك نوعية التغذية، وبالمقابل فإننا نلاحظ أن هناك في الريف

¹ - الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني الأسرة - 2002، مرجع سابق، ص 185.

أمراض من نوع آخر تنتشر فيه بنسبة أكبر خاصة آلام المفاصل وآلام الظهر المزمنة بسبب الأعمال التي تعتمد على الجهد العضلي.

كما أن نسب انتشار هذه الأمراض عند هذه الفئة العمرية لا تختلف ولا تتعد كثيرا عن تلك النسب المسجلة في التحقيق الوطني الذي أجري سنة 2006 (MICS3)، حيث قدرت نسبة المصابين بضغط الدم بـ 31.1%، ونسبة 12.52% من يعانون من مرض السكري، و 10.6% يعانون من آلام المفاصل، وأما من يعانون من قرحة المعدة فقد قدرت نسبتهم بـ 3.1%¹.

بالإضافة إلى هذه الوضعية الصحية التي يتميز بها فئة من المسنين، فإن هناك سلوكيات: كالتعرض للحوادث أو التدخين؛ التي تبقى لها آثار دائمة في بعض الأحيان على صحته؛ خاصة وأن نتائج المسح حول صحة الأسرة بينت أن هناك نسبة معتبرة من المسنين خاصة الرجال لم يتخلوا عن التدخين في هذه المرحلة من العمر حيث قدرت نسبتهم بـ 20.9%، مقابل 14.4% من تخلوا عنه، وبغض النظر عن ذلك فإنه ما يزيد الأمر سوءا تلك المدة التي قضوها في استهلاك هذه المادة، كما تبينها نتائج المسح (2002) بأن ثلثي هؤلاء قد استهلكوه منذ أكثر من 25 سن، وذلك بمتوسط 34 سنة من التدخين، وترتفع إلى 44 سنة عند البالغين أكثر 80 سنة².

فهذه الوضعية الصحية التي تتميز بها هذه الفئة من السكان تحتاج إلى رعاية صحية سواء كانت وقائية للحد من تلك السلوكيات المضرة بالصحة، أو كانت علاجية لعلاج الأمراض التي يعاني منها أو الحد من تطورها، ولكن لظروف وعوامل تختلف من شخص لآخر فإننا نجد أن نسبة الإقبال على الرعاية وخاصة

¹ -Ministère de la santé et populations, suivi la situation des enfants et des femmes, op.cit., p32.

² - الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، مرجع سابق، ص ص 188- 189.

اقتناء الأدوية ليس نفسها عند كل المسنين، وحسب نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002؛ فإنه من بين 54% من المسنين الذين يتناولون الأدوية قد صرح نسبة 44% منهم أنهم يجدون صعوبة في اقتناء الأدوية التي يحتاجونها، وهذا في ظل وجود 46% منهم لا يستفيدون من خدمات التأمين الصحي.

أي ما يمكن قوله في هذه الحالة أن هذه الصعوبة في تلقي العلاج من جميع جوانبه بصفة عامة، وتوفير الدواء بصفة خاصة تعود بالدرجة الأولى إلى عدم استفادة نسبة معتبرة من هؤلاء من التأمينات الاجتماعية؛ وهذا بالرغم من أن قانون الضمان الاجتماعي خاصة المتعلقة بالتأمين عن المرض يضمن لكل فئات العمرية والاجتماعية في المجتمع هذا الحق، وذلك حسب قانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 والمعدل والمتمم في تاريخ 11 أفريل 1994 المتعلقة بالتأمينات الاجتماعية؛ والذي ينص وفق المادة الثانية منه على أن التأمينات الاجتماعية تغطي المخاطر التالية للمرض، بالإضافة إلى الوفاة والعجز والوفاء، حيث يستفيد من أحكام هذا القانون كل أفراد للمجتمع وذلك حسب خصوصية كل شريحة من شرائحه الأعمال الأجراء، العمال غير الأجراء، المجاهدين، الأشخاص المعوقين والطلبة)¹.

هذا فيما يتعلق بالإمكانات المادية لتوفير العلاج، لتبقى عوائق أخرى تواجه المسن عند توجهه لمؤسسات القطاع الصحي لتلقي العلاج، خاصة وأن هذا القطاع يواجه صعوبات وتحديات عديدة في السنوات الأخيرة، والتي نجد من بينها ضرورة التأقلم مع النمط الوبائي الجديد الذي بات يميز قائمة الأمراض التي يعاني منها سكان الجزائر في السنوات الأخيرة، وذلك من خلال الانتقال من نمط الأمراض المعدية التي كانت تنتشر بكثرة في السنوات الأولى من الاستقلال؛

¹ - أحمد التيجاني بلعروسي، مرجع سابق، 2004، ص 7-8.

كالديفتيريا، والطاعون، والسل،... إلخ، إلى نمط وبائي جديد نتيجة تراجع أو القضاء على تلك الأمراض المعدية، وظهور أمراض جديدة كالسرطان ومرض السيدا، بالإضافة إلى الأمراض التي تتميز ويكثر انتشارها في فئة العمر الثالث للسكان؛ كأمراض القلب والشرابين وضغط الدم ومرض السكري، وهشاشة العظام... إلخ، فحسب تحقيق 2006 فقد قدرت نسبة الذين يعانون من الأمراض المزمنة بـ 8.4% من مجموع السكان، كما تبين أن فئة كبار السن (60 سنة فأكثر) هي الأكثر تعرضا للإصابة بها وهذا بنسبة 42% من إجمالي الأشخاص المصابين¹.

فهذه الوضعية وحسب المختصين في هذا المجال أصبحت تفرض على النظام الصحي ضرورة تغيير نوع البرامج الموجهة لضمان صحة السكان بجميع شرائحه بما فيهم المسنين، من خلال ضرورة توفير مصلحة خاصة لهؤلاء وتتوفر أيضا على مختصين في طب الشيخوخة، والذي بدوره يفرض عليه تحديات أخرى، نتيجة ما يعانيه هذا النظام من أزمة منذ بداية سنوات الثمانينات (الأزمة المالية التي انعكست على طريقة التسيير) وما نتج عنها من تراجع في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن رغم الإجراءات التي انتهجتها الدولة لرفع مستواها، الذي بدء من خلال السماح بخصوصية القطاع؛ الذي يبقى يقدم خدمات جيدة مقارنة بالقطاع الصحي العمومي، ولكن بتكاليف عالية ليست في متناول الجميع، خاصة في الوضع الاقتصادي الراهن الذي يتميز بتدهور وتراجع القدرة الشرائية للمواطن.

أي أن ضمان رعاية جيدة من جميع الجوانب التي يحتاجها المسن تبقى متعلقة بنوعية الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي ومدى توفيرها له من جهة؛ ومن جهة أخرى الوضعية الاقتصادية التي يعيشها المسن في هذه المرحلة من العمر.

¹-Ministère de la santé et populations, suivi la situation des enfants et des femmes, opcit, p32.

ويشكون المسنون في الأسرة من عدم توفر الخدمات الصحية خاصة الأمراض المزمنة كالسكري والسرطان وارتفاع ضغط الدم كما أنه هناك مشاكل ترتبط بالناحية النفسية كالقلق والاكتئاب وغياب الاهتمام العائلي والتكفل بهم وصعوبة الاتصال معهم لعدة عوائق نذكر منها

1-3 العوائق النفسية:

الغضب لدى المسن واثقه الأسباب الانغلاق لديه من جهة وموقف الشباب لجيل كالقول المتداول "أنت عجوز" مما يسبب له الشعور بالإحباط والعجز وصعوبة في التوافق الاجتماعي والنفسي.

4 - العوائق الوجدانية:

انقطاع الصلة بين المسنين عند يبلغ أولادهم سن الشباب فثمة مشاعر واتجاهات متباينة وجهات نظر عديدة تجاه الشيخوخة والعجز ولا تسيطر فقط على أعضاء الأسرة الجيران، الأصدقاء بل أيضا تسيطر على بعض المهنيين فقد يواجه المسنون اتجاهات عامة سلبية لاعتقاد راسخ في أذهان العامة بأن المسنين هم أناس تجاوزوا أو تجاوزهم الزمن والأولى بهم أن يرتاحوا ويفسحوا الطريق لغيرهم من النشئ لممارسة حياتهم كما ينظر البعض للمسنين على أنهم فئة خاصة محرومة أو مهمشة تحتاج لأسلوب أو منهج خاص للدعم والحماية.¹

وعلى أية حال تختلف النظرة للشيخوخة من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى كما تختلف من حيث النوع، الطبقة، بل من منطقة جغرافية لأخرى داخل المجتمع الواحد.

ويمكن أن نجد مثال لذلك في المجتمعات الريفية التقليدية ونظرا لمجتمعاتنا العربية الإسلامية.

¹ - المرجع السابق، ص. 149.

أما الشيخوخة في المجتمعات العربية المتقدمة فهي ظاهرة ملفتة للنظر، ينفق الملايين من الدولارات لإنتاج أدوية ومستحضرات تجميل للتخلص من علاماتها على جسم الإنسان يتطلع الجميع نحو الشباب، كارهين الشيخوخة كدليل على المرض والعجز والنهاية ويرجع الأستاذ الدكتور أحمد عبد الفتاح...التصورات السلبية عن المسنين تعود إلى:

- 1 - القصور في الاتصالات بين المسنين والمجتمع.
- 2 - عزوف المجتمع عن الاستفادة من خبراتهم وتجاربهم.
- 3 - الحراك الاجتماعي وما أدى إليه من عدم تواصل عدد كبير من الشباب مع أهاليهم المسنين بصفة خاصة بدرجة كافية.
- 4 - الوسائط الثقافية تؤدي دورا لا يستهان به في تلك الصورة السلبية عن المسنين ولعل التلفزيون يسهم بدرجة كبيرة في ذلك.

خامسا: المشكلات الاجتماعية للمسنين في المجتمع الجزائري:

لقد تطرقنا من قبل إلى أهم التغيرات التي مست المجتمع الجزائري في الجانب الاقتصادي والاجتماعي أثرت على فئات عديدة من المجتمع خاصة منها الفئات الهشة والضعيفة من المجتمع وهم المسنين وإذا كان للوضع الصحي للمسنين الذي يتميز بتعرض أغلبهم للأمراض خاصة المزمنة والتي تحتاج إلى رعاية صحية مستمرة وما يقابلها أيضا من وضعية اقتصادية متدهورة نتيجة افتقار أغلب المسنين لدخل شهري والتأمين الصحي الذي يضمن لهم توفير نفقات العلاج اللازم، قد لعبت دور في تحديد تلك الوضعية الاجتماعية التي يعيشها المسن بتبعيتهم واعتمادهم أكثر على الآخرين، أي أن العجز المادي وما يقابله من انتشار الأمراض في أوساطهم جعلتهم في خانة المعالين، معتمدين بذلك على التكافل الاجتماعي ومساعدات أفراد أسرته بشكل خاص، وعلى مساعدات الحكومة وغيرها بشكل عام لتغطية متطلباته المعيشية.

فإن للخصائص الاجتماعية والديمغرافية للمسن (خاصة الحالة الزوجية لهم) أيضا دور في رسم هذا الواقع الاجتماعي، نظرا لما تلعبه هذه الخصائص من تحديد درجة الوحدة التي يعيشها المسنين (عيشهم بمفردهم) وأيضا نوع العلاقات الاجتماعية التي تجمعهم مع باقي الأفراد الذين يعيشون معهم، حيث تبين نتائج المسح الوطني أن نسبة 72% من المسنين هم متزوجين، و26% أرامل، حيث يتضح أن هناك تباينات ملموسة بين الجنسين، فإذا كان الزواج سائدا عند الرجال بنسبة 93% مقابل 50.05% فقط عند النساء، فإن الترميل عند النساء يفوق سبعة أضعاف ما هو عند الرجال (46% من النساء مقابل 6% فقط عند الرجال) ويعود السبب في ذلك أساسا إلى ارتفاع أمل الحياة عند النساء مقارنة بالذكور، علاوة

على ظاهرة إعادة الزواج التي هي أكثر عند الرجال¹ وهذا ما تؤكدته نتائج التعداد الأخير (2008) التي تبين أن النساء أكثر ترملا من الرجال وتزيد هذه النسبة مع التقدم في العمر، حيث نجدها تقدر عند النساء في الفئة العمرية 60-64 سنة بـ 24.8%، وترتفع إلى 84.5% في الفئة العمرية 80 سنة فأكثر وهذا مقابل نسبة 19% فقط من الرجال الأرامل في نفس الفئة.

وبالتالي نجد أن هذه الفئة من المسنين في المجتمع الجزائري مازالت تعيش في وسط أسري، حيث قدرت نسبة من يقيمون مع أحد أفراد أسرهم بـ 98.16%، لكن مع اختلاف في صلة القرابة التي تربطهم بهؤلاء الأفراد ذلك حسب الحالة الزوجية لهؤلاء المسنين، حيث نجد أن الذين يعيشون مع أحد الأبناء بنسبة 86.8% هم من فئة المتزوجين، وتراجع هذه النسبة إلى 65.5% عند المطلقين²، في حين نجد أنه من أصل 33.8% من المسنين الذين يلجئون إلى العيش مع زوجة الابن أو زوج البنت هم المسنون الأرامل بنسبة 50%، ونسبة 33% من المطلقين، كما أنه أيضا من أصل 35% من المسنين الذين يعيشون مع أحد الأحفاد، هناك 54% من الأرامل، خاصة وأن هذه الوضعية تكثر عند النساء بنسبة 43%³.

وبالمقابل فإننا نجد نسبة 1.8% من الأشخاص المسنون يعيشون بمفردهم وتكثر هذه الحالة عند النساء بنسبة 3%، وبالرغم من أنها ضعيفة فإن الملفت فيها هو أن هؤلاء أكثرهم من المطلقين بنسبة 16.5%، وعند العازبين بنسبة 10%⁴، أي أن هذه الفئة من المسنين عندما لا يجدون من يستقبلهم من أبنائهم أو أحفادهم

¹ - وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني حول صحة الأسرة-2002، مرجع سابق، ص171.

² - نفس المرجع، ص ص174-176.

³ - نفس المرجع، ص ص174-176.

⁴ نفس المرجع، ص176.

بالنسبة للمطلقين أو من طرف أحد الأقارب بالنسبة للعازبين فإنهم يضطرون إلى العيش بمفردهم معرضين بذلك إلى العزلة والوحدة، التي تكون لها نتائج سلبية إذا كانوا غير قادرين عن خدمة أنفسهم بسبب العجز والمرض، وما يقابلها أيضا من عدم امتلاكهم لدخل شهري يعتمدون عليه لتوفير متطلبات العيش.

وعلى العموم نلاحظ أن المسن في الأسرة الجزائرية إذا كان في كثير من الأحيان يحافظ على مكانته الاجتماعية ببقاء شريك حياته على قيد الحياة، وامتلاكه لمسكن الذي يضمن له الاستقرار وعدم التنقل للعيش مع أحد الأبناء أو أحد الأقارب ويضمن له توفير الرعاية، فإننا نجد العكس يحدث بالنسبة للمسنين الذين تعرضوا للترمل والطلاق فإنهم يضطرون إلى العيش بمفردهم أو التنقل والعيش مع أحد الأبناء أو الأحفاد بعد أن كانوا قد تعودوا على نمط معين في العيش، وما قد يصادفهم من صعوبة التأقلم مع الوضع الجديد، ليصبحوا أيضا يشكلون عبئا على الأسرة المستقبلية، خاصة إذا كانوا لا يملكون أي دخل أو سكن، وبالتالي يصبحون عرضة للإزعاج والمضايقة أو العزلة أو حتى الطرد إلى مراكز الشيخوخة أو الشارع¹.

خاصة ما نلاحظه من مظاهر الإهمال التي بدأت تعرف طريقها للمجتمع الجزائري التي نجد من بينها²:

○ الطرد أو الطرد الذاتي من البيت العائلي: ليصبح عرضة للتشرد والتسول إن لم يجد مكانا يلجأ إليه، ويصبح الوضع أكثر خطورة إذا تعلق الأمر بالنساء المسنات.

○ إهمال الأسرة للمسن في مركز العجزة ورفض التكفل به.

¹ - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من

الأسرة، مرجع سابق، ص40.

² - نفس المرجع، ص40.

○ الإهمال في المستشفيات: فيما يخص المسنين الذين يعانون بالأمراض، خاصة وأن هذه المستشفيات لا تتوفر على مصلحة متخصصة في أمراض الشيخوخة، وبالتالي فإنه مقابل الإهمال من طرف العائلة، نجد أن الرعاية الصحية المقدمة له غير متخصصة بل يقدمها أطباء عامين.

وإن كنا في العنصرين السابقين قد تعرضنا إلى مختلف الإجراءات التي اتخذتها الدولة لضمان حقوقهم وتوفير الحماية والرعاية لهم من هذين الجانبين، فإنها أيضا لم تغفل الجانب الاجتماعي لهم من خلال تلك القوانين التي تضمن لهم حقوقهم الاجتماعية، سواء داخل أسرهم، أو تضمن الحماية للمسنين الذين ليس لديهم عائلة أو أقارب يهتمون بهم ويتجسد ذلك من خلال أهم إجراءات لحماية هذه الفئة من العمر.

فالإجراء الأول تضمن حسب المرسوم رقم 80 - 82 المؤرخ في 15 مارس 1980 إحداث أو إنشاء دور المسنين والمعوقين وتنظيمها وسيرها، وذلك حسب المادة رقم (1) التي تنص على أنه: "تحدث دور المسنين أو المعوقين، وتخصص لقبول الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة ولا معيل لهم ولا موارد، وكذلك المعوقين وذوي العاهات الحركية الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما؛ ولا معيل لهم ولا مورد والمعتزف بعدم قدرتهم على العمل وعدم قابليتهم لإعادة التربية المهنية".¹

وبعد هذا القرار بإنشاء هذه المراكز المتخصصة بستة سنوات قامت الوزارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية بإجراء تحقيق حول الأشخاص المسنين المقيمين في

¹ - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 80 - 82 المؤرخ في 15 مارس 1980، نشر في تاريخ: الثلاثاء 1 جمادي الأولى 1400هـ. ص 454.

هذه المراكز بين سنتي 1986 و1987، وكان من بين نتائجه المتعلقة بالخصائص الديمغرافية ما يلي:¹

➤ أن أغلب المقيمين في هذه المراكز هم رجال و40% منهم يعانون من إعاقة.

➤ وأن نسبة 40% منهم غير متزوجين، وترتفع هذه النسبة إلى 50% عند الرجال.

وأما الخصائص المتعلقة بنمط المعيشة قبل دخولهم إلى هذه المراكز كانت كالتالي:

➤ نسبة 33% منهم كانوا يعيشون بمفردهم، ونسبة 14% كانوا يعيشون في إحدى المؤسسات الاجتماعية أو الصحية، و20% كانوا يعيشون في وسط عائلي.

➤ 8% من هؤلاء انفصلوا عن أسرهم بعد سن الخمسين، وفي أغلب الأحيان قبل الالتحاق بهذه المراكز.

➤ 50% من هؤلاء المسنين انقطعت صلتهم بأسرهم، وإن وجدت فهي من الدرجة الثانية.

خلاصة القول أن فئة المسنين في الجزائر قد حظيت بالاهتمام من طرف الدولة من جميع جوانب الحياة، من خلال برامج الرعاية الاجتماعية و مختلف التشريعات من أجل تحسين حياة المسنين في جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والصحية من أجل تحسين حياتهم الاقتصادية والاجتماعية والقانونية، من خلال تلك التدخلات والمساعدات المالية لهم وللأفراد الذين يقومون بذلك، وهذا دون أن تتسى أهمية

¹ - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص43.

الأسرة والدور الذي تلعبه في رعاية هذه الفئة، من خلال ذلك التشجيع والدعم المادي الذي تقدمه لها، وفي بعض الأحيان من خلال تلك القوانين الرديئة لمحاربة ظاهرة تخلي إهمال الأسر لأفرادها المسنين.

سابعاً: دور الأسرة في التكفل بالمسنين:

تعتبر رعاية المسنين وتقديم الخدمات اللازمة لهم في جوانب حياتهم المختلفة من الأمور الهامة التي أولاها الإسلام عناية خاصة، إن توفير رعاية متكاملة للمسن بصورتها المادية والمعنوية للأسرة هي التي تقوم بإشباع الحاجات الشخصية لأفرادها فالأسرة هي تمثل الأمن الاجتماعي والاقتصادي والنفسي لأفرادها، وهي المسؤولة عن أفرادها فكل مسؤول وكل راعي ومرعى داخل الأسرة من خلال التكافل بين أفرادها ومن بين إسهامات التي تؤكد دور الأسرة بالتكفل بالمسنين نذكر محمد سيد فهمي الذي يلخص دور الأسرة اتجاه كبار السن فيما يلي:

- 1 - الاحترام والاعتبار الكبير بين أفراد الأسرة الآخرين.
- 2 - الضمان والأمان الاقتصادي بحيث لا يواجه حاجة مادية والكل ملتزمين بالعمل والعطاء من أجل كبار السن والنساء والأطفال .
- 3 - على الأبناء والأحفاد من ذكور وزوجاتهم وبناتهم تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاج إليها المسن، إذ حرم من كفالة أو رعاية شريك حياته أو حرم من اقرب المقربين إليه .
- 4 - ويضاف إلى ما سبق أن نظام التكافل الاجتماعي الذي أتى به الإسلام قد أعطى لكل فرد من أفراد الأسرة وبخاصة غير القادرين على العمل ومنهم

المسنين مثلاً الحق على القادر ذي المورد المادي والاقتصادي في الحصول على النفقة تبعاً لدرجة القرابة وتسلسلها والغذاء والراحة.¹

ومن أدوار الأسرة تجاه المسن تربية النشئ على احترام كبار السن وحسن معاملتهم والحفاظ على مكانتهم داخل الأسرة وخارجها وذلك بتقدير جهودهم وإشراكهم في المسائل التي تهم الأسرة وفي اتخاذ القرارات واحترام أرائه.²

فمن وظائف الأسرة وأدوارها اتجاه المسن إشباع حاجات المسن النفسية كالحوار والاستماع وتلبية أوامره والاجتماعية بتعزيز مكانته نخل الأسرة وإشراكه في اهتمامات الأسرة واتخاذ القرارات، وأن المسن مازال موضع ثقة وتدير، أما الرعاية الاقتصادية من خلال توفير النفقات اللازمة وكذلك دعم المسن بممارسة نشاطات تساعد في دخل الأسرة واستمرارية النشاط بالنسبة للمسن تساعد في شعوره بالرضى وأما الرعاية الصحية فتتمثل في والمرافقة اليومية لحالته الصحية والمراقبة الطبية الدورية.

كما أن للأسرة دور اتجاه المسن ومسؤولة عنه ولا يمكن تجاهل المجتمع ومؤسساته في اتجاه المسنين من خلال مساعدتهم والجلوس معهم، فمن أوجه الرعاية الإسلامية للمسنين خارج الأسرة نذكر على سبيل المثال داخل المسجد فمن المستحب التقصير في الصلاة من أجل التحقيق فيها وذلك من أجل المسنين واحتراماً لهم.

فللمسلم الحق يؤمن بحق الوالدين عليه واجب برهما وطاعتهما والإحسان إليهما لا بسبب كونها السبب في وجوده في هذه الحياة أو لكونهما قد قدما له الجميل والمعروف والحب والعطف والحنان مما يجب رد هذا الجميل إليهما بالمثل

¹ - محمد سيد فهمي، نورهان منير حسن، الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، دط، 1999، ص 01.09.

² - يوسف ميخائيل السعد، رعاية الشيوخ، دار غريب لطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص 57.

لأن الله عز وجل أوجب طاعتهما وكتب على الولد برهما والإحسان إليهما حتى إنه أقرن ذلك بحقه تعالى الواجب له عبادة من عبادته وحدته دون غيره.¹

فرعاية الأبناء والبنات للشيخ إذن هي رعاية مستمرة دائبة فالواجب إذن أن نقرر أن الشيخ بحاجة إلى رعاية من أطراف متباينة بحيث لا يشكل أبنائهم في تلك الرعاية سوى طرف واحد من بين أطراف متعددة وليس من شك أن أهمية الرعاية النفسية والتعاطف الذي يجب أن يوفره الأبناء والبنات لشيخوهم. وجاء في إستراتيجية التعامل مع مشكلات المتقاعدين والمسنين لعباس محمود مكي ما يلي:

1 - التعامل النفسي وتأمين التبادلات اللازمة من وجود إنساني وحوار يثري يخفف على المسن وطأة وحدته وعزله ويؤمن له الشريك والمحاور ويعطيه الأمل بالحاضر والمستقبل وإذا كان السكن والطعام الدواء هو عدة التعامل مع المسن فإن الأمل والحوار والحب وإشراكه هي كلها عدة التعامل النفسي معه.

2 - التعامل الميداني وتأمين النفقات اللازمة بمعنى أن يجب تأمين سكن المسن وطعامه ودوائه واستشفائه وملئ أوقات فراغه.

3 - المشاكل النفسية الناتجة عن تداعي الجسم وضعف القدرات الجسدية وألام المسنين والحواس الخمس وما إلى ذلك من مظاهر تداعي الجسد ووهن قدراته المادية والمعنوية... هي كلها مظاهر الشيخوخة التي يمكن التعامل معها بشكل عقاقير أي بالدواء.

وإذا ما اتفقنا على أن مشاركة المسنين في أمور مجتمعاتهم هي جزء أو مكون مهم وحيوي من المساعدة الذاتية بوصفها أنها تهدف إلى زيادة الثقة لدى هؤلاء (الضعفاء المهمشين) في أنفسهم ومساعدتهم على تحقيق ذاتهم زيادة معارفهم

¹ - عبد الرحمن عيسوي، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها مع دراسة دول دور الشيخوخة في معركة التنمية، دار النهضة العربية للطباعة، بيروت، 1919.

ومهارتهم لمواجهة الصورة السلبية عنهم بوصفهم فئة ضعيفة مريضة عاجزة عن إدارة شؤون حياتهم، كما أن مشاركة المسنين وفقا لرأي مك اردل Ardle mc هي العنصر الوحيد لتحقيق التمكين للمسنين والذي يقوم على مشاركة هؤلاء الضعفاء المهمشين في صنع لقرارات الخاصة بهم أو حتى استشارتهم في تلك القرارات (التعرف على الاحتياجات والبدائل المتاحة).¹

ويميز بالنسبة للمسنين نوعين من الرعاية الاجتماعية وهما الرعاية الاجتماعية الرسمية ويتم ذلك من خلال مؤسسات متخصصة.

أما النوع الثاني فهو الرعاية الأهلية الأسرية وتتكون من صلات القرابة الأولية الأسرة الممتدة الأسرة النووية، الأصدقاء، الجيران) وتعد الجماعة الأولية (الأسرة) صغير الحجم ذات باع طويل في الاتصال والتواصل مع كبار السن وغالبا ما يرتبطون عاطفيا مع هؤلاء المسنين وهي تتميز في عملها بالاستمرارية والمرونة وهي عكس الوكالات الاجتماعية غير الرسمية (التطوعية).¹

وتوصل داتلاند datland من خلال دراسة الرعاية غير الرسمية في الأسرة هي علاقة شخصية بين شخص متوسط السن والشخص متلقي الرعاية (مسن، معاق) كما أنها استجابة جماعية من أفراد الأسرة لحاجات هؤلاء (المسن، المعاق).

¹ - نفس المرجع، ص 222.

كما بينت الدراسات أن الرعاية الرسمية هي مجرد صورة بديلة للرعاية الأسرية غير الرسمية حال عدم توافر تلك الأخيرة حتى الأسرة التي تتلقى دعما ورعاية رسمية تعيد تقدمها لأعضائها خاصة المسنين منهم. وعليه يجب النظر للمسن بوصفه وجودا إنسانيا يمر بظروف خاصة تستدعي تكاتف كل الجهود لرعايته، وأن رعايته هذه يجب أن تتم من خلال أنساق عديدة من بينها نسق الرعاية الرسمي

وغير الرسمي من أسرة نواة أو أسرة ممتدة، أو البيئة الثقافية والاجتماعية أو حسب الحالة الصحية والجسدية للمسن نفسه، إذا ما وضعنا في الحسبان أن الرعاية سواء الرسمية أو غير الرسمية مفهوم أساسي متفق عليه، ضروري لنمو وتطور العلاقات الإنسانية لذا فمن الضروري وجود نوع من التعاون والتنسيق بين مختلف الجهات التي تقدم الخدمات رعاية الاجتماعية للمسن.

الفصل الخامس

الواقع الديمغرافي للشيخوخة في العالم

الفصل الخامس: الواقع الديمغرافي للشيخوخة في العالم.

أولاً: المسنونون في الدول المتقدمة (الأرقام و إحصائيات)

ثانياً: الشيخوخة في البلدان العربية والإسلامية

ثالثاً: المسنونون في الجزائر (أرقامها إحصائيات)

أولاً: المسنونون في الدول المتقدمة (الأرقام و إحصائيات):

باستخدام لغة الأرقام يمكن أن تحيط بجانب هام من مشكلة الشيخوخة يتمثل في معرفتنا للأعداد المتزايدة من المسنين ونسبتهم إلى عدد السكان العالم المختلفة في الدول المتقدمة النمو، يتجاوز الآن عدد الأشخاص المسنين عدد الأطفال وسيتجاوز ضعف عدد الأطفال بحلول 2050¹.

وتفيد الأرقام المأخوذة عن إحصائيات السكان في الثمانينات أن نسبة المسنين إلى مجموع السكان في دول أوروبا، و أمريكا الشمالية تفوق كثيراً نسبة المسنين في دول أفريقيا وآسيا و أمريكا اللاتينية، مثال ذلك نسبة من تزيد أعمارهم على 60 سنة في السويد و النرويج تصل تقريباً إلى 22% من السكان وفي بريطانيا 20% وفي الولايات المتحدة الأمريكية 15% و 25% عدد المسنين بفرنسا من مجموع السكان بينما يبلغ عدد من هم فوق الستين في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقرب من 34 مليون شخص، هذه الأرقام مأخوذة إحصائياً من فترة الثمانينات وصل تعداد السكان 6.2 مليار إنسان بزيادة نسبتها 37% تقريباً بالنسبة للسكان ككل.

أما بالنسبة للمسنين فإن من المتوقع زيادة أعدادهم في العالم بنسبة تتراوح بين 7.5% لصغار المسنين أي من هم في سن (60-70 سنة)، وبين 60% للطاعنين في السن (فوق 70 سنة)، و هذه الزيادة في نسبة المسنين مقارنة بعددهم في الوقت الحالي تفوق الزيادة في القطاعات المختلفة من السكان التي ذكرنا أنها 37% فقط ولتوضيح أهمية وخطورة اتجاه تزايد أعداد المسنين من الناحية الكمية وكذلك من الناحية النوعية بزيادة وتضاعف أعداد الطاعنين في السن بصفة خاصة، نذكر هنا الأرقام التي تصف الحال في

¹ - www.un0org/arabic/conference/ageing/preskit/fact2htm023/06/2002

بريطانيا على سبيل المثال، كإحدى دول العالم المتقدم التي تتجسد فيها مشكلة الشيخوخة بشكل واضح، فتعداد السكان في بريطانيا يبلغ 55.9 مليون نسمة (إحصاء عام 1980) و (إحصاء عام 2000) و وصل تعداد السكان 55.2 مليون نسمة وهذا يعني تناقص عدد السكان بصفة عامة هناك نسبة 1% بعد عدة سنوات و ليس زيادتها بنسب خطيرة وهذا لا مشكلة هامة، لكن الأهم والأخطر هو نسبة المسنين في عدد السكان، فبالرغم من تناقص عدد الناس هناك إلا أن المسنين ازداد عددهم، والأدهى من ذلك أن فئة صغار المسنين كانت زيادتها في حدود 1% لكن الزيادة الأكبر كانت في كبار المسنين بنسبة 11% وفي الطاعنين في السن بنسبة وصلت إلى 28.5%¹.

وحسب الإحصائيات العالمية للسكان عام 2003 نجد أن نسبة الأشخاص المسنين من ستين 60 سنة فأكثر تقدر نسبتهم:

- في اليابان 12% من المسنين من سكان اليابان و قدر 4.3 مليون شخص معمر

- السويد 21.9% من المسنين من السكان و قدر 5% من المسنين في العالم.

- ألمانيا الفيدرالية 19.3% ، فلندا 16.4%.

- روسيا 3 ملايين شخص معمر .

- النرويج 4.2% من المسنين في العالم.

- أمريكا 9 ملايين ممن فوق 80 سنة.

23% من المسنين يشاركون في عمليات التنمية الاقتصادية في الدول المتقدمة.¹

¹ - لطفي عبد العزيز الشريني. المرجع السابق، ص 18.

² - سيد سلامة إبراهيم. رعاية المسنين. أسوان. المعهد العالي للخدمة الاجتماعية. 1997. ص 35.

وبحلول سنة 2009، قدر عدد المسنين البالغين من العمر 60 سنة فأكثر بالنسبة لمجموع سكان العالم 737 مليار نسمة، وثلاثي هؤلاء يعيشون في البلدان النامية، خاصة في البلدان الآسيوية الواقعة في الجنوب الشرقي للقارة، ويتوقع لهذا العدد حسب تقديرات الأمم المتحدة أن يصل إلى 2 مليار نسمة من المسنين بحلول سنة 2050،¹ فبعدما كان شخص واحد من كل تسعة أشخاص في العالم يصل إلى سن 60 سنة فأكثر، فإنه حسب إسقاطات الأمم المتحدة لسنة 2050، يتوقع أن يبلغ شخص واحد من كل خمسة أفراد 60 سنة فأكثر في العالم، وهي نفس النسبة في الدول المتقدمة، خاصة الموجودة في أوروبا في حين نجد أن شخص واحد من كل عشرة أفرا د في قارة آسيا وأمريكا اللاتينية والكاريبي، أما في قارة إفريقيا فقد قدر بلوغ شخص واحد من كل 19 شخصا 60 سنة فأكثر من العمر.²

إنه من نتائج التحولات الديمغرافية التي طرأت على سكان العالم بصفة عامة وحسب خصائص البلدان بصفة خاصة، هي ظاهرة تشيخ سكان العالم والتي تظهر في تلك التغيرات في التركيبة العمرية للسكان، فبعدما كانت تتميز أغلب الدول والمجتمعات في وقت مضى بأنها مجتمعات شابة، والتي تعرف تركيبها العمرية نسبا مرتفعة لفئة الشباب، فإنها اليوم تشهد تراجعا لهذه الفئة نتيجة انخفاض معدلات الخصوبة، وكذا انخفاض معدل الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع فاسحة المجال لارتفاع نسبة كبار السن، نتيجة ارتفاع أمل الحياة عند الولادة الذي قدر بـ 69 سنة لمجموع سكان العالم، لتقدر نسبة المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة من مجموع سكان العالم بـ 8%،

¹ - United Nations, population Ageing and development, opcit, p1.

² - Ibid. p1.

مقابل 28% من سكان العالم الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة لعام 2009¹ في حين كانت تقدر في سنة 1979 بـ 36% مقابل 6% فقط من الأشخاص المسنين².

*جدول رقم 2: يبين بعض المؤشرات الديمغرافية لبعض الدول المتقدمة في سنة 2009.

المعدلات المنطقة	معدل النمو الطبيعي (%)	معدل الولادات (%)	معدل الوفيات (%)	معدل وفيات الأطفال الرضع (%)	المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل/امرأة)
أوروبا	0.00	11	11	6	1.5
أوروبا الشمالية	0.3	13	10	4	1.9
ليتوانيا	- 0.4	10	14	9	1.4
السويد	0.2	12	10	2	1.9
أسلندا	0.9	15	6	3	2.1
أوروبا الغربية	0.1	10	9	4	1.6
ألمانيا	- 0.2	8	10	4	1.3
فرنسا	0.4	13	9	4	2
أوروبا الشرقية	- 0.3	11	14	8	1.5
أوكرانيا	- 0.5	11	16	10	1.4
روسيا	- 0,3	12	15	9	1.5
بولونيا	0.1	11	10	6	1.4
أوروبا الجنوبية	0.1	10	9	5	1.4
إيطاليا	0.00	10	10	4	1.4
إسبانيا	0.3	11	8	4	1.4
ألبانيا	0.5	10	5	6	1.3
كوسفو	1.5	21	7	33	2.5

¹ -INED. tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p2.

² -INED. tous les pays du monde 1979, in: population et société, n°126, juillet- aout 1979, p2.

أمريكا	1	17	7	18	2.2
أمريكا الشمالية	0.7	14	8	6	2
الوحدة أ	0.6	14	8	7	2.1
كندا	0.4	11	7	5	1.6
اليابان	0.00	9	9	3	1.3

* Source: INED, tous les pays du monde 2009, in; **population et société**, n°458, juillet-Aout 2009, p 3-4.

وهذا الاستمرار في الانخفاض لهذه المعدلات الديمغرافية في هذه الدول مازلنا نلاحظه في السنوات الأخيرة، والتي تؤكد الإحصائيات، حيث تبقى الدول الأوروبية مع باقي الدول الأخرى المتقدمة لشمال قارة أمريكا ودولة اليابان، تسجل أخفض المعدلات الديمغرافية المسجلة في العالم مقارنة بغيرها من البلدان، فبحلول سنة 2009 سجلت القارة الأوروبية معدل نمو سنوي يساوي الصفر، وبمعدل خصوبة قدر في المتوسط بـ 1.6 طفل لكل امرأة، كما أن أخفض معدل نمو فيها ذلك الذي سجل في دول المنطقة الشرقية لها بمعدل نمو سنوي قدر بـ 0.3 - % وبمعدل ولادات قدر بـ 11%، ومعدل وفيات قدرت بـ 14%، كمجداً أن ألمانيا وإيطاليا وأوكرانيا وإسبانيا وليتوانيا وإسبانيا من بين الدول الأوروبية التي تعرف أخفض مستويات الخصوبة، وهي تتراوح ما بين 1.3 - 1.5 طفل لكل امرأة¹ بالإضافة إلى اليابان الذي هو من البلدان المتقدمة خارج أوروبا، والذي قد سجل أيضاً معدل خصوبة منخفض قدر بـ 1.3 طفل لكل امرأة، هذا بالمقارنة بالدول الأوروبية الأخرى كفرنسا وإسبانيا وكوسوفو التي تبقى تحافظ على معدل خصوبة مرتفع قليلاً، يتراوح ما بين 2 - 2.5 طفل لكل امرأة، والذي نجده في دول شمال أمريكا يقدر بـ 2 طفل لكل

¹ - INED. tous les pays du monde 2009, in : **population et société**, n°458, opcit, pp 3-4.

امراً، كما هو مبين في الجدول التالي، الذي يعرض بعض المؤشرات الديمغرافية لبعض الدول المتقدمة في سنة 2009¹.

ومن هنا يتضح لنا أن نسبة الأشخاص المسنين لفئة 65 سنة فما فوق ترتفع بشكل واضح في الدول المتقدمة راجع إلى عوامل أساسية مرتبطة بالرعاية الصحية الجيدة والراجعة إلى التقنيات المتطورة في أساليب العلاج الحديثة و التي تساهم في إطالة عمر الإنسان بالإضافة إلى الرعاية الاجتماعية و الاقتصادية الموجهة لهذه الفئة، كما أكد ذلك الدكتور (GROHARLEM (BRUNDTLAND) مدير المنظمة العالمية للصحة بقوله:

" الصحة الجيدة للسكان شرط ضروري للنمو الاقتصادي، فبازدياد عدد السكان المسنين في العالم سوف نعيش انفجار ملحوظ لبعض الأمراض الغير معدية كأمراض القلب السرطان والانهيار العصبي وهذه الوضعية سوف تكون لها خسائر بشرية واجتماعية وخيمة، إذ لم نتخذ عاجلاً إجراءات وقائية (....) إن أية ثورة ديمغرافية في العالم لن تكون إلا بفضل التقدم الهائل في ميدان الصحة العمومية ."

كما أن من نتائج ارتفاع نسبة المسنين في المجتمعات المتقدمة أن الأشخاص الذين يعيشون على التأمين الاجتماعي يتزايد بصورة متصلة، كذلك إلى تطبيقهم لسياسة تحديد النسل و سميت هذه المجتمعات بالمجتمعات الهرمة. أما عن المكانة التي يحظى بها المسن في هذه لمجتمعات فهي مقرونة بما تحصل عليه في حياته، بفضل عمله، جهده ومكانته الاجتماعية التي كونها لنفسه فيبقى يحظى بالاحترام والتقدير في كبره.

¹ - IBID, pp 3-4.

بدأت تظهر للوجود في السنوات الأخيرة سياسة للمسنين نتيجة ارتفاعهم من جهة ومن جهة أخرى نتيجة سير الأسر الأوروبية نحو النمط النووي وإهمالهم لهذه الشريحة فظهرت اهتمام الدولة لهم في شكل مساعدات مادية من خلال مراكز رعاية المسنين وحقوق التضامن الاجتماعي، التقاعد وغيرها.

ثانياً: الشيخوخة في البلدان العربية والإسلامية:

بحلول القرن الواحد والعشرون واتجاه العالم إلى دخول عصر العولمة وتجاوز الحدود بين الدول أصبحت الدول العربية بحاجة ماسة إلى تحديث البنية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وبات عليها مواجهة تحديات جديدة تحديات نتج عنها واقع جديد في الهياكل والسياسية والاقتصادية في البلدان العربية أثرت على التوجه الديمغرافي، من مميزات انخفاض نسبة الوفيات إلى النصف وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى 55 سنة عام 1970 إلى 67 سنة عام 2000، ومن المتوقع أن يصل إلى أكثر من 73 سنة عام 2020 وسجلت نسبة الخصوبة تدنيا كبيرا من 75 سنة 1975 إلى 37 عام 2000¹.

هذه المؤشرات الديمغرافية ستؤدي حتما إلى تزايد أعداد المسنين التي عرفت ارتفاعا ملحوظا، في السنوات الأخيرة حيث نجد نسبة المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 4,5% نسبة عام 1975 أي ما يعادل 78 مليون نسمة إلى نسبة 6,3% ما يعادل 177 مليون مسن عام 2002، ومن المتوقع أن تصل إلى 9.2% بحلول سنة 2025²، أما فيما يخص توزيع نسب المسنين في البلدان العربية والإسلامية، فاعلى نسب للمسنين تمثلها تونس ولبنان اللذان تعرف مراحل متقدمة من التحول الديمغرافي التي تفوق فيها نسبة المسنين من مجموع السكان 10% تليها كل من المغرب والجزائر وليبيا.

أما مصر تبلغ نسبة المسنين 06% من مجموع السكان ومن المتوقع أن

تصل إلى 21% عام 2025

¹ لجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2012، ص 04

² - نفس المرجع والصفحة.

أما نسبة المسنين فيا الكويت فتمثل 4.1% من العدد الإجمالي للسكان الكويتيين¹.

وفي سوريا سجلت نسبة المسنين 4.97% من إجمالي عدد السكان سنة 2004².

وفي المغرب نجد نسبة 7.40% من المجموع الكلي للسكان ألا وهو 29170000 نسمة³.

هذه الزيادة الملحوظة في نسب المسنين والتوقعات المستقبلية بارتفاعها وما يرافقها من تغيرات جذرية في الهياكل السياسية والنظم والأنساق من مميزاته تغير أوضاع المرأة، وتغير في توزيع الأدوار وتراجع دور الأسرة التقليدي في رعاية المسنين نظرا لظروف عمل أفرادها وكثرة انتقالهم كما أدت هذه العوامل الى تفاقم العديد من المشاكل النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية التي حدثت من قدرات المسنين، بل أعاققتهم عن التكيف مع التغيرات الجديدة دفعت هذه الدول إلى وضع استراتيجيات جديدة تقوم على ما يلي:

- أ - إصدار ما يلزم من رخص وتعليمات بشأن الضرائب لإنشاء دور ونواد المسنين كما هي الحال في الأردن.
- ب - العمل على تقديم خدمات التأمين الصحي للمسنين المحتاجين كما هي الحال في الأردن وعمان ومصر.
- ت -

¹ - عبد الوهاب محمد الظفير، السياسة الاجتماعية ورعاية المسنين في دولة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية العدد 29، أبريل 2001، ص 17.

² - يوسف بريك، أحمد الأصفر، مظاهر التغير بواقع المسنين في الجمهورية العربية السورية، بين عامي 1994 - 2004، ص 04.

³ - نفس المرجع، ص 05.

ج - وضع المشاريع اللازمة لتنفيذ قانون جديد للمعاشات التقاعدية كما هو الحال في لبنان .

د - تحسين صناديق المعاشات التقاعدية وخطط الضمان الاجتماعي كما هي الحال في عمان .

وقد أدرجت دول المغرب العربي على رأس سلم أولياتها حماية المسنين وتأمين الرعاية اللازمة لهم وتوسيع نطاق الخدمات الاجتماعية وتطويرها واعتماد سياسة عدم التوسع في إنشاء دور الرعاية الاجتماعية والتشديد على تطبيق برامج الرعاية الأسرية وتأمين المستلزمات الصحية للمسنين، وركز بعضها على وضع خطة عمل لتحسين أوضاع المسنين وأشارت غالبية دول المشرق العربي إلى التوجه نحو دعم أسر المسنين والترابط الأسري، إنشاء دور رعاية للمتشردين وتأمين الدواء وخلق الوعي الكافي حول أوضاع المسنين واحتياجاتهم، وركز بعضها على ترميم المنازل وتطوير كفاءة العاملين مع المسنين، عداد الكوادر المتخصصة في طب الشيخوخة.¹

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا المرجع السابق 20

3 - 1 نتائج تزايد السكان المسنين في العالم:

إذا كان تشيخ السكان في الدول النامية بدأت ترسم ملامحها والتي يتوقع لها أن ترتفع بوتيرة سريعة، والتي باتت توجب على هذه الدول التأهب والاستعداد على جميع الأصعدة، من خلال تكييف سياساتها الاجتماعية والاقتصادية حسب هذا التغير، لاستقبال أعداد كبيرة من المسنين في المستقبل القريب، وضرورة استغلال فرصة ارتفاع نسبة فئة السكان النشيطون والاستفادة منها، من أجل تطوير اقتصادها خاصة وأن هذه الدول كثيرا ما تكون لديها موارد وطنية محدودة تعتمد عليها وهذا بالإضافة إلى تلك التغيرات التي ستترتب عليها آثار كبيرة بالنسبة لكل مجال من مجالات النشاط الاجتماعي والاقتصادي.

خاصة وأن التضامن العائلي المفروض والتي تحتّمه هذه المجتمعات في البلدان الجنوبية، دون ذلك الذي نجده تحت نظام التقاعد، لا يقدر على احتواء الجيد والشامل لهذه الظاهرة، ليبقى عليها أن تبحث وتكتشف حلول أخرى بهدف تجنيب هؤلاء الذين سيبلغون الشيخوخة البؤس والشقاء في الفترة الأخيرة من حياتهم¹.

فإن الدول المتقدمة وبالأخص الدول الأوروبية التي تعتبر من بين أوائل الدول التي شهد سكانها ظاهرة الشيخوخة، باتت تشكل لها هذه الظاهرة اليوم عائقا أو مشكلا تواجهه، نتيجة بداية تناقص عدد سكانها في ظل ما تشهده من تراجع في معدل الولادات والتي يصل أحيانا معدل خصوبتها دون مستوى عتبة تعويض الأجيال، بالإضافة إلى ما يطرحه أيضا الهيكل العمري لسكان

¹ - INED, , le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, n°457, opcit, p 4.

هذه الدول، الذي يتميز بارتفاع نسبة المسنين، من مشاكل اقتصادية واجتماعية¹، نتيجة ارتفاع نسبة إعالة المسنين، وما ينجر عنها من ارتفاع في نسبة قيمة التكاليف والنفقات، من أجل تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية كالإسكان والخدمات الصحية وتوفير وضمان معاشات هؤلاء المتقاعدين والذي يطرح تحديا كبيرا للحكومات في كيفية الحفاظ على التقاعد العام، ونظم الضمان الاجتماعي الخاصة بالمسنين الذين يصلون إلى سن التقاعد ويعيشون مدة أطول²، مقابل تراجع نسبة السكان النشطون وكذا الارتفاع في نسبة البطالة، مما يهدد بتراجع عملية التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها صناديق التقاعد، الأمر الذي جعل هذه الدول تشجع الادخار لتخفيف الضغط على صندوق التقاعد، وتعيد النظر في توزيع مواردها المالية³.

حيث أن هذه المشاكل التي لها علاقة بالجانب المالي لأنظمة التقاعد قد تتبأ بها "ألفريد صوفي" منذ أربعين سنة في كتابته "éléments de démographie" الذي نشره سنة 1976، والذي نبه فيه إلى الأخذ بعين الاعتبار الوضع الديمغرافي أثناء صياغة قوانين وشروط التقاعد، ويظهر ذلك جليا وعلى سبيل المثال في نظام التقاعد في فرنسا، الذي أصبح يعرف تغيرا في الوضعية الديمغرافية التي يقوم عليها، من خلال تطور ثلاث عناصر، هي عدد المشتركين أو المنخرطين، وعدد المتقاعدين، واللذان بدورها يحددان معامل أو نسبة التكفل الخام بأولئك المتقاعدين فبعدها كانت تعرف الأنظمة الاجتماعية وصناديق التقاعد عدد كبير من المنخرطين نتيجة ارتفاع نسبة

¹ - Jacques VALLIN, opcit, p110.

² - <http://www.wfsp.Org/transted-topics/1161-global-population-ageing-growing-old.30/02/2010.16h30>.

³ - INED. raisonner sur le vieillissement, in: **population et société**, n°341, décembre 1998. P4.

المشتغلين، وانخفاض نسبة البطالة، وهذا مقابل عدد أقل من المتقاعدين، فإنه بدءاً من سنة 1996، شهدت هذه الوضعية تغيراً جذرياً، وذلك بتراجع عدد السكان النشطون المشتغلون، مما جعل أعداد المشتركين يشهد تراجعاً مقابل ارتفاع عدد المتقاعدين، الأمر الذي أدى إلى تراجع وانخفاض معامل التكفل الخام، فبعدما كنا نجد أن ثلاث مشتركين يدفعون لضمان معاش متقاعد واحد فقط فقد أصبح اليوم كل ثلاث مشتركين يتكفلون بمتقاعدين اثنين¹.

إن فأنظمة التقاعد في البلدان الشمالية التي بات يتوجب عليها تطوير معايير وقوانين التأمين لأعضائه في المستقبل، من أجل توفير شروط الحياة الملائمة، كما هي عليه اليوم، فقد التزمت هذه البلدان بإعادة هيكلة هذه الأنظمة من أجل الحد من آثار الشيخوخة السكانية، وتكييفها مع الواقع الديمغرافي لها وذلك من خلال اتخاذ عدة إجراءات وتبني عدة مقاييس، والمتمثلة في رفع سن التقاعد إلى 65 سنقي أغلب الدول، وإلى 67 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية، ورفع مدة الاشتراك التي تقدر في أغلب البلدان بـ 40 سنة حتى يستطيع الشخص الاستفادة من التقاعد وهي المدة التي اعتبرت كحل من بين الحلول الأخرى لمشكلة اختلال التوازن للجانب المالي لنظام التقاعد، نتيجة الانخفاض في عدد السكان النشطون المشتغلون وما يقابله من عدد المسنين المتزايدة وكذلك الخفض من قيمة المنح، وإخضاع المنح التمويلية للضريبة الجزئية².

¹ - INED. la situation démographique des régimes de retraite en France, in : **population**, n°5, 1998, pp1027-1032.

² - Desesquelles ALINE. le vieillissement démographique dans les pays développés, INED, paris,(s.d), p195.

بالإضافة إلى هذه النتائج والظروف الاقتصادية التي تعيشها هذه الفئة، فإنها تعرف أيضا زيادة في تلك الاحتياجات للخدمات الحياتية؛ خاصة الرعاية الصحية نتيجة ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة في أوساط المسنين، وكذلك الأمراض المصاحبة لهذه المرحلة من العمر، وتتميز هذا النمط من الانتقال الوبائي، التي تؤدي بدورها مع ارتفاع نسبة المسنين، إلى الضغط على الهياكل والمنشآت الصحية وإلى ارتفاع النفقات والمصاريف المخصصة لهذه الفئة. التي يكون سببها الزيادة في أعداد المسنين، وما يقبلها من هبوط في فئة الأفراد المنتجين، التي تبقى من بين أهم الأسباب والدوافع التي تجعل عددا كبيرا من خبراء العالم حاليا يولون اهتماما كبيرا لها، وهذا في ظل تزايد احتياجاتهم الحياتية، ومزاحمتهم لفئات المجتمع الأخرى في الرعاية الصحية، وما يتميزون به من قلة مواردهم المالية التي تعجز عن الوفاء بهذه الاحتياجات.

هذا الاهتمام الذي شمل الجانب الاقتصادي، من خلال نظام التقاعد، الذي هو عبارة عن مجموعة من التنظيمات ذات العلاقة بتسديد المعاشات، لأولئك الأشخاص المشتركين والمنخرطين في نظام التقاعد كتأمين على الشيخوخة طيلة فترة نشاطهم المهني، هذا الاشتراك الذي يمنح لهم الحق في المعاش وذلك بعد قضائه مدة معينة في وسط الشغل¹، في إطار التأمين على الشيخوخة للعمال الأجراء، التي تمت في ألمانيا في سنة 1873، وتلتها فرنسا سنة 1910، حيث أن هذا القانون كان يخص فقط العمال الأجراء والفلاحين والذي امتد إلى غاية سنة 1930.

¹ - ENCARTA 2009, le vieillissement: système de retraite.

ليشمل بعد ذلك التجار والحرفيين، ولينتشر بعد ذلك في عدد كبير من الدول الأوروبية الأخرى، وأيضاً دول أمريكا الشمالية، في غضون السنوات الأولى من القرن العشرين¹.

ولم يتوقف هذا الاهتمام بالجانب الاقتصادي لهذه الفئة، بل تعداه إلى الجوانب المختلفة، التي تمس الجانب الصحي والاجتماعي؛ بظهور علم دراسة الشيخوخة أو علم حياة المسن الذي يعتبر من الفروع الحديثة نسبياً في جملة العلوم التي تدرس حياة الإنسان العضوية والنفسية والاجتماعية، والذي ظهر في النصف الثاني من القرن العشرين².

وفي الإطار نفسه ونتيجة لتزايد عدد المسنين في العالم واحتياجهم لصور مختلفة من الرعاية، تعدى هذا الاهتمام ليشمل الجوانب المختلفة المتعلقة بقضية المسنين في العالم، وزاد هذا الاهتمام عندما قررت الأمم المتحدة في دورتها الثالثة والثلاثين عام 1978، تخصيص سنة 1982، سنة لمناقشة قضايا هذه المرحلة من عمر الإنسان، ودراسة أوضاع المسنين في العالم، وتأمين الضمان الصحي والاجتماعي والاقتصادي لهم، وذلك بعقد الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة في فيينا، حيث كانت تعتمد خطة عملها على الإجراءات المتصلة بالتقدم في السن، من خلال تلك التوصيات التي تسعى إلى تحسين حياة المسنين، باتخاذ إجراءات في المجالات المتعلقة بالصحة والتغذية والإسكان والأسرة، والرعاية الاجتماعية، وتأمين الدخل والعمل³.

¹ - IBID.

² - سعد الدين مسعد الهلالي، قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الإسلامي، مجلس النشر العلمي لجامعة الكويت: الكويت، 2002، ص8، ص17.

³ - جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 24.

والتي تلاها اجتماع لجنة المنظمة الصحة العالمية في سنة 1983، ورفعت شعار "فلننصف الحياة لسنين العمر"، وطلبت من فروعها، أن تقدم مشروعها العملي لتحقيق هذا الشعار، وكان من نتائجها عكوف المختصين في المجالات المختلفة من أطباء، وأساتذة تربويين واجتماعيين على دراسة قضية المسنين ومرحلة الشيخوخة، سواء بالمؤلفات أو الأيام الدراسية، واستمرت جهودها في السنوات الأخيرة، بتصميم ثلاث مبادرات، تمثلت الأولى إلى إنتاج مجموعة أدوات يمكن أن تجعل خدمات الرعاية الصحية الأولية أكثر سهولة واستجابة إلى المسنين وتهدف الثانية إلى إصدار "دليل للمدن الصديقة للمسنين" يعطي إطارا للسياسات والخدمات والهياكل التي لها علاقة بالبيئة المادية والاجتماعية التي تدعم وتمكن المسنين من المشاركة الكاملة في المجتمع، أما المبادرة الثالثة فتهدف إلى إنشاء قاعدة معرفية، تساعد صناع السياسات في صياغة سياسات صحية واجتماعية متكاملة تركز على نظم الرعاية الصحية الأولية وتشمل الرعاية الأسرية والمجتمعية لهم¹.

وتواصلت الجهود في هذا الصدد، إلى جانب عقد عدة منتديات، بعقد منتدى علمي في فلينسيا باسبانيا سنة 2002، والذي ضم أكاديميين دوليين، وباحثين وممارسين مهنيين لعلم الشيخوخة وطب الشيخوخة ورعاية كبار السن، وشرع المشاركون في تجميع معارفهم العلمية وتجاربهم، وبحثهم لأفضل السبل للتعامل مع قضايا الشيخوخة على مستوى الفرد والمجتمع².

خاصة أنه وفي الوقت الراهن، تمر مناطق العالم كلها بفترة انتقال من حيث انتشار الأوبئة، والتي تشير إلى وجود تحول وبائي من خلال تراجع

¹ - <http://www.un.org/arabic/esa/ageing>: منظمة الصحة العالمية (12/03/2009).

² - جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 24.

الأمراض المعدية والجراثومية وانتشار الأمراض المزمنة و الانتكاسية التي تصيب فئة العمر الثالث، بالإضافة إلى حق المسنين الحصول على خدمات الوقاية والعلاج، بما في ذلك خدمات التأهيل، والرعاية الصحية الجنسية، وتزويده بجميع سبل الحصول على الرعاية والخدمات الصحية، التي تشمل الوقاية من الأمراض¹.

كما أنه وبعد مرور عشرين سنة من انعقاد الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة وفيما يواجه العالم مسألة الشيخوخة بكل عمقها، انعقدت الجمعية العالمية الثانية في مدريد سنة 2002، التي سعت لمساعدة الحكومات والمجتمعات على تخطيط السياسات التي ستضمن إمكانية أن يواصل الأشخاص المسنين الإسهام في تنمية المجتمع، بالاعتماد على خطة عمل تدرس الحقائق الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والديمغرافية للقرن الجديد واعتبارها الإستراتيجية الدولية للعمل التي تخص مسألة الشيخوخة، أي أنها أداة فعالة لمساعدة الدول على صياغة سياسات تستجيب إلى تلك التغيرات الديمغرافية التي تحدث في مجتمعاتهم، وذلك بتركيز هذه المجتمعات على جميع الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية، باعتمادها على تدابير عملية لمواجهة التحديات التي تفرضها عملية الشيخوخة السكانية، وكذا ربط الصلة بين الشيخوخة والتنمية ولاسيما في البلدان النامية، بالإضافة إلى اتخاذ تدابير لتوطيد التضامن بين الأجيال².

ومن خلال ما سبق نستنتج أن زيادة أعداد المسنين لها أبعاد اقتصادية واجتماعية وجلبت اهتمام كل المنظمات العالمية هو من أجل تنبيه

(توفير الخدمات والرفاهية في مرحلة الشيخوخة <http://www.un.org/arabic/esa/ageing/> - 1 (23/02/2010).

² - جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 24.

مجتمعات دول العالم بانعكاسات هذه الظاهرة، لكي تتجنبها فيما بعد، وكذلك من أجل تحسين نوعية حياة الأشخاص المسنين، من خلال السعي إلى توفير مختلف أنواع الرعاية لهم، وذلك وفق مختلف الخصائص التي تتميز بها هذه الفئة.

ثالثاً: المسنونون في الجزائر (أرقاماً إحصائيات).

كانت الأسرة الجزائرية أسرة ممتدة، تجمع ثلاث أجيال فأكثر تحت سقف واحد من الإباء و الأبناء و الأحفاد و تكون السلطة في هذه الأسر مرتبطة بمن هم أكبرهم سناً، بحيث يقوم بتسيير شؤونها العاليتو المادية معا وفق ما تمليه عليه العاداتو التقاليدو على بقية أفراد العائلة الاحترام والتنفيد، وتتميز العلاقات الأسريو الاجتماعية في هذا النمط بقوتها وصلابتها تماسكا وتضامناو هي تشبه العصبية عند ابن خلدون يقول الغزالي: كان الوالدان في مجتمعنا بركة يخرج المرء إلى عملو هو مطمئن لأن والديه دعوا الله لعلو إذا عاد إلى بيته كان السؤال عنهما أول ما يعنيه ثم يلتفت بعد ذلك إلى زوجته و أولاده.¹

فالعائلة الجزائرية التقليدية هي عائلة متماسكة والأب والجد هو القائد الروحي لهذه العائلة التي تتكون من عدد كبير من الأفراد الذين يعملون تحت نسق واحد وجماعي.

إلا أن العائلة الجزائرية التقليدية لم تبقى على هذا النسق بل شهدت تحولا في بنائها وشكلها، فتحوّلت الأسرة الجزائرية من ممتدة إلى نووية نتيجة عدة عوامل عديدة نذكر منها:

العوامل الاقتصادية حيث شهدت الجزائر بعد الاستقلال سياسات مختلفة من اجل النهوض الاقتصادي وتحسين الظروف المعيشية للأفراد، حيث دخلت الجزائر سياسة اقتصاد السوق وكذلك سياسة الخصخصة والمنافسة بالإضافة إلى عوامل ثقافية منه تعميم التعليم ومجانيته وكذلك خروج المرأة إلى العمل وكذلك تغير القيم والتقاليد وتغير العلاقات والأدوار الاجتماعية.

¹ محمد الغزالي قضايا المرأة بين التقاليد الرائدة والوفاة ببيروت. دار الشروق. 1990. ص 136

ويمكن القول هو أن التصنيع والتعليم من العوامل الأساسية التي ساهمت في التحولات الحاصلة في عمق بنية المجتمع الجزائري وهو ما يقلص البنية الأسرية الأبوية والتحول في علاقات السلطة التقليدية.

لقد أدت هذه العوامل السوسيو اقتصادية إلى تهميش فئة المسنين وعزلهم خاصة بعد تراجع بعض الحرف التقليدية التي كانت تمثل رمز المكانة والاحترام هذا من جهة، ومن جهة أخرى أثرت هذه العوامل المذكورة على التركيبة السكانية.

ومن خلال المعطيات الديمغرافية، ندرك أن الجزائر عرفت مراحل متنوعة تختلف من مرحلة إلى أخرى، فقد عرفت مرحلة نمو ديمغرافي بطيء أثناء فترة الاستعمار نتيجة المقاومة الشعبية المسلحة وهجرة العمال الجزائريين إلى فرنسا وكذلك حملات الإبادة الجماعية التي مارسها الجيش الفرنسي.

ولكن بعد الاستقلال عرفت الجزائر ما يسمى بالانفجار الديمغرافي ابتداء من 1962-2000 نمووا سريعا للسكان، فقد تضاعف عددهم ثلاث مرات في 40 سنة وهذا بسبب الاستقلال وتوفير الرعاية الصحية وتحسن المستوى المعيشي، فنسبة الزيادة الطبيعية فاقت 3% ومعدل الخصوبة 7.4 طفل/امرأة سنة 1970 إلا أنها عرفت تراجع فلم تعد تتجاوز نسبة 1.62% و 1.92 طفل/امرأة سنة 2002، وهذا نتيجة السياسات و البر امج المختلفة على الصعيد الصحي و الاجتماعي من بينها بناء الهياكل الطبية الكبيرة وتجهيزها، وكذلك تكوين الأطباء فبعدما كان عدد الأطباء يقدر بـ 1278 طبيب و بمعدل طبيب واحد لكل 10.000 مواطن سنة 1963 ليرتفع إلى 6521 طبيب أي بمعدل 3.5 طبيب لكل 10.000 ساكن سنة 1980.¹

¹ - WWW.ONS.COM

كما شهد حجم الأسرة تراجعاً نتيجة تراجع الخصوبة الكلية من خلال الجدول رقم 01 المبين كالتالي:

التعداد	مؤشر الخصوبة الكلي
1966	40.7
1977	40.7
1988	29.5
1998	04.4

WWW.ONEFED.EDUZ.DZ

كما ساهمت هذه العوامل في تراجع سن الزواج الذي يقدر بـ 33 سنة للذكور و 29 سنة بالنسبة للإناث وأدت إلى زيادة تدريجية في أعداد المسنين في المجتمع الجزائري تستوجب العناية والبحث و كانت أول التقافة لهذه الشريحة في الجزائر سنة 1982، حيث تم تشكيل مكتب وزاري يهتم بمشاكل المسنين قصد إقامة سياسة وبرنامج واضحين لهذه الفئة من الناس.

ومن خلال الجداول التالية نلاحظ التطور من حيث تعداد السكان وعلاقته بارتفاع نسبة فئة المسنين في الجزائر.

جدول رقم 02: يمثل توزيع فئات السن في الجزائر من سنة 1954 إلى

سنة 1966

السن	1954	1966
فئة النسبة		
19- 00 سنة	%35	%56
20 - 59 سنة	%42	%37
60 سنة فأكثر	%05	%07

* SOURCE LUCETTE JAROS Z.OP.CIT.P107

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المسنين البالغ أعمارهم 60 سنة فأكثر هي في زيادة بحيث كانت نسبتهم من مجموع السكان 5% سنة 1954 ووصلت إلى 7% سنة 1966 .

جدول رقم 03: توزيع فئات الذكور و الإناث المسنين في الجزائر سنة 1966

السن	الذكور	الإناث	المجموع
فئة الجنس			
60 – 64 سنة	133.700	134.400	268.100
65 سنة و أكثر	255.200	279.500	543.700
المجموع	388.900	413.900	802.800

* SOURCE. TABLEAU N 01.LUCETTE JAROSZ.OP.CIT.P131

نلاحظ من خلال الجدولين أن نسبة المسنين الإناث تفوق نسبة المسنين الذكور 25.000 و هذا تبعا للاتجاه العالمي لطول عمر الجنس الأنثوي.

كما نلاحظ أن نسبة المسنين ذوي العمر 65 سنة فأكثر تفوق نسبة المسنين فئة (60 - 64 سنة) .

نجد في الدول المتقدمة متوسط عمر النساء هو أكثر بستة إلى ثمانية سنوات من الرجال، و في 35 بلد على الأقل نجد أن عمر النساء يتجاوز 80 سنة، إلا أن طول عمر النساء يختلف حسب مستويات تقدم البلدان، فقد يصل إلى أكثر من 50 سنة بقليل في البلدان النامية و يصل إلى أكثر من 60 سنة أو 70 سنة في البلدان التي تعيش التقدم السريع.¹

***جدول رقم 04: تطور سكان الجزائر حسب الفئات العمرية الكبيرة (1966 - 1998)**

متوسط النمو السنوي					
السن السنة	أقل من 20 سنة	20 - 59 سنة	60 سنة فما فوق	- 20 سنة	+ 60 سنة
1966	57.37	35.94	6.70	/	/
1977	58.24	35.96	5.80	3.52	1.66
1987	55.02	39.23	5.74	3.42	4.04
1998	48.27	45.14	6.59	1.04	3.45

*** وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان، لأفاق 2010، ديسمبر 2001 ص14**

من خلال الجدول فإن نسبة الفئة العمرية الراشدة و في سن العمل، أي من 20 إلى 59 سنة هي في تزايد قدرت في سنة 1966 بـ 35.34%، أصبحت تمثل في سنة 1998 بـ 45.14%.

¹ ذهبية أم موسى. مرجع سابق، ص56.

وبالأرقام فإن عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 59 سنة انتقلت من 4.241.467 في سنة 1966 إلى 13.206.516 في سنة 1998 أي تزايدوا بثلاث مرات على ما كانوا عليه .

على عكس في قمة الهرم : إن نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة و ما فوق التي انخفضت بين سنوات 60 و 80 تحت تأثير تشييب السكان المرتبط بالنمو الديمغرافي السريع، بادرت في الارتفاع من جديد، إذ انتقلت من 5.74% في سنة 1987 إلى 6.59% سنة 1998، إن هذا التطور يعلن عن شيخوخة لا مفر منها خلال القرن القادم.¹

إن الأشخاص البالغين 60 سنة و ما فوق و الذين كان يقدر عددهم بـ 790.224 في سنة 1966 أصبحوا يمثلون في سنة 1998 بـ 1.930.179 أي نمو سنوي متوسط.

من خلال الجدول عرف عدد سكان الجزائر منذ الثمانينات دفعا هاما تحت تأثير وتيرة مرتفعة جدا للنمو الطبيعي (ناتج عن الفارق بين الولادات و الوفيات) و هذا إلى غاية سنوات الثمانينات، من خلال السلسلة يلاحظ تباطؤا هاما في وتيرة النمو الديمغرافي منذ 1987 و الذي وصل إلى 4.43% سنة 2000.² و هذا ما يؤكد توقعات الديمغرافية بتضاعف لفئة المسنين سنة فوق 60 سنة.

¹ وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات. السياسة الوطنية للسكان. لافاق 2010. ديسمبر 2001. ص 14

² - نفس المرجع والصفحة.

*الجدول رقم 05: يمثل فئة المسنين لفئة 65 سنة فما فوق في الجزائر¹ سنة 1998.

الفئات	العدد
65 سنة الى 69 سنة	510617
70 سنة الى 74 سنة	332161
75 سنة الى 79 سنة	217975
80 سنة فما فوق	237820
المجموع	1298573

* Tableau n°04SOURCE ,O.N.S. statistiques 1998

*الجدول رقم 06: يمثل فئة المسنين لفئة 60 سنة فما فوق في الجزائر سنة 2008.

السن	إناث	ذكور	المجموع
60 سنة الى 64 سنة	379865	364131	743996
65 سنة الى 69 سنة	318822	296425	615247
70 سنة الى 74 سنة	276656	252939	529595
75 سنة الى 79 سنة	198417	179895	378312
80 سنة فما فوق	31949	28994	60943
المجموع	125709	1122384	2328093

¹- Tableau n°, Office nationale des statistiques , séries statistiques sociales projections de ALHORIZON, 2003N 106,décembre 2004,P21

من خلال الجدول رقم 04 و 05 نلاحظ التوجه العام إلى زيادة أعداد المسنين وهذا ما تؤكد الأرقام من خلال المجموع الكلي لعدد المسنين ففي الجدول رقم 06 نجد المجموع الكلي لعدد المسنين 1298573 ليصل إلى 2328093 مسن خلال 10 سنوات

*جدول رقم(07): تطور توزيع سكان الجزائر حسب فئات السن (من

1966- 2008)

فئات السن السنوات.	أقل من 20 سنة	20 - 59 سنة	60 سنة فأكثر
1966	57,37	35.94	6.85
1977	58.24	35.96	5.76
1987	55.02	39.25	5.90
1998	48.27	45.14	6.86
2008	38.73	53.67	7.6

*المصدر: وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010،

تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001، ص13

*جدول رقم(08): توزيع عدد المسنين حسب الفئات العمرية، وأمل الحياة لكل فئة لسنة 2008.

فئات السن	عدد المسنين*	% بالنسبة لمجموع السكان*	% بالنسبة لمجموع المسنين	أمل الحياة عند العمر (x)**
65- 60	704482	2.8	28.11	21.4
70- 65	626233	1.85	24.99	17.5
75- 70	501058	1.48	19.99	13.7
80- 75	359785	1.06	14.36	10.3
85- 80	185603	0.55	7.41	-
85 فأكثر	129063	0.38	5.15	-
المجموع	2506224	7.6	100	75.5

Source: *ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10^{ème}, in: **collections statistiques** n°142,2008, p29

ONS, **démographie Algérienne- 2008, in : **collection statistiques**, n°520, Alger, 2009, p5

ومن خلال ما سبق يمكن القول بان الجزائر تعرف تغيرا ملحوظا في تركيبها السكانية تتجه عموما نحو الشيخ. في المجتمع الجزائري. الأخير فإنه مقابل بداية ظهور ملامح الشيخ في المجتمع الجزائري، وهذا مع استمرار ارتفاع هذه النسبة حسب إسقاطات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2020 الذي قدر فيها ارتفاع نسبة المسنين التي يزيد سنهم عن 60 سنة إلى نسبة

9.3%¹ من مجموع السكان وهذا بالموازاة أيضا مع استمرار انخفاض نسبة الفئات الشابة، والتي من المحتمل أن تقدر نسبة الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بـ 17% بحلول نفس السنة، فإن هذه الوضعية أيضا باتت تعلن في المدى البعيد على ارتفاع تكاليف الصحة وتزايد حجم النفقات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية لهذه الفئة لاسيما في مجال التقاعد ودفع المعاشات، الأمر الذي يدفع بالمعنيين إلى ضرورة إعادة النظر في جميع البرامج والقوانين (في جميع المجالات) والهياكل الخدماتية سواء كانت اجتماعية أو صحية أو اقتصادية، وهذا من خلال الارتكاز على تلك المعطيات في جميع المجالات من أجل ضمان أوضاع أحسن في المستقبل لهذه الفئة من السكان، وبالأخص الإلمام بالوضعية الحالية التي يعيشها المسنين في مجتمعنا والتي باتت تطرح الكثير من الانشغالات على جميع الأصعدة:

1 - **على الصعيد الصحي:** إعادة النظر في برامج الصحية وأيضا برامج التكوين والتخصصات الواجب توفرها، وتكييفها حسب النمط الوبائي الذي تعرفه الجزائر في السنوات الأخيرة، من خلال انتشار الأمراض المزمنة التي تعود إلى ارتفاع نسبة المسنين في المجتمع (كأمراض القلب والشرابيين، والسكري وضغط الدم... إلخ) وما تتطلبه من توفير الإمكانيات في هذا المجال للتكفل الجيد بهذه الفئة.

2 - **على الصعيد الاقتصادي:** من خلال إعادة النظر في نظام الضمان الاجتماعي وقانون التقاعد من أجل مواكبة تلك الزيادة في نسبة المتقاعدين الذين تتجاوز أعمارهم 60 فأكثر، وهذا في ظل الظروف الاقتصادية التي تعيشها البلاد والتي انعكست هي الأخرى على وضع هؤلاء المسنين وزيادة

¹ - وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 17.

تأزمه نتيجة الفقر وتراجع دور الأسرة بالتكفل بهم، بسبب الظروف الاقتصادية التي تعيشها من مشكل البطالة مشكل السكن،... إلخ

3 - **على الصعيد الاجتماعي:** من خلال الضرورة التي تطرحها في إعادة النظر في القوانين التي تحمي هذه الفئة، نتيجة ما هو ملاحظ من مظاهر التخلي والإهمال لهذه الفئة.

الفصل السادس:

الجانب الميداني

أولاً:

عرض وتحليل البيانات الميدانية

أولاً: عرض وتحليل البيانات الميدانية:

في هذا الفصل الجانب الميداني للبحث وقبل الشروع في تحليل الفرضية الأولى له، وللتعرف أكثر على أفراد عينة البحث التي حصلنا عليها بعد النزول إلى الميدان، نعرض في العنصر الأول أهم الخصائص التي تتميز بها.

1 - الخصائص العامة لعينة البحث:

جدول رقم 01 : توزيع المسنين حسب الجنس

الجنس	ك	%
ذكور	45	37.50
إناث	75	62.5
المجموع	120	100

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه، أن أعلى نسبة من المسنين هم الإناث بنسبة 62.50 %، بالمقابل نجد نسبة جنس الذكور اقل من نسبة جنس البنات وذلك بنسبة 37.50 % .

وتفسير هذه أن نسبة المسنين أغلبيتهم من جنس الإناث، باعتبار أن المرأة معروفة بتهميشها في المجتمع الجزائري خاصة عندما تكون في سن متقدم على عكس الرجل الذي تكون لهم السلطة في الأسرة، ربما تكون المرأة محتاجة أكثر من الرجل باعتبار الرجال في أغلب الأحيان يعملون ويحصلون على التقاعد وبذلك لا يحتاجون إلى خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين .

نستنتج من الجدول الخاص بالتوزيع الجنسي للمبحوثين أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من جنس الإناث، حيث كان لزاما علينا استدعاؤهم لإجراء

المقابلة معهم داخل المؤسسات المختصة كالبليدية والبريد ولطبيعة المبحوثين وحالتهم الصحية تعذر عن بعضهم الحضور الشخصي وناب عنهم أفراد الأسرة كالأبناء أو الأحفاد هذا شكل عائقا كبيرا، اضطرنا إلى الوصول إليهم أي إلى مقر سكنهم لإجراء المقابلة معهم، ويمكن القول أن النسبة تعكس التوزيع الحقيقي لهذه الفئة، حيث أنه حسب نتائج التعداد الذي أجري سنة 2008 فقد قدرت نسبة الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة من الذكور بـ 49.61% مقابل 50.39% من الإناث، وهذه النسب تعكس بدورها أمل الحياة عند الجنسين والذي نجده أعلى عند الإناث.

جدول رقم 02: توزيع المسنين حسب السن:

السن	ك	%
60 - 70	30	25
71 - 80	60	50
81 - 90	26	21.66
أكثر من 91 سنة	04	3.33
المجموع	120	100

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين 71 و 80 سنة وذلك بنسبة 50%، تليها فئة المسنين التي تتراوح أعمارهم من 60 سنة الى 70 سنة، فيما نجد اضعف نسبة تمثلها فئة المسنين الذين أعمارهم أكثر من 90 سنة وذلك بنسبة 3.33% .

نفسر النسب الواردة في الجدول والخاص بتحليل فئات أعمار المسنين المبحوثين أن اغلب المبحوثين أعمارهم ما بين 71 و 80 سنة، وذلك

بمتوسط عمر يقدر بـ 71.86 سنة، مما يتبين لنا أن فعلا هؤلاء المبحوثين في السن غير قادرين على الدفاع عن أنفسهم في تقرير مصيرهم وذلك بالعيش في كرامة في منازلهم، بغض النظر عن المشاكل والدوافع التي دفعت بهم إلى طلب خدمات رعاية المسنين، خاصة إذا علمنا أن ديننا الحنيف يبين أن الإنسان يكون ضعيف ثم يصير في مرحلة قوة ثم يضعف في نهاية حياته كما بدأها، كذلك علماء النفس يؤكدون أن المسن تفكيرهم مماثل لتفكير الصبي، ومن كل هذا نستطيع الجزم أن المسنين في هذا السن ربما يرون أن الاستغناء عن غيرهم يحقق لهم حياة أفضل.

نستنتج من هذا الجدول وبعد تحليل معطياته أن اغلب المبحوثين قد بلغوا سن الشيخوخة التي ترهق تفكيرهم وتجعلهم لا يدركون حقيقة الأمر.

جدول رقم 03: يوضح المستوى التعليمي للمبحوثين

المستوى التعليمي	ك	%
أمي	112	93.33
تعليم قراني	08	6.67
المجموع	120	100

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أكبر نسبة من المسنين ليس لهم مستوى تعليمي بمعنى أنهم أميين لا يعرفون لا القراءة ولا الكتابة وذلك بنسبة 93.33% أما المتعلمين والذين ينحصر تعليمهم في التعليم القرآني فيمثلون نسبة 6.67%.

نفسر نسب هذا الجدول أن اغلب إن لم نقل كل المبحوثين أميين لا يعرفون لا القراءة ولا الكتابة، باعتبار أنهم مسنين فهذا معروف في بلدنا أن الاستعمار الفرنسي كان يقهر الجزائريين، وكان يطمح لتجهيلهم، فقط كان

التعليم في الزوايا والكتاتيب وفي الأرياف، وكان بعض المبحوثين والذين كانت نسبتهم قليلة جدا لا تصل إلى 07% هم الذين حالفهم الحظ وتعلموا تعليم قراني.

حيث إذا ما عدنا إلى الجدول الثاني من خصائص العينة نجد أن العمر المتوسط الذي قدر بـ 72 سنة، الذي يعني بأن نصف المبحوثين سنهم أكبر من 72 سنة، فإن أي شخص في هذا السن قد ولد قبل الاستقلال، مما يدل على أن مرحلة طفولتهم قد عاشوها تحت قهر الاستعمار واستبداده.

نستنتج أن أغلب عينة الدراسة والتي تمثل المبحوثين المسنين أميين لا يعرفون لا القراءة والكتابة، فقط فئة قليلة هي التي تلقت تعليم قراني.

جدول رقم 04: الأصل الجغرافي للمبحوثين:

الأصل الجغرافي	ك	%
حضري	24	20
ريفي	47	39، 16
شبه حضري	49	40.83
المجموع	120	100

يتضح من خلال نتائج الجدول أن أغلبية المبحوثين ينتمون إلى بيئة شبه حضرية وذلك بنسبة 40.83%، بالمقابل نجد نسبة مقاربة لها من المبحوثين الذين ينتمون إلى بيئة ريفية وذلك بنسبة 39.16 %، فيما نجد نسبة ضئيلة جدا ينتمون إلى بيئة حضرية وذلك بنسبة 20 % .

نفسر تحليل معطيات الجدول الذي يبين الأصل الجغرافي الذي ينتمي إليه المسنين، حيث أن أغلب المسنين ينتمون إلى بيئة ريفية، وقليل منهم

ينتمون إلى بيئة حضرية مما يبين لنا أن أغلب المستفيدين من المنحة والتغطية الصحية المسنين من سكان الريف الذي يعكس الحياة الاجتماعية الصعبة، خاصة أن سكان الريف يتميزون بالخشونة مثلما وصفهم ابن خلدون بانهم لا يميلون إلى الرقة والعطف، هذا يبين إن الدافع الذي دفع بهؤلاء المسنين هو تأثير البيئة والمحيط على أهلهم مما جعلهم لا يشفقون على آبائهم وأمهاتهم، فالحل لدى هؤلاء المسنين هو طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

حيث أن هذا التوزيع حسب منطقة السكن لأفراد العينة يعكس طبيعة الميدان الذي أجري فيه البحث، والمتمثل في بلدية أولاد فارس وما تتميز به من طابع يتنوع بين الحضري وشبه الحضري الثانوي وكذلك بالطابع الريفي .

نستنتج أن أغلب المبحوثين المسنين ينتمون إلى بيئة ريفية صعبة تتميز بقلّة مرافق الحياة، كما تتميز بالفقر الذي لا مناص منه إلا إذا كانت منحة أو دخل يحقق لهم تكاليف العيش.

جدول رقم 05: الحالة المدنية للمسنين

الحالة المدنية	ك	%
متزوج	46	33, 38
أعزب	03	2.05
أرمل	62	51.66
مطلق	09	5, 7
المجموع	120	100

يتضح في خلال الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أرامل وذلك بنسبة 51.66%، فيما نجد المتزوجون يمثلون نسبة 33، 38%، أما المطلقون يمثلون نسبة 5، 7%، وفي الأخير نجد اضعف نسبة والتي تقدر ب 2.05%، يمثلها المبحوثين العزاب.

ومن معطيات الجدول يبين لنا أن الحالة المدنية للمبحوثين المسنين هم أغليتهم أرامل مما يبين أن استمرار الرابطة الزوجية لها ايجابيات في المحافظة على كرامة الكبار والصغار، وهذا معروف في الأسر أن غياب احد الوالدين عن الأسرة يشكل هوة في الرابطة الأسرية خاصة إذا كان الأبناء لا يعرفون قيمة الآباء مما يدفع بهم إلى عدم تحمل المسؤولية والتهرب من الواجب الذي يلزمهم بحفظ كرامة الكبار في المنزل مما يضطر بعضهم إلى دفع أهله إلى طلب الحاجة من غيره.

نستنتج مما تبين في الجدول التالي أن أغلبية المبحوثين أرامل ليس لهم رابطة زوجية التي ربما تغنيهم عن اللجوء إلى الخروج من البيت لطلب الخدمات والرعاية.

جدول رقم 06: يوضح عدد أبناء المسنين

المجموع	التكرار	النسبة
1 - 3	25	20.83
4 - 6	44	36.66
07 فما فوق	51	42.5
المجموع	120	100

من خلال بيانات الجدول أعلاه يتبين لنا أن أكبر نسبة من مجموع أفراد العينة تقدر بـ 42.5% تمثل الفئة التي لها 07 أبناء فما فوق تليها النسبة 36.66% وأخيراً تأتي نسبة 20.83%.

ونستنتج من خلال هذا الجدول أن معظم أفراد العينة يتميزون بكثرة الإنجاب بمتوسط 6.7 طفل لكل امرأة، وهذا يفسر كثرة الإنجاب كون معظم أفراد العينة من أصول ريفية الذين يتميزون بكثرة الإنجاب باعتبار أن كثرة الأبناء خاصة الذكور من محددات المكانة الاجتماعية وكذلك الضامن فيما بينهم في خدمة الأرض التي تتطلب يد عاملة كثيرة.

جدول رقم 07: يبين نمط الأسرة التي ينتمي إليها المبحوثين.

نمط الأسرة	ك	%
نووية	66	55
ممتدة	54	45
المجموع	120	100

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن أعلى نسبة تقدر بـ 55% وهي تمثل فئة المسنين الذين ينتمون إلى أسر نووية والتي تعني أنها تتكون فقط من الأب والأم والأبناء، وفي المقابل نجد أن بقية

المبحوثين ينتمون إلى أسر ممتدة والتي تشمل الأب الأم والأبناء والجد والجدّة وإخوة الأب وأخواته وذلك بنسبة 45% .

ونفسر ما ورد في الجدول الخاص بنمط الأسرة التي ينتمي إليها المبحوثين أن أغليبتهم ينتمون إلى أسر ذات طابع نواتي، وهنا نستطيع القول أن الأسر النواتية التي تتشكل من الأب والأم والأبناء في أغلب الأحيان تكون عرضة للانقسام أكثر من الأسرة الممتدة التي تعرف بكثرة أفرادها وقوة ترابطها بالعلاقات الحميمة الموروثة عن الآباء والأجداد، مما يعني أن المبحوثين الذين ينتمون إلى الأسر النواتية كانوا هم أغلب المبحوثين الذين استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية، بسبب وفاة أحد الزوجين أو انعدام الأبناء وموت أحد الزوجين يضطر الفرد الباقي خاصة في مرحلة سن متقدمة إلى اللجوء إلى هذه البحث عن سبيل يغنيه من مشاكل الحياة المادية، إعادة الاعتبار إلى هذه الرعاية.

وما يستنتج أن أغلب المبحوثين ينتمون إلى أسر نواتية التي تفتقر غالبا إلى طابع القوة والتلاحم، وهي تعكس نوعا ما اتجاه نمط الأسرة في المجتمع الجزائري، خاصة في الوسط الحضري.

جدول رقم 08: نمط المسكن الذي يسكنه المبحوث

نمط المسكن	ك	%
شقة في عمارة	21	17.50
فيلا	02	1.66
بيت تقليدي	85	70.83
أخرى	12	10
المجموع	120	100

من خلال ملاحظتنا للجدول أعلاه نجد أن أغلبية أسر المبحوثين تسكن في بيت تقليدي، حيث تمثل هذه الفئة أعلى نسبة والتي تقدر بـ 70.83 % من مجموع المبحوثين، تليها نسبة 17.50 % وهي نسبة أسر المبحوثين الذين يسكنون في عمارات، وبعدها نجد فئة المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يسكنون بيوت هشة بنسبة 10% في حين نجد أدنى نسبة 01، 66 % . يسكنون في فيلا.

وتفسر هذه النسب أن أغلب المبحوثين كانوا يسكنون في بيوت تقليدية والتي غالبا ما تعبر عن حالة من يسكنها، فهي تتميز بالهشاشة وتتعلم فيها ضروريات الحياة مثل الغاز والحمام... الخ، خاصة لما علمنا أن أغلب المبحوثين من أصل ريفي خلصنا إلى أن المعطيات تدلي إلى أن أغلب المبحوثين فقراء وهذه الميزة تميز أصحاب سكان البيوت التقليدية، مما يجعلنا نؤكد أن الفقر وعدم توفر الضروريات في المنزل تؤدي إلى ضيق في العيش وقلة الاطمئنان مما دفع بهؤلاء المبحوثين إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية التي تعينه على متطلبات الضرورية للحياة التي تريخ المسن وتجعله يشعر بالأمان.

نستنتج أن اغلب المبحوثين الذين استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية ورعاية المسنين كانوا يسكنون في بيوت تقليدية لا تتوفر على متطلبات الحياة التي تجعل الفرد يشعر بالراحة والطمأنينة.

الفرضية الأولى: يعاني المسنين من مشاكل اقتصادية تدفع بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية .

جدول رقم 09: يوضح عمل المسنين قبل سن الستين

الاشتغال قبل 60 سنة	ك	%
نعم	54	45
لا	66	55
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم: 09 والذي يوضح عمل المسنين بعد بلوغهم سن الستين تبين لنا أن أكبر عدد من المبحوثين عملوا بعد سن الستين وذلك بنسبة 45%، أما النسبة الباقية والتي تقدر بـ 55% والتي تمثل المبحوثين الذين لم يعملوا قبل سن الستين.

وفي ضوء هذه المعطيات نرى أن أكبر عدد من المبحوثين كانوا يعملون بعد سن الستين، وهذا يدل على أن هذه الشريحة عاشت إبان المرحلة الكولونيالية الاستعمارية والتي كانت تستغل المواطنين الجزائريين في الأعمال الشاقة والصعبة مقابل مبالغ زهيدة، وهي أعمال مفروضة من جهتين، أن الأولى هوان الاستعمار ببطشه استغل هؤلاء المستضعفين.

نستنتج من تحليل معطيات هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة بـ 55,6% لم يمارسون مهنة وترجع هذه النسبة إلى خصائص العينة باعتبار 5, 62 % من الإناث.

جدول رقم 10: يوضح المجال الذي اشتغل فيه المسنين قبل 60 سنة

مجال العمل	ك	%
الفلاحة والبناء	16	29.62
التجارة	08	14.81
الخدمات	06	11.11
الصناعة	03	5.55
أخرى	21	38.88
المجموع	54	100

من خلال معطيات الجدول رقم 10 والذي يوضح المجال الذي اشتغل فيه المسنين قبل بلوغ 60 سنة تبين لنا أن أكبر عددا من المشتغلين من المسنين عملوا في مجالات متعددة بنسبة 38.88% في الفلاحة والبناء والتجارة، تليها نسبة 29.62% صرحوا أنهم اشتغلوا في ميادين الفلاحة تليها نسبة 14.81% العمل في ميدان التجارة تليها نسبة 11.11% يعملون في ميدان الخدمات النظافة داخل البيوت وكذلك العمل في المؤسسات التربوية كمنظفين وحراس تليها نسبة تمثل 5.55% ممن اشتغلوا في والصناعة.

ومن خلال هذه المعطيات والتي تبين أن أكبر عدد المبحوثين اشتغلوا في ميدان الفلاحة والبناء وذلك يرجع إلى مستواهم الثقافي المحدود نتيجة الأمية والجهل الذي كان متفشي في أوساط المسنين مما فرض عليهم الأعمال الشاقة والمتعبة مقابل مبالغ زهيدة، في حين نجد نسبة 13.23% في ميادين أخرى خاصة النساء اللواتي اشتغلن كخدمات في البيوت أو

منظفات في المؤسسات التربوية بأجور زهيدة جدا أما باقي المبحوثين فقد عملوا في ميدان الصناعة والتجارة.

نفسر في ضوء المعطيات الواردة في الجدول أن كل المبحوثين الذين صرحوا بأنهم عملوا قبل سن الستين، عملوا في مجال الفلاحة والبناء، وهذا يبين طبيعة المشقة والعمل العويص الذي يقوم به هؤلاء في سن كان من المفروض أن يكون متقاعد ويستفيد مما كان يعمل في السابق، خاصة أن الفلاحة والبناء في الماضي كانت تعتمد على وسائل تقليدية مما تكلف المشقة والعناء للذي يعمل في هذا المجال، كذلك ان أغلبية المبحوثين أميين لا يؤهلهم مستواهم للعمل في منصب مريح ومحترم، لا يعتمد على الجهد العضلي بشكل كبير، ومن هنا نرى بان هؤلاء المبحوثين كانوا بحاجة ماسة إلى عمل ليعيلوا أهلهم وأنفسهم على مصاعب الحياة القاسية خاصة أبا ن الاستعمار الفرنسي، كذلك نرى بان العمل في الماضي كان يقتصر في الفلاحة والبناء لقلّة الشركات والمؤسسات العمومية والخاصة، لان أغلب المبحوثين قالوا بأنهم عملوا عند خواص أثناء تصريحهم بعملهم، ومن هنا نخلص إلى أن المبحوثين المسنين عاشوا حياة قاسية جدا كان لابد لهم من البحث عن ملاذ امن ومنحة تعيلهم على حياتهم الاجتماعية.

نستنتج مما سبق أن المسنين عملوا في قطاعات شاقة ومتعبة مقابل أجور زهيدة رغم مساهمتهم في التنمية الاقتصادية يستحقون الاعتراف والتقدير لجهودهم وتضحياتهم.

جدول رقم 11: يوضح المسنين المشتغلين الذين لم يستفيدوا من مزايا العمل

عدم الاستفادة من مزايا العمل	ك	%
رب العمل لم يصرح بي	21	38.88
لم أكن أعلم حقوقي	17	31.48
لم أعرف كيف أتصرف وفق حقوقي	16	29.62
المجموع	54	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 11: والذي يبين أن المبحوثين الذين اشتغلوا قبل سن الستين ولم يستفيدوا من مزايا العمل حيث نجد أكبر نسبة من كل هؤلاء المبحوثين يقولون بأن رب العمل لم يصرح بهم لدى الهيئات المختصة مثل الضمان الاجتماعي بنسبة 38.88 %، فيما نجد في الجهة المقابلة أن نسبة 31.48 % من المبحوثين يقولون بأنهم كانوا يجهلون حقوقهم القانونية، تبقى اضعف نسبة والمقدرة بـ 29.62 % من المبحوثين والذين يقولون بأنهم لم يعرفوا كيف يتصرفون وفق حقوقهم.

نفسر تحليل معطيات هذا الجدول هو أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين اشتغلوا بعد سن الستين ولم يستفيدوا من مزايا العمل بأن أرباب العمل لم يصرحوا بأنهم مشتغلين عنده هذا يحدث كثيرا في عصرنا الحالي أين القانون يحمي كل موظف، نجد أن كثيرا من أرباب العمل يتهربون من التصريح بالعمال الذين يشتغلون عندهم هروبا من الضرائب وهروبا من دفع حقوق الضمان الاجتماعي، كيف إذا تحدثنا عن عصر عاش فيه هؤلاء يتميز باستغلال المواطنين البسطاء لسلبهم كامل حقوقهم المادية والمعنوية والاجتماعية إلا وهو عصر الاستعمار الفرنسي الذي كان يسن القوانين من أجل حماية المعمرين والمساندين إليه فقط...والبقية من المبحوثين كانوا لا

يعرفون حقوقهم القانونية للاستفادة من مزايا العمل وهذا دال على الجهل والامية التي كان يعاني منها هؤلاء المواطنين البسطاء وهنا تبرز أهمية العلم و التعلم والمعرفة، حيث أن الإنسان المتعلم يستطيع أن يحمي نفسه من خلال إدراكه الجيد لحقوقه وواجباته ويكون مسؤول عن كل أعماله حتى يكون محمي وغير معرض لسلب الحقوق منهم...ومن هنا ندري أن هؤلاء المبحوثين عانوا من ويلات البطش والجهل مما أدى بهم الى فقد حقوقهم التي كانت نتيجتها طلب لخدمات الرعاية الاجتماعية.

نستج من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 11 أن أغلب المبحوثين المشتغلين لم يستفيدوا من مزايا العمل نتيجة تعسف وجور رب العمل في هضم حقوقهم من جراء تعسفه في عدم تصريحه بالعمال الذين يشتغلون عندهم، كذلك الجهل وعدم معرفة العمال لحقوقهم القانونية أدى بهم إلى ضياع حقوقهم من مزايا العمل الذي كانوا يشتغلون فيه.

جدول رقم 12: يبين مجال الذي كان يعمل فيه المسنين بعد الستين سنة.

المجال	ك	%
الفلاحة والبناء	11	61 ، 11
الخدمات	00	00
التجارة	07	38 ، 88
المجموع	18	100

من تحليل معطيات هذا الجدول الذي يبين المجال الذي كان يعمل فيه المبحوثين المسنين بعد سن الستين، تبين لنا 33، 33% من المبحوثين يزاولون العمل المأجور بعد بلوغهم 60 سنة أي سن التقاعد و الراحة للمسنين

ولمعرفة المجال الذي يعملون فيه جاءت البيانات كالتالي: أن أغلب المبحوثين الذي عملوا بعد سن الستين عملوا في مجال الفلاحة والبناء وذلك بنسبة 11، 61% بالمقابل نجد نسبة 88، 38% عملوا في التجارة. والقصد بالعمل هنا هو العمل المأجور.

نفسر في ضوء المعطيات الواردة في الجدول أن كل المبحوثين الذين صرحوا بأنهم عملوا بعد سن الستين، وعملوا في مجال الفلاحة والبناء وهذا يبين طبيعة المشقة والعمل العويص الذي يقوم به هؤلاء في سن كان من المفروض أن يكون متقاعد ويستفيد مما كان يعمل في السابق، نستنتج مما سبق من تحليل معطيات الجدول أن كل المبحوثين الذين عملوا بعد الستين كانوا يعملون في مجال الفلاحة والبناء وعند الخواص لتغطية النفقات وتلبية حاجيات الأسرة خاصة أن معظمهم لديهم أطفال في سن التمدرس أو فتيات مكثات في البيوت يحتجن للرعاية مما يضطرهم إلى العمل رغم سنهم وحالتهم الصحية وانعدام المستوى وبالتالي فالمجال الذين يعملون هو الأعمال الشاقة وهذا يؤكد على حاجتهم للمساعدة سواء من داخل الأسرة أو خارجها والمتمثلة في الرعاية الرسمية من طرف الدولة.

جدول رقم 13: يبين مجال الذي كان يعمل فيه المسنين بعد الستين سنة

على ماذا تعتمد في انفاقك اليومي	ك	%
مساعدة من طرف الأقارب	14	11، 66
العمل المأجور	18	15
مساعدة أفراد الأسرة	78	65
أخرى	10	33، 8
المجموع	120	100

نلاحظ من خلال البيانات التالية أن أغلبية المبحوثين يعتمدون على أفراد الأسرة في تلبية احتياجاتهم نسبة 65% تليها نسبة 15% يعتمدون على العمل المأجور وتليها نسبة 66، 11% من المبحوثين يعتمدون الأقارب واخر نسبة 33، 08% يلجؤون إلى وسائل أخرى نذكر منها مثل التسول في المساجد وبعض النسوة يمارسن التسول في الحقول.

من خلال ما سبق نستنتج أن المبحوثين في حاجة إلى رعاية واهتمام وفي غياب الرعاية الرسمية من طرف الدولة تلعب الرعاية الأسرية خاصة من طرف الأبناء المشتغلين، وهنا يظهر مدى التكافل الموجود بين أفراد الأسرة، في حين يلجؤون بعض المبحوثين للعمل المأجور الشاق لتغطية النفقات الأزمة بينما يلجؤون آخرون إلى وسائل أخرى تحط من كرامتهم كالتسول على أبواب المساجد. وعليه فالرعاية الاجتماعية ضرورية لتحسين نوعية حياتهم.

جدول رقم 14: يبين هل النفقات على متطلبات المعيشة كافية لسد الحاجيات الضرورية.

النفقات لسد الحاجيات	ك	%
كافية	27	22.50
غير كافية	93	77.50
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 14 والذي يبين نفقات التي تنفق على المسنين كافية لسد الحاجيات الضرورية ام غير كافية، تبين لنا أن أكبر نسبة من المبحوثين يقولون بأنهم كانت لهم نفقات غير كافية لسد الاحتياجات الضرورية وذلك بنسبة 77.50%، وفي المقابل نجد نسبة من

المبحوثين الذين كانوا يعانون من قلة النفقات لسد الاحتياجات الضرورية في حياتهم المعيشية وذلك بنسبة 22.50%.

أكبر عدد من المبحوثين المسنين يقولون بأن النفقات التي كانت تنفق عليهم غير كافية لسد الاحتياجات الضرورية لمتطلبات حياتهم المعيشية، ربما هذا راجع إلى متطلبات المعيشة المكلفة جدا.

نستنتج من هذا الجدول أن الكفاية من أجل سد الحاجيات الضرورية للحياة التي أدلى بها المسنين، هي كفاية لا تحقق العيش الكريم للإنسان العاجز عن تحقيقها بنفسه، لأن الكفاية التي قصدناها نحن هي كفاية في الأكل والشرب والعلاج والسكن... الخ والتي تحقق الحياة الطبيعية للإنسان دون معاناة، مما نتأكد أن المسنين لم يكونوا قادرين على توفير النفقات الضرورية للحياة التي تحقق حياة كريمة للإنسان.

جدول رقم 15: يوضح هل المسن يجد السند الاجتماعي الكافي من طرف العائلة لمواجهة مشاكله الاجتماعية.

السند الكافي	ك	%
نعم	22	33، 18
لا	44	66، 36
نوعا ما	54	45
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 15 والذي يبين الإعانات التي كان يتلقاها المسن من طرف عائلته كفاية لتلبية حاجياته، حيث نجد أكبر نسبة من هؤلاء المبحوثين يقولون بأن السند والإعانات من طرف عائلاتهم أحيانا تكون كافية، وأحيانا لا تكن كافية وذلك بنسبة 45%، فيما نجد في

الجهة المقابلة نسبة من المبحوثين والذين يقولون بان الإعانات لم تكن كافية وذلك بنسبة 36.66% أما الفئة الأخيرة والتي تمثل اضعف نسبة من المبحوثين والذين يقولون بان الإعانات المقدمة من طرف العائلة كافية وذلك بنسبة 18.33%.

نفسر معطيات هذا الجدول أن أغلب المبحوثين قالوا بان الإعانات والسند لسد متطلبات الحاجات الضرورية من طرف العائلة أحيانا تكون كافية وأحيانا لم تكن كافية، هذا يدل على أنها لم تكن كافية، لان الحياة المتذبذبة والغير مستقرة لا تعني أنها حياة كريمة وهذا ما نبرهن عليه حيث نجد نسبة 45% من المبحوثين لا يعيّلهم السند من طرف عائلتهم، وربما هذا راجع إلى الفقر الذي يعيشه أفراد العائلة لان اغلب طالبين خدمات الرعاية الاجتماعية من الطبقات الفقيرة في المجتمع، وأما من جانب التفريط من طرف الأبناء لان بعض الأسر الجزائرية تعاني من مشاكل عدم التفاهم بين الزوجين مما يؤدي بأفراد الأسرة إلى الانقسام وهذا التفريط يؤدي بالكبار إلى التفكير في اللجوء إلى الاستقلالية في تدبير شؤون حياته والمسئول ليس له إلا طريق واحد هو طلب خدمات رعاية الاجتماعية، أما الشباب والأطفال فمصيّرهم الشارع... لذلك نجد القران الكريم يوصي بالوالدين خاصة عند الكبر وعلى سبيل المثال قول الله عز وجل ((وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين أحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا معروفا...)).

ولما ابتعدنا عن تعاليم ديننا الحنيف أصبح المجتمع يتخبط في دوامة من الظواهر التي تتنافى ومبادئنا التي ننتمي إليها كالتشرد وظاهرة المخدرات وظاهرة الآباء والأمهات في بيوت غير بيوت أبنائهم تسال هل

لديهم أبناء تكون الإجابة نعم وكثير منهم.. لذلك التقيد بالمبادئ في كل مجتمع من المجتمعات يقلل من الظواهر الاجتماعية الخطيرة التي تحط من قيمة ذلك المجتمع خاصة إذا كان ذلك المجتمع ينتمي الى بيئة إسلامية.

نستنتج من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 15 والذي تبين فيه أكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة بـ 45% أن الإعانات والسند لتلبية نفقات الحاجات الضرورية للحياة الكريمة من طرف أسرهم غير كافية، ولا تلبي ما يمنعهم من اللجوء إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية وحماية المسنين.

جدول رقم 16: يوضح نوعية السكن طلب خدمات الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم.

طلب الرعاية		نعم		لا		المجموع	
نوع المسكن		ك	%	ك	%	ك	%
شقة في عمارة		20	95.23	01	4.76	21	100
فيلا		00	00	02	00	02	100
تقليدي		71	83.52	14	16.47	85	100
أخرى		12	15	00	00	12	100
المجموع		103	85.83	17	14.16	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم (16) الذي يوضح تأثير نوع المسكن في طلب الرعاية الاجتماعية المقدمة في مجال المسنين، يشير الاتجاه العام للجدول أن أغلبية المبحوثين تقدموا بطلبات الاستفادة من أساليب الرعاية الاجتماعية بنسبه 83، 85 % بالمقابل نجد نسبة 16، 14% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لوجود مشاكل اقتصادية.

وعند إدخالنا لنوع المسكن في طلب أساليب الرعاية الاجتماعية حيث نلاحظ أن المبحوثين الذين يسكنون في بيت عصري فيلا لم يتقدموا بطلب الرعاية لأسباب مادية نتيجة الحاجة والعوز بنسبة 100%، في حين نجد نسبة 100 % تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لأسباب اقتصادية هم المبحوثين الذين يسكنون في منازل فوضوية ذات الطابع القصديري تليها نسبة 23، 95% ممن يسكنون في شقة في عمارة تليها نسبة 52، 83% يسكنون في بيوت تقليدية تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية لأسباب اقتصادية.

ومن كل هذا نستنتج أن المبحوثين الذين يسكنون في بيوت عصرية فيلا لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لأسباب اقتصادية وهذا لان أصحاب هذه السكنات يعيشون الرفاهية دون الحاجة إلى الرعاية الاجتماعية إنما كانت خدمات الرعاية من الكماليات التي زينت صورة حياتهم الاجتماعية و أحسوا بالراحة أكثر بالمقابل أصحاب السكنات التقليدية يعرفون بتدني..مستوى حياتهم الاجتماعية وهشاشة سكنات لا تحمي من حر الشمس ومن شدة البرد مع غياب المرافق الضرورية كالتوصيل بشبكات الغاز والصرف الصحي فهم بحاجة إلى خدمات الرعاية من اجل تحسين نوعية حياتهم من تحسين نوعية حياتهم الاجتماعية باعتبار أن خدمات الرعاية تقدم خدمات تتمثل في العلاج والمنحة.

جدول رقم 17: يبين العلاقة المشتغلين بعد 60 سنة في طلب الرعاية الاجتماعية من أجل تحسين نوعية حياتهم من الناحية الاقتصادية.

المجموع		لا		نعم		طلب الرعاية
ك	%	ك	%	ك	%	الشغل
27	100	00	00	18	100	يشتغلون بعد 60 سنة
93	100	17	16.66	85	83.33	لا يشتغلون
120	100	17	14.16	103	85.83	المجموع

من خلال الجدول الرقم 17 الذي يوضح العلاقة بين الوضعية المهنية بعد 60 سنة تأثيره في طلب الرعاية الاجتماعية الرسمية والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية يتجه العام للجدول أن الغالبية الكبرى من المبحوثين تقدموا بطلب الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية لظروفهم الاقتصادية الصعبة بنسبة، 85.83 % وفي المقابل لم يتقدموا بـ 16، 14 % لظروفهم الاقتصادية.

وعند إدخالنا لمتغير الحالة المهنية للمبحوثين نجد أن الاتجاه العام للجدول لم يتأثر فالغالبية من المبحوثين بحاجة إلى أساليب الرعاية الاجتماعية باعتبار أن كلهم ليس لهم دخل أو عائد اقتصادي والتغطية الصحية وغياب السند الكافي، مما يضطرهم إلى العمل المأجور رغم حالتهم الصحية والجسمية، وقد قابلنا حالات من المسنين الذين بلغوا 60 سنة يمارسون مهن شاقة تتطلب جهد كبير وذلك بهدف تغطية الاحتياجات وخاصة أنهم لديهم أولاد في سن التمدرس وبالتالي فهم بحاجة ماسة إلى الرعاية والاهتمام تعيد لهم الكرامة والراحة.

جدول رقم 18: الذي يوضح العلاقة بين المساعدة من طرف الأسرة ودوره في طلب الرعاية الاجتماعية لتحسين نوعية حياتهم

المجموع		لا		نعم		طلب الرعاية ماذا تعتمد
%	ك	%	ك	%	ك	
100	78	21، 79	17	78.20	61	مساعدة من طرف أفراد الأسرة
100	18	00	00	100	18	العمل اليومي
100	14	00	00	100	14	مساعدة طرف الأقارب
100	10	00	00	15	10	أخرى
100	120	14.16	17	85.83	103	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 18 الذي يتجه إلى أن أغلب المبحوثين تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لأسباب اقتصادية بنسبة 85، 83% بالمقابل نجد 16، 14% ممن لم يكن لهم مشاكل اقتصادية

وعند إدخالنا على ماذا يعتمد المبحوثين في نفقاتهم اليومية لسد احتياجاته الاقتصادية نلاحظ أن نوع المساعدة لم تؤثر في ازدياد طلبات المسنين لحاجياتهم الاقتصادية، ويظهر من خلال البيانات التالية نجد نسبة 100% يعملون بعد سن التقاعد كذلك المساعدة من طرف الأقارب تقدموا بطلب الرعاية لسد احتياجاتهم الاقتصادية.

نستنتج مما سبق أن المسنين يعانون مشاكل اقتصادية متنوعة، بالرغم من المساعدة من طرف الأقارب وأفراد الأسرة المشتغلين خاصة لم يستطع تغطية كل النفقات اللازمة في تكاليف معيشية كثيرة كالغذاء والعلاج.... الخ.

جدول رقم 19: يوضح كفاية النفقات اللازمة ودورها في طلب الرعاية الاجتماعية .

المجموع		لا		نعم		طلب الرعاية النفقات اللازمة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	27	96، 62	17	03، 37	10	كافية
100	93	00	00	100	93	غير كافية
100	120	14، 16	17	85، 83	103	المجموع

من خلال بيانات الجدول رقم 19: نلاحظ الاتجاه العام للجدول أن أغلب المبحوثين تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية نظرا لحاجيتهم الاقتصادية بنسبة 83، 85%، وبالمقابل نجد نسبة 16، 14% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لأهداف اقتصادية نتيجة الحاجة والفقر .

ولمعرفة وجود النفقات وتأثيرها في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية تبين أغلب المبحوثين الذين صرحوا بعدم كفاية النفقات لسد الاحتياجات خاصة الأساسية منها كاللباس والمأكل والمشرب والدواء.....الخ لجؤوا إلى طلب خدمات رعاية المسنين لتحسين حالتهم الاقتصادية وسد احتياجاتهم في حين نجد نسبة 62، 96% ممن صرحوا أن لديهم النفقات اللازمة كفاية لسد احتياجاتهم .

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن معاناة المسن الاقتصادية وعجزه عن إيجاد النفقات اللازمة لسد احتياجاته اللازمة، و تحقيق العيش الكريم والأمن ومنه جاءت خدمات الرعاية الاجتماعية الرسمية لتحقيق الكرامة والاستقلالية وتحقيق الذات، وعلى العكس نجد وجود النفقات اللازمة لتغطية كل احتياجاته تغنيه عن طلب خدمات الرعاية الاجتماعية كنوع من

المساعدة والحماية وبالتالي فحاجة المسن الاقتصادية هي الدافع إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية. ولمعرفة على ماذا يعتمد المسن في توفير نفقاته؟ جاءت البيانات كالتالي.

جدول رقم 20: يوضح العلاقة بين السند الاجتماعي داخل الأسرة ودوره في طلب الرعاية الاجتماعية.

طلب الرعاية		نعم		لا		المجموع	
السند الاجتماعي		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		05	22، 72	17	77، 27	22	100
لا		44	100	00	00	44	100
نوعا ما		54	100	00	16.47	54	100
المجموع		103	85.83	17	14.16	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم 20 نلاحظ ان أغلبية،المبحوثين تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية بنسبة 83، 85% وبالمقابل نجد نسبة 16، 14% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية بسبب مشاكل اقتصادية.

وعند إدخالنا لمتغير السند الاجتماعي ودوره في طلب الرعاية الاجتماعية لم يتغير الاتجاه العم للجدول حيث إن نسبة 100% صرحوا بان ليس لهم سند اجتماعي تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية ونفس النسبة ممن صرحوا بوجود نوعا ما من السند داخل الأسرة وبالمقابل نجد نسبة 77، 27% ممن صرحوا بوجود السند داخل الأسرة لم يتقدموا بطلب الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية نتيجة الفقر أو العوز.

من كل ما سبق نستنتج أن وجود السند داخل الأسرة والمتمثل في المساعدة المادية والمرافقة والاستماع وتلبية احتياجاته تغنيه عن طلب المساعدة من جهات أخرى في حين غياب السند داخل الأسرة تجعل المسن يلجأ إلى جهات أخرى كبديل عن دور الأسرة وعجزها في تلبية احتياجاته.

جدول رقم 21: يبين الظروف الاقتصادية والاجتماعية كانت دافعا طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

الظروف الاقتصادية والاجتماعية	ك	النسبة
نعم	103	85 ، 83
لا	17	14 ، 16
المجموع	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم 21 الذي يوضح دور الظروف الاقتصادية والاجتماعية طلب خدمات الرعاية الاجتماعية، والمتمثلة في المنحة المالية والتغطية الصحية، فكل المبحوثين بنسبة 83، 85% صرحوا أن ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية دفعتهم إلى طلب الرعاية الرسمية من طرف الدولة من اجل تحسين حياتهم الاقتصادية والاجتماعية باعتبار أن معظمهم ليس لهم تقاعد والتغطية صحية وكذلك غياب السند الكافي بالمقابل نجد نسبة 16، 14% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لمشاكل اقتصادية لوجود الرعاية الأزمة داخل الأسرة.

الفرضية الثانية: تردي الحالة الصحية للمسنين تدفع بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

جدول رقم 22: يوضح الحالة الصحية للمسن قبل استفادته من خدمات الرعاية الاجتماعية.

الحالة الصحية	ك	%
جيدة	18	15
حسنة	35	29.16
سيئة	67	55.83
المجموع	120	%100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 22 والذي يوضح الحالة الصحية للمسنين قبل استفادتهم من خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين، تبين لنا أن أكبر نسبة من المسنين كانوا في حالة صحية سيئة قبل استفادتهم من الخدمات ويمثلون نسبة 55.83% من مجموع المبحوثين، تليها نسبة 29.16% من المبحوثين الذين قالوا بأن حالتهم الصحية كانت حسنة، في المقابل نجد ولا واحد من المبحوث كانت حالته الصحية جيدة قبل استفادته من هذه الخدمات أي بنسبة 15%.

نفسر ما ورد في هذا الجدول أن غالبية المبحوثين كانوا لا يتمتعون بصحة جيدة قبل استفادتهم من خدمات الرعاية و ان وضعهم الصحي كان متدهور خاصة لما، علمنا بان النفقات التي كانت تتفق عليهم أما من طرف العائلة أو من طرف جمعيات خيرية أو من أي جهة كانت لا تلبي الحاجيات الضرورية للحياة كانت لا تسد كل احتياجاتهم، هذا يبين طبيعة الوسط الذي كان يعيش فيه هؤلاء باعتبار أن الصحة لا بد من

الاهتمام بها قبل كل شيء لأن الحالة الصحية هي ادني ما يطلبه الفرد ما دونه لا يعتبر ضروري، وهذا ما تلمح إليه النظريات النفسية في تلبية الحاجيات الضرورية، حيث أن مازالوا في الهرم الذي خصصه للحاجيات الضرورية للحياة نجده قد أعطى اهتمام خاص للجانب الصحي، كذلك من باب الدراسات الاجتماعية نجد الحالة الصحية من المعلومات الخاصة التي يركز عليها الباحث باعتباره مؤشر الحالة الصحية يعكس مباشرة الميزة الاقتصادية التي يعيش فيها المبحوث، ومن هنا ندرك حقيقة الوضع الذي دفع بهؤلاء إلى طلب الاستفادة خدمات الرعاية الاجتماعية.

كان هذا التقييم الذاتي للمسنين فيما يخص حالتهم الصحية نابع من تلك الانعكاسات والآثار النفسية التي تفرضها طبيعة المرض؛ وما تؤدي به من شعور بالعجز والميل إلى الراحة والابتعاد عن دورة الحياة اليومية والمرح والعمل وشروعه في أسلوب جديد أقل جاذبية كالتوقف عن الأشياء الممتعة كزيارة الأقارب والامتناع عن بعض الأطعمة والابتعاد عن المناسبات الاجتماعية، ويزيد هذا التقدير سوء مع اشتداد هذه الوضعية وزيادة تبعيته واعتماده على الآخرين، نستنتج من خلال تحليلنا لمعطيات الجدول الذي يبين الحالة الصحية التي كان عليها المسنين المبحوثين قبل استفادتهم من خدمات الرعاية الاجتماعية أن أغليتهم كانوا في حالة صحية سيئة متدهورة لا تشعرهم بالراحة النفسية ولا الاجتماعية في حياتهم فإن توزيع نسب هذا التقييم الذاتي من طرف أفراد عينة بحثنا هذا هي أيضا تعكس نسبة إصابتهم بالأمراض، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 23 بين إذا كان المريض يعاني من أزمة صحية

يعاني من أزمة صحية	ك	%
نعم	98	66، 81
لا	22	33، 18
المجموع	120	100

من خلال هذا الجدول الذي يبين معاناة المسنين من أزمات صحية والاتجاه العام للجدول يبين أن أكبر نسبة من المبحوثين يعانون من أزمات صحية وذلك بنسبة 66، 81% وفي المقابل نجد نسبة 33، 18% لا يعانون أي أزمة صحية، هذه المعطيات تعكس الحالة الصحية المتأزمة للمسنين تستوجب الرعاية والاهتمام ومن أجل معرفة طبيعة المشاكل الصحية كان لابد من الاستفسار عن نوع المشاكل الصحية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 24: يبين نوع المرض الذي يعاني منه المسن

نوع المرض	ك	النسبة %
ضغط الدم	16	33، 13
السكري	16	33، 13
القلب	08	6، 06
الروماتيزم	19	83، 15
أمراض البصر	07	5.83
الربو	02	66، 01
الإعاقة	04	33، 3
السرطان	03	2.5
مشاكل صحية	23	16، 19
المجموع	98	66، 81

من خلال الجدول رقم 24 والذي يبين نوع المرض الذي يعاني منه المسنين ويؤثر على راحتهم واستقرارهم وعددهم 98 من المبحوثين لديهم أمراض تتطلب العلاج، ومن أكثر الأمراض انتشاراً في أوساط المسنين هو مرض الروماتيزم بنسبة تقدر 15.83 % تليها أمراض السكري و ضغط الدم بنسبة 33.13 % تليها نسبة 66.06 % يعانون مرض القلب تليها نسبة 05، 83 % من أمراض العيون تليها نسبة 33.3 % يعانون من الإعاقة تليها نسبة 2، 5 % يعانون من مرض العصر السرطان وفي الأخير نجد نسبة 1، 66 % يعانون من الربو.

نفسر من كل ما ورد أن اغلبيه المبحوثين من المسنين لديهم أمراض مزمنة وفي مقدمتها أمراض الروماتيزم الذي عادة ما يكون نتيجة بيئة قاسية التي تتميز بالبرودة بالإضافة إلى الجهد الكبير، والأعمال الشاقة والمتعبة مع العلم أن اغلبهم اشتغل في ميدان الفلاحة والبناء كما نجدهم يعانون من مرض مستعصي وهو مرض السكري، وكذلك ضغط الدم وأمراض القلب بالإضافة إلى أمراض متنوعة كالحساسية و الزهايمر والرعشة وهذا يرجع إلى الظروف المعيشية وبالخصوص الفترات العصيبة التي مرت بها الولاية والبلدية على وجه الخصوص من العنف والتخويف ساهم في إصابة المسنين من أمراض مزمنة في أوساط الشباب إلى المسنين وكذلك أمراض العيون كقصر النظر وحالات فقدان البصر وكذلك الإعاقة الحركية، ومنهم من يعاني من مرض خطير جدا وهو السرطان وكذلك مرض الربو .

نستنتج مما سبق أن المسنين يعانون مشاكل صحية متنوعة تتطلب الرعاية والاهتمام والحماية.

جدول رقم 25: يوضح طبيعة المتابعة الطبية للآزمات الصحية من طرف المبحوث.

المتابعة	ك	%
نعم	21	21.42
لا	20	16.66
أحيانا	57	58.16
المجموع	98	100

من خلال تحليل معطيات الجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثين صرحوا بأنهم أحيانا ما يقومون بالمتابعة الصحية للآزمات الصحية التي يتعرضون لها وذلك بنسبة 58.16%، في المقابل نجد نسبة 21.42% من مجموع المبحوثين يقولون بأنهم بالمتابعة الطبية لهذه الآزمات التي تصيبهم، أما اضعف نسبة من المبحوثين هم الذين صرحوا بأنهم لا يقومون بالمتابعة الصحية وذلك بنسبة 16.66% من مجموع المبحوثين المسنين المستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين.

نفسر معطيات هذا الجدول بان اغلب المبحوثين قليلا ما يهتمون بالمتابعة الطبية للآزمات والأمراض التي تصيبهم، وذلك من خلال تصريحهم بـ "أحيانا" أو "لا" وهذا يعني لا يهتم واو قليل الاهتمام وهذا لا يعني أن المبحوث تهاونا منه لا يتابع صحته طبيا، بل نفسر قلة الاهتمام بسوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية التي يعاني منها هؤلاء المسنين، خاصة لما علمنا أن حقوقهم القانونية في التقاعد سلبت منهم بطريقة أو أخرى، وهذا يبين الحياة المزرية التي كان يعيشها هؤلاء المسنين، خاصة إذا علمنا بأن الأمراض ملازمة للكبار في السن، لان الدراسات الطبية تبين أن

الإنسان كلما تقدم في السن يضعف جهاز المناعة لديه والمسؤول عن الدفاع عن الجسم والوقاية من الأمراض بذلك يكون أكثر عرضة من غيرهم، ولما كان مستواهم المعيشي متردي كان الأمر أكثر خطورة، وربما هذا دافع من الدوافع الأساسية التي دفعت بالمبحوثين الى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة الجزافية التضامن والتغطية الصحية لما تتوفر عليه من اهتمام خاص بهم خاصة من الناحية الطبية والاجتماعية.

نستنتج من خلال تحليل معطيات الجدول الخاص بالمتابعة الطبية للمبحوثين عند تعرضهم للالزمات الصحية ان اغلب المبحوثين لا يخضعون الى متابعة طبية نتيجة الظروف القاسية وتردي للمستوى المعيشي الذي لا يلبي متطلبات المتابعة الطبية، وكان هذا دافع من الدوافع الأساسية التي دفعت بهم الى الاستفادة من خدمات الرعاية الرسمية التي أقرتها الدولة.

جدول رقم 26: يبين العلاقة بين الحالة الصحية ودورها في طلب الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين.

طلب خدمات الرعاية		نعم		لا		المجموع	
الحالة الصحية		ك	%	ك	%	ك	%
جيدة		09	50	09	50	18	100
حسنة		26	74، 28	09	25، 71	35	100
سيئة		67	100	00	00	67	100
المجموع		102	.85	18	15	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 26 تبين لنا اكبر نسبة في الجدول يمثلها المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية بسبب حالتهم الصحية السيئة بنسبة 85 % بالمقابل نجد أن المبحوثين الذين حالتهم

الصحية جيدة لم يطلبوا خدمات الرعاية إطلاقاً. بالمقابل نجد نسبة 15% لم يتقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية لأسباب الصحية.

وعند إدخالنا لمتغير الحالة الصحية للمسنين ودورها في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية، لم يتأثر الاتجاه العام للجدول فنجد نسبة 100% ممن حالتهم الصحية سيئة تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لتحسين حالتهم الصحية، فاعلبيهم يعانول من أمراض مزمنة كالسكري وضغط الدم. والروماتيزم تتطلب علاج طويل وما يصاحبه من آثار نفسية كالاكتئاب، والعزلة الأسرة عن التكفل قد بعلاجهم ونجد نسبة 74، 28 % ممن صرحوا بان حالتهم الصحية سيئة تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية فالصحة مطلب الجميع خاصة مع التقدم في السن وما يصاحبه من تغيرات جسمية ونفسية، يحتاج الى المتابعة ونجد نسبة 50% ممن صرحوا أن الحالة صحية جيدة، ولكنهم بحاجة إلى الرعاية والاهتمام وخاصة الرعاية الرسمية المتمثلة في المنحة والرعاية الصحية.

نفسر هذه النسب أن األب المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية هم الذين صرحوا أن حالتهم الصحية سيئة، على العكس بالنسبة للمسنين الذين حالتهم الصحية جيدة لم يلجئوا إلى طلب الرعاية الرسمية، هذا يدل على أن أكثر المسنين لجئوا إلى طلب خدمات الرعاية من أجل تحسين حالتهم الصحية السيئة ومتطلبات العلاج باتت هاجس خاصة إذا علمنا أن العلاج دائم ومستمر مثل كل الاحتياجات الضرورية كالأكل والشرب التي تتطلب دخل، وكذلك التامين الصحي خاصة أن معظم المبحوثين في سن التقاعد وليس لهم تامين مما يجعله عرضة لمضاعفات الأمراض لذا لجئوا إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية .

نستنتج مما سبق أن الحالة الصحية السيئة لأغلب المبحوثين هي التي دفعتهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

جدول رقم 27: وضوح العلاقة بين مدى الإصابة بالأمراض وطلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

طلب خدمات الرعاية الاجتماعية		نعم		لا		المجموع	
مدى الإصابة بالأمراض		ك	%	ك	%	ك	%
مصاب		98	100	00	00	98	100
غ مصاب		04	18	18	81	22	100
المجموع		102	85	18	15	120	100

من خلال الاتجاه العام للجدول يبين أن معظم أفراد العينة تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية لتحسين حالتهم الصحية بنسبة 85% من مجموع الكلي للعينة، وعند إدخال لمتغير المعاناة من الأمراض المزمنة، تبين أن المبحوثين الذين يعانون من الأمراض تقدموا كلهم بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية خاصة الصحية منها، وذلك بنسبة 100 % من المبحوثين، وبالمقابل نجد نسبة 15% من المبحوثين لم يتقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية ممن الذين لا يعانون من الأمراض المزمنة.

كما أننا نلاحظ أن هذا الاتجاه العام لهذا الجدول قد تأثر بعد إدخال متغير مدى إصابة المبحوثين بالأمراض؛ طلب خدمات الرعاية الاجتماعية حيث نجد أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية ممن هم مصابون بأمراض مزمنة ومشاكل صحية بنسبة 81.81 %، بالمقابل نجد ممن صرحوا بأنهم غير مصابي في فترة مرضهم هم الذين

يتمتعون بصحة جيدة خالية من الأمراض التي لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة والتغطي الصحية.

وفي ضوء مما سبق نستنتج أن الحالة الصحية للمسن تدفع بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية لتحسين وضعيتهم الصحية، والاستفادة من مجانية العلاج والأدوية باعتبار أن كل المبحوثين ليس لهم تأمين وعائد اقتصادي يخفف من معاناتهم، في حين نجد أن المسنين الذين يتمتعون بصحة جيدة، وخالية من الأمراض لم يتقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية ويكتفون برعاية أنفسهم ورعاية الأسرة.

جدول رقم 28: يبين مدى إصابة المبحوثين بالأمراض ودوره في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

طلب الرعاية الاجتماعية		نعم		لا		المجموع	
نوع المرض		ك	%	ك	%	ك	%
مزمن		73	100	00	00	73	100
إعاقة		02	100	00	00	02	100
مشاكل صحية		23	76.66	00	00	23	100
المجموع		98	100	00	00	98	100

من خلال بيانات الجدول رقم 28 نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يشير أن كل المبحوثين الذين يعانون من أمراض تقدموا بطلب خدمات الرعاية الاجتماعية وذلك بنسبة 100% فاعلم المبحوثين يعانون من أمراض مزمنة ونفس الأمر بالنسبة للمبحوثين الذين يعانون من الإعاقة.

نستنتج من خلال هذه البيانات أن المسنين يعانون من أمراض مزمنة وفي مقدمتها السكري الدم وكذلك الروماتيزم وأمراض البصر تتطلب العلاج

والرعاية وكذلك ظروفهم الاقتصادية الصعبة زادت في معاناتهم ومحدودية دخل الأسرة وبالتالي فهم بأمر الحاجة للرعاية والاهتمام.

جدول رقم 29: يوضح العلاقة بين المتابعة الطبية وطلب خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين

المجموع %		لم يتقدم		تقدم		طلب الرعاية الاجتماعية المتابعة الطبية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	21	00	00	100	21	نعم
100	20	00	00	100	20	لا
100	57	00	00	100	57	أحيانا
100	100	00	00	100	98	المجموع

من خلال بيانات الجدول رقم 29: يشير الجدول أن كل المبحوثين تقدموا بطلب الاستفادة من المنحة والتغطية الصحية لتحسين حالتهم الصحية بنسبة 100%.

وحتى عند إدخالنا مدى متابعة المبحوثين لوضعيتهم الصحية لم تؤثر في اتجاه المبحوثين في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية، فأغلبية المبحوثين لا يتابعون حالتهم الصحية إلا أحيانا وهذا مؤشر عن إهمالهم لحالتهم الصحية نتيجة ظروفهم القاسية من جهة وتكاليف المرتفعة للعلاج والمتابعة، مما يدفعهم إلى اللجوء إلى الرعاية الرسمية والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية للتكفل الجيد بمشاكلهم الصحية.

وفي الأخير نستنتج أن المبحوثين كلهم بحاجة إلى الرعاية من أجل ضمان المتابعة الطبية لما توفره المنحة والتغطية الصحية من مجانية الأدوية خاصة لذوي الأمراض.

جدول رقم 30: يوضح الظروف التي دفعت بالمبحوثين إلى طلب خدمات الرعاية.

الظروف الصحية هي الدافع لطلب خدمات الرعاية الاجتماعية	ك	%
نعم	102	85
لا	18	15
المجموع	120	100

من خلال استقراء نسب الجدول الخاص بالدافع من وراء طلب خدمات الرعاية الاجتماعية بالنسبة للمبحوثين المسنين تبين لنا أن أغلب المبحوثين صرحوا بأن حالتهم الصحية هي الدافع لطلب خدمات الرعاية الاجتماعية ويمثلون نسبة 85%. في المقابل نجد اضعف نسبة يمثلها المبحوثين الذين قالوا عكس ذلك وتقدر نسبتهم بـ 15% من مجموع المبحوثين.

نفسر هذا القول والتحليل العلمي للنسب الواردة في الجدول الموضح لأن أغلب المبحوثين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية بسبب حالتهم الصحية والأمراض التي يعانون منها، ولا يجدون نفقات العلاج، خاصة لما علموا أن هذه المشاكل في ضل العوز والحاجة، لجؤوا إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية من أجل تحسين نوعية حياتهم خاصة الصحية هي أولى الأولويات التي يريدها الإنسان، فإن كان الإنسان مهتمش بين أفراد مجتمعه

الأفضل له أن يلجأ لمن يعينه على حل مشاكله ويتكفل به على الوجه اللائق الذي يطمح إليه، وقد وجدوا في هذه الخدمات تحقق لهم الطمأنينة والكرامة.

نستنتج من خلال تحليل معلومات هذا الجدول أن اغلب المبحوثين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية بدافع الظروف الصحية التي كانوا يعانون منها.

الفرضية الثالثة: تراجع دور الأسرة في التكفل بالمسنين دفع بهم إلى طلب

خدمات الرعاية الاجتماعية

جدول رقم 31: يوضح علاقة المسن بأفراد الأسرة.

نوع العلاقة		ك		%	
جيدة		31		16.24	
عادية		45		45	
متوترة	خلافات مادية	44	33	36, 66	75
	خلافات عائلية		09		14.19
	خلافات أخرى		02		4.25
المجموع		120		100	

من خلال بيانات الجدول رقم 31 الذي يوضح علاقة المسن بأفراد الأسرة يتضح لنا أن أكبر نسبة وهي 45. % من مجموع أفراد العينة أجابوا بأن علاقتهم مع أفراد الأسرة عادية، تليها النسبة 36.66% صرحوا أن علاقتهم مع أفراد الأسرة متوترة وفي مقدمة الخلافات المادية أسباب التوتر مع العائلة بنسبة 75. % ثم النسبة 14.19 % إلى خلافات عائلية ثم النسبة 4.25. % في المقابل نجد نسبة 24، 16. % صرحوا أن علاقتهم بأفراد أسرتهم جيدة.

من خلال ما سبق تتجه البيانات إلى أن المسنين لديهم علاقة عادية مع عائلاتهم قد تكون روتينية، وقد توجد بعض الاختلافات لكنها لا تؤثر على العلاقة في حين عدد آخر صرح أن العلاقة تتميز بالتوتر ولمعرفة جوهر الاختلافات صرح المسنون بأن العوز والفاقة أسباب الاختلاف وكذلك الخلافات العائلية لغياب الاستشارة والحوار وكذلك لطبيعة المسنين

من خلال التمسك بآرائهم وكثرة انتقاداتهم، وقد يعود للآثار النفسية نتيجة غياب الدخل والتبعية للعائلة تشعر المسن بالضغط ويظهر في انفعالاته وسرعة غضبه.

جدول رقم 32 : يبين رأي المسنين لمكانته داخل الأسرة بعد بلوغه سن الشيخوخة.

مكانة المسن داخل الأسرة	ك	%
تغيرت	53	52.5
لم تغير	23	19.16
نوعا ما	44	66 ، 36
المجموع	120	100

من خلال الجدول الذي يبين مكانة المسنين الاجتماعية داخل الأسرة بعد بلوغه 60 سنة نجد أن نسبة 52.5 % يرون أن مكانتهم داخل الأسرة تغيرت بعد بلوغهم سن متقدمة في المقابل نجد نسب 19.16% صرحوا أن مكانتهم لم تتغير رغم تقدمهم في السن.

وما نستنتجه من خلال هذه التصريحات أن معظم أفراد العينة تغيرت مكانتهم الاجتماعية، وتحولت إلى الأبناء خاصة بعد بلوغهم سن التقاعد، مما زاد في شعورهم بالوحدة في حين نجد نسبة قليلة صرحوا أن مكانتهم لم تتغير ومن أجل معرفة العوامل التي أدت إلى التغير في مكانتهم الاجتماعية.

جدول رقم 33: يبين طبيعة المشاكل والصعوبات التي تواجه المسنين

العوامل التي أثرت في مكانة المسن	ك	%
تغير في القيم والتقاليد وصعوبة التواصل	20	61، 20
مشاكل مادية	42	43، 29
الحالة الصحية	21	64، 21
غياب الاستشارة	14	43، 14
المجموع	97	100

من خلال بيانات الجدول الذي يبين العوامل التي أدت إلى التغير في مكانة المسنين الاجتماعية داخل الأسرة، تبين أن معظم أفراد العينة يعانون من مشاكل اقتصادية وذلك بنسبة 43.29% تليها نسبة 64، 21% يشكون من الحالة الصحية المتدهورة، وما تخلفه من آثار نفسية إلى القيم نجد نسبة أخرى تقدر بـ 43، 14% يرجعون تغير المكانة إلى تغير القيم والتقاليد وصعوبة الاتصال وفي الأخير نجد نسبة 43، 14% يرجعون إلى تغير المكانة إلى غياب الحوار والاستشارة من طرف أفراد الأسرة وغياب الرفيق.

ومن خلال تحليل هذه البيانات نستنتج أن المبحوثين لديهم مشاكل مادية أدت إلى تحديد المكانة الاجتماعية إذ يرون أن الحاجة والعوز أثر على مكانتهم داخل الأسرة، ويرجعون ذلك إلى الوقت الحاضر بقولهم إن المكانة تتحدد بمقدار ما تملكه من أموال ومدخرات تجلب لك الاحترام ومنهم من يعتبر أن غياب الرفيق السند باعتباره مصدر الدعم والعطف كما يرجع المبحوثين تغير مكانتهم الاجتماعية إلى أخرى نذكر منها الحالة الصحية المتدهورة تغير في القيم والتقليد مقارنة بالماضي وكذلك غياب الحوار

والاستشارة في أمور الأسرة باعتبار المسنين طريقة تفكيرهم تقليدية نمطية لا تواكب التطور إضافة إلى رغبة الأبناء في الاستقلالية.

جدول رقم 34: يبين إذا كانت هناك مشاكل وصعوبات للمسنين مع المحيط الخارجي

رأي المسن	ك	%
نعم	78	65
لا	42	35
المجموع	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم الذي 34 يوضح علاقة المسن مع محيطه الخارجي تبين ان 65% من المبحوثين يواجهون مشاكل مع محيطهم الخارجي، وبالمقابل نجد نسبة 35% لا يواجهون أي مشاكل مع محيطهم الخارجي.

من خلال ماسبق نستنتج أن المسنين يواجهون صعوبات مع البيئة الخارجية تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي، في حين نجد باقي المبحوثين ليس لديهم أي صعوبات. لمعرفة الصعوبات والعوائق التي تؤثر في توافق المسن مع بيئتهم جاءت البيانات كالتالي:

جدول رقم 35: يبين طبيعة المشاكل التي تواجه المسنين مع المحيط الخارجي

طبيعة المشكل	ك	%
الشعور بالعزلة	23	29.48
الفراغ	14	17.94
غياب المرافق	09	11.53
صعوبة التواصل	21	26.92
أخرى	11	14.10
المجموع	78	100

من خلال بيانات الجدول 35 الذي يوضح طبيعة المشاكل التي تواجه المسنين مع المحيط الخارجي نجد اكبر نسبة صرحوا نهم يشعرون بالعزلة بنسبة تقدر 29.48% تليها نسبة 26.92% لديهم مشاكل أو صعوبات في التواصل، وكذلك مشكلات الفراغ بنسبة 17.94% ومن المبحوثين ممن لديهم مشاكل متنوعة كغياب الأصدقاء غياب الثقة بنسبة تقدر بـ 14.10% بالإضافة إلى غياب المرافق المناسبة بنسبة 11.53%.

من خلال البيانات السابقة الذكر غالبية المبحوثين يواجهون مشاكل خارجية وعددهم 78، وفي مقدمة المشاكل الشعور بالعزلة لغياب الاهتمام والرعاية الأزمة مما سبب حالة من الانسحاب والتخلي عن الأدوار الرئيسية وكذلك صعوبات التواصل أو ما يسمى بصراع الأجيال وكذلك مشكلات الفراغ خاصة بعد انقطاع المسن عن العمل وصعوبة تكيفه مع واقع الجديد ومن المشكلات غياب الأصدقاء تغير العادات وبالتالي فان تحقيق الرعاية للمسنين ضرورية من كل الجوانب الصحية والاقتصادية من اجل مساعدة المسنين في التوافق مع بيئتهم.

جدول رقم 36 : يوضح نوعية الرعاية المقدمة من قبل أفراد الأسرة:

نوعية الرعاية داخل الأسرة	ك	%
جيدة	23	19.16
حسنة	53	44.16
سيئة	44	36.66
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 36 والذي يوضح نوعية الرعاية المقدمة للمسنين المبحوثين من قبل أفراد أسرهم تبين لنا أن أكبر نسبة من المبحوثين صرحوا بأن المعاملة حسنة وذلك بنسبة 44.16% من مجموع تليها نسبة 36، 36% من المبحوثين صرحوا ان الرعاية سيئة ويتعرضون للإهمال، في المقابل نجد اضعف نسبة والمقدرة ب19.16% من مجموع المبحوثين صرحا بأن المعاملة جيدة.

نفسر من خلال النسب الممثلة في الجدول أن اغلب المبحوثين كانوا يعاملون معاملة حسنة في أسرهم، تتجه عموماً إلى عدم إنكار الجهود رغم تواضعها، إلا أن الحالة الاقتصادية لأفراد الأسرة ومتطلبات المعيشة تؤثر على نوع الرعاية خاصة كان المسن في حالة صحية سيئة، الشيء الذي يعكس تدهور حالتهم الاجتماعية خاصة لما تعلق الأمر بالمعاملة السيئة من طرف افراد الاسرة، وهذا راجع الى قلة الوعي بحقوق الوالدين، لعدم الإيمان بقيمة الشيخوخة والاتجاه نحو الفر دانية وحب الذات، وقياس كل شيء على أساس الفائدة والضرر وجهلهم بواجبهم تجاه كل الافراد خاصة الوالدين والمقربين، حيث أن الله عز وجل أمر بطاعة الوالدين في أكثر من آية في القرآن الكريم كما دلت الأحاديث وما أكثرها على الخلق الحسن والمعاملة

الحسنة مع الأهل والأقارب، وكل أفراد المجتمع،؟ كما أن ديننا الحنيف يوصي بعدم إيذاء غير المسلمين المسالمين فكيف بمن تجرد من القيم والإنسانية ويلحق الضرر بأقاربه وأهله، وهذا من أخطر المشاكل التي تدفع بأفراد الأسرة الى التنافر وانقسام الأسرة، لذلك كان توجه رأي هؤلاء المسنين الى اختيار خدمات الرعاية الاجتماعية خاصة بعد علمهم بالاحترام والسهر عليهم أفضل من المعاملة داخل أسرهم، وهذه هي طبيعة الإنسان يطمح دوما الى ما هو أفضل.

نستنتج من خلال معطيات هذا الجدول أن اغلب المبحوثين يعاملون معاملة تتجه عموما إلى عدم الكفاية وتتجه أحيانا إلى السلبية. في أسرهم، مما جعلتهم لا يحسون بالراحة والطمأنينة التي يعيشونها، فكانت وجهتهم مراكز الرعاية للاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية.

جدول رقم 37: يوضح العلاقة بين مكانة المسن داخل الأسرة ودورها في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

طلب الرعاية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
تغيرت	53	100.	00	00	53	100
لم تتغير	00	00.	23	100	23	100
نوعا ما	40	90، 90.	4	10.	44	100
المجموع	93	77، 50	27	22، 5	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم يشير الاتجاه العام للجدول أن الغالبية الكبرى تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لغياب الرعاية الأسرية أو عجزها في توفير احتياجات المسن بنسبة 77، 50% وبالمقابل نجد نسبة 22، 5% لم تدفعهم ظروفهم الاجتماعية لطلب الرعاية الاجتماعية بل لدوافع أخرى.

ولمعرفة تأثير المكانة الاجتماعية للمسن داخل الأسرة وتأثيرها على طلبات الرعاية الاجتماعية نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول لم يتأثر في طلب الرعاية الاجتماعية، فكل المبحوثين الذين صرحوا بأن مكانتهم الاجتماعية بعد بلوغ 60 سنة قد تغيرت كلهم تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لتحقيق أهداف الاجتماعية وذلك بنسبة 100% أما من صرحوا بأن المكانة الاجتماعية تغيرت نوعا ما نجد نسبة 90، 90% بطلب الرعاية الاجتماعية لتحقيق أهداف الاجتماعية، وبالمقابل نجد نسبة 100% لـ يتقدموا لطلب الرعاية الاجتماعية لتحقيق أهداف اجتماعية.

نستنتج مما سبق أن المكانة الاجتماعية للمسن داخل الأسرة للمسنين لها تأثير في ازدياد طلبات المسنين نجد أن المسنين الذين صرحوا

أن مكانتهم الاجتماعية تغيرت، صرحوا بأنهم بحاجة إلى خدمات الرعاية لتحسين حالتهم الاجتماعية بطلب الرعاية الاجتماعية لتحسين حالتهم الاجتماعية وتعزيز مكانتهم داخل الأسرة وبالرجوع إلى محددات المكانة الاجتماعية لدى هؤلاء المسنين أغلبيتهم يربطونها بالموارد الاقتصادية أو العائد الاقتصادي. أما المبحوثين الذين راضون عن مكانتهم الاجتماعية داخل الأسرة لم تكن الهدف من الرعاية لصعوبات أو مشاكل اجتماعية أو غياب الاهتمام أو الرعاية داخل الأسرة.

من خلال ما سبق يمكن القول أن للمكانة الاجتماعية للمسن لها تأثير في ازدياد طلبات المسنين، فشعور المسن بالاحترام ودور الأسرة في تلبية حاجياته تغنيه عن طلب الرعاية الاجتماعية.

جدول رقم 38: يوضح العلاقة بين نوع العلاقة داخل الأسرة وطلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

طلب الرعاية نوع العلاقة	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة	04	13	27	87	31	100
عادية	45	100	00	00	45	100
متوترة	44	100	00	3.33	44	100
المجموع	93	77، 50	27	22، 5	120	100

من خلال الجدول رقم 38 الذي يوضح دور نوع العلاقة في الأسرة وعلاقته بازدياد طلبات الرعاية الاجتماعية المسنين نلاحظ الاتجاه العام للجدول غالبية المبحوثين تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لمحدودية

الرعاية الأسرية بنسبة 77، 50% وبالمقابل نجد نسبة 22، 5% لم يتقدموا بطلب الرعاية لمحدودية دور الأسرة في التكفل بالمسنين.

وعند إدخالنا لمتغير نوع العلاقة داخل الأسرة وتأثيرها في طلبات الرعاية الاجتماعية. نجد نسبة 100% ممن صرحوا أن علاقتهم داخل عادية ومتوترة تقدموا بطلب الرعاية، في حين نجد نسبة 87% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية، ن خلال ما سبق نستنتج أن نوع العلاقة داخل الأسرة تؤثر في ازدياد طلبات الرعاية الاجتماعية لتحسين نوعية حياتهم الاقتصادية والصحية والاجتماعية، فالمبحوثين الذين علاقتهم داخل الأسرة عادية أو متوترة تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لتحسن حالتهم الاجتماعية، ويتمثل أساسا في تحقيق الاستقلالية، وتعزيز دور المسن وتجنب الصراعات داخل الأسرة التي تعود أساسا إلى مشاكل مادية. والعكس بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا بان علاقتهم جيدة لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية الرسمية لغياب دور الأسرة لتحسين حالتهم الاجتماعية.

جدول رقم 39: يوضح العلاقة بين الرعاية داخل الأسرة ودوره في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

طلب الرعاية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة	00	00	23	100	23	100
حسنة	49	92، 45	04	7، 54	53	100
سيئة	44	100	00	00	44	100
المجموع	93	77، 50	27	22، 5	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم 39: نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول أن غالبية المبحوثين تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لتراجع أو غياب دور الأسرة أو محدودية الرعاية، وذلك بنسبة 77، 50% وبالمقابل نجد نسبة 22، 5% لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لدوافع اجتماعية.

وعند إدخالنا لمتغير رأي المسن في الرعاية داخل الأسرة ودورها في ازدياد طلبات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين نجد نسبة 100%، ممن صرحوا أن الرعاية داخل الأسرة سيئة تقدموا بطلب الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية، والعكس بالنسبة للمبحوثين ممن صرحوا أن الرعاية داخل الأسرة جيدة لم يتقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية لتراجع دور الأسرة في حين نجد نسبة 92، 45% صرحوا أن الرعاية حسنة قدموا بطلب الرعاية الاجتماعية.

نستنتج مما سبق إن الرعاية داخل الأسرة ورضا المسن عنها كالمعاملة الجيدة والاستشارة داخل الأسرة تساهم في شعور المسن بالرضا، وقد تغنيه اللجوء إلى طلبات الرعاية الاجتماعية والعكس بالنسبة للمبحوثين

الذين صرحوا بأن الرعاية حسنة أو سيئة داخل الأسرة تدفعهم إلى طلبات خدمات الرعاية الاجتماعية كبديل عن دور الأسرة، وتحسن حياته الاجتماعية وتزيده شعوره بنوع من الرعاية والاهتمام فبالرغم من محدودية المنحة إلا أنها لها دلالة على وجود نوع من الرعاية لفائدة هذه الفئة من المجتمع التي تتميز بالتدهور الجسدي وكذلك أثار نفسية واجتماعية تستلزم الرعاية والاهتمام، باعتبار أن الرعاية الاجتماعية مسؤولية الأسرة في تلبية احتياجات المسن خاصة الاجتماعية، وذلك لمواجهة التغير في القيم والتقاليد وتحقيق التوافق والانسجام بين أفراد الأسرة والمسن .

جدول رقم 40: يوضح العلاقة بين الحالة المدنية ودرها في طلب الرعاية الاجتماعية

طلب الرعاية الحالة المدنية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
المتزوجون	42	91، 30	04	8، 69	46	100
الأرامل	39	62، 90	23	37، 09	62	100
المطلقون	09	100	00	00	09	100
الغراب	03	100	00	00	03	100
المجموع	93	77، 50	27	22، 5	120	100

من خلال الجدول رقم 40: تشير البيانات أن الغالبية الكبرى من المبحوثين تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية بنسبة 77، 50% وبالمقابل نجد نسبة 22، 5% لم يتقدموا بطلب الرعاية لأسباب اجتماعية كتراجع دور الأسرة في التكفل بالمسنين.

وعند إدخالنا لمتغير الحالة المدنية للمبحوثين وتأثيره في طلب الرعاية الاجتماعية نجد أن الاتجاه العام لم يتأثر بالحالة المدنية للمبحوثين حيث نجد نسبة 100% من المطلقات ومن العزاب تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية في حين نجد نسبة 91، 30% من المتزوجون تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية ونسب 62، 90% من المبحوثين الأرامل تقدموا بطلب الرعاية الاجتماعية.

نستنتج مما سبق أن الحالة المدنية للمسنين لا تؤثر في التوجه إلى طلب الرعاية الاجتماعية، فحاجة المسن الاقتصادية لمواجهة احتياجات الأسرة في ظل تغيرات اجتماعية خاصة في القيم والتقاليد التي تؤثر بطريقة مباشرة على دور المسن خاصة الانتقال والتحول الاقتصادي. زاد في عزلة المسنين خاصة أن معظم المسنين يعانون الأمية، وانعدام الدخل الكافي تدفعهم إلى طلب الرعاية الاجتماعية من أجل تحسين نوعية حياتهم.

جدول رقم 41: يوضح العلاقة بين دور الرعاية السند داخل الأسرة

طلب الرعاية السند	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	00	00	02	00	02	100
لا	20	100	00	00	20	100
نوعا ما	86	87.75	12	12.24	98	100
المجموع	106	88.33	14	11.66	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم : 41 والذي يوضح المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية وعلاقتهم بالسند الذي يتلقوه من طرف أفراد أسرهم، حيث تبين أن اغلب المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية لمساعدتهم على حل مشاكلهم حيث تبين أن اغلب المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية الاجتماعية صرحوا بأنهم لا يتلقون السند من طرف أسرهم وذلك بنسبة 100%، بالمقابل نجد اصغر نسبة من المبحوثين الذين لم يطلبوا خدمات الرعاية هم الذين يتلقون السند من طرف أسرهم وذلك بنسبة 10% نفسر في ضوء تحليل هذه النتائج يبين الجدول أن هناك علاقة بين طلب خدمات الرعاية الاجتماعية والسند المقدم من طرف الأسرة، حيث أن اغلب المبحوثين الذين طلبوا خدمات الرعاية هم الذين ليتلقون أي سند من طرف أسرهم على عكس المبحوثين الذين يتلقون السند لم يطلبوا خدمات الرعاية مما يبين أن الحاجة هي الدافع للطلب، أي أن المسنين الذين كانوا محرومين من السند الاجتماعي من رعاية واهتمام

دفعتهم إلى طلب العون والمساعدة من السلطات يعينهم على مشاكلهم اليومية من عوز وفقر وقلة الدعم والمساندة من طرف الأسرة، على العكس المبحوثين الذين يتلقون السند والرعاية داخل الأسرة لم يلجؤوا إلى طلب خدمات الرعاية.

باعتبار أن أفراد الأسرة هم الأقرب إلى المسن وهم الأرى باحتياجاته الضرورية للعيش في كرامة واستقرار.

الفرضية الرابعة: لقد ساهمت المنحة والتغطية الصحية في تحسين حياة المسن الاقتصادية والاجتماعية والصحية.

من خلال ما سبق ومن اجل معرفة رأي المبحوثين بعد استفادتهم من أساليب الرعاية الاجتماعية، والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية وانعكاساتها على حياتهم الاقتصادية والاجتماعية والاقتصادية جاءت النتائج موزعة كالآتي:

جدول رقم 42: يوضح طريقة الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية.

الاستفادة من الرعاية	ك	%
تكوين ملف إداري	83	69.16
زيارة لجنة متخصصة	08	06.66
أخرى	19	15.83
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 42: تبين لنا أن أكبر نسبة يمثلها المبحوثين الذين صرحوا بأن طريقة استفادتهم من خدمات الرعاية الاجتماعية كانت بتكوين ملف إداري وتقدر هذه النسبة ب 69.16%، في المقابل نجد أضعف نسبة من مجموع المبحوثين المسنين تمثلها الفئة التي صرحت بأن طريقة استفادتهم من خدمات الرعاية الاجتماعية عن طريق زيارة لجنة مختصة ويمثلون نسبة 06.66%، من مجموع المبحوثين.

نفسر ما جاء في الجدول الموضح أعلاه أن أغلبية المبحوثين المسنين استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية عن طريق طلب وذلك بتكوين ملف إداري مما يعني أنهم كانوا في أمس الحاجة الى رعاية خاصة، وكانت طلباتهم بمحض إرادتهم، بالإضافة الى أنهم كانوا على علم بنوعية الخدمات

المقدمة في هذه المراكز، ويمكن القول أن المسنين المبحوثين كانوا يستفسرون على نوع الخدمات المقدمة وطريقة الاهتمام بهم، بذلك أرادوا الاستفادة من خدمات الرعاية الرسمية بطلب منهم وبتكوين ملف خاص وتسوية وضعية قانونية تتلاءم وطبيعة قانون هذه المؤسسات، أما المسنين الذين صرحوا بأنهم قد استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية بعد توعيتهم من طرف لجنة مختصة بينت لهم مزايا خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة من طرف الدولة، وأن أغلبية هؤلاء المبحوثين طاعنين في السن بالإضافة إلى أنهم يعانون من أمراض ملازمة لهم يحتاجون في كل وقت إلى رعاية خاصة، وطبيعة هذه اللجان مألوفة، كذلك عندما تقوم اللجان الخاصة بهذه المؤسسات بالبحث عن المشردين ونقلهم إلى مثل هذه المراكز وهذا مؤلوف في بلادنا حيث إننا نلاحظ دائما مسنين ينامون على رصف الطرقات فتقوم مثل هذه اللجان بنقلهم قصد حمايتهم من الظروف القاسية التي يتعرضون لها في الشارع، وهذا عمل إنساني يرسى في أفراد المجتمع حب التكافل بين أفرادهم.

نستنتج من خلال تحليل معطيات هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين المسنين قد استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية عن طريق تكوين ملف وبطلب منهم باعتبارهم يرون راحتهم وصون كرامتهم في استفادتهم من خدمات هذه الرعاية الاجتماعية ضرورية من أجل تحسين نوعية حياتهم .

جدول رقم 43 : يبين تعامل أفراد المؤسسة مع المسنين:

تعامل المؤسسة مع المسنين	ك	%
جيدة	41	34.16
حسنة	28	23.33
سيئة	13	10.83
عادية	38	31.66
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات هذا الجدول الذي يوضح تعامل المؤسسة مع المسنين المبحوثين حيث أن أغلبية المبحوثين صرحوا بأن التعامل جيد ولائق وذلك بنسبة 34,16 %، تليها نسبة 31.66% من مجموع المبحوثين صرحوا بأن المعاملة في مؤسسة الرعاية الاجتماعية عادية، وفي المقابل نجد 23.33% من مجموع المبحوثين قالوا بأن المعاملة حسنة، وفي الأخير نجد اضعف نسبة يمثلها المبحوثين الذين يرون بأن المعاملة سيئة وتقدر نسبتهم 10.83% من مجموع المبحوثين.

نفسر معطيات هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين يؤكدون على أن المعاملة داخل المركز معاملة نالت إعجابهم، وهم يحسون بالراحة التي كانوا يبحثون عنها وهذه المعاملة الحسنة واللائقة لم تأتي من فراغ بل راجعة الى الدور التحسيسى الذي تلعبه منظمات حقوق الإنسان والحاحها بضرورة التكفل بالمسنين باعتبارهم شباب الأمس الذي كان يخدم ويؤدي واجباته، وناضلوا من اجل حياة كريمة، لابد من الاهتمام بهم، وهذه هي الغاية من انجاز هذه المؤسسات هو تقديم المساعدة والعون لهذه الشريحة والتكفل بهم

على أحسن وجه، مما يرسى الطابع الإنساني بين أفراد المجتمع، كما أن الخدمات النوعية المقدمة تعتبر تقدماً أخلاقياً وازدهاراً حضارياً تطمح إليه كل شرائح المجتمع، لأن شعار كل إنسان الحياة الكريمة.

نستنتج من خلال تحليل معطيات هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين المسنين الذين يعيشون في هذه المراكز الخاصة برعاية المسنين يرون أن التعامل معهم داخل المؤسسة جيدة ولائقة وملائمة لما كانوا يبحثون عنه من خدمات مريحة واهتمام بهم.

جدول رقم 44: يبين المدة التي قضاها المبحوثين للاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية.

الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية	ك	%
مباشرة	53	44.16
بعد مدة زمنية	67	55.83
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 44 والذي يوضح المدة الزمنية التي قضاها المبحوث للاستفادة من خدمات مؤسسة الرعاية الاجتماعية، حيث نجد أكبر نسبة من المبحوثين صرحوا بأنهم استفادوا بطريقة بعد مدة زمنية وذلك بنسبة 55.83% تليها نسبة 44.16% من مجموع المبحوثين صرحوا بأنهم استفادوا مباشرة من هذه الخدمات.

ولمعرفة أسباب الاستفادة وكيفية الاستفادة كان لابد من الاتصال بالمسؤول المباشر على هذا البرنامج وهو التقني السامي على مستوى البلدية المكلف بتسيير ملفات المسنين وارجع سبب التأخر في الاستفادة من المنحة إلى:

1 - محدودية الحصة المخصصة لهذه الفئة

2 الطلبات الكثيرة المقدمة للاستفادة من المنحة والتغطية الصحية

ومن خلال المقابلة تبين شعار ما يسمى المعرفة أو التوصيات ساهمت في عرقلة السير الحسن لدراسة هذه الملفات، في حين نجد أن سبة 44، 16 % استفادوا مباشرة من المنحة والتغطية الصحية مباشرة.

نستنتج ما سبق أن أغلب المستفيدين من المنحة والتغطية الصحية استفادوا من المنحة والتغطية الصحية بعد مدة زمنية وهذا قد يحد من الآثار المرجوة من الرعاية الاجتماعية، باعتبار أن أغليتهم يعانون من مشاكل اقتصادية واجتماعية وصحية تستدعي التكفل العاجل لتحسين وضعيتهم .

جدول رقم 45: يوضح قيم المنحة المقدمة للمسنين المبحوثين وعلاقتها

بالاكتفاء لتلبية الحاجيات الضرورية

المنحة	ك	%
مناسبة	18	15
غير مناسبة	16	13.33
نوعا ما	86	71.66
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول رقم 45، الذي يوضح قيمة المنحة وتناسبها مع الاحتياجات التي تتطلبها الحياة اليومية للمسن تبين لنا أن أغلب المبحوثين صرحوا بان قيمة المنحة كافية نوعا ما وذلك بنسبة 71.66 % من مجموع المبحوثين، فيما نجد اضعف نسبة يمثلها المبحوثين الذين قالوا بان المنحة لا تلبى حاجياتهم وغير كافية وذلك بنسبة 13.33 % .

كما أننا نجد أن أغلبية المبحوثين قالوا بأن القيمة مناسبة وكافية بنسبة 15% من مجموع المبحوثين.

نفسر من خلال ما ورد في الجدول الموضح أن أغلبية المبحوثين راضون عن قيمة المنحة رغم قلتها، وإنها تلبي متطلباتهم نوعاً ما من تغطية صحية وتلبية بعض الحاجيات الضرورية، وهذا يبين أن المبحوثين مرتاحين من الناحية النفسية خاصة لما أصبح لهم مدخول منظم ومتداول كل مرحلة زمنية، هذا يعتبر عامل نفسي مهم له آثار إيجابية على نفسية المسنين، خاصة لما علمنا أن بعض المبحوثين كانوا يلجأون إلى الأعمال الشاقة بعد تقدمهم في السن، الآن أصبحت المنحة تغطي بعض احتياجاتهم وتشعرهم بالاستقلالية عن الآخرين، وهذه المنحة قد حسنت مستوى الكثير من المسنين وتركزت لهم باب الأمل مفتوح في مزايا أخرى مثل العلاج المجاني وفتح دور الكفالة للمسنين وغيرها من اللفتات التي ترسي الاهتمام البالغ لهذه الفئة.

نستنتج مما ورد في الجدول أن أغلب المبحوثين قالوا بأن قيمة المنحة كافية نوعاً ما لتغطية بعض الاحتياجات الضرورية مع قلتها، وإنها تركتهم يعيشون استقلالية ونوع من الكرامة الإنسانية في استغنائهم عن الغير.

جدول رقم 46: يبين العلاقة بين المكانة الاجتماعية داخل الأسرة ودور الرعاية المقدمة للمسنين في تحسين وضعيتهم الاجتماعية.

الرعاية المكانة	ساهمت		لم تساهم		نوع ما		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تغيرت	40	75.47	13	11	21	39.62	53	100
لم تتغير	23	100	00	00	00	9.52	23	100
نوعا ما	34	77.27	00	9.16	10	22.72	44	100
المجموع	76	63.33	13	10.83	31	25.83	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم 46، نلاحظ الاتجاه العام للجدول أكثر من نصف المبحوثين صرحوا أن الرعاية الاجتماعية المقدمة والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية ساهمت في تحسين نوعية حياتهم من الناحية الاجتماعية، فأعطت للمسن شعور بوجود الدعم والاهتمام. بنسبة 33، 63% مقابل 10، 83% صرحوا أن بالرغم من استفادتهم من الرعاية الاجتماعية لم تساهم في تحسين مكانتهم الاجتماعية.

وعند إدخالنا لمتغير المكانة الاجتماعية للمسن قبل الاستفادة من الرعاية الاجتماعية ودورها في المساهمة في تحسين وضعيتهم الاجتماعية نجد أن المسنين الذين صرحوا أن مكانتهم الاجتماعية لم تتغير صرحوا أن الرعاية المقدمة ساهمت في تحسين الحالة الاجتماعية بنسبة 100%، في حين نجد أن المسنين الذين صرحوا أن مكانتهم الاجتماعية تغيرت نوعا ما صرحوا أن أغليبيتهم بان المنحة ساهمت في تحسين حالتهم الاجتماعية وبالمقابل نجد نسبة ممن صرحوا أن نسبة 75.47% صرحوا إن مكانتهم الاجتماعية تغيرت بعد بلوغ 60 % سنة صرحوا أن استفادتهم

من الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية ساهمت فيه تحسين مكانتهم الاجتماعية من خلال شعورهم بالاستقلالية والاهتمام، وبالرجوع إلى محددات المكانة الاجتماعية لدى هؤلاء المسنين أغلبيتهم يربطونها بالموارد الاقتصادية أو العائد الاقتصادي.

نستنتج مما سبق إن الرعاية الاجتماعية المتمثلة في المنحة والتغطية الصحية ساهمت في تحسين مكانة المسنين الاجتماعية وأعطتهم الأمل بمستقبل أفضل.

جدول رقم 47: يوضح العلاقة بين الحالة الصحية ودور الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم من الناحية الصحية

الرعاية		ساهمت		لم تساهم		نوعاً ما		المجموع	
الحالة الصحية		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة		18	100	00	00	00	00	18	100
حسنة		35	100	00	00	00	00	35	100
سيئة		57	85.07	02	98.02	08	11.94	67	100
المجموع		110	92.5	02	66.01	08	66.06	120	100

من خلال بيانات الجدول رقم 47 الذي يوضح العلاقة بين الحالة الصحية للمبحوثين قبل الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية ودور التغطية الصحية والمنحة في تحسين حالتهم الصحية، تتجه البيانات إلى أن أغلبية المبحوثين صرحوا أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالتهم الصحية وذلك بنسبة 92,5% ، مقابل نجد نسبة 66، 6 % صرحوا أن الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية لم تساهم في

تحسين حالتهم الصحية بعد الاستفادة منها تليها نسبة 66، 01% صرحوا أن الرعاية المقدمة ساهمت نوعاً ما في تحسين نوعية حياتهم الصحية. وعند إدخالنا للحالة الصحية للمبحوثين قبل الاستفادة من الرعاية الاجتماعية نجد أن المبحوثين الذين هم في حالة صحية جيدة ساهمت التغطية الصحية والمنحة في تحسين حالتهم الصحية من خلال شعورهم بالرضا والاهتمام والاستقلالية وذلك بنسبة 100% ونفس النتائج للمبحوثين الذين صرحوا أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالتهم من الأحسن إلى الأحسن من خلال ما توفره من مجانية العلاج وسهولة الاستعمال، ونجد نسبة 85.07% من المبحوثين ممن صرحوا أن حالتهم الصحية سيئة صرحوا أن الرعاية ساهمت في تحسين حالتهم الصحية وضمان المتابعة الطبية ومساعدة أفراد الأسرة.

نفسر في ضوء ما تبين من خلال تحليل معطيات الجدول الذي يبين قيمة المنحة والتغطية الصحية وعلاقتها بالحالة الصحية للمسنين المبحوثين قبل الاستفادة، حيث أننا وجدنا أن أغلب المبحوثين راضون عن قيمة المنحة والرعاية الصحية، وقالوا بأنها لبت بعض الحاجيات مثل التغطية الصحية لأن المسن يستفيد من المنحة ويستفيد من مزايا العلاج المجاني والدواء المدعم من طرف لدولة وهذا حقق جانب كبير من الراحة النفسية، لأن المبحوثين كانوا معدومين من حيث القيمة الاقتصادية التي يحتاجها الإنسان العادي في حياته، وبعد استفادتهم أحسوا بأن هناك تغيير في حياتهم، ربما نحن نرى أن قيمة المنحة لا تعني شيء، لكن على العكس بالنسبة للكبار الذين كانوا لا يملكون شيء ثم يستفيدون من خدمات ومنح، حقيقة جعلتهم يشعرون بحياة أفضل وأحسن مما كانوا عليها في الماضي.

نستنتج من خلال ما تبين في الجدول من استقرار وتحليل للنسب أن أغلب لمبحوثين راضون عن دور المنحة والتغطية الصحية في تحسين حالتهم الصحية وأنها لبت لهم بعض الحاجيات لضرورية وخاصة التغطية الصحية من كالعلاج، بذلك حسنت خدمات الرعاية من تحسين حالتهم النفسية والصحية والاجتماعية.

جدول رقم 48: يوضح العلاقة بين دور الرعاية الاجتماعية ونوعية العلاقة داخل الأسرة

دور الرعاية		ساهمت		لم تساهم		نوعا ما		المجموع
علاقة داخل الأسرة		ك	%	ك	%	ك	%	ك
جيدة		31	100	00	00	00	00	31
متوترة		14	31، 18	08	18.18	22	50	44
عادية		31	44، 44	05	11، 11	09	20	45
المجموع		76	63.33	13	10.83	31	25.83	120

من خلال معطيات الجدول تشير البيانات إلى أن الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين ساهمت في تحسين وضعيتهم الاجتماعية داخل الأسرة وذلك بنسبة 63.33%، في نجد نسبة 83، 10 % صرحوا بأن الرعاية الاجتماعية لم تساهم في تحسين نوعية حياتهم

وعند إدخالنا لمتغير طبيعة العلاقة بين أفراد الأسرة ومدى مساهمة الرعاية الاجتماعية في تحسين حياتهم الاجتماعية بمساعدة المسنين تبين أن أكبر نسبة يمثلها المبحوثين الذين قالوا بأن خدمات الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين معيشتهم وهم الذين علاقتهم جيدة مع أفراد الأسرة وذلك بنسبه 100 %، بالمقابل نجد اصغر نسبة يمثلها المبحوثين الذين صرحوا

أن الرعاية الاجتماعية لم تساهم في تحسين علاقتهم بأفراد الأسرة قالوا بان
علاقتهم بأفراد الأسرة متوترة وذلك بنسبة 31، 18. %

نفسر في ضوء هذه النتائج أن طبيعة العلاقة داخل الأسرة أثرت
على حياة المسنين من الناحية الاجتماعية حيث أن خدمات الرعاية
الاجتماعية كان لها دور أساسي في تغيير وضعيتهم بل ساهمت في تحسين
معيشة المسنين الذين علاقتهم بأفراد أسرهم جيدة، والعكس بالنسبة للذين
يعانون من علاقات متوترة داخل الأسرة فإنهم لم يرون أن خدمات الرعاية
الاجتماعية كافية لإسعادهم ما دامت العلاقة داخل الأسرة متوترة وهذا يدل
على أن الحالة النفسية والاستقرار النفسي داخل الأسرة له يكمل دور الرعاية
الاجتماعية وتنعكس على وضعيته داخل الأسرة ايجابيا والعكس بالنسبة
للأشخاص الذين علاقتهم بأفراد الأسرة متوترة ومضطربة لا تؤدي الرعاية
الرسمية النتائج المرجوة منها.

نستنتج مما سبق أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين الحالة
الاجتماعية للمبحوثين الذين لهم علاقة جيدة داخل أسرهم.

جدول رقم 49: يبين دور الخدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين في تحسين الوضعية الاجتماعية للمسنين.

المجموع		نوعا ما		لم تساهم				ساهمت				الرعاية نوع الحالة
%	ك	%	ك	%	ك	لماذا	ك	%	ك	كيف	ك	
		25.83	31	100	13	القيمة غير كافية	13	32.89	25	الاستقلالية	76	الحالة الاجتماعية
100	120			00	00	طريقة الاستفادة		59.21	45	المكانة		
				00	00	أخرى		7.89	06	أخرى		
100	120			10.83	13		13		76	63.33	76	المجموع

من خلال بيانات الجدول تشير إلى أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حياة المسن الاجتماعية وذلك بنسبة 63.33% سواء داخل الأسرة أو خارجها، حيث ساهمت في تعزيز المكانة الاجتماعية داخل الأسرة بنسبة 59.21% وتحقيق الاستقلالية بنسبة 32.89% ونسبة أخرى صرحوا أنها ساهمت في حفظ كرامة المسنين ومساعدتهم تقدر بـ 7.89% وبالمقابل نجد من المبحوثين ممن صرحوا أن الرعاية الاجتماعية ساهمت نوع ما في تحسين حالتهم الاجتماعية وذلك بنسبة 25.83% بالمقابل نجد نسبة 10.83% صرحوا أن خدمات الرعاية الاجتماعية لم تساهم في تحسين حياة المسن الاجتماعية، وبالرجوع إلى الأسباب صرحوا كلهم أن قيمة المنحة غير كافية لتلبية كل الحاجيات .

في ضوء مما سبق تأكد هذه النتائج دور خدمات الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الصحية لمواجهة المشاكل اليومية التي يتعرض لها المسنون سواء داخل الأسرة من خلال العلاقات المتوترة داخل الأسرة، وكذلك غياب الحوار والاستشارة للمسن بالإضافة إلى العزلة كلها عوامل أدت إلى تدهور مكانة المسن الاجتماعية وبالتالي فالرعاية الاجتماعية الرسمية تهدف إلى إعادة المسن للتكيف مع مجتمعه، وهذا ما تعكسه البيانات في الجدول المذكور أعلاه حيث ساهمت المنحة الرعاية الاجتماعية في تحسين حالة المسن من خلال تعزيز مكانته داخل الأسرة، وكذلك الاستقلالية والاستغناء عن الآخرين وتحقيق الكرامة بالرغم من رمزية المنحة ألا أن المبحوثين عبروا عن تفاؤلهم وفتح لهم باب الأمل بالمقابل صرح باقي المبحوثين بأنه لم تساهم في تحسين حالتهم الاجتماعية ويرجعون ذلك إلى إن المنحة غير كافية لمواجهة حجم المشاكل اليومية ومتطلبات المعيشة.

نستنتج مما أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين الحالة الاجتماعية وتحقيق المكانة والاستقلالية وحفظ كرامتهم وزادتهم شعور بالرضي والراحة النفسية.

جدول رقم 50: يبين دور الرعاية الاجتماعية في تحسين حياة المسنين الاقتصادية

المجموع		نوعا ما		لم تساهم				ساهمت				الرعاية نوع الحالة
				%	ك	لماذا	ك	%	ك	كيف	ك	
				100	31	القيمة غير كافية		44.44	16	الاستقلالية		الحالة الاقتصادية
100	120	44.16	53	00	00	طريقة الاستفادة	31	33.33	12	المكانة	36	
				00	00	أخرى		22.22	08	أخرى		
100	120			25.83	31			30	36		36	المجموع

من خلال بيانات الجدول تشير إلى الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالة المسن الاقتصادية نوعا ما بنسبة 44.16% تليها نسبة 30% صرحوا لان الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالتهم الاقتصادية وقد حققت لهم الاستقلالية بنسبة 44.44% وتحقيق الاستقلالية بنسبة 33.33%، وكذلك تحقيق الكرامة وبالمقابل نجد نسبة 25.83% صرحوا أن الرعاية الاجتماعية لم تساهم في تحسين حالتهم الاقتصادية ويرجعون ذلك أساسا إلى قيمة المنحة غير الكافية.

ومن خلال ما سبق تفسر هذه المعطيات محدودية الرعاية الاجتماعية من الناحية الاقتصادية فمن خلال البيانات المذكورة فمعظم أفراد العينة غير راضون على قيمة المنحة والمقدرة ب3000 دج نظرا لظروفهم المعيشية الصعبة ومنهم ما يضطر إلى العمل المأجور الشاق لتغطية النفقات، ومساعدة الأسرة وبعض الجمعيات وفي المقابل نجد نسبة

30% صرحوا أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حياتهم الاقتصادية من خلال تغطية بعض النفقات، وكذلك حققت لهم نوع من الاستقلالية عن الآخرين وتعزيز المكانة الاجتماعية وحفظ الكرامة، وهذا يرجع إلى وجود السند داخل الأسرة من طرف أفراد العائلة أو خارجها من طرف الأقارب أو الأصدقاء وهذا لطبيعة المجتمع الذي يتميز بالتضامن بين أفرادهم وتقديم المساعدة خاصة لكبار السن وذوي الاحتياجات.

نستنتج مما سبق أن الرعاية الاجتماعية ساهمت إلى نوع ما في تحسين حالة المسن من الناحية الاقتصادية نظرا لطبيعة المنحة المتواضعة، إلا أن رمزيته واستلامها من طرف المسن كل شهر أعطت المسن نوع من الرضا.

جدول رقم 51: يبين دور الرعاية الاجتماعية في تحسين حالة المسن من الناحية الصحية

دور الرعاية الحالة		ساهمت		لم تساهم				نوعا ما		المجموع	
ك	كيف	ك	%	ك	لماذا	ك	%	ك	%	ك	%
الحالة الصحية	الاستقلالية	58	52.72	02	القيمة غير كافية	02	100	08	6.66	120	100
	المكانة	34	30.90		طريقة الاستفادة	00	00				
	أخرى	18	16.36		أخرى	00	00				
المجموع		110	91.16	02		02	1.66			120	100

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول إلى أن 91.16% من المبحوثين ساهمت الرعاية الاجتماعية في تحسين حالتهم الصحية وبالمقابل نجد نسبة 1.66% لم تساهم الرعاية الاجتماعية في تحسين حياتهم الصحية.

تفسر هذه النتائج دور الرعاية الاجتماعية في تحسين حياة المسنين من الناحية الصحية، حيث ذكرنا أن أغلبية المسنين يعانون من أمراض المزمنة وعددهم 98 من مجموع العينة تتطلب علاج دائم وهذا ما توفره التغطية الصحية وخاصة بطاقة الشفاء المستحدثة أخيرا ساهمت في تحسين حالة المسنين من الناحية الصحية، وحققت لهم الاستقلالية في طلب المساعدة من الآخرين وانعكس ذلك على مكانتهم داخل الأسرة وكذلك الراحة النفسية وشعور بالرضى.

نستنتج مما سبق أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالة المسن من الناحية الصحية وحققت لهم الاستقلالية والمكانة وكذلك الراحة النفسية.

جدول رقم 52: يوضح رأي المبحوث في خدمات الرعاية الاجتماعية إذا كانت ضرورية في تحسين نوعية الحياة.

رأي المبحوثين	ك	%
الرعاية ضرورية	117	97.5
غير ضرورية	03	02.5
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات الجدول الذي يوضح رأي المبحوثين في خدمات الرعاية الاجتماعية هل هي ضرورية أم غير ضرورية، تبين أن أغلب المبحوثين وبنسبة كبيرة تقدر ب 97.5% قالوا بان خدمات الرعاية

الاجتماعية ضرورية لتحسين الحياة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية للمسنين، في المقابل نجد نسبة 02.5% من مجموع المبحوثين قالوا بان خدمات الرعاية غير ضرورية.

نفسر هذه النتائج أن اغلب المبحوثين صرحوا بان خدمات الرعاية الاجتماعية ضرورية لتحسين حياة المسن من كل الجوانب، النفسية والصحية والاجتماعية حيث أن المسن والذي ليس له أي دخل ويعامل معاملة قاسية من طرف فراد أسرته تتميز بالتهميش واللامبالاة بالضرورة يقول بأنها ضرورية هذه الخدمات لأنها حققت له ما لم يتحقق له بين أفراد أسرته وأهله وأقاربه، كذلك أن كان يرى بعض فراد المجتمع أن التسول يحفظ الكرامة أفضل من الانحناء لأفراد أسرته فكيف بالذي تكون له منحة محترمة المطلب والمصدر، إما القلة القليلة التي قالت من بين المبحوثين أن خدمات الرعاية ليست ضرورية، ربما أحسوا بأنها نوع من الإهانة لقلة قيمتها،؟ حيث أن البعض يقارن بين ما يأخذه من هذه الخدمات مع قيمة ما يأخذه الموظف وهذه ليست من باب العدالة منحة الرعاية تعتبر تضامنا وليست راتب مقابل عمل.

نستنتج من خلال دراسة نسب هذا الجدول أن اغلب المبحوثين وبنسبة 97% من مجموع المبحوثين يرون بضرورة خدمات الرعاية الاجتماعية لما لها من أثر ايجابي في تحسين حالة المسنين الاجتماعية والنفسية والاقتصادية.

جدول رقم 53 يوضح: خدمات الرعاية الاجتماعية تكمل أو بديل لدور الأسرة.

خدمات الرعاية	ك	%
تكمل دور الأسرة	104	86.67
سبديلا لدور الأسرة	16	13.33
المجموع	120	100

من خلال تحليل معطيات هذا الجدول، تبين لنا أن اغلب المبحوثين صرحوا بأن خدمات الرعاية الاجتماعية تكمل لدور الأسرة وذلك بنسبة 86.67%، في المقابل نجد نسبة 13.33% من مجموع المبحوثين صرحوا بأن خدمات الرعاية الاجتماعية تعتبر بديلا لدور الأسرة.

نفسر قول أغلبية المبحوثين أن خدمات الرعاية الاجتماعية تكمل دور الأسرة لان المسن لم يكن معدوم في أسرته إنما كان يعاني من التهميش، ربما لقلّة الدخل وسوء الحال الاقتصادية لأسرته، وبعد ما استفاد من هذه الخدمات تحسنت حالته الاقتصادية ولم يبق عبئا على أبنائه وأهله ربما هم يعانون أكثر من معاناته، وبعد حوله على هذه المنحة مع لقليل من الرعاية من طرف أسرته تحسن شعوره بالاستقلالية والحرية في التصرف، على عكس المبحوثين الذين قالوا بان الخدمات المقدمة تعتبر بديل للأسرة بالنسبة لهم، ربما هذه الفئة كانت تعاني التهميش مع قدرة الأبناء والأهل على النفقة، لكن تعسفا وتهميشا مقصودا دفعهم إلى اللامبالاة به، بذلك ترى هذه الفئة من المبحوثين أن الرعاية تعتبر لديهم بديل للأسرة.

نستنتج من خلال تحليل معطيات هذا الجدول بأن خدمات لرعاية الاجتماعية تكمل الدور الذي تلعبه الأسرة في رعاية الكبار، هذا في رأي المبحوثين.

جدول رقم 54: يوضح الاقتراحات التي يراها المبحوثين أفضل لتحسين خدمات الرعاية الاجتماعية.

الاقتراحات	ك	%
الرفع من قيمة المنحة	120	65.57
انجاز مراكز خاصة لعلاجهم وراحتهم	63	34.43
المجموع	183	100

من خلال تحليل نتائج الجدول والذي يمثل اقتراحات المبحوثين من اجل حياة المسنين، تبين لنا أن أكبر نسبة من المبحوثين قالوا بأن الرفع من قيمة المنحة هو الحل الأمثل لتحسين حالة المسنين وذلك بنسبة 100%، أما بالنسبة لتعدد الاقتراحات فكانت النسبة 65.57% والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 34.43% من مجموع المبحوثين الذين أضافوا إلى اقتراح رفع قيمة المنحة قالوا لا بد من انجاز مراكز خاصة للراحة والعلاج والرعاية للمسنين.

نفسر ما ورد في الجدول من أن كل المبحوثين يرون بأنه لا بد من رفع قيمة المنحة من اجل تحسين الخدمات المقدمة، كما بينوا أن المنحة لا بد أن تدعم بمراكز خاصة لحماية المسنين للعلاج والراحة والرعاية، ولأن الدخل كلما كان مرتفع تحسن المستوى المعيشي ليس قط للمسن بل لكل أفراد المجتمع فان رفع قيمة المنحة يعطي حلول كبيرة وكثيرة لمشاكل التي يتخبط فيها المسن بشكل خاص، وكل أفراد المجتمع بشكل عام، لان المال هو الوسيلة الوحيدة التي باتت هاجس لكل شخص.

لأن كل الأفراد يعلمون بأن العامل المادي يقضي على الكثير من المشاكل والظواهر السلبية التي نراها، والمتفشية في المجتمع بشكل فاق الخطورة.

نستنتج مما ورد في الجدول أن كل المبحوثين يقترحون أن رفع قيمة المنحة يحسن من حياة المسنين، كذلك بناء مراكز خاصة للرعاية والعلاج تحسن من حياة المسنين.

ثانياً:

نتائج الدراسة

تمهيد:

في كل دراسة وفي نهاية البحث، يخلص الباحث إلى استنتاج عام يوضح من خلاله نتائج بحثه، بحيث تعتبر هذه النتائج بمثابة حوصلة موجزة للبحث ككل، ونحن في هذه الدراسة وبعد مراحل البحث المتعددة التي مرينا بها، وصلنا إلى هذه المرحلة من الدراسة من أجل عرض أهم نتائج التي توصلنا إليها وهي كالآتي:

يعاني المسنين من مشاكل اقتصادية تدفعهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية والمتمثلة في المنحة والتغطية الصحية.

أظهرت نتائج الدراسة أن المسنين يعانون من مشاكل اقتصادية واجتماعية صحية تدفع بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية لتحسين نوعية حياتهم، أما فيما يتعلق بترتيب المشكلات من خلال تحليل الجداول التي تخص الفرضيات فقد تبين ما يلي:

المشكلات الاقتصادية: من خلال تحليل البيانات تبين أن كل المبحوثين الذين عملوا قبل سن التقاعد لم يستفيدوا من مزايا التقاعد والممثل في التقاعد و الضمان الاجتماعي فالبرعم من التضحية والعطاء، إلا أن المسنين المبحوثين الذين أجرينا معهم مقابلة صرحوا بأنهم لم يستفيدوا من مزايا العمل إما لهضم حقوقهم أو استغلالهم من طرف أرباب العمل أو لجهلهم بحقوقهم القانونية خاصة، لما علمنا أن اغلب أفراد العينة أميين لا يقرؤون ولا يكتبون وهذا ما يبينه الجدول رقم 03، في حين نجد إن المبحوثين يمثلون 100% لم يستفيدوا من مزايا العمل أي ليس لهم أي معاشات، فالبرعم لعملهم سنوات عمرهم في اعمال شاقة كالبناء والفلاحة وأعمال حرة إلا أنهم إلا أنها لم تضمن لهم العيش الكريم بعد التقاعد وذهبت تضحياتهم دون جدوى في غياب آليات تمكنهم الاستفادة من التقاعد.

واضطر بعضهم إلى العمل بعد الستين سنة، أي السن الذي يحتاج فيه الإنسان إلى راحة وهو سن معروف بـسن التقاعد، ويؤكد صحة هذا القول الجدول رقم 12 والذي يبين أن نسبة 33.33% من المبحوثين المسنين كانوا يمارسون أعمال شاقة، عند خواص في مجال الفلاحة والبناء. فعمل بعد الستين سنة أعمال شاقة لتغطية النفقات وتلبية الحاجيات الأساسية أما من جهة الاكتفاء لتلبية الحاجيات الضرورية لمتطلبات الحياة نجد أن المبحوثين أكدوا أنهم لا يقدرّون على التكفل بالمتطلبات الضرورية، وهذا ما يبينه الجدول رقم 13 وتقدر نسبة المبحوثين بـ98%. وفي غياب السند الكافي من طرف العائلة.

من خلال استقراء معطيات الجداول تبين لنا أن المبحوثين يعانون من مشاكل عديدة مثل الجهل والأمية والفقر، وكذلك التهميش من طرف أسرهم أدى بهم إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية أملاً في تحسين وضعهم الصعب.

نستنتج من خلال تحليل معطيات السابقة الذي يبين أن الأزمات الاقتصادية وقلة النفقات الضرورية هي التي دفعت بالمبحوثين إلى طلب الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية المتمثلة في المنحة المقدرة بـ3000 دج والتغطية الصحية. من أجل تحسين نوعية حياتهم.

الفرضية الثانية: تردى الحالة الصحية تدفع بالمسنين إلى طلب خدمات

الرعاية الاجتماعية

تبين لنا من خلال تحليل معطيات الجداول التي تترجم مؤشرات الفرضية الثانية أن الحالة الصحية التي كان عليها المسنين المبحوثين قبل استفادتهم من خدمات الرعاية الاجتماعية أكثر من النصف في حالة صحية سيئة متدهورة لا تشعرهم بالراحة النفسية ولا الاجتماعية في حياتهم وهذا ما يبينه الجدول رقم 18 حيث مثل المبحوثين هذا القول بنسبة 55.83 % .

أما فيما يخص بالأمراض التي كان يعاني منها هؤلاء المبحوثين فأغلب المبحوثين كانوا يعانون من أمراض مختلفة الخطورة في مقدمتها الروماتيزم وكذلك السكري وضغط الدم وأمراض البصر وأمراض أخرى والآثار النفسية كالإكتئاب والقلق والضغط، مع قلة تكاليف العلاج تعكس النسبة 58.16% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يقومون بالمتابعة الطبية أحيانا لسوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية وقلة المساندة من طرف الأسرة اثر سلبا على حالتهم النفسية والصحية وهذا ما يبينه الجدول رقم 15. أثرت على المتابعة المستمرة لحالتهم المرضية هذه الظروف الصحية دفعتهم الى طلب الرعاية الصحية التي توفر لهم بطاقة الشفاء التي تضمن لهم مجانية العلاج والحصول على الأدوية وكذلك المنحة وذلك بنسبة 85,5%.

الفرضية الثالثة: زيادة إقبال المسنين على خدمات الرعاية الاجتماعية له علاقة بتراجع دور الأسرة بالتكفل بالمسنين.

من خلال نوع الرعاية الأسرية للمسنين تبين أن اغلب المبحوثين يعيشون في وسط اسري تتعدم فيه الرعاية الكافية وكانت نسبة هؤلاء المبحوثين تقدر ب 70.83% من مجموع المبحوثين، حيث أثرت هذه السلوكات المفعمة باللامبالاة إلى خلق مشاكل نفسية واجتماعية للمسن أثرت على مكانته داخل الأسرة تركته يبحث عن البديل والمتمثل في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

من خلال كل ما استنتجناه من تحليل للجداول والخاصة بالحالة التي كان يعاني منها في الوسط الأسري تميل إلى السلبية يميزها التوتر والمشاكل المادية وقلة للاهتمام، وقلة الرعاية التي هو بحاجة ماسة إليه خاصة من طرف عائلته، كذلك الأمراض الملازمة وكثرة تكاليفها لاسيما الأمراض المزمنة وما يصاحبها من أمراض انعكاسات نفسية كالإكتئاب التي تستدعي رعاية مستمرة وعلاج دائم، وما يميز هذه المرحلة العمرية من تغيرات اجتماعية يحتاجون إلى الدعم والمرافقة لمواجهة تغيير والتقاليد إلا أن المبحوثين يعانون من التفريط في حقهم وإهمالهم من طرف أفراد أسرهم أدى بهم هذا الوضع إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية لتحسين نوعية حياتهم.

الفرضية الرابعة: لقد ساهمت المنحة والتغطية الصحية في تحسين حياة المسن الاقتصادية والاجتماعي والصحية.

فيما يخص طريقة الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية بالنسبة للمبحوثين فكانت عن طريق تكوين ملف إداري وهذا ما يبينه الجدول رقم 22 ، وكانت نسبة المبحوثين تقدر بـ 69% من مجموع المبحوثين هذا ما يؤكد عن قناعة المبحوثين في طلب خدمات الرعاية الاجتماعية.

أما فيما يخص طريقة استقبال المؤسسة لهؤلاء المسنين فقد تبين من خلال التحليل الكمي والكيفي للمعطيات الخاصة بهذه الفرضية أن اغلب المبحوثين قالوا بان الاستقبال يعكس قيمة الاحترام لهذه المؤسسات وانهم أعجبوا بالخدمات المقدمة لهم وهذا ما يبينه الجدول رقم 23، وكانت نسبة المبحوثين الذين قدروا الاستقبال بالجيد بنسبة 34.16% من مجموع المبحوثين.

وما يتعلق بالمدة الزمنية التي قضاها المبحوثين للاستفادة من طلبات خدمات الرعاية الاجتماعية، فقد تبين في الجدول رقم 24 أن نسبة 55.83% من مجموع المبحوثين استفادوا من خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين بعد مدة زمنية، نتيجة محدودة الحصة الممنوحة لهذه الفئة والطلبات الكثيرة. وبعض التصرفات الأخرى كالتوصيات وما يسمى بالمعرفة رغم بساطة المنحة.

أما فيما يخص مدى مساهمة الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياة المسنين الاقتصادية والاجتماعية والصحية فقد تبين أن اغلب المبحوثين راضون نوعا ما عن قيمة المنحة، والتي أعانت عن تحقيقات الضروريات من الحياة وهذا ما يبينه الجدول رقم 50 وكانت النسبة التي تمثل المبحوثين الذين صرحوا بهذا القول تقدر بـ 44,16% من مجموع المبحوثين.

أما الجانب الاجتماعي للمبحوثين بعد استفادتهم من خدمات الرعاية، فقد تبين أن أغلب المبحوثين قالوا بأن حياتهم والاجتماعية تحسنت وذلك بـ نسبة 63.33%، من مجموع المبحوثين وهذا ما يبينه الجدول رقم 49، من خلال تحسين نوعية العلاقة داخل الأسرة زادت في شعورهم بالأمان النفسي والاقتصادي وليس التبعية المطلقة للعائلة وكذلك مساهمة المنحة والتغطية الصحية في تحسين مكانة المسن داخل العائلة وأعطته الأمل في مستقبل أفضل.

أما على الصعيد الصحي فقد صرح المبحوثين أن الرعاية الاجتماعية ساهمت في تحسين حالتهم الصحية وذلك بنسبة 91,66% حسب الجدول رقم 51 من خلال بطاقة الشفاء والمنحة، فبعد استفادتهم من المنحة أصبحوا لا يترددون في زيارة الطبيب وهذا ما يفسره الجدول رقم 47 الذي يبين أن الحالة الصحية للمسنين قد تحسنت وزاد أملهم في الحياة.

أما في رأي المبحوثين حول دور خدمات الرعاية الاجتماعية فقد تبين أن أغلب المبحوثين قالوا باننا ضرورية من اجل التكفل بمشاكل المسنين وقدرت نسبت القائلين بهذا الراية 97.5% وهذا ما يبينه الجدول رقم 28. وهذا ما تعمل عليه الجهات الوصية من اجل رفع المنحة إلى 10000 دج تماشيا مع الظروف المعيشية الحالية.

خاتمة

خاتمة:

من خلال ما سبق حاولنا الإحاطة بالمشاكل التي تواجه المسنين وكذلك إبراز دور الرعاية الاجتماعية الرسمية من طرف الدولة في مساعدة المسنين وتحسين حياتهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية وكذلك دور مؤسسات المجتمع بالأخص مؤسسة الرعاية الاجتماعية ، خاصة وأن أغلب هذه الفئة تعاني من مجموعة من الأمراض وانعدام الدخل.

حيث نجد أن الدولة الجزائرية قد سعت إلى توفير الحماية والرعاية لهذه الفئة من جميع الجوانب سواء من خلال قوانين التأمينات الاجتماعية أو قانون التقاعد، أو قانون العقوبات، والتي دعمت مؤخرا بقانون حماية المسنين (تم المصادقة عليه سنة 2010)، والذي ركز على دور الأساسي الذي تلعبه الأسرة في رعاية هذه الفئة، وضرورة دعمها لكي تتمكن من القيام بهذا الدور المنوط بها.

وبالرغم من هذه الإجراءات المتخذة إلا أننا نجد أن الظروف التي تعيشها هذه الفئة في المجتمع الجزائري بصفة عامة وفي الأسرة بصفة خاصة قد تأثرت بتلك التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي حدثت في المجتمع الجزائري في العشرين سنة الأخيرة، حيث نجدها مازالت تعاني وتتعرض لكثير من المشاكل والصعوبات سواء من الناحية الاجتماعية؛ من خلال تراجع مكانهم، أو بروز بعض مظاهر الإهمال لهذه الفئة؛ كالتخلي عنهم سواء بتركهم في دور العجزة أو في المستشفيات، أو من الناحية الاقتصادية؛ من خلال الوضعية الاقتصادية المتدهورة بسبب تراجع وضعف مداخيل جزء من هذه الفئة وعدم امتلاك جزء كبير منها لمداخيل يضمن لهم الاستقلال المادي عن أفراد الأسرة، و يسمح لهم بتوفير متطلبات الحياة اليومية، خاصة

أن الأسر الجزائرية أصبحت هي الأخرى تعاني من تراجع القدرة الشرائية وتراجع في المستوى المعيشي لها بصفة عامة.

وبما أن نوعية الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسن أو لأي فرد تتأثر بتلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية المحيطة به، فإننا نجد أن هذا النوع من الرعاية لهذه الفئة من السكان قد تأثرت سلبا بتلك الظروف التي تتميز بها هذه الفئة من جهة، وبالظروف التي تعيشها أسر هؤلاء.

وهذا ما لمسناه إلى حد ما من خلال نتائج هذا البحث الذي ركزنا من خلاله على إبراز بعض أهم المشاكل التي تواجه المسنين ودور الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين، والتي تبقى مرتبطة بالمستوى المعيشي للأسرة وما يربط أعضائها من علاقات تضامن وتكافل بصفة عامة، وبالوضعية أو الخصائص الاقتصادية المتعلقة بالمسن بصفة خاصة.

حيث يبقى من الضروري توفر مستوي معيشي جيد للأسر حتى تتمكن من تقديم رعاية أفضل وأحسن للمسن من جابيهها الوقائي والعلاجي، كما يبقى لعلاقات التضام والتكافل الجيد والفعال دور ليس فقط في رفع المستوى المعيشي ولكن في رفع نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهذه الشريحة أيضا.

ومن جهة أخرى فإنه يبقى أيضا من الضروري امتلاك المسن لمصادر مالية يضمن من خلالها توفير مصاريف العلاج بصفة مستقلة، نظرا لما تلعبه من تقليل من تبعية المسن واعتماده على أفراد الأسرة، ولكن تبقى فئة معتبرة من المسنين خاصة النساء المسنات تعاني من التبعية في توفير مصاريف العلاج، وبالتالي تبقى نوعية الرعاية لهؤلاء مرتبطة أكثر بالظروف التي تعيشها أسرهم.

وإن كان ما أبرزناه في هذا البحث جزء فقط من الواقع الذي تعيشه هذه الفئة في مجال تلقي الرعاية الاجتماعية ، والذي لا يمكن تعميمه، إلا أنه يفتح لنا المجال إلى البحث أكثر والتعمق أكثر في دراسة هذه الفئة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- القرآن الكريم برواية ورش
- الحديث النبوي الشريف

01 - الكتب باللغة العربية:

- 1 - إحسان محمد الحسن، العائلة القزابة والزواج، دار الطليعة، بيروت، 1971.
- 2 - أحمد عبد الفتاح ناجي، سياسة الرعاية الاجتماعية، دار السحاب للنشر والتوزيع .
- 3 - أحمد عبد اللطيف" اتجاهات حديثة في تنمية المجتمع" المؤتمر العلمي الثامن لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، 1995 .
- 4 - أحمد عزت راجع، أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة، 1979.
- 5 - بوتفوشات مصطفى. العائلة الجزائرية: التطور والخصائص الحديثة ترجمة: دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية؛ الجزائر، 1984.
- 6 - دعبس يسرى. أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة: دراسة أنثروبولوجية مقارنة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية؛ الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2002.
- 7 - دعبس يسرى، الحياة الاقتصادية للمسنين؛ دراسة أنثروبولوجية لدور المسنين، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الإسكندرية، 2002.
- 8 - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة 1977، الطبعة الثانية.
- 9 - حليم بركات، المجتمع العربي المعاصر، بحث مسطر علم اجتماعي، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، 1986.
- 10 - حليم بركات، المجتمع العربي في القرن العشرين تحت تغيير الأحوال والعلاقات، مركز دراسات الوحدة العربية لبنان، .
- 11 - ذهبية أم موسى، التغير الاجتماعي وأثاره على تشرد المسن، جامعة الجزائر، 2003.
- 12 - سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية "منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.
- 13 - سعد رياض، سيكولوجية المسنين، ج6، جامعة المنصورة، الطبعة الأولى، 2007.

- 14 - سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.
- 15 - السيد رمضان ممارسات خدمات الفرد التحليلية، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية 1994.
- 16 - السيد رمضان، مدخل في رعاية الأسرة والطفولة، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية.
- 17 - سيد سلامة إبراهيم، رعاية المسنين.أسوان.المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.1997.
- 18 -سيد عبد العال، محسن الوفاء، تقويم لأندية المسنين، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 1997.
- 19 -عباس محمود مكي، دينامية الأسرة في عصر العولمة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2007.
- 20 -عبد الرحمن عيسوي، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها مع دراسة دول دور الشيوخ في معركة التنمية، دار النهضة العربية للطباعة، بيروت، 1919.
- 21 -عبد الفتاح عثمان علي الدين، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة: الشيخوخة و المسنين، مكتبة عين شمس، 1995.
- 22 -عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات سيكولوجية الكبار، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.
- 23 -عبد اللطيف محمد خليفة، سيكولوجية المسنين، دار الغريب لطباعة والنشر، القاهرة، 2008.
- 24 -عبد الله الناصر السدحان، رعاية المسنين في الإسلام، مطابع الجامعة؛ جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، الرياض، 1997 .
- 25 - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة.الإسكندرية.2000.
- 26 - عبد المنعم عاشور، صحة المسنين، كيف يمكن رعايتها؟، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة، 2009.
- 27 -عزت إسماعيل، التقدم في السن، دار القلم، الكويت، الطبعة الاولى، 1984.
- 28 -علياء شكري محمد علي محمد، قراءات في علم الاجتماع ط1شركة دار النشر القاهرة، 1972.
- 29 - فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان.دار النهضة العربية بيروت، الطبعة الثانية، 2000.

- 30 - ماهر أبو المعاطي علي، مقدمة في الرعاية الاجتماعية وخدمة المجتمع. زهراء الشرق القاهرة، 1999.
- 31 - محمد احمد بيومي وآخرون، علم الاجتماع العائلي. دار المعرفة الجامعية. الازاريطة. 2003.
- 32 - محمد الجوهري، مقدمة في علم الاجتماع الصناعي. ط1 دار الثقافة. مصر، 1979.
- 33 - مصطفى عبد المعطي حسن. سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، الطبعة الأولى، 2005 .
- 34 - محمد الدقس، علم الاجتماع الصناعي، مركز طارق، الأردن. 1993.
- 35 - محمد الغزالي، قضايا المرأة بين التقاليد الرائدة والوافدة. بيروت. دار الشروق. 1990.
- 34 - محمد سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية الإسلامية. دار الوفاء للطباعة والنشر. 2007.
- 36 - محمد سيد فهمي، نورهان منير حسن، الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ، 1999.
- 37 - محمد يسري عيسى، الأوضاع الاقتصادية للمسن. جامعة فاتح .دون بلد. الطبعة السادسة. 1992.
- 38 - مصطفى الخشاب، دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1981.
- 39 - مصطفى سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية 2000.
- 40 - مصطفى محمد أحمد ألفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوصفية والتصور الإسلامي، قسم الخدمة الاجتماعية و تنمية المجتمع، جامعة الأزهر، 2008.
- 41 - معن خليل عمر، علم المشكلات الاجتماعية، دار الشروق، الأردن، 2005،
- 42 - مخايل يوسف أسعد. رعاية الشيخوخة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع؛ القاهرة، 2000.
- 43 - نورهان منير حسن، محمد سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتبة الجامعية، مصر الإسكندرية، 2000.
- 44 - يحي مرسى عبد بدر، المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2005. الشيخوخة: المسنون في عالم متغير، دار للطباعة والنشر، الطبعة الاولى، 2000.

45 - يوسف بريك. احمد الأصفر. مظاهر التغير بواقع المسنين في الجمهورية العربية السورية بين عامي 1994- 2004.

02 - كتب المنهجية:

46 - زرواني رشيد. مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، دار الهدي للطباعة والنشر والتوزيع؛ الجزائر ، الطبعة الأولى، 2007 .

47 - معتوق جمال . منهجية العلوم الاجتماعية والبحث الاجتماعي، مطبعة بن مرابط للطباعة ،؛ الجزائر، 2009.

48 - مورييس أنجريس. مناهج البحث العلمية في العلوم الاجتماعية، تر: صحراوي بوزيد وآخرون، دار القصبة، الجزائر، 2004.

49 - مانيو جدير، منهجية البحث؛ دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه ترجمة: ملكة أبيض، تنسيق: محمد عبد النبي السيد غانم، (طبعة إلكترونية)، (د.ت).

03 - المعاجم:

50 - بدوي أحمد زكي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي - فرنسي - عربي)، مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح؛ بيروت، الطبعة الثانية ، 1986.

04 - مذكرات وأطروحات:

51 - درواش رابح، آليات تكيفها مع التغير الاجتماعي؛ دراسة ميدانية لعينة من ولايات الجزائر (شمال، وسط، جنوب)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة الجزائر، 2005. 52 - سبخاوي خديجة. التغير الاجتماعي و أثره علي تشرد المسنين : دراسة ميدانية بشوارع العاصمة، رسالة ماجستير (غير منشورة): قسم علم الاجتماع والديمقراطية ، جامعة الجزائر – بوزريعة ، 2008.

53 - لعبيدي نادية، المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية لعينة من مسني بلدية عين التوتة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة الحاج لخضر – باتنة، 2009.

54 - مصطفى بلعوز، التحولات السياسية في الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير جامعة

الجزائر، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2001.

55 - ذهبية أم موسى، التغير الاجتماعي وأثاره على تشرد المسن، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، 2003،

56 - ناصري مسعودة، أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية، رسالة ماجستير (غير منشورة): قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر - بوزريعة، 2011.

05 -المجلات:.

57 -عالم الشيخوخة حقائق وأرقام، مجلة رسالة اليونسكو (الشيخوخة ذروة العمر) رقم 10، أكتوبر 1992.

العجز والمسنون في الجزائر. جريدة الشعب، عدد 31 ماي 1994.

57- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2012.

58- العمل الاجتماعي مع المسنين " مجلة عالم الإعاقة، العدد 117، مؤسسة العالم العربي للطباعة والنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية 23 نوفمبر 2009 .

59- عبد الوهاب محمد الظفير. السياسة الاجتماعية ورعاية المسنين في دولة الكويت. مجلة العلوم الاجتماعية العدد 29. أبريل 2001.

60- راشد بن حمد البوسعيدى. اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين : دراسة اجتماعية

ميدانية، ب: مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 35 ، العدد : 3 ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت ، 2007

61- عميرة جويذة. بؤادر التشيخ في المجتمع الجزائري والمشاكل المترتبة عنه، المؤتمر الدولي حول التنمية البشرية ودورها في معالجة المشكلة السكانية، اجتماعات الدورة 39 لمجلس الجامعات العربية، جامعة الجزائر واتحاد جامعات العرب، الجزائر، من 3 إلى 5 أبريل 2006.

62- القش محمد أكرم. الخصائص الديمغرافية للمسنين في سوريا و العالم في ظل التغيرات النوعية للتركيبة العمرية للسكان، ب: شؤون اجتماعية، العدد: 73، جمعية الاجتماعيين والجامع الأمريكية بالشارقة، 2002 .

63- محمد الظفيري عبد الوهاب. السياسة الاجتماعية و رعاية المسنين في دولة الكويت ، ب: مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 29 ، العدد : 1 ، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 2001.

07 -تقارير ومراسم:

64 - مرسوم رقم 80- 82- 15 مارس 1980 المتضمن إحداث دور المسنين أو المعوقين تنظيمًا وتسييرها

65 -الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة و السكان. المسح الوطني حول صحة الأسرة - 2002، التقرير النهائي، الجزائر، 2004

66 -قرار وزاري مشترك رقم 53. المؤرخ في 1996/09/24 المحددة للمبالغ التعويضية للمسنين.

67 -الأمم المتحدة. شيخوخة السكان في الدول العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا؛ نيويورك، 2007.

68 - الديوان الوطني للإحصائيات. الجزائر بالأرقام، رقم 39، نتائج 2008، الجزائر، نشرة 2009.

69 -المجلس الاقتصادي والاجتماعي اللجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، مشروع تقرير صحة الأم والطفل، الجزائر، أكتوبر. 1997.

70 - المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا، تعمير السكان و نتائجه الاقتصادية والاجتماعية، تر: صلاح الدين شريف، تقديم: عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260، 1956.

71 -صبح محمد المتولي. قانون التأمينات. الاجتماعية ج1. التعويضات. نظام الادخار مطبعة طنطا بدون سنة.

72 - المجلس الاقتصادي الاجتماعي. مشروع تقرير حول نظرة الإقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين و الطفولة المحرومة من الأسرة، الدورة العامة السابعة عشر، 2001.

73-وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. السياسة الوطنية للسكان. لافاق 2010 ديسمبر 2001.

74 -الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 80- 8

75 -الجمعية الوطنية لمساعدة المسنين، فعاليات الندوة الأولى حول الحماية الاجتماعية، الجزء الأول، الجزائر 30- 31 ماي 2000.

المراجع باللغة الفرنسية

01 - الكتب باللغة الفرنسية:

76- moustafa boutfnouch. system social et changement sociale Algérie op,

4, Alger.

77 - f.tcherkessof personne âgées vieillir dans la dignité. message de secours catholique n°555 février 2002.

78 - Desesquelles ALINE. le vieillissement démographique dans les pays développés, INED, paris,(s.d), p195.

79-JOSEPH SUMPHETMICHEL HUGUES DICTIONNAIRE DES SOCIOLOGIE LIBRAIRE LAROUSSE PARIS 1973.

02- منشورات باللغة الفرنسية:

80 - arrêté du 29 rabi el-aouel 1420, correspondant au 13 juillet 1999 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de protection et être des personnes âgées (journal officiel n°58 année 1999).

81- Décret n°01-12 du 21/01/2001, fixant les modalités d'accès aux soins faveur des démunis non assurés sociaux.

82- Décret n°80-82 personnes âgées sans attaches familiales ,plus de 60 ans revenus, prise en charge totale par le ministère de la solidarité

83- INED. tous les pays du monde 2009, in : population et société, n°458. Loi n°02-09 2002 personnes âgées, maladies sans revenus :une pension 1000 da par moi (aide sociale de l'état).

84- INED. tous les pays du monde 1979, in: population et société, n°126, juillet- aout 1979.

85- INED. tous les pays du monde 2009, n°458.

86- ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10^{ème}, in :collections statistiques, n°142, 2008.

87- ONS, démographie Algérienne –2008, in :__Collection de données Organisation mondiale de la santé, La santé des personnes âgées.

88- ONS. projections de population par wilaya l'horizon 2030, in : Collection statistiques, n°116,Alger,2005.

03- المواقع الالكترونية:

89 -ENCARTA 2009 : la population ; limiter ou encourager la natalité.

90 -Encarta®2009: Politique de L'Enfant unique en chine, 1979.

- 91 -**ENCARTA2009**, population mondiale: se préparer au vieillissement de la population.
- 92 -**ENCARTA 2009**, le vieillissement: système de retraite.
- 93 -<http://www.wfsp.Org/transtated-topics/1161-global-population-ageing-growing-old.30/02/2010.16h30>.
- 94 -<http://www.un.org/arabic/esa/ageing>: منظمة العمل الدولية (24/02/2009/ 16h26)
- 95 -<http://www.un.org/arabic/esa/ageing>: منظمة الصحة العالمية (12/03/2009).
- 96 -<http://www.un.org./arabic/esa/ageing/>: توفير الخدمات والرعاية في مرحلة الشيخوخة (23/02/2010).
- 97 -<http://www.anasronline.com/index.php/12-10-2010>: 10: منحة خاصة للمسنين بـ 10 آلاف د.ج والإبقاء على عقاب الأبناء

الملاحق

أولاً: الجداول التديمية الخاصة بالجانب النظري.

جدول رقم 1: بين تطور بعض المؤشرات الديمغرافية المتعلقة بفئة المسنين في بعض بلدان العالم في سنة

2009 إسقاطات 2050.

العمر المتوسط 2008)**	أمل الحياة (2009)*		إسقاطات تخص (2050)	نسبة المسنين 60 سنة فأكثر (2009) %	المنطقة أو البلدان
	رجال	نساء			
29	71	67	22	11	في العالم
-	-	-	33	21	البلدان المتقدمة
-	-	-	20	8	البلدان النامية
-	-	-	11	5	البلدان الأقل نموا
19	56	53	11	5	قارة إفريقيا
-	52	50	9	5	إفريقيا الشرقية
-	52	49	8	5	إفريقيا الوسطى
-	71	67	19	7	إفريقيا الشمالية
25	74	71	24	7	الجزائر
23	74	70	19	7	مصر
-	76	71	23	7	ليبيا
25	67	63	23	8	المغرب
24	53	50	14	7	جنوب إفريقيا
-	52	50	9	5	إفريقيا الغربية
25	71	68	24	10	قارة آسيا
-	76	72	32	14	آسيا الشرقية
33	75	71	31	12	الصين
44	86	79	44	30	اليابان
-	66	64	19	7	جنوب وسط آسيا
24	65	63	20	7	الهند
26	73	69	28	7	إيران
-	72	68	23	8	جنوب شرق آسيا
19	61	57	13	5	العراق
28	74	70	26	10	لبنان
-	76	72	19	5	سوريا
31	79	77	18	2	الإمارات
17	64	62	10	4	اليمن
24	78	74	19	4	العربية السعودية
37	80	72	34	22	قارة أوروبا

العمر المتوسط *(2009)	أمل الحياة (2009)*		إسقاطات تخص (2050)	نسبة المسنين 60 سنة فأكثر (2009) %	المنطقة أو البلدان
	رجال	نساء			
-	75	65	34	19	أوروبا الشرقية
-	71	77	30	22	أوروبا الشمالية
-	83	77	37	24	أوروبا الجنوبية
43	84	79	39	26	إيطاليا
40	84	78	38	22	إسبانيا
-	83	77	35	24	أوروبا الغربية
40	84	78	33	23	فرنسا
43	82	77	40	26	ألمانيا
31	78	72	26	10	أمريكا
-	80	75	28	18	أمريكا الشمالية
39	83	78	32	20	كندا
36	80	75	27	18	الو - م - أ
-	77	72	25	9	أمريكا الوسطى
-	76	70	26	10	أمريكا الجنوبية

Source: United National population Ageing and development 2009, department of economic and social affairs, 2009, p1- 9.

* INED, tous les pays du monde 2009, en: population et société, n°458, juillet- août 2009, pp2-5.

** Organisation mondiale de la santé, statistiques sanitaires 2010, pp158-166.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
تخصص علم الاجتماع العائلة والسكان

استمارة رقم:

تاريخ المقابلة:/..../....

استمارة خاصة بـ:

مشاكل المسنين ودور أساليب الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياتهم
دراسة ميدانية: للمسنين المستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية و المتمثلة في:
المنحة الجزافية للتضامن و التغطية الصحية.
دراسة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع العائلة و السكن

الطالب: كوري هني.

ملاحظة: هذه المعلومات سرية ولا تستعمل إلا لأغراض علمية.

السنة الجامعية: 2012- 2013

1 - بيانات عامة:

- 1-1. الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2-1. السن:
- 3-1. المستوى الثقافي: ☐ أمي ☐ يقرأ أو يكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ تعليم قرآني
- 4-1. الأصل الجغرافي: ☐ حضري ☐ ريف ☐ شبه حضري ☐
- 5-1. الحالة المدنية: متزوج (ة) ☐ أعزب (ة) ☐ رمل (ة) ☐ طلق (ة) ☐
- 6-1. عدد الأبناء: ☐ ذكور ☐ إناث.
- 7-1. نمط الأسرة: ☐ ممتدة ☐ نووية
- 8-1. نوع المسكن: ☐ شقة في عمارة ☐ تقليدي ☐ فيلات ☐
- أخرى حدد:

2 - بيانات اقتصادية:

1- 2. قبل بلوغك 60 سنة (سن التقاعد) هل سبق لك أن اشتغلت؟

☐ نعم ☐ لا

1- 1- 2. إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

☐ مرض حدد نوع المرض:

☐ إعاقة حدد نوع الإعاقة:

☐ ربت بيت ☐ لم أجد عملا

أخرى حدد:

2- 1- 2. إذا كانت الإجابة بنعم في أي مجال؟

☐ الفلاحة ☐ التجارة ☐ الخدمات ☐ الصناعة

☐ البناء و الأشغال العمومية

آخر حدد:

2- 1- 3. في أي قطاع العمومي أم الخاص؟

عمومي ☐ خاص ☐

2- 1- 4. هل أنت مستفيد من مزايا العمل (التقاعد و الضمان الاجتماعي)؟

نعم ☐ لا ☐

2- 1- 5. إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

رب العمل لم يصرح بي ☐ لم أكن أعلم بحقوقتي ☐

لم أعلم كيف أتصرف وفق حقوقي ☐

أخرى حدد:

2- 2. بعد بلوغك 60 سنة هل تعمل حالياً؟ نعم ☐ لا ☐

2- 2- 1. إذا كانت الإجابة ب: نعم في أي قطاع؟

الفلاحة ☐ البناء و التعمير ☐ الصناعة ☐

التجارة ☐ الخدمات ☐

2- 2- 2. قطاع عام أم خاص؟ عام ☐ خاص ☐

2- 3. قبل استفادتك من المنحة والتغطية الصحية ، على ماذا كنت تعتمد في إنفاقك

اليومي؟ مساعدة من طرف الأبناء ☐ مساعدة من طرف العائلة ☐

العمل اليومي المأجور ☐

مداخل أخرى حدد:

2- 4. بالنظر لحاجتك اليومية و متطلبات المعيشة هل تجد النفقات الكافية لسد

حاجياتك؟ نعم ☐ لا ☐

2- 5. هل تجد السند الكافي من العائلة في تلبية حاجياتك الاقتصادية؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

2- 6. هل ظروفك الاقتصادية وراء طلبك لخدمات الرعاية الاجتماعية؟

نعم ☐ لا ☐

3. بيانات صحية:

3- 1. كيف ترى حالتك الصحية؟ جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐

3- 2. هل تعاني من أي أزمة صحية؟ نعم ☐ لا ☐

3- 2- 1. إذا كانت الإجابة ب: نعم حدد نوع المشكل الصحي؟

مرض مزمن ☐ نوع المرض:

إعاقة ☐ نوع الإعاقة:

عوارض أخرى حدد:

3- 4. هل تقوم بالمتابعة الطبية لهذه الأزمة الصحية؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

3- 5. بالنظر إلى حالتك الصحية هل تجد النفقات اللازمة للعلاج؟

نعم ☐ لا ☐

3- 6. في فترة مرضك كيف ترى نوعية الرعاية المقدمة لك من طرف أفراد أسرتك؟

جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐

3- 7. هل ظروفك الصحية هي التي دفعتك إلى طلب خدمات الرعاية الاجتماعية؟

نعم ☐ لا ☐

4 - بيانات اجتماعية:

4- 1. كيف ترى علاقتك بأفراد أسرتك؟

جيدة ☐ متوترة ☐ عادية ☐

4- 2. هل ترى أن مكانتك داخل أسرتك تغيرت بعد بلوغك 60 سنة؟

تغيرت ☐ لم تتغير ☐ نوعا ما ☐

4- 3. ماهي المشاكل والصعوبات التي ساهمت أو تساهم في تغيير مكانتك داخل

أسرتك؟ غياب الرفيق ☐ مشاكل مادية ☐ غياب الحوار ☐

أخرى حدد:

4-4 - هل تواجهك مشاكل مع محيطك الخارجي؟ نعم ☐ لا ☐

4-4-1. إذا كانت الإجابة ب: نعم حدد طبيعة المشاكل؟

الشعور بالعزلة ☐ الفراغ ☐ غياب مرافق المسنين ☐

صعوبة التواصل والحوار بين الأجيال ☐

أخرى حدد:.....

4-5 - هل تجد الرعاية الكافية من العائلة لمواجهة مشاكلك اليومية؟

نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐

4-6 - هل نوعية الرعاية داخل الأسرة هي التي دفعتك إلى طلب خدمات الرعاية

والاجتماعية؟ نعم ☐ لا ☐

5 - بيانات إدارية:

5-1 - كيف استفدت من الرعاية (المنحة، التغطية الصحية)؟

تكوين ملف إداري ☐ زيارة لجنة متخصصة ☐ أخرى ☐

حدد:.....

5-2 - كيف وجدت تعامل المؤسسة أو الادارة المعنية مع طلبك والمتمثل في خدمات

الرعاية الاجتماعية؟

جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐ عادية ☐

5-3 - ماهي قيمة المنحة؟ دج

5-4 - هل استفدت من خدمات الرعاية الاجتماعية و التغطية الصحية مباشرة أم بعد

مدة زمنية؟ مباشرة ☐ بعد مدة زمنية ☐

5-5 - إذا كانت الإجابة بعد مدة زمنية حدد؟

بعد شهر ☐ أكثر من شهر ☐ سنة أو أكثر ☐

5- 6 - كيف استفدت من التغطية الصحية؟

ملف إداري ☐ لجنة متخصصة ☐
أخرى حدد:

5- 7 - بالنظر إلى حالتك الصحية هل ساهمت التغطية الصحية في تحسين حالتك

الصحية؟ نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐

5- 8 - إذا كانت الإجابة بلا أو نوعا ما لماذا؟

مشاكل إدارية ☐ قيمة المنحة ضعيفة ☐
أخرى حدد:

5- 9 - بالنظر إلى حالتك الاقتصادية بعد الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن

والتغطية الصحية، هل ساهمت في تحسين حياتك الاقتصادية؟

نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐

5- 10 - إذا كانت الإجابة بلا أو نوعا ما لماذا؟

المنحة غير كافية ☐ طريقة الاستفادة غير مناسبة ☐ أخرى
حدد:

5- 11 - بالنظر إلى حالتك الاجتماعية بعد الاستفادة من المنحة و التغطية الصحية هل

ساهمت في تحسين حالتك الاجتماعية؟

نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐

5- 12 - إذا كانت الإجابة بنعم كيف؟

الاستقلالية ☐ المكانة الاجتماعية ☐

أخرى حدد:

5- 13 - إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

القيمة غير كافية ☐ طريقة الاستفادة غير مناسبة ☐ أخرى
حدد:

5- 14 - في نظرك الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية ضرورة من أجل تحسين

☐ لا

☐ نعم

نوعية حياته؟

5- 15 - هل الاستفادة من خدمات الرعاية الاجتماعية يكمل دور الأسرة أم هي بديلا

☐

تشكل بديلا عنها

☐

تكمل دور الأسرة

☐

عن دور الأسرة؟

5- 16 - ماهي الاقتراحات التي تراها من أجل تحسين حياة المسنين؟

.....