مساهمة في دراسة أثر التقاعد على الوضعية الصحية لأرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر بناءً على نتائج المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS 4/ 2012-2013)

Contribution to Studying the effect of retirement on the health status of retired household heads in Algeria based on the results of the Fourth Multiple Indicator Cluster Survey (MICS 4/ 2012-2013)

Contribution à l'étude de l'impact de la retraite sur l'état de santé des chefs de famille retraités en Algérie selon les résultats de la Quatrième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 42012-2013)

ط. د. عزالدين صابري

مخبر التغير الاجتماعي، جامعة الجزائر 2، الجزائر

أ.د. نورالدين عيساني

مخبر التغير الاجتماعي، جامعة الجزائر 2، الجزائر

تاريخ الإرسال: 05-06-2020 - تاريخ القبول: 22-10-2020 - تاريخ النشر: 06-11-2022

ملخص

نهدف من خلال هذا المقال إلى الكشف عن مدى تأثير حدث التقاعد على صحة رب الأسرة المتقاعد في الجزائر وهذا بالاعتماد على قاعدة بيانات المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS 4)، حيث نسعى إلى إبراز تأثير أهم العوامل الاجتماعية والديمغرافية لأرباب الأسر المتقاعدين على وضعيتهم الصحية والمتمثلة أساسا في مدى معاناتهم من أحد الأمراض المزمنة على الأقل. وقد أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية معنوية بين الوضع الصحي لأرباب الأسر المتقاعدين (الإصابة بأحد الأمراض المزمنة) وخصائصهم السوسيو- ديمغرافية المتمثلة في السن، الجنس، المستوى المعيشي، منطقة الإقامة والمستوى التعليمي. كما أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية معنوية بين الوضع الصحي لأرباب الأسر المتقاعدين وأرباب الأسر الذين يمارسون نشاطا اقتصاديا، فنسبة الإصابة بالأمراض المزمنة لدى أرباب الأسر المتقاعدين، أكثر من أرباب الأسر النشطين في الفئة العمرية (60-79 سنة)، خاصة فيما يتعلق بمرض الضغط الدموي وأمراض أوعية القلب.

الكلمات الدالة: التقاعد؛ الصحة؛ الأسرة؛ أرباب الأسر المتقاعدين؛ المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS 4).

Abstract
The objective of this research is to study the impact of retirement on the health of the retired head of household in Algeria, from the MICS 4 database. Where we seek to highlight the impact of the major social and demographic factors of retired head of household on their health status, including at least one of the chronic diseases. The results also demonstrated significant relationships between the health status of retired household heads with chronic illnesses and their socio-demographic characteristics: age, sex, standard of living, place of residence and educational attainment. It has also been shown that there is a significant relationship between the health status of retired household heads and heads of households engaged in economic activity: the percentage of chronic disease among heads of households pensioners whose age range varies between (60-79 years) is higher than that of active household heads, particularly with regard to blood pressure and cardiovascular diseases.

Keywords: retirement; health; household; retired household heads; fourth multiple indicator survey (MICS 4).

Résumé
A travers cet article, nous étudierons l'ampleur de l'impact de l'événement de la retraite sur la santé des chefs de famille retraités en Algérie sur la base de l'exploitation de la base de données de la quatrième enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS 4). Les résultats obtenus démontrent é l'existence d'une corrélation significative entre l'état de santé des chefs de famille retraités (ayant une maladie chronique) et leurs caractéristiques sociodémographiques représentées par l'âge, le sexe, le niveau de vie, la zone de résidence et le niveau d'instruction. Ils ont également démontré l'existence d'une corrélation significative entre l'état de santé des chefs de famille retraités exerçant une activité économique. Les mêmes résultats montrent que l'incidence des maladies chroniques parmi les chefs de famille retraités est supérieure à celle des chefs de famille actifs dans groupe d'âge (60-79 ans), en particulier en ce qui concerne les maladies de la tension artérielle et les maladies cardiovasculaires.

Mots-clés: retraite; la santé; famille; chefs de famille retraités; enquête du groupe IV à indicateurs multiples (MICS 4; maladies chroniques).

مقدمة

أصبح التقاعد عن العمل مرحلة عمرية جد هامة تقتضي البحث والتقصي لارتباطها بالعديد من المشكلات الصحية التي يواجهها المتقاعدون، وهذا ما تشير إليه نتائج بعض الدراسات في مجال العلوم الاجتماعية والسكانية، وتعتبر هذه المرحلة من أصعب المراحل العمرية تأثيرا على حياة الفرد، بسبب تخليه عن عمله الذي كان يمثل له المكانة،

وأي خلل في هذا الدور يؤدي إلى اختلال أدواره الاجتماعية سواء في البناء الأسري أو المجتمعي، حيث يؤدي تقاعد رب الأسرة إلى توقفه عن العمل وإصابته بالخمول وقلة الحركة والنشاط البدني وزيادة وقت فراغه وشعوره بعدم اهتمام المجتمع به مع الانخفاض التدريجي للمستوى الاقتصادي لأسرته مما يتسبب في تفاقم المشكلات الصحية وزيادة خطر الإصابة ببعض الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم، السكري وأمراض القلب والشرايين.

وقد أثبتت نتائج دراسة ميدانية عربية أن أكثر من نصف أفراد العينة مصابين بالأمراض المزمنة، أغلبهم يعانون من مرض السكري وأمراض القلب (العودي، 2007 صفحة 79). ويختلف تأثير حدث التقاعد على الوضع الصحي للمتقاعدين حسب الجنس، العمر، منطقة الإقامة والدخل، والمستوى التعليمي، طبيعة العمل والتقاعد الإجباري (سيد فهمي، 2012)، وأن التقاعد في سن مبكرة يؤثر بشكل سلبي في صحة الإنسان الجسدية، كما أن السن الأمثل للتقاعد هو أواخر الستين (Calvo E، 2013)[2]. كما أثبتت الدراسات التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التقاعد والصحة أن هناك فروق بين المسنين العاملين والمسنين المتقاعدين، حيث توصلت إلى أن المشكلات الصحية للمتقاعدين أكثر تفاقما من العاملين ومن أبرزها اضطرابات النوم والإصابة بالروماتيزم (يونس، 2018 صفحة 112)[3].

بناء على ما سبق نتساءل عن مدى أثر التقاعد على الحالة الصحية لأرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر؟، وللإجابة عن التساؤل وضعنا الفرضيات التالية للاقتراب من واقع الظاهرة وتحليلها.

- **الفرضية الأولى**: تتحدد الحالة الصحية لأرباب الأسر المتقاعدين حسب: السن، الجنس، المستوى المعيشي، المستوى التعليمي، ومنطقة الإقامة.
- **الفرضية الثانية**: تتفاقم أمراض ارتفاع الضغط الدموي، وأمراض القلب والشرايين ومرض السكري لدى أرباب الأسر المتقاعدين بسبب قلة النشاط.

وقد اعتمدنا على مفهوم أرباب الأسر المتقاعدين الذي نقصد به: الأفراد المشاركين في المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS 4) الخاص بالجزائر والذين يحملون الصفات التالية: أرباب أسر وفي نفس الوقت متقاعدين منتمين الى الفئة الأقل من 60 سنة، فئة العمر الثالث (60-79 سنة) وفئة العمر الرابع (80 سنة فما فوق).

1. الإطار النظري والدراسات السابقة

1.1 لمحة حول الشيخوخة في الجزائر على ضوء التحول الديمغرافي والوبائي

تشهد معظم دول العالم تحولات ديمغرافية ووبائية من أبرز مظاهرها التشيخ السكاني المصاحب لتفاقم الأمراض المزمنة، وهذا ما ترتب عليه ظهور عدد من المشكلات التي تنعكس على الحالة الصحية للمسنين ومنظومة الضمان الاجتماعي خاصة منظومة التقاعد، وتباشر الجزائر في الوقت الحالي المرحلة الانتقالية الثانية من التحول الديمغرافي والتي تتميز بنمو سريع في عدد السكان والناتج عن الانخفاض في الوفيات مع بقاء نسبة المواليد على ارتفاعها نسبيا (عيساني، 2015 صفحة 418)[4]. وهذا ما أدى إلى تغير التركيب العمري للسكان والذي تميز بتزايد مستمر في نسبة المسنين فوق 60 سنة منذ 1987 حيث انتقلت من 5.7% في 1987 إلى 9.5% في 2019.

كما انتقل أمل الحياة من 46.14 سنة في 1960 إلى 77.8 سنة في 2019، ما أدى إلى تزايد معدلات الإعالة الديمغرافية للمسنين من حوالي 11.3% سنة 2000 إلى 15.9% سنة 2019، ويقدر أن تصل إلى حوالي 29.0% في آفاق 2040، حيث يقدر أن تصل نسبة السكان فوق 60 سنة 17.46% من إجمالي السكان والتي ستفوق نسبة السكان الأقل من 20 سنة (ONS, 2019 p. 17) . مما يشير إلى أننا أمام شريحة عمرية ليست بالقليلة وتستحق الاهتمام والرعاية وذلك نتيجة المخاطر الصحية المتعلقة بزيادة الضعف الجسمي، فالمسنون معرضون أكثر للإصابة بالمرض وخاصة أمراض ارتفاع الضغط الدموي، وأمراض القلب والشرايين ومرض السكري وهي أمراض مرتبطة بالشيخوخة.

كما تعرف الجزائر تحولا وبائيا يرافق هذا التحول الديمغرافي إذ تراجعت الأمراض المعدية الأكثر انتشارًا أو حتى اختفت، مما أفسح المجال للأمراض (HOUTI, et al., 2009 p. 78) غير المعدية [2]، ومن أبرز أسبابها التغير في نمط العيش وتغير العادات الغذائية، انتشار سلوكيات التحضر اللاوقائية التي تحد من النشاط البدني ، إلى جانب ظروف الوسطين الاجتماعي والأسري، وهذه جميعها عوامل اتهمت كمسببات لأمراض العصر المزمنة (طويل، 2019 صفحة 133)، وحسب نتائج المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات تمثل نسبة المصابين بالأمراض المزمنة 48.8% من مجموع المسنين في الفئة العمرية (60-69)سنة ونسبة 60.7% في الفئة العمرية 70 سنة فما فوق . هذه التحولات ستضع الجزائر أمام

تحديات كبيرة أهمها التكفل الاجتماعي والصحي بكبار السن مع اختلال التوازن المالي لمنظومة التقاعد والضمان الاجتماعي، فحسب إحصائيات الصندوق الوطني للتقاعد تتزايد نسبة عدد المتقاعدين من إجمالي عدد السكان من سنة لأخرى حيث انتقلت من 4.12% سنة 2000 إلى 7.55 % سنة 2018. (CNR, 2020).

2.1 النظريات المفسرة لمرحلة التقاعد

تصنف الاتجاهات النظرية التي تناولت مرحلة التقاعد إلى اتجاه أول يشجع النشاط في مرحلة الشيخوخة، واتجاه ثاني يدعم الانسحاب، حيث تشير نظرية النشاط إلى أن تكيف المسنين ومدى اندماجهم في المجتمع يرتبط بمدى نشاطهم ومواصلتهم لحياتهم اليومية كما كانت قبل التقاعد (سالم سالم، وآخرون، 2016 صفحة 134). وعلى ضوء هذه النظرية، يمكن تقسيم المتقاعدين إلى فئتين، متقاعدون يمارسون أنشطة جديدة لتمضية وقت الفراغ فيغيرون نمط حياتهم، ومتقاعدون يستمرون في ممارسة أنشطتهم المعتادة قبل تقاعدهم (النيال مياسة، وآخرون، 2008 صفحة 74).

كما ترى أيضا نظرية الاستمرارية أن التقاعد الناجح يتصف بالقدرة على المحافظة والاستمرار في النشاطات والعلاقات المتعلقة بمرحلة ما قبل التقاعد، وأن المتقاعد يحاول أن يتكيف مع المرحلة من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها من قبل. وأن كل تجاربه السابقة تمكنه من اتخاذ قرارات متزنة تعينه على الاندماج في المجتمع (النيال مياسة، وآخرون، 2008 صفحة 74). على النقيض تشير نظرية الأزمة إلى الأزمات التي تواجههم نتيجة تخليهم عن أدوارهم، فينسحبون من الواقع ويعجزون عن تلبية احتياجاتهم فيميلون إلى العزلة الاجتماعية. (النيال مياسة، وآخرون، 2008 صفحة 70).

3.1. الدراسات السابقة

هناك العديد من الدراسات الحديثة التي تتلخص مضامينها في مدى تأثير التقاعد على الصحة، نذكر منها دراسة أمريكية حول "آثار التقاعد على نتائج الصحة البدنية والعقلية" (Dave، 2008)، إلى أن التقاعد الكامل يؤدي إلى زيادة بنسبة 5-16% من الصعوبات المرتبطة بالحركة والأنشطة اليومية، وزيادة بنسبة 5-6 % في حالات المرض، وهذه الآثار التراكمية المتوسطة المحققة على مدى فترة 6 سنوات بعد التقاعد، وقد خلصت الى أن التقاعد في سن متأخرة يؤدي إلى تقليل أو تأجيل النتائج الصحية السيئة لكبار السن،

وتخفف الآثار الصحية الضارة إذا كان الفرد متزوجا ولديه دعم اجتماعي، ومنخرط في الأنشطة البدنية، أو يستمر في العمل بدوام جزئي عند التقاعد كما بينت دراسة ألمانية بعنوان "فهم تأثير التقاعد على الصحة باستخدام طريقة انحدار الاستمرارية" (EIBICH، 2014) ظهور تحسنات على المدى الطويل في الصحة عند التقاعد بسبب الراحة من الإجهاد الذي يسببه العمل، وهذا بسبب زيادة مدة النوم وممارسة الرياضة البدنية. وقد أشارت نتائج دراسة اجتماعية عربية في محافظة الكرك، الأردن (البنوي، وآخرون، 2007)، التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين التقاعد والصحة لدى المتقاعدين العسكريين، وأظهرت النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة أعمارهم ما بين (40-59)، حيث شكا الربع منهم من تدهور أوضاعهم الصحية، أما عن التقييم الذاتي للصحة فقد أشارت النتائج إلى أنه كلما كان العمر صغيراً، والمستوى التعليمي مرتفع، وحجم الأسرة قليلاً، والدخل مرتفعاً كان التقييم الذاتي للصحة جيداً، والعكس صحيح.

أما في السياق الجزائري، أبرزت نتائج دراسة ميدانية بعنوان الحياة اليومية للمتقاعدين في منطقة الهضاب العليا الجزائرية في ولايتي سطيف وبرج بوعريريج، أن المتقاعدين المبحوثين في الولايتين (MANAA, 17-19 mars 2011) يعانون مشاكل صحية متعددة ووقت فراغ الذي يقضون اغلبه في أماكن الترفيه التقليدية كالمقاهي. كما خلصت دراسة ميدانية بمدينة بجاية بعنوان الحالة الصحية والظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية (بوعزيز، 2012-2013)، الى تصنيف فئات معينة من كبار السن أكثر عرضة من غيرها للأوضاع الصحية السيئة وتتمثل في النساء، الفئات العمرية الهرمة، الفئات الغير مستقرة عائليا (العزاب والمطلقون والأرامل)، فئات المستويات التعليمية المتدنية، ذوي النشاط المهني المنهك جسديا، وذوي المستوى المعيشي الضعيف، كما بينت نتائج مشروع بحث وطني (PNR) تحت عنوان السكان المسنون في الجزائر: الديناميات والاتجاهات. (CHERIF, et al., 2014)

أن النساء بوجه عام هن في حالة ضعف مقارنة بالرجال. وأنه ابتداء من سن السابعة والسبعين (77سنة) تبدأ المشاكل الصحية لكبار السن بالظهور بشكل حاد. وتكمن ضرورة البحث في إشكالية تأثير التقاعد على الصحة في السياق الجزائري، في قلة التناول رغم أهميته القصوى في صياغة السياسات العامة التي تهدف الى رفع سن التقاعد

وإصلاح المعاشات التقاعدية العامة وتحسين المسؤولية المالية للضمان الاجتماعي، واستخدام الرعاية الصحية ورفع مستوى الرفاهية، ما دفعنا الى التفكير في استخدام البيانات الخامة للمسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات لتبيان أثر التقاعد على الصحة خاصة لدى أرباب الأسر، لأنهم الفئة الأكثر عرضة لضغوط الحياة اليومية في مرحلة التقاعد خاصة بعد تراجع مستوى الدخل وفقدان المركز المهني.

2. منهجية الدراسة وأدوات التحليل

1.2 منهج الدراسة

انطلاقا من هدف هذا المقال، استخدمنا المنهج الإحصائي الذي ساعدنا في استخراج البيانات وترتيبها وتبويبها في جداول بسيطة ومركبة ثم تحليلها وتفسيرها للإجابة على فرضيات الدراسة باستخدام البيانات الإحصائية من قاعدة بيانات الخامة للمسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات ملف SPSS، واعتمدنا على طرق التحليل الإحصائي لتفسير النتائج ومقارنتها مع نتائج المسوح الوطنية وبعض الدراسات الميدانية حول نفس الموضوع.

2.2 عينة الدراسة

لتحديد وبناء عينة دراستنا من بين عينة المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات اعتمدنا على التعريف الإجرائي لأرباب الأسر المتقاعدين الذي أشرنا إليه سابقا، وبواسطة عملية تصفية البيانات باستخدام برنامج (SPSS)، تحصلنا على عينة حجمها 8082 رب أسرة متقاعد ينقسمون الى ست فئات عمرية خماسية وهذا للإجابة على الفرضية الأولى. أما الإجابة عن الفرضية الثانية، ولعدم وجود مؤشرات تدل على مستوى ممارسة النشاط في بيانات المسح قمنا بالتكيف مع هذه البيانات واختيار مؤشر ممارسة أو عدم ممارسة النشاط الاقتصادي لأرباب الأسر المسنين في الفئة العمرية 60-79 سنة، والتخلي على فئة أقل من 60 سنة (لأن احتمال ممارستهم لنشاط اقتصادي في الواقع كبير جدا)، والأكثر من 80 سنة (لتجنب التأثير الحتمي لعامل التقدم في السن على الصحة)، مما مكننا من الحصول على عينة حجمها 6097 في الفئة العمرية 60-79 سنة مقسمة الى فئتين وهما المتقاعدين بحجم 5146 فرد والمسنين النشطين بحجم 951 فرد .

3. عرض النتائج

1.3 تقديم بعض خصائص أرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر

سنتطرق فيما يلي لأهم الخصائص السوسيو-ديمغرافية المميزة لأرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر.

الجدول رقم (01): كيفية توزيع أرباب الأسر المتقاعدين حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	أقل من 60سنة	64-60	69-65	74-70	79-75	80 فما فوق	المجموع
التكرار	2154	1715	1280	1214	937	782	8082
النسبة (%)	26,7%	21,2%	15,8%	15 %	11,6%	9,7%	100%

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن 63.6 % من أرباب الأسر المتقاعدين يتمركزون الى فئة العمر الثالث (60-79).

الجدول رقم (02): كيفية توزيع أرباب الأسر المتقاعدين حسب بعض الخصائص السوسيو-ديمغرافية

بعض الخصائص السوسيو-ديمعرافية		التكرار	والنسبة (%)
الجنس	ذكر	6549	81%
	أنثى	1533	19 %
منطقة الإقامة	حضرية	6015	%74.4
	ريفية	2067	5,6%2
	قيم مفقودة	13	0,002%
	المجموع	8082	00%1
المستوى التعليمي	دون مستوى	4757	58,9%
	ابتدائي	1553	19,5%
	متوسط	851	10,5%
	ثانوي	588	7,3 %
	جامعي	180	%3,2
	قيم مفقودة	95	1,2%
	المجموع	8082	100%
مؤشر الثروة	فقير جدا	1117	%8,13
	تحت المتوسط	1295	%0,61
	متوسط	1770	21,9%
	فوق المتوسط	1968	24,4%
	غني جدا	1932	23,9%
	المجموع	8082	100%

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

يبين لنا الجدول رقم (02) أن نسبة الذكور تقدر بـ 81% مقابل 19% إناث، كما يتوزعون بنسبة 74.4% بالمناطق الحضرية مقابل 25.6% في الريف. أما بالنسبة لتوزيعهم حسب المستوى التعليمي، فأغلبهم (58.9%) بدون مستوى تعليمي، و19.2% منهم مستوى ابتدائي. وبالنسبة لمستواهم المعيشي فهناك نسبة 29.8% تعيش في مستوى سيئ، مقابل نسبة 21.9% في المستوى المتوسط ونسبة 48.3% في المستوى الجيد.

2.3 عرض نتائج الفرضية (01)

- محددات انتشار الأمراض المزمنة بين أرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر

يعرض لنا الجدول التجميعي رقم 03 التالي كيفية توزيع أرباب الأسرة المتقاعدين المصابين وغير المصابين بالأمراض المزمنة حسب السن، الجنس، المستوى التعليمي، منطقة الإقامة والمستوى المعيشي.

الجدول رقم (03): كيفية توزيع إصابة أرباب الأسر المتقاعدين بالأمراض المزمنة حسب بعض المتغيرات.

الإصابة بالمرض / بعض المتغيرات		نعم		لا		المجموع
			%		%	
الفئات العمرية	أقل من 60	666	30,9%	1486	69%	2152
	64-60	713	41,6%	1001	58,4%	1714
	69-65	632	49,4%	646	50,5%	1278
	74-70	650	53,5%	560	46,1%	1210
	79-75	549	58,6%	387	41,3%	936
	80 فما فوق	461	59%	320	40,9%	781
	المجموع	3671	45,4%	4400	54,4%	8071
إحصائية الكاي تربيع					الاحتمال أقل من 5%	
الجنس	ذكر	2786	42,5%	3752	57,3%	6538
	أنثى	885	57,7%	648	42,3%	1533
	المجموع	3671	45,4%	4400	54,4%	8071

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

إحصائية الكاي تربيع				الاحتمال أقل من 5%	
مؤشر الثروة	فقير جدا	457	40,9%	659	59%	1116
	تحت المتوسط	566	43,7%	728	56,2%	1294
	متوسط	786	44,4%	982	55,5%	1768
	فوق المتوسط	909	46,2%	1053	53,5%	1962
	غني جدا	953	49,3%	978	50,6%	1931
	المجموع	3671	45,4%	4400	54,4%	8071
إحصائية الكاي تربيع				الاحتمال أقل من 5%	
منطقة الإقامة	حضرية	2838	47,2%	3170	52,7%	6008
	ريفية	833	40,3%	1230	59,5%	2063
	المجموع	3671	45,4%	4400	54,4%	8071
إحصائية الكاي تربيع				الاحتمال أقل من 5%	
المستوى التعليمي	دون مستوى	2336	49,1%	2412	50,7%	4748
	إبتدائي	681	43,9%	872	56,1%	1553
	متوسط	313	36,8%	538	63,2%	851
	ثانوي	184	31,3%	402	68,4%	586
	جامعي	89	47,8%	97	52,2%	186
	المجموع	3671	45,4%	4400	54,4%	8071

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

تشير نتائج الجدول التجميعي رقم (03) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات المستقلة (السن، الجنس، منطقة الإقامة، المستوى المعيشي، المستوى التعليمي) والمتغير التابع (الإصابة بالأمراض المزمنة) بحيث نلاحظ أن 30.9% من فئة اقل من 60 سنة يعانون من الأمراض المزمنة، وتتزايد هذه النسبة بوتيرة تدريجية في فئات العمر الثالث(60-79 سنة) لتصل إلى 59% في الفئة العمر الرابع (80 سنة فما فوق)، كما أن الإناث أكثر إصابة (57.7%) مقارنة بالذكور (42.5%)، والانتشار في المناطق الحضرية (47.2%) أكثر من المناطق الريفية(40.3%) وهذا يرجع إلى أن سكان الريف

أقل عرضة للتوتر وأكثر ممارسة للناشط مقارنة بسكان المدينة. وأيضا كلما ارتفع المستوى المعيشي وانخفض المستوى التعليمي زادت نسبة المصابين بالأمراض المزمنة، لأن التعليم يساعد الناس على حياة صحية سليمة وتفادي الأمراض ويحسن معدلات تغذية الفرد ويحميه من فيروس نقص المناعة.

3.3. عرض نتائج الفرضية (02)

-تتفاقم أمراض ارتفاع الضغط الدموي، القلب والشرايين لدى أرباب الأسر المتقاعدين بسبب قلة النشاط.

الجدول رقم (04): كيفية توزيع الإصابة بالأمراض لدى أرباب الأسرة المسنين (60 -79سنة) حسب الوضعية المهنية

الإصابة بالمرض / الوضعية المهنية	نعم		لا		المجموع
		%		%	
يمارس نشاط اقتصادي	272	%6,28	678	%3,17	951
متقاعد	2544	49,4%	2594	50,4%	5146
المجموع	2816	%2,46	3272	%7,53	6097
إحصائية الكاي تربيع		الاحتمال أقل من 5%			

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

تشير أرقام الجدول (04) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالأمراض المزمنة والوضعية المهنية. فحوالي 49.4% من المسنين أرباب الأسر المتقاعدين في الفئة العمرية (60-79 سنة) يعانون من مرض مزمن على الأقل في حين هناك 28.6 %فقط من النشطين في نفس الفئة العمرية يعانون من مرض مزمن على الأقل.

فيما يلي سنقوم بدراسة العلاقة بين نوع المرض المزمن (متغير تابع) والوضعية المهنية (متغير مستقل).

الجدول رقم (05): كيفية توزيع أرباب الأسر المسنين المرضى (60-79 سنة) حسب نوع الوضعية المهنية

الإصابة بالمرض / الوضعية المهنية	يمارس نشاط اقتصادي		متقاعد		المجموع	
		%		%		%
ضغط الدم	126	46,32%	1336	52,54%	1462	51,94%
السكري	85	31,25%	541	21,27%	626	22,24%
القلب والشرايين	16	5,88%	196	7,71%	212	7,53%
الربو	16	5,88%	111	4,36%	127	4,51%
أمراض المفاصل	11	4,04 %	138	5,43%	149	5,29%
السعال المزمن	3	1,10 %	42	1,65%	45	1,60%
السرطانات	2	4,04 %	26	1,02%	28	0,99%
العجز الكلوي	1	0,007%	26	1,02%	27	0,96%
أمراض أخري	12	4, 41 %	127	4,99%	139	4,94%
المجموع	272	100%	2543	100%	2815	100%
إحصائية الكاي تربيع			الاحتمال أقل من 5%			

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS وقاعدة بيانات MICS4

من خلال نتائج الجدول05 نلاحظ أن نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم لدى المتقاعدين 52.54% مقابل نسبة 21.27% لمرض السكري مقارنة على التوالي بالمسنين بالذين يمارسون نشاط اقتصادي 46.32%لارتفاع ضغط الدم و31.25% لمرض السكري.

4. مناقشة النتائج

1.4 مناقشة نتائج الفرضية (01) الخاصة بمحددات الحالة الصحية لأرباب الأسر المتقاعدين

تشير نتائج بعض الدراسات الى وجود علاقة ارتباطيه طردية بين العمر والإصابة بالأمراض المزمنة وهذا يتوافق مع ما توصلنا إليه في نتائج الجدول رقم (03)، فكلما تقدم سن أرباب الأسر المتقاعدين كلما زادت نسبة إصابتهم بأحد الأمراض المزمنة. وهذا يؤكده التقرير العالمي حول التشيخ والصحة بحيث أن المسنين اليوم في أغلبيتهم لا يتمتعون بصحة جيدة وأن أغلب المشاكل الصحية التي تواجههم ترتبط بالحالات المزمنة وهذا

يرجع إلى أن كلما تقدم الفرد في العمر فإن معدل ضربات القلب يصبح أبطأ نسبيا وكذلك تصبح الأوعية الدموية والشرايين أكثر صلابة مما يتسبب في عمل القلب بجهد أكبر لضخ الدم من خلالهما هذا يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وغيره من مشكلات القلب والأوعية الدموية.

كما أن ضغط العمل يشكل أحد عناصر الخطر على الصحة ويؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم والتأثير على القلب (Schnall, 1990) ، وأيضا يظهر مرض السكر عند كبار السن ويصعب السيطرة على أعراضه وتزداد نسبة الإصابة بمرض السكري لدى كبار السن وينتشر بصفة خاصة عند الأشخاص الذين يفوق سنهم 40 سنة وهذا نتيجة صعوبة تغيير العادات الغذائية عند كبار السن وضعف حاسة التذوق لديهم وصعوبة الحركة. وعند مقارنة ما توصلنا إليه مع نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، نجد أنه اعتبر 28.1٪ من إجمالي الأشخاص في الفئة العمرية (60-64) أن حالتهم الصحية سيئة، وتقدر هذه النسبة بـ 34.3٪ لمن تتراوح أعمارهم بين (65-69)، و37.2٪ لمن تتراوح أعمارهم بين (70-74)، ويعتبر أكثر من نصف الأشخاص (58.3٪) أن حالتهم الصحية سيئة في فئة 80 سنة فأكثر (PAPFAM, 2005 p. 108).

بالإضافة الى ذلك ما تؤكده نتائج المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات (2006) التي تشير الى أن معدل انتشار الأمراض المزمنة في ارتفاع في مختلف الفئات العمرية، إذ قدر ت بـ 18.5% لدى الفئة العمرية (35-59)، ونسبة 51% لدى الفئة العمرية 60 سنة فما فوق (MICS 3, 2008 p. 51) . وتبين لنا كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس والإصابة بأحد الأمراض المزمنة، حيث أن النساء ربات الأسر المتقاعدات أكثر عرضة من الرجال للإصابة بالأمراض المزمنة، وهذا ما تؤكده نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، التي تشير الى أن الحالة الصحية للنساء تبدأ في التدهور في وقت مبكر مقارنة بالرجال، بنسب على التوالي 74.7٪، 59.0٪، حيث أعلن أن أكثر من 66.9٪ الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا فأكثر يعانون من مشاكل صحية، وكانت نسبة النساء اللواتي أعلن أن حالتهن الصحية سيئة 14 نقطة أعلى من الرجال في الفئة العمرية (60-64) و13 نقطة للفئة (65-69) (PAPFAM, 2005 p. 115). وفي نفس السياق، أكدت نتائج المسح العنقودي

الثالث هيمنة انتشار الأمراض المزمنة لدى جنس الإناث مقارنة بالذكور، إذ قدرت على التوالي بـ 12.6% و8.4% (MICS 3, 2008 p. 51) .

كما تبين لنا أيضا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى المعيشي وإصابة أرباب الأسر المتقاعدين بالأمراض المزمنة، والتي توافقت الى حد كبير مع نتائج المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات التي بينت أن انتشار الأمراض المزمنة يتزايد مع تزايد مستوى الرفاهية الاقتصادية للأسرة المعيشية حيث بلغت نسبة الإصابة 8.4٪ في المؤشر 1 الخاص بفئة الفقراء مقابل 12.8٪ في المؤشر 5 الخاص بفئة الأغنياء.(MICS 3, 2008 p. 51)

وهذا ما يمكن تفسيره بنظرية التحول الوبائي لعبد الرحمن عمران (1972) والذي يرى أنه كلما ارتفع مستوى معيشة السكان كلما تحولت أنماط الأمراض من النمط الذي تغلب عليه صفة الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية إلى نمط أخر هو الأمراض المزمنة. كما أكدت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين منطقة الإقامة وإصابة أرباب الأسر المتقاعدين بأحد الأمراض المزمنة، وتؤكد هذا نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة الذي أعطى كيفية توزيع تقييم الذاتي لصحة المسنين فوق 60 سنة حسب منطقة الإقامة حيث أشار أن 36.1٪ يعتبرون صحتهم سيئة في المناطق الحضرية في مقابل 32٪ في المناطق الريفية. (PAPFAM, 2005 p. 114).

بالإضافة الى نتائج المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات الذي أظهر التوزيع حسب منطقة الإقامة أن الأمراض المزمنة أكثر انتشارا في المناطق الحضرية (11.5%) مقارنة بالمناطق الريفية (9.2%) من مجموع السكان،(MICS 3, 2008 p. 53) . وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن سكان المناطق الريفية يستمرون في ممارسة الأنشطة الزراعية بعد إحالتهم على التقاعد حتى سن متقدمة مما يسمح لهم بالحفاظ على لياقتهم البدنية والقضاء على وقت الفراغ على عكس سكان الحضر الذين يعانون من الخمول وقلة الحركة وزيادة وقت الفراغ ما يؤدي إلى تدهور وضعهم الصحي.

وأيضا بينت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وإصابة أرباب الأسر بالأمراض المزمنة، وتتطابق هذه النتيجة الى حد كبير مع نتائج دراسة بوعزيز، التي تشير إلى أنه كلما كان المستوى التعليمي للمسنين متدنيا كلما كان وضعهم الصحي سيئ. ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أنه كلما كان المستوى التعليمي منخفض

كلما كانت المهنة قبل التقاعد شاقة ما ينعكس سلبا على الصحة بعد التقاعد، وكذلك كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد ارتفع مستوى ثقافته ووعيه الصحي ما يعزز صحته البدنية.

2.4. مناقشة نتائج الفرضية (02) الخاصة بتفاقم أمراض ارتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب والشرايين ومرض السكري لدى أرباب الأسر المتقاعدين بسبب قلة النشاط.

أثبتت نتائج الجدول رقم (04) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بمرض مزمن والوضعية المهنية حيث أكدت أن حوالي 49.4% منهم في الفئة العمرية (60-79) يعانون من مرض مزمن على الأقل في حين هناك 28.6% فقط من المسنين أرباب الأسر الذين يمارسون نشاطا اقتصاديا في نفس الفئة العمرية يعانون من مرض مزمن على الأقل وهو ما توافق مع نتائج الدراسة الأمريكية (Dave، 2008).

كما أثبتت نتائج الجدول رقم (05) أن مرض ضغط الدم هو الأكثر انتشارا بين أرباب الأسر (60-79) وهذا بالنسبة للنشطين أو المتقاعدين، ويليه مرض السكري ثم أمراض أوعية القلب، غير أن توزيع هذه الأمراض يختلف حسب الوضعية المهنية لرب الأسرة، فبالنسبة لمرض ارتفاع ضغط الدم نجد أنه يمثل 51.9% من مجموع الأمراض المزمنة بالنسبة للمتقاعدين و46.3% بالنسبة للنشطين، وهذا يعني أنه أكثر انتشارا لدى أرباب الأسر المتقاعدين مقارنة بالنشطين.

وبالنسبة لأمراض أوعية القلب فنجد أنها تمثل نسبة 7.7% من مجموع الأمراض المزمنة لدى المتقاعدين و5.9% لدى النشطين، وتتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ميدانية في المجتمع المصري (خليفة، 1997 صفحة 115) والتي أثبتت أن المشكلات الصحية على غرار الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم، تزداد تفاقما لدى المسنين المتقاعدين مقارنة بالمسنين العاملين.

وهذا يتماشى مع ما أشار إليه فريدمان وهلفيجرست في ضوء نظرية النشاط التي تنظر لأهمية الاستمرار في ممارسة الأنشطة والأعمال في مرحلة التقاعد (سالم سالم، وآخرون، 2016)[3]، لأن الاستمرار في ممارسة النشاط يعتبر محدد لتطوير وصيانة المقدرة الوظيفية التي تمكن من الرفاهية والتشيخ الصحي.

خاتمة

تعرف الجزائر تحولات ديمغرافية عميقة في الهرم السكاني تنبئ مستقبلا بتزايد نسبة كبار السن، مما ينبئ بتزايد معدلات الإعالة الديمغرافية لكبار السن، ومن هذا المنطلق حاولنا تقصي العلاقة بين الصحة الجسدية والتقاعد لدى أرباب الأسر المتقاعدين، بالاعتماد على البيانات الخامة للمسح العنقودي الرابع متعدد المؤشرات، بالإضافة الى نتائج المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات والمسح الجزائري لصحة الأسرة ونتائج بعض الدراسات الميدانية في مجال السكان وهذا بهدف الإجابة عن سؤال الإشكالية الذي تمحور حول أثر التقاعد على الحالة الصحية لأرباب الأسر المتقاعدين في الجزائر.

ومن خلال نتائج اختبار الإحصائي الكاي تربيع، أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية معنوية بين إصابة أرباب الأسر المتقاعدين بالأمراض المزمنة والسن، الجنس، منطقة الإقامة، المستوى المعيشي والمستوى التعليمي، فكلما تقدم سن أرباب الآسر المتقاعدين زادت نسبة الإصابة بأحد الأمراض المزمنة وأشارت النتائج إلى أن 30.9% من فئة اقل من 60 سنة يعانون من الأمراض المزمنة، وتتزايد هذه النسبة لتصل إلى 59% في الفئة العمر الرابع (80 سنة فما فوق)، كما أن الإناث أكثر إصابة (57.7%) مقارنة بالذكور (42.5%).

أيضا كلما ارتفع مؤشر الثروة زادت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنه كلما ارتفع مستوى المعيشة كلما زاد مستوى الرفاهية مع اختلال النظام الغذائي وقلة النشاط البدني وهذا ما تؤكده نظرية الانتقال الوبائي لعبد الرحمن عمران. كما أوضحت النتائج تزايد الإصابة بأحد الأمراض المزمنة في المناطق الحضرية (47.2%) مقارنة بالمناطق الريفية(40.3%)، بسبب كثرة وقت الفراغ الذي تعاني منه هذه الفئة السكانية في المناطق الحضرية إضافة الى أن نمط الحياة في المناطق الحضرية أكثر تعقيدا ويتميز بالضوضاء والازدحام ما ينجم عنه القلق والضغوط اليومية التي تنعكس على وضعهم الصحي وتؤدي إلى زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة مع المناطق الريفية التي تتميز بالهدوء حيث يجد أرباب الأسر المتقاعدين ضالتهم في الريف بممارستهم لأنشطة منزلية أو زراعية يقضون فيها معظم وقت فراغهم.

كما خلصت النتائج الى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي قلت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة لدى أرباب الأسر المتقاعدين، وبناء عليه يمكن أن نرجع السبب إلى الدور الذي لعبه المستوى التعليمي في تحديد المهنة السابقة من العمل والتي تتميز بالراحة أو الشقاء. كما أثبتت كذلك النتائج أن حوالي 49.4% من أرباب الأسر المتقاعدين في الفئة العمرية (60-79) يعانون من مرض مزمن على الأقل مقابل 28.6 % فقط من أرباب الأسر الذين يمارسون نشاطا اقتصاديا في نفس الفئة العمرية.

كما أن مرض ارتفاع ضغط الدم أكثر انتشارا بين أرباب الأسر المتقاعدين وبنسبة 51.9 % مقارنة بالنشطين 46.3% في نفس الفئة العمرية، وبالنسبة لأمراض أوعية القلب فنجد أنها تمثل نسبة 7.7% من مجموع الأمراض المزمنة لدى المتقاعدين و 5.9% لدى النشطين، وهذا يعني أن التقاعد يؤدي إلى تفاقم الإصابة بأمراض أوعية القلب، لأن طبيعة الجسم الإنساني تحتاج الى مزيد من الحركة من أجل تنشيط الدورة الدموية ومن أجل تقوية عضلات الجسم وقد أثبتت الدراسات العلمية أن الشخص الذي لا يقوم بنشاطات بدنية عرضة للإصابة بالأمراض على عكس الشخص الذي يقوم بنشاطات فبنية الجسم تكون سليمة، وهذا يوافق ما تنص عليه نظرية النشاط في أهمية وضرورة الاستمرار في ممارسة النشاط في مرحلة التقاعد.

وقد استخلصنا ختاما من خلال هذا المقال إلى أهمية مفهوم التشيخ النشط كمفهوم حديث للصحة في مرحلة الشيخوخة والتقاعد، والذي يمكن أن يحل العديد من المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية في ظل التحولات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الراهنة التي يعرفها المجتمع الجزائري، ما يجرنا إلى إشكاليات أعمق تدرس هذه الفئة السكانية المهمة بمقاربات نظرية وميدانية متعددة التخصصات.

المراجع

1. البنوي نايف، الوريكات عايد، 2007. "التقاعد والصحة: دراسة اجتماعية في محافظة الكرك"، مجلة أبحاث اليرموك (سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية)، المجلد 23، العدد (4)،الأردن.
2. بوعزيز كريمة، 2012-2013. الحالة الصحية والظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية (دراسة ميدانية بمدينة بجاية). الجزائر : جامعة الجزائر، 2012-2013.

3. خليفة محمد عبد اللطيف، 1997. دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
4. طويل محمد، 2019. المؤشرات الديمغرافية المفسرة للانتقال الابيدميولوجي من الأمراض المتنقلة الى الأمراض غير المتنقلة. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر، 2019، المجلد 1/11، ص ص 133-144.
5. سالم سالم سماح؛ صبحي يوسف سمر؛ جابر سيد أمل، 2016. ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين، دار المسيرة الاردن.
6. العودي حمود صالح، 2007. الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمتقاعدين في القطاع العام والمختلط في اليمن: دراسة نظرية تطبيقية في البنية الاجتماعية، المركز اليمني للدراسات لاجتماعية وبحوث العمل، صنعاء.
7. عيساني نورالدين، 2015. الانتقال الديمغرافي في الجزائر ومحدداته الاجتماعية. أفكار وأفاق، 2015، المجلد 04، العدد 06.
8. فهمي محمد سيد، 2012. الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، المكتب الجامعي الجديد، الاسكندرية.
9. النيال مياسة احمد ، عفاف محمد عبد المنعم، 2008. الشيخوخة مضاهرها ومحدداتها بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
10. يونس ابراهيم، 2018. الشيخوخة الناجحة في ضوء علم النفس الايجابي، تدريبات إيجابية- تطبيقات عملية للمسنين والقائمين على رعايتهم، مؤسسة حورس الدولية، الاسكندرية .
11. منظمة الصحة العالمية، 2015. التقرير العالمي حول التشيخ والصحة،جنيف.
12. Calvo Esteban, Sarkisian Natalia, et Tamborini Christopher R, 2013. "Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health", *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* , vol. 68, no 1, p. 73-84.
13. Cherif Assia, et al. 2014. *Population agée en Algérie: dynamique et tendance, PNR 31,*. s.l.: DGRSDT/CRASC,2014.
14. CNR. 2020. cnr.dz. *CNR.* [En ligne] Caisse Nationale des Retraites , 05 aout 2020. http://cnr.dz/chiffres-caracteristiques/.
15. Dave Dhaval, Rashad Inas, et Spasojevic Jasmina, 2008. "The Effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes".
16. Eibich Peter, 2014. "Understanding the effect of retirement on health using Regression Discontinuity Design",
17. Enquête nationale à indicateurs multiples MICS 3, 2008. *Suivi de la situation des enfants et des femmes, rapport principal,* Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Algérie.

18. Enquête nationale à indicateurs multiples MICS 4, 2015. *Suivi de la situation des enfants et des femmes, rapport principal,* Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Fonds des Nations Unis pour l'enfance, Fonds des Nations Unis pour la population, Algérie.

19. Houti Leila; Chougrani Saada, 2009**.** La transition épidémiologique en Algérie. *Les cahiers du CRASC.* 2009, n°19, pp.73-93.

20. Kapelyuk Sergey, et al. 2014."Impact of minimum wage on income distribution and poverty in Russia", *Economics Education and Research Consortium.*

21. Manaa Ammar, 17-19 mars 2011**.** *le quotidien des retraités dans la région des hauts plataux Algériens W.de Sétif et de Bourdj Bou Arréridj.* Maroc : Actes du Colloque international de Meknes, 17-19 mars 2011, pp. 722-730.

22. Office Natioanl des Statistiques(ONS),2020. *Démographie Algérienne 2019,n°890, Alger.*

23. Papfam, 2005. *Enquête Algérienne sur la Sante de la Famille, Analyse approfondies,* Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Algérie.

24. Schnall, Peter L., Pieper, Carl, Schwartz, Joseph E., et al,1990. "The relationship between'job strain,'workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: results of a case-control study", *Journal of american association,* vol. 263, nº 14, p. 1929-1935.