

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع الديموغرافيا

تحت عنوان

عوامل التحاق المسنين بدور العجزة

دراسة سوسيو- ديموغرافية بدور المسنين بالجزائر العاصمة

(دالي ابراهيم- سيدي موسى- باب الزوار)

Factors of joining old people to the Elderly homes

Socio-demographic study at Elderly homes in Algiers

(Dely Brahim– Sidi Moussa– Bab Ezouar)

تحت اشراف:

أ.د / آسيا شريف

من إعداد الطالبة:

مشيد نبيلة

لجنة المناقشة

رئيسا	---	جامعة الجزائر 2	---	أستاذ التعليم العالي	---	عيساني نور الدين
مقررا	---	م.و.ع.إ.أ.ت	---	أستاذ التعليم العالي	---	شريف آسيا
عضوا	---	جامعة الجزائر 2	---	أستاذ التعليم العالي	---	عميرة جويده
عضوا	---	جامعة الجزائر 2	---	أستاذ التعليم العالي	---	سي الطيب فاطمة الزهراء
عضوا	---	جامعة البويرة	---	أستاذ التعليم العالي	---	مساني فاطمة
عضوا	---	جامعة غرداية	---	أستاذ التعليم العالي	---	طويل محمد

السنة الدراسية: 2022/2021

Faculty of social sciences
Department of sociology and demography

A Thesis submitted for having the degree of doctor of
science in sociology of demography

Titled

**Factors of joining old people to the
Elderly homes**

Socio-demographic study at Elderly homes in Algiers
(Dely Brahim– Sidi Moussa– Bab Ezouar)

Realised by:

Mechid Nabila

Supervised by:

Pr. Assia Cherif

Discussion committee:

Aissani Nouredine	Professor	- Algiers 2 university	President
Cherif Assia	Professor	- N.H.S.A.E	Reporter
Aamira Djaouida	Professor	- Algiers 2 university	Member
Sitayeb Fitima Zahraa	Professor	- Algiers 2 university	Member
Messani Fatima	Professor	-Bouira university	Member
Touil Mohommed	Professor	-Ghardaya university	Member

Academic year: 2021/2022

شكر وتقدير

بسم الله والحمد لله حمدا يوافي نعمه، وحمدا كثيرا مباركا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه،
الشكر لله على ما وهبني من صبر وهدي وتوفيق تخطيت الصعاب لإنجاز هذا العمل،
والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آل محمد وصحبه وسلم تسليما كثيرا

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير والعرفان للأستاذة المشرفة الدكتورة "شريف آسيا
"على إرشاداتها القيمة وتوجيهاتها الهادفة وإصرارها الدائم على إكمال هذا العمل

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى السادة الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على تكرمهم
بالموافقة على مناقشة هذا العمل

الشكر موصول إلى كل العاملين بدور المسنين الثلاثة (دالي ابراهيم، سيدي موسى،
باب الزوار) على تسهيلاتهم وتعاونهم معنا

أشكر كل المسنين والمسنيات الذين تقاسموا معنا قصصهم ومعاناتهم رغم صعوبتها.

أشكر كل أساتذتي من الطور الابتدائي إلى التعليم الجامعي

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا "

(سورة الإسراء الآية 23)

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين رمز الحب والعطاء والتضحية والذنان
رافقاني طيلة مشواري الدراسي وعلماني معنى المثابرة والنجاح أطال وبارك الله في عمرهما

إلى زوجي سندي في هذه الحياة والذي لم ييخل علي بمساعداته ودعمه وصبره

إلى أولادي قرّة عيني سامي وصفوة وياسر جعلهم الله من الصالحين

إلى من أتقاسم معهم ذكريات الطفولة الجميلة إخوتي وأخواتي حفظهم الله وراعهم

إلى كل صديقتي وزميلاتي

إلى كل أساتذتي بقسم الاجتماع والديموغرافيا بجامعة الجزائر -2-

إلى كل من ساعدني ودعمني ولو بكلمة طيبة

إلى كل طالب علم... أهدي هذا العمل

الباحثة

الملخص:

إن الاهتمام بفئة المسنين تزايد على المستوى العالمي ، لما لهذه الفئة من تأثير على التركيب السكاني، خاصة مع تطور أساليب الرعاية الصحية وانخفاض مستوى الوفيات والولادات معاً، ومنه الزيادة في متوسط الأعمار، ما سيخلف نسبة كبيرة من المسنين تستوجب الرعاية الاجتماعية والصحية من طرف الأسرة والدولة معاً.

لقد كانت العائلة الجزائرية التقليدية تمنح القيادة والسلطة لكبار السن في تسيير شؤون الأسرة في ظل نظام يفرض نمطا من الالتزامات والمسؤوليات، إلا أن ظهور النموذج الأسري الحديث أدى إلى تغير نظام السلطة ومركز المرأة في الأسرة بسبب تعليمها وخروجها للعمل ومنه تغير المكنات والأدوار وحتى الوظائف، ما أثر على نمط العلاقات بين الأفراد وأفرز مشاكل كثيرة كمشكل التكفل بالمسنين، هذا ما فسح المجال للرعاية المؤسسية (ديار العجزة).

إذاً برزت قضية معاناة المسنين عندما وجدوا أنفسهم في ظل نظام اقتصادي قائم على العمل المأجور والنقاعد ونظام اجتماعي جديد قائم على الأسرة الزوجية يواجهون واقعا يتطلب رعايتهم والتكفل بهم.

الكلمات الدالة : المسنين - دور العجزة - المكنة - المستوى المعيشي - الرعاية الصحية .

Abstract:

The attention to the elderly class has increased at worldwide level due to the impact of this category on the population structure, especially with the development of health care methods and decrease of mortality and birth level together; as a result, the increase in the average ages which leaves behind a large proportion of the elderly requiring social and health care from both family and state.

The traditional family gave leadership and authority to the elders to manage the family's affairs under a system that imposes a pattern of obligations and responsibilities; however, the emergence of the modern family model led to a change in the authority system and women's status in the family because of her education and her going out to work, as a result, a change in positions, roles and even jobs which affected the pattern of relations between individuals and produced many problems such as the problem of caring for the elderly that paved the way for institutional care (homes of elderly).

So, the suffering of the elderly appears when they found themselves living in economic environment based on paid work, retirement and new social system based on marital family, they face a reality that requires their care and support.

Keywords : Living standard - Elderly homes -Status -Elderly -Healthy care.

الفهرس

أ	مقدمة
6	الفصل الأول: الجانب النظري والمنهجي للبحث
7	أولاً- البناء الفكري للبحث
7	1- الإشكالية:
9	2- تحديد الفرضيات:
10	3- أهداف وأسباب اختيار موضوع البحث:
12	4- تحديد المفاهيم:
19	5- تحليل الدراسات السابقة:
32	6- المقاربة النظرية:
38	ثانياً- الجانب المنهجي للبحث:
38	1- مجالات البحث:
41	2- المنهج المستعمل:
44	3- تقنيات البحث:
47	4- صعوبات البحث:
48	الفصل الثاني: مدخل نظري وديموغرافي للشيخوخة
50	تمهيد:
51	المبحث الأول: مدخل عام للشيخوخة
51	المطلب الأول: ماهية الشيخوخة
51	1- تعريف الشيخوخة:
54	2- سيرورة تاريخية عن بداية الإهتمام العالمي بالشيخوخة:
58	3- مراحل الشيخوخة:
59	4- إهتمامات وحاجات الشيخوخة:
61	المطلب الثاني: خصائص وتغيرات مرحلة الشيخوخة:
61	1- التغيرات الجسمية البيولوجية والفيزيولوجية:
63	2- الخصائص والتغيرات النفسية:
64	3- الخصائص والتغيرات الإجتماعية:
66	4- الخصائص والتغيرات المادية:

المطلب الثالث: مشكلات الشيخوخة والنظريات العلمية المفسرة لها.....	67
1- العوامل المؤثرة في مشكلات المسنين:.....	67
2- مشكلات المسنين	68
3- النظريات العلمية المفسرة للشيخوخة:.....	75
المبحث الثاني: مقارنة سوسيو- إحصائية عن الوضعية الديموغرافية للمسنين في العالم وفي الجزائر.....	84
المطلب الأول: شيخوخة السكان.... واقع ديموغرافي.....	84
1- الانتقال الديموغرافي والوبائي وحتمية التشيخ :.....	84
2- العوامل المؤثرة في تشيخ السكان:.....	90
3- المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية لتعمير السكان:.....	93
المطلب الثاني: شيخوخة السكان وواقع المسنين في العالم.....	97
1- تطور نسب المسنين في العالم حسب الجنس من سنة 1950 إلى 2050:.....	98
2- توزيع نسب المسنين في مناطق من العالم:.....	101
3- تطور نسب المسنين في العالم من خلال متوسط العمر :.....	103
المطلب الثالث: المسنين في الجزائر: التطور والسمات الديموغرافية.....	105
1- التمثيل النسبي للسكان حسب الفئات العريضة قبل وبعد الإستقلال:.....	105
2- تطور نسب المسنين في الجزائر خلال الفترة (1966 - 2017).....	108
3- توزيع نسب المسنين حسب الفئات الخماسية والجنس (التعدادات الخمسة).....	109
خلاصة	111
الفصل الثالث: الأسرة الجزائرية ووضعية المسنين الاقتصادية والصحية في ظل التغيرات الاجتماعية	112
تمهيد.....	114
المبحث الأول: مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية على ضوء التغيرات الحضرية.....	115
المطلب الأول: الأسرة الجزائرية والتغير الاجتماعي	115
1- مفهوم التغير الاجتماعي.....	115
2- عوامل التغير الاجتماعي:.....	118
3- تطور الأسرة الجزائرية:.....	121
المطلب الثاني: مظاهر التغير على الأسرة الجزائرية:.....	132
1- التغيرات في بناء الأسرة:.....	132

134.....	2- تغير وظائف الأسرة:
137.....	3- تغير العلاقات الأسرية:.....
139.....	المطلب الثالث: المسنين في الأسرة الجزائرية: المكانة والعلاقات الإجتماعية
139.....	1- المسنين في العائلة الجزائرية التقليدية والأسرة الحديثة.....
145.....	2- مكانة المسنين في الإسلام:
148.....	3- المسنين في التشريع القانوني الجزائري:.....
152.....	4- المسنين والعلاقات الاجتماعية الأسرية:
159.....	المبحث الثاني: الوضعية الاقتصادية والصحية لكبار السن
159.....	المطلب الأول: المسنين بين العمل والتقاعد.....
159.....	1- العمل لدى المسنين: مفهومه ومحدداته
164.....	2- مفهوم التقاعد: مراحل وتطوره التاريخي.....
172.....	3- الواقع الاقتصادي للمسنين:
179.....	المطلب الثاني: التقدم في العمر والإضطرابات الصحية.....
179.....	1- العوامل المسببة لأمراض المسنين:
183.....	2- أمراض المسنين:
192.....	3- طرق الوقاية من أمراض المسنين:
195.....	المطلب الثالث: الواقع الصحي للمسنين بالجزائر
195.....	1- المسنين والأمراض المزمنة:.....
196.....	2- المشكلات الصحية لدى المسنين:.....
198.....	3- المرض والإستقلالية الوظيفية لكبار السن:.....
201.....	خلاصة
202.....	الفصل الرابع: المسنين والرعاية الاجتماعية المؤسساتية
203.....	تمهيد:.....
204.....	المبحث الأول: المسنين والخدمة الاجتماعية بدور العجزة
204.....	المطلب الأول: دار العجزة كمؤسسة اجتماعية.....
204.....	1- نشأة دور العجزة:
206.....	2- أهداف دور العجزة
207.....	3- المعايير الواجب توفرها في دور العجزة.....
208.....	4- عوامل ظهور دار العجزة.....

210.....	المطلب الثاني: الخدمة الإجتماعية وكبار السن
210.....	1- تعريف الخدمة الإجتماعية:
211.....	2- نشأة الخدمة الإجتماعية في مجال المسنين:
212.....	3- أهداف الخدمة الإجتماعية عند المسنين:
214.....	4- طرق الخدمة الإجتماعية مع المسنين:
220.....	المبحث الثاني: نحو استراتيجية عامة للرعاية الإجتماعية للمسنين
220.....	المطلب الأول: كبار السن والرعاية الاجتماعية بدور المسنين
220.....	1- مفهوم الرعاية الإجتماعية:
222.....	2- خصائص الرعاية الإجتماعية:
223.....	3- أهداف الرعاية الإجتماعية:
225.....	4- أنواع الرعاية المقدمة للمسنين:
231.....	المطلب الثاني: دور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين
232.....	1- مسؤولية الأسرة:
233.....	2- مسؤولية المؤسسات الإجتماعية:
234.....	3- مسؤولية أجهزة التعليم والبحث العلمي:
235.....	4- مسؤولية الدولة:
238.....	خلاصة
239.....	الفصل الخامس: الدراسة الميدانية وخصائص مجتمع الدراسة
240.....	تمهيد
241.....	المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية للمبحوثين
241.....	المطلب الأول: توزيع المبحوثين حسب السن
241.....	المطلب الثاني: توزيع المبحوثين حسب الجنس
242.....	المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمركز
243.....	المبحث الثاني: الخصائص الاجتماعية
243.....	المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب المستوى التعليمي
244.....	المطلب الثاني: توزيع مجتمع الدراسة حسب الحالة المدنية
245.....	المطلب الثالث: توزيع مجتمع الدراسة حسب عدد الأبناء
246.....	المبحث الثالث: الخصائص الإقتصادية للمبحوثين
246.....	المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب الوضعية المهنية السابقة

المطلب الثاني:توزيع مجتمع الدراسة حسب نوع المهنة	247
المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري	248
المبحث الرابع: الخصائص الصحية للمبحوثين	248
المطلب الأول: توزيع مجتمع الدراسة حسب المرض	248
المطلب الثاني:توزيع مجتمع الدراسة حسب التقييم الصحي الذاتي للمسنين	249
المطلب الثالث: توزيع مجتمع الدراسة حسب نوع المرض	250
الفصل السادس: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي وعامل السلطة	252
تمهيد:	253
المبحث الأول: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي (التمثل في المستوى التعليمي والمكانة السوسيو-مهنية) وتأثيره على إلتحاقهم بدور المسنين	254
1- اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للمسنين على إلتحاقهم بدور المسنين	254
2- تأثير الوضعية المهنية للمسنين على إلتحاقهم بدور المسنين	263
المبحث الثاني: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري بناءا على عامل السلطة	272
1- اختبار أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور المسنين	272
2- إختبار تأثير سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية على إلتحاقهم بدور المسنين	280
إستنتاج الفرضية الأولى:	288
الفصل السابع : دراسة المستوى المعيشي للمسنين من خلال الدخل ومستويات الانفاق	291
تمهيد:	292
المبحث الأول: تأثير الدخل ومصادره على التحاق المسنين بدار العجزة	293
1- تأثير قيمة الدخل الشهري للمسنين على التحاقهم بدار العجزة	293
2- تأثير مصادر الدخل على إلتحاق المسنين بدور العجزة	300
المبحث الثاني: إختبار تأثير الإعالة ومستويات إنفاق المسنين على إلتحاقهم بدار المسنين	308
1- تأثير مسؤولية الإعالة في الأسرة على إلتحاق المسنين بدار العجزة	308
2- تأثير الإدخار والإستدانة على إلتحاق المسنين بدار العجزة	315
إستنتاج الفرضية الثانية :	322
الفصل الثامن: دراسة الرعاية الصحية للمسنين في الوسط الأسري من خلال الوضعية الصحية والتكاليف العلاجية للمسنين	325
تمهيد:	326

المبحث الأول: الوضعية الصحية للمسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور العجزة.....	327
1- التقييم الصحي الذاتي للمسنين وتأثيره على إلتحاقهم بدور العجزة	327
2- أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور المسنين	335
المبحث الثاني: التكاليف الصحية العلاجية للمسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على التحاقهم بدور المسنين	343
1- المتابعة الطبية للمسنين وتأثيرها على التحاقهم بدور المسنين	343
2- تأثير مصدر تأمين دواء المسنين في الوسط الأسري وعلاقته بالتحاقهم بدورالعجزة	351
إستنتاج الفرضية الثالثة:	359
الإستنتاج العام:	362
الخاتمة	366
قائمة المراجع	367
الملاحق	379

فهرس الجداول

- الجدول رقم 1: تقديرات نمو سكان العالم عبر المراحل التاريخية. 97
- الجدول رقم 2: تطور نسب المسنين في العالم المتقدم والنامي حسب متغير الجنس. 99
- الجدول رقم 3: يوضح تطور نسب المسنين في مناطق من العالم. 101
- الجدول رقم 4: يبين توزيع المسنين في أوروبا من 1950 إلى غاية 2050. 103
- الجدول رقم 5: يبين تطور المسنين في العالم من خلال متوسط العمر (بالسنوات). 104
- الجدول رقم 6: يوضح التوزيع النسبي للسكان في الجزائر حسب الفئات العريضة. 106
- الجدول رقم 7: تطور نسب المسنين من 1966-2017. 108
- الجدول رقم 8: يوضح توزيع نسب المسنين في الجزائر من خلال التعدادات (1966-2008). 109
- الجدول رقم 9: يمثل مستويات الخصوبة العامة حسب المستوى التعليمي للمرأة. 132
- الجدول رقم 10: يبين معدلات العمل لدى المسنين في سن 65 سنة فأكثر 2000-2015. 173
- الجدول رقم 11: التوزيع النسبي لكبار السن حسب وضعيتهم العملية. 174
- الجدول رقم 12: التوزيع النسبي لكبار السن حسب دورهم داخل الأسرة. 176
- الجدول رقم 13: التوزيع النسبي لكبار السن حسب مصدر دخلهم. 177
- الجدول رقم 14: التوزيع النسبي للمسنين حسب مدة التدخين. 182
- الجدول رقم 15: يبين نسب كبار السن (60 سنة فما فوق) حسب الأمراض مزمنة. 195
- الجدول رقم 16: يبين أهم المشاكل الصحية التي يعاني منها كبار السن. 196
- الجدول رقم 17: يبين توزيع المسنين حسب الحالة الصحية المتصورة والجنس. 197
- الجدول رقم 18: يوضح توزيع المسنين حسب الحالة الصحية المتصورة والسن. 198
- الجدول رقم 19: توزيع المبحوثين حسب السن. 241
- الجدول رقم 20: يبين توزيع المبحوثين حسب الجنس. 241
- الجدول رقم 21: توزيع المسنين المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمركز. 242
- الجدول رقم 22: توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي. 243
- الجدول رقم 23: توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية. 244
- الجدول رقم 24: توزيع المبحوثين حسب عدد الأبناء. 245
- الجدول رقم 25: توزيع المبحوثين حسب الوضعية المهنية السابقة. 246
- الجدول رقم 26: المبحوثين حسب امتلاك منحة التقاعد. 246
- الجدول رقم 27: توزيع المسنين حسب المهنة الممارسة قبل التقاعد. 247
- الجدول رقم 28: توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المدخول الشهري التقديري. 248
- الجدول رقم 29: توزيع مجتمع البحث حسب معاناتهم من المرض. 248
- الجدول رقم 30: توزيع المبحوثين حسب تقييمهم لوضعيتهم الصحية. 249
- الجدول رقم 31: يوضح توزيع المبحوثين حسب أنواع الأمراض. 250
- الجدول رقم 32: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بنمط العلاقة في الوسط الأسري. 254

- الجدول رقم 33: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بكيفية الالتحاق بدار المسنين 256
- الجدول رقم 34: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بقرار الالتحاق بالمركز 257
- الجدول رقم 35: المستوى التعليمي وعلاقته بموقف المسنين من الالتحاق بدار العجزة 259
- الجدول رقم 36: المستوى التعليمي وعلاقته بتلقي المسنين الزيارات من طرف أهاليهم 261
- الجدول رقم 37: علاقة مهنة المسنين بنمط العلاقة في الوسط الأسري 263
- الجدول رقم 38: مهنة المسنين وعلاقتها بكيفية إلتحاقهم بدار المسنين 265
- الجدول رقم 39: تأثير مهنة المسنين على قرار إلتحاقهم بالمركز 267
- الجدول رقم 40: مهنة المسنين وتأثيرها على موقفهم من الالتحاق بالمركز 269
- الجدول رقم 41: مهنة المسنين وعلاقتها بتلقي الزيارات من طرف الأهل 270
- الجدول رقم 42: أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على علاقتهم بأفراد أسرهم 272
- الجدول رقم 43: علاقة أهمية قرارات المسنين بكيفية إلتحاقهم بدار المسنين 273
- الجدول رقم 44: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بقرار إلتحاقهم بالمركز 274
- الجدول رقم 45: أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وعلاقته بموقفهم من الالتحاق بالدار 276
- الجدول رقم 46: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بتلقيهم زيارات 278
- الجدول رقم 47: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بشعورهم بعد الزيارات 279
- الجدول رقم 48: تأثير سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية على علاقتهم بأفراد أسرهم 280
- الجدول رقم 49: سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وتأثيرها على كيفية إلتحاقهم بالدار 282
- الجدول رقم 50: سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وعلاقتها بقرار إلتحاقهم بدور العجزة 284
- الجدول رقم 51: سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وتأثيرها على موقفهم من الالتحاق بالمركز .. 285
- الجدول رقم 52: علاقة سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية بتلقي الزيارات بالمركز 287
- الجدول رقم 53: تأثير قيمة الدخل الشهري للمسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة 293
- الجدول رقم 54: الدخل الشهري للمسنين وعلاقته بكيفية التحاقهم بالدار 294
- الجدول رقم 55: تأثير الدخل الشهري للمسنين على قرار إلتحاقهم بالمركز 296
- الجدول رقم 56: الدخل الشهري الفردي للمسنين وعلاقته بموقفهم من الالتحاق بالدار 298
- الجدول رقم 57: علاقة الدخل الشهري للمسنين بتلقي الزيارات بدار العجزة 299
- الجدول رقم 58: تأثير مصر دخل المسنين على علاقتهم بأفراد أسرهم 300
- الجدول رقم 59: علاقة مصدر دخل المسنين بقرار إلتحاقهم بالمركز 301
- الجدول رقم 60: علاقة مصدر دخل المسنين بموقفهم من الإلتحاق بالدار 303
- الجدول رقم 61: يبين وضعية إقامة المسنين 304
- الجدول رقم 62: مصدر دخل المسنين وعلاقته بتلقيهم الزيارات من طرف أقاربهم 306
- الجدول رقم 63: تأثير مسؤولية الإعالة على علاقة المسنين بأفراد الأسرة 308
- الجدول رقم 64: علاقة مسؤولية الإعالة في الأسرة بكيفية إلتحاق المسنين بالمركز 309
- الجدول رقم 65: تأثير مصدر الإعالة في الأسرة على قرار إلتحاق المسنين بالدار 311

- الجدول رقم 66: مصدر الإعالة في الأسرة وعلاقتها بموقف المسنين من الإلتحاق بالدار 312
- الجدول رقم 67: تأثير مصدر الإعالة في الأسرة على تلقي المسنين الزيارات 314
- الجدول رقم 68: تأثير مستويات إنفاق المسنين على علاقتهم بأفراد أسرهم 315
- الجدول رقم 69: تأثير مستويات الإنفاق على قرار إلتحاق المسنين بالمركز 317
- الجدول رقم 70: مستويات إنفاق المسنين وتأثيره على موقفهم من الإلتحاق بالدار 319
- الجدول رقم 71: تأثير مستويات إنفاق المسنين على تلقيهم الزيارات في الدار 321
- الجدول رقم 72: تأثير التقييم الصحي الذاتي على علاقة المسنين بأفراد أسرهم 327
- الجدول رقم 73: تأثير التقييم الصحي الذاتي للمسنين على كيفية إلتحاقهم بدور العجزة 328
- الجدول رقم 74: التقييم الصحي الذاتي للمسنين وتأثيره على قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة 330
- الجدول رقم 75: علاقة التقييم الصحي الذاتي للمسنين بموقفهم من الإلتحاق بالدار 331
- الجدول رقم 76: علاقة التقييم الصحي الذاتي بتلقي المسنين الزيارات بالدار 333
- الجدول رقم 77: تأثير أنواع المشاكل الصحية على علاقة المسنين بأفراد الأسرة 335
- الجدول رقم 78: أنواع المشاكل الصحية وعلاقتها بكيفية إلتحاق المسنين بالمركز 336
- الجدول رقم 79: تأثير أنواع المشاكل الصحية على قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة 338
- الجدول رقم 80: المشاكل الصحية للمسنين وتأثيرها على موقفهم من الإلتحاق بالدار 339
- الجدول رقم 81: أنواع المشاكل الصحية للمسنين وعلاقتها بتلقي الزيارات 341
- الجدول رقم 82: تأثير المتابعة الصحية للمسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة 343
- الجدول رقم 83: علاقة المتابعة الصحية للمسنين على كيفية إلتحاقهم بدور المسنين 344
- الجدول رقم 84: تأثير المتابعة الصحية للمسنين على قرار إلتحاقهم بالدار 346
- الجدول رقم 85: المتابعة الطبية للمسنين وعلاقتها بموقفهم من الإلتحاق بالدار 348
- الجدول رقم 86: تأثير المتابعة الطبية للمسنين على تلقي الزيارات من طرف الأهل 350
- الجدول رقم 87: تأثير مصدر توفير دواء المسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة 351
- الجدول رقم 88: مصدر توفير دواء المسنين وعلاقته بكيفية إلتحاقهم بدار العجزة 353
- الجدول رقم 89: علاقة مصدر شراء دواء المسنين بقرار إلتحاقهم بالدار 354
- الجدول رقم 90: موقف المسنين من الإلتحاق بدار العجزة وعلاقته بمصدر توفير الدواء 356
- الجدول رقم 91: مصدر دواء المسنين وتأثيره على تلقي الزيارات 358

فهرس الأشكال

- الشكل رقم 1: شكل بياني يبين عوامل التغير الاجتماعي 118
- الشكل رقم 2: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الجنس 241
- الشكل رقم 3: أعمدة بيانية توضح توزيع مجتمع البحث حسب المستوى التعليمي 243
- الشكل رقم 4: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية 244
- الشكل رقم 5: دائرة نسبية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب وضعيتهم المهنية السابقة 246
- الشكل رقم 6: أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب نوع المهنة 247
- الشكل رقم 7: دائرة نسبية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب معانتهم من المرض 249
- الشكل رقم 8: أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب التقييم الصحي الذاتي للمسنين 249
- الشكل رقم 9: أعمدة بيانية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب أنواع الأمراض 251

مقدمة

عرفت المجتمعات المعاصرة عدة تحولات في جميع المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي فتحت مجالا واسعا لاحتمالات التهميش وسوء التكيف والذي انعكس سلبا على الأسرة والمجتمع على حد سواء.

وتعتبر الأسرة الركيزة الأساسية في بناء المجتمع والمكان الطبيعي الذي يجد فيه الفرد الأمان والطمأنينة والسكينة والشعور بالانتماء خاصة في مرحلة الشيخوخة حيث كان موضوع الشيخوخة والمسنين أحد المواضيع الأساسية التي استرعت أنظار الباحثين والمختصين وشغلت حيزا كبيرا في فكر الفلاسفة والأطباء منذ آلاف السنين لأن الشيخوخة من المراحل التي تشهد سلسلة كبيرة من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية والتي تعرقل عملية اندماجهم وتكيفهم مع البيئة الاجتماعية المحيطة بهم.

لقد تزايد الاهتمام بفئة المسنين على المستوى العالمي في الآونة الأخيرة، لما لهذه الفئة من تأثير على التركيب السكاني لأي مجتمع من المجتمعات خاصة مع تطور أساليب الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والزيادة في متوسط الأعمار في مختلف دول العالم بدرجات متفاوتة نتيجة التطور العلمي والتكنولوجي والصحي الذي شهده العالم اليوم .

إرتفع عدد المسنين في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء إذ تشير إحصائيات الأمم المتحدة إلى أن عدد السكان الذين بلغوا سن الستين على مستوى العالم عام 1950 تجاوز 200 مليون نسمة ثم إرتفع عام 1975 وبلغ 350 مليون نسمة، ووصل الى 950 مليون نسمة في عام 2000، ومن المتوقع أن يتجاوز 1100 مليون نسمة بحلول سنة 2025¹.

وفيما يخص تطور أعداد المسنين في الجزائر فإن كل الإفتراضات تؤكد على تزايد نسب المسنين في المجتمع الجزائري مع تباين التقديرات إذ التطور الكبير للمسنين يرتكز على الافتراض الأول وهو بنسبة 10,3 بالمئة في 2038 مع احتمال أن يقل عنه بنسبة 1 بالمئة في الإفتراض

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي: رعاية المسنين (بين العلوم الوضعية والتصور الإسلامي)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2008،

الثالث أي بفرق خمس ملايين إذا كان تقدير عدد السكان في نفس السنة في حدود 49 مليون نسمة¹.

وطالبت منظمات دولية عديدة بمواجهة هذه التحديات والآثار التي ستخلفها الشيخوخة لاسيما ارتفاع تكاليف المعاشات والرعاية الصحية والاجتماعية. مما قد يفرض زيادة كبيرة في الإنفاق ما قد ينعكس سلبا على النمو الاقتصادي بهذه الدول. هذا على الصعيد الديموغرافي، أما على الصعيد الاجتماعي فقد شهدت المجتمعات العربية جملة من التغيرات والتطورات التي مست بنيتها وأثرت بشكل كبير على العلاقات بين السكان، ونمط حياتهم، وبالطبع لم يبق المجتمع الجزائري بمعزل عن تلك التغيرات.

والمجتمع الجزائري كباقي المجتمعات عرف تغيرات منذ الاستقلال في عدة مجالات اجتماعية اقتصادية وثقافية عجلت بتحوله من المجتمع التقليدي إلى العصري الحديث عبر مختلف وحداته ومؤسساته الاجتماعية، خاصة النسق الأسري حيث عرفت العائلة الجزائرية التقليدية تغيرا في بنيتها ومعاييرها وقيمها التي كانت تمنح القيادة والرئاسة والسلطة لكبار السن في تسيير وتنظيم شؤون الأسرة في ظل نظام يفرض نمط من الالتزامات والمسؤوليات المتبادلة لتظهر وكننتيجة حتمية لتعدد الحياة الاجتماعية وانتشار التعليم وخروج المرأة للعمل ونمو روح التحرر والاستقلالية وانتشار الأسرة النووية المعاصرة التي تتضمن الزوج والزوجة والأبناء، نتج عنها تلاشي الروابط والعلاقات الاجتماعية ما انعكس سلبا على الأدوار والمكانة التي كان يحظى بها المسنين في المجتمعات التقليدية، هذا ما أفرز قيم إجتماعية بديلة نتيجة تراجع القيم والعادات التي كانت تميز طبيعة وخصوصية المجتمع الجزائري الذي يستمد مبادئه من تعاليم ديننا الحنيف الذي يحث على احترام وطاعة الوالدين.

وبهذا وغيره من التطورات الاجتماعية والاقتصادية والحضارية وجدت الأسرة المعاصرة نفسها غير قادرة على تقديم الرعاية لمن يتقدمون في العمر من أعضائها بل إن بعض الأسر غير راغبة في تحمل هذه المسؤولية حتى حين تسمح أوضاعها بذلك، هذا ما يفسح المجال للرعاية المؤسسية، والتخلي عن الآباء والامهات المسنين في دور لرعاية الأشخاص المسنين لخير دليل على أن البناء

¹ CENEAP :Population et Developpement,Revue du ceneap, N35, Alger, 2007, p141

الأسري يعرف تصدعا كبيرا يستحق أكثر من وفقه من أجل فك اللبس عن أهم الظروف والعوامل التي دفعت أفراد الأسرة وحتى الأهل والأقارب اللجوء إلى هذه مثل الممارسات والسلوكات الدخيلة على مجتمعنا الجزائري المحافظ.

إن العدالة الاجتماعية تقتضي سياسة اجتماعية تؤمن بحق كل فرد في المجتمع بأن يشعر بقيمته وتحتاج هذه الفئة السكانية- المسنين- إلى رعاية تعوض الجوانب المفقدة في الحياة، فالروابط الثانوية حلت محل الروابط الأولية ما يولد لدى المسنين الاحساس بالتهميش مع نقص الدخل ومشكلات الاسكان وتفرق الأبناء ويكون الوضع أسوأ إذا صاحبه فقد الشريك والعجز عن خدمة النفس بسبب المرض والعجز الصحي، وفي ظل هذه الظروف أصبح لزاما على المجتمع أن يقدم لهم رعاية شاملة ومتكاملة لهذه الفئة والمتمثلة في ديار العجزة.

إذا" برزت مشكلة رعاية المسنين عندما وجدوا أنفسهم بين نظام إقتصادي يقوم على العمل المأجور والتقاعد ونظام اجتماعي جديد ومنه علاقات اجتماعية جديدة يقوم على الأسرة الزوجية المعاصرة يواجهون واقعا يتطلب رعايتهم والتكفل بهم.

وبناء على هذا إتجهنا في دراستنا نحو البحث عن تأثير العوامل الاجتماعية والإقتصادية والصحية على إلتحاق المسنين بدور العجزة كبداية عن الأسر وارتكزت هذه الدراسة على ثلاث متغيرات وهي تأثير مكانة المسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدار العجزة وتأثير المستوى المعيشي للمسنين على إلتحاقهم بدار العجزة أما المتغير الثالث فتمثل في تأثير الوضعية الصحية للمسنين على إلتحاقهم بدار العجزة، ولتحليل العلاقة السببية بين المتغيرات قمنا بإختبارها بدراسة ميدانية أين تم إستجواب 153 مسن ومسنة مقيمين بدور العجزة الثلاثة (سيدي موسى - باب الزوار - دالي ابراهيم) موظفين بذلك تقنية إستمارة المقابلة بإعتبارها الأنسب في التعامل مع هذه الفئة العمرية وبعد المعالجة البيانية للمعطيات تم إستخراج وإستنتاج تأثير تلك المتغيرات على إلتحاق المسنين بدور العجزة.

لهذا قمنا بتقسيم موضوع بحثنا إلى جانبين الجانب النظري والميداني، يحتوي الجانب النظري على أربعة فصول، خصص الفصل الأول للبناء النظري والمنهجي للبحث، أما الفصل الثاني فعنون بمدخل نظري وديموغرافي للشيخوخة، تطرقنا في المبحث الأول لمدخل عام للشيخوخة في

حين خصص المبحث الثاني للحديث عن الوضعية الديموغرافية للمسنين في العالم وفي الجزائر، الفصل الثالث تم التطرق فيه للأسرة الجزائرية ووضعية المسنين الإقتصادية والصحية في ظل التغيرات الاجتماعية وكان هذا في مبحثين، الأول خصص للحديث عن مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية في ظل التغيرات الحضرية، بينما تم في المبحث الثاني عرض الوضعية الاقتصادية والصحية لكبار السن.

أما الفصل الرابع والأخير في هذا الباب فارتأينا أن نعرض فيه المسنين والرعاية الاجتماعية المؤسساتية أين خصص المبحث الأول للحديث المسنين والخدمات الاجتماعية بدور المسنين والذي تضمن أيضا مطلبين بينما عنون المبحث الثاني بنحو إستراتيجية عامة للرعاية الاجتماعية للمسنين.

لقد خصص الجانب الثاني للدراسة الميدانية وإختبار فرضيات البحث وتضمن أربع فصول خصص الفصل الخامس للحديث عن منهجية الدراسة الميدانية وعرض خصائص مجتمع البحث من خصائص ديموغرافية وإجتماعية وإقتصادية وصحية. في حين تم في الفصل السادس تحليل الفرضية الأولى وقسم إلى مبحثين، تضمن المبحث الأول دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الإجتماعي والمتمثل في المستوى التعليمي والمكانة السوسيو- مهنية وتأثيره على إلتحاق المسنين بدور العجزة، في حين كان الحديث في المبحث الثاني عن مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال عامل السلطة والمتمثل في أهمية قرارات المسنين وإختبار سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وأثره على إلتحاقهم بدور العجزة وختم الفصل باستنتاج جزئي للفرضية الأولى.

خصص الفصل السابع لتحليل الفرضية الثانية أين تم دراسة الوضعية الاقتصادية للمسنين من خلال الدخل مستويات الانفاق وتأثيره على إلتحاقهم بدور العجزة وكان هذا في مبحثين، خصص المبحث الأول لمعالجة تأثير الدخل ومصادره على إلتحاق المسنين بدور العجزة، بينما تم في المبحث الثاني إختبار تأثير الإعالة ومستويات إنفاق المسنين على إلتحاقهم بدور العجزة وكان ختام الفصل بإستنتاج جزئي للفرضية الثانية .

أما الفصل الثامن والأخير فلقد تم فيه دراسة الرعاية الصحية للمسنين في الوسط الأسري من خلال الوضعية الصحية والتكاليف العلاجية لهم وتأثيره على إلتحاقهم بدارالعجزة حيث تناولنا بالدراسة في المبحث الأول الوضعية الصحية للمسنين وعلاقتها بإلتحاقهم بدار العجزة، بينما تم معالجة علاقة التكاليف العلاجية للمسنين في الوسط الأسري بإلتحاقهم بدار العجزة في المبحث الثاني والأخير وفي نهاية كل فصل نجد استنتاج جزئي للفرضيات. ثم إستنتاج عام وخاتمة البحث.

الفصل الأول: الجانب النظري والمنهجي للبحث

- أولاً- البناء الفكري للبحث 7
- 1- الإشكالية..... 7
- 2- تحديد الفرضيات..... 9
- 3- أهداف وأسباب إختيار موضوع البحث..... 10
- 4- تحديد المفاهيم..... 12
- 5- الدراسات السابقة..... 20
- 6- المقاربة النظرية..... 32
- ثانياً- الجانب المنهجي للبحث..... 38
- 1- مجالات البحث..... 38
- 2- المنهج المستعمل..... 41
- 3- تقنيات البحث..... 44
- 4- صعوبات البحث..... 47

أولاً- البناء الفكري للبحث

1- الإشكالية:

تعرضت المجتمعات الإنسانية لتغيرات إجتماعية وإقتصادية وتكنولوجية كثيرة إنعكست على منظومة القيم والمبادئ التي كانت تنظم وتحكم علاقاتنا الاجتماعية، والتي أثرت على كل الفئات الاجتماعية غير أن الأكثر تضررا هي فئة المسنين أو كبار السن.

لقد تزايد الاهتمام بفئة المسنين على المستوى العالمي لما لهذه الفئة من تأثير على التركيب السكاني في المجتمع، خاصة مع تطور أساليب الرعاية الصحية وانخفاض مستوى الوفيات والولادات معا، ومنه الزيادة في متوسط الأعمار في مختلف دول العالم بدرجات متفاوتة ما أدى إلى ظهور نسبة عالية من المسنين في العالم تحتاج إلى الرعاية والاهتمام حيث « انتقل عدد المسنين في العالم من 200 مليون نسمة سنة 1950 أي بنسبة 5,2% (...) ليصل إلى 590 مليون نسمة سنة 2000، أي ما نسبته 8,6%، ومن المتوقع أن يصل عددهم مليار نسمة عام 2025 أي ما نسبته 7,13% من مجموع سكان العالم »¹.

عرف المجتمع الجزائري تحولات اقتصادية وثقافية وصحية كانت لها أثرا واضحا في بلورة قضية المسنين اجتماعيا وثقافيا، ومن أبرز هذه التحولات الهجرة من الريف إلى المدينة وما صاحبها من تحولات في النسق الاجتماعي والاقتصادي بشكل عام وتركيب الأسرة ومكانة المسنين فيها بشكل خاص.

لقد نتج عن تحسن المنظومة الصحية في الجزائر وتطور الهياكل الاستشفائية وإنتشارها تحسن الطب العلاجي والوقائي، تراجع نسب الوفيات وإرتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة إذ أصبح يقدر ب 77,7 سنة عام 2018 بعد أن كان يقدر ب 66,9 سنة عام 1990² وظهرت بذلك فئة واسعة نوعا ما من كبار السن حيث « قدرت نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر ب 7,6% سنة 2000، وارتفعت لتصل نسبة 9,1% سنة 2017 بالجزائر»³.

¹ محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث، مصر 2012، ص 33

² ONS : Demographie Algerienne 2018: N 853,Alger,2018,P29

³ Ministère de la population et de la réforme hospitalière (direction de la population), Situation démographique et sanitaire [2000-2017], Alger, juillet ,2017 P: 4.

أثرت التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أيضا على شكل وبنية ووظيفة الأسرة الجزائرية، نتيجة انتقالها من النمط الأسري التقليدي (الأسرة الممتدة) إلى النمط الأسري الحديث (الأسرة النوواة)، حيث كان يحتل كبير السن مكانة عالية وسلطة مطلقة في تسيير وتدبير شؤون الأسرة في النمط الأسري التقليدي القائم على الوحدة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في إطار النسق القيمي الذي كان يحدد المراكز والمكانات، غير أن ظهور النموذج الأسري الحديث أدى إلى تغيير نظام السلطة ومركز المرأة في الأسرة بسبب تعليمها ودخولها سوق العمل، ومنه تغير الأدوار والمراكز وحتى الوظائف، مما أثر على نمط العلاقات بين الأفراد وظهر مشاكل اجتماعية واقتصادية وصحية على غرارها مشكلة رعاية وإيواء والتكفل بفئة العمر الثالث أو المسنين أو كبار السن.

لقد ساهمت الأنظمة الاقتصادية الحديثة في تأزم الوضعية الاقتصادية للمسنين حيث يعتبر التقاعد انقطاعا عن أهم الأدوار في الحياة الاجتماعية والأسرية والتي كان يؤمن من خلالها المسن مدخوله ومكانته وحتى اتصالاته الاجتماعية، ضف إلى ذلك مشكلة الإسكان والتي تعتبر من أهم المشكلات الاجتماعية التي تواجه المسنين والتي تنعكس عليهم سلبا في ظل عجز الأبناء عن تأمين مسكن الزوجية فيضطرون للعيش أو الإقامة معهم، وقد سجلت بعض الدراسات الحديثة عودة نمط الأسرة الممتدة -المعدلة- في الحضر كانعكاس مباشر لإستفحال مشكلة السكن أمام طالبي وراغبي الزواج، وهنا تبدأ معاناة كبار السن نتيجة صراع الثقافات والأدوار والمكانات ينجم عنها مشاكل اجتماعية ونفسية كثيرة كالإهمال وتهميش المسنين وسوء معاملتهم ويعتبر هذا الأخير من أخطر المشكلات الاجتماعية لأنه يعتبر من الظواهر الاجتماعية الدخيلة على مجتمعنا فيفضل بعض كبار السن الصمت والتكتم والصبر، في حين يلجأ البعض الآخر إلى الرفض العملي من خلال الانتقال إلى مكان آخر لم يألفوه ولم ينتظرونه يوما وهو "دار الأشخاص المسنين" هذا ما أدى إلى انتشار نظام الرعاية المؤسساتية بالجزائر، ولقد تم تأسيس هذا النظام بموجب المرسوم التنفيذي رقم 82/80 المؤرخ في 15 مارس 1980، والذي يهدف إلى حفظ كرامة المسنين دون روابط عائلية في إطار قانوني من شأنه أن يساعد المسنين على التكيف والاندماج داخل المركز.

إذا" برزت قضية معاناة المسنين عندما وجدوا أنفسهم في ظل نظام اقتصادي جديد قائم على العمل المأجور والتقاعد ونظام إجتماعي جديد قائم على الأسرة الزوجية المعاصرة يواجهون واقعا يتطلب إعالتهم والتكفل بهم. لهذا نود من خلال هذه الدراسة الميدانية البحث عن العوامل الكامنة وراء ترك المسنين لوسطهم الطبيعي ألا وهو " الأسرة" والالتحاق بدور المسنين.

إذا" في ظل التغيرات الديمغرافية والسوسيو- اقتصادية والصحية التي عرفتتها الأسرة الجزائرية ما هو تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية على إلتحاق المسنين بدور العجزة كبدايل عن الأسر ؟

تتدرج عنها التساؤلات الجزئية التالية :

- كيف تؤثر مكانة المسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور العجزة ؟
- ما مدى تأثير المستوى المعيشي للمسنين على إلتحاقهم بدور العجزة؟
- كيف تساهم طبيعة الرعاية الصحية للمسنين في المحيط الأسري في إلتحاقهم بدور العجزة؟

2- تحديد الفرضيات:

- يؤدي تهميش مكانة المسنين في الوسط الأسري إلى إلتحاقهم بدور العجزة.
- لإنخفاض المستوى المعيشي للمسنين علاقة بإلتحاقهم بدور العجزة.
- يرجع إلتحاق المسنين بدور العجزة إلى غياب الرعاية الصحية في المحيط الأسري.

3- أهداف وأسباب اختيار موضوع البحث:

هناك دوافع كثيرة تحكم وتفسر أسباب اختيارنا لموضوع: "عوامل التحاق المسنين بدور العجزة " يكمن أهمها في:

- تعد ظاهرة الشيخوخة من النتائج المتوقعة انتشارها مستقبلا بالجزائر بسبب التحولات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وما ينجر عنها من آثار اجتماعية واقتصادية وصحية تستحق الدراسة.

- رغم أن الجزائر لازالت في المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي _ لم تشهد بعد ارتفاع كبير في نسبة المسنين _ إلا أننا نرى انتشار نظام الرعاية المؤسساتية في مجتمعنا والتحاق وإقبال المسنين على هذه المراكز، شأننا شأن الدول المتقدمة (التي تعاني من شيخوخة السكان) ما جعلنا نتساءل عن أسباب تواجد هؤلاء المسنين بهذه المراكز بدلا من تواجدهم في أسرهم ينعمون بالرعاية والعطف والحنان.

- الانتشار المذهل لمراكز رعاية وإيواء الأشخاص المسنين حيث بلغ عددهم 32 مركز على المستوى الوطني، شد انتباهنا وآثار فضولنا العلمي وأعتقد أنه يستوجب الدراسة والبحث والتمحيص والتحليل، وإيجاد الحلول لهذه الظاهرة الدخيلة على مجتمعنا الجزائري المسلم.

- الشح العلمي الذي يكتنف هذه الفئة العمرية (رغم أنها نهاية كل شخص كتب له العمر الطويل)، حيث نجد الكثير من الدراسات التي تطرقت لمواضيع الطفولة والمراهقة والشباب بإغفال كبير لفئة المسنين أو الشيخوخة خاصة وأن هذه المرحلة العمرية تستوجب الاستعداد والتحضير النفسي والاجتماعي والاقتصادي على الصعيد الفردي والوطني.

- التغيرات الاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري في ظل العولمة كالتوجه نحو التحضر وانتشار الأسرة النووية وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة ودخولها عالم الشغل، وتغير العلاقات الأسرية والأدوار والمكانات في الأسرة المعاصرة، كلها عوامل أردنا من خلالها البحث عن تأثيرها على مكانة ودور هذه الشريحة العمرية التي كانت في الماضي القريب تدفع بعجلة التنمية والتقدم.

- باتت ظاهرة التحاق المسنين بدور العجزة تمثل مشكلة اجتماعية تهدد كيان المجتمع والأسرة على حد سواء، تستوجب الدراسة من خلال العمل على مواجهة التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفها المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة واستغلالها فيما يتماشى وخصوصية وقيم ومعايير مجتمعنا المستمدة من الدين الإسلامي الذي يحث على رعاية وطاعة الوالدين.

تهدف هذه الدراسة الميدانية إلى التعرف على العوامل الكامنة وراء إلتحاق المسنين بمراكز العجزة بالمجتمع الجزائري وذلك من خلال تحليل وعرض أثر التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدها المجتمع الجزائري عامة والأسرة خاصة وأدت إلى إنتشار ظاهرة التحاق المسنين بهذه الدور والتي تم حصرها في عدة عوامل هي:

- البحث عن تأثير تهميش مكانة المسن في الأسرة الجزائرية على التحاقه بمركز المسنين.
- محاولة معرفة مدى تأثير عامل العجز وتدهور الحالة الصحية على ترك هؤلاء المسنين لأسرهم للالتحاق بمراكز رعاية المسنين.
- نهدف أيضا لمعرفة تأثير الوضعية المالية على التحاق المسنين بدور العجزة.
- محاولة تصور برنامج وطني أو تقديم استراتيجية تحقق التكفل الاجتماعي والصحي والمالي العادل لهذه الشريحة المهمشة في الجزائر.
- نهدف من خلال هذه الدراسة الميدانية لمعرفة العوامل الكامنة وراء انتشار ديار العجزة في المجتمع الجزائري وما الدور الحقيقي الذي تقوم به هذه الأخيرة وهل تمكن هذا النسق الجديد من احتواء هذه الشريحة المهمة من المسنين في ظل غياب الحنان والرعاية الأسرية أم هي مؤسسة خدماتية مستقبلية للمسنين جراء غياب من يعولهم.
- محاولة الوصول إلى بحث نظري وميداني خاص بشريحة مهمة ومهمشة في مجتمعنا ألا وهي فئة المسنين من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والصحية والديموغرافية، ومنه ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع.

4- تحديد المفاهيم:

4-1- مفهوم المسنين:

تعددت تعريفات المسن تبعا لتعدد التخصصات العلمية إضافة لتنوع المترادفات لكلمة المسن ما بين الشيخوخة والتقدم في العمر وأرذل العمر « فاستعمل العرب كلمة المسن للدلالة على الرجل الكبير، فنقول أسن الرجل: كبر وكبرت سنه، يسن إنسانا فهو مسن »¹.

ولقد ركزت بعض التعاريف على المدى العمري في تحديد مفهوم المسن فعرف بأنه «من يصل إلى سن 65 عاما، ويشعر بالتغيرات المادية أو الجسدية وهذه التغيرات تختلف من فرد لآخر»². ويتضح من هذه التعاريف أن هناك اختلافا في تحديد بداية سن المسنين ما بين 60 عاما وهو سن التقاعد في بعض الدول منها الجزائر و65 سنة، ويرجع هذا التباين إلى اختلاف الخصائص الجسمية للمسنين من مجتمع لآخر، وفقا لمتوسط الأعمار ومستوى الرعاية الصحية التي تقدمها كل دولة لأفرادها.

لذلك فعرف المسن من المنظور البيولوجي « على أنه نمط شائع من الاضمحلال الجسدي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد إكمال النضج، ويمس هذا الاضمحلال الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية»³.

في حين «يعرف المسنون ديموغرافيا وإحصائيا بأنهم السكان ذي الأعمار 60 سنة فأكثر»⁴. كما يعرف من المنظور النفسي بأنه: « ذلك الفرد الذي لا يستطيع عند تقدمه في العمر أن يتوافق بطريقة ناجحة باعتبار أن التوافق الذاتي هو التغير في السلوك »⁵.

ويأخذ العمر الاجتماعي بعين الاعتبار التغيرات التي تصيب أدوار الأفراد وعلاقتهم مع أنساق البناء الاجتماعي كالأسرة وجماعات الأصدقاء وجماعات العمل والتنظيمات الاجتماعية⁶.

¹ إبن منظور: لسان العرب، دار صادر، بيروت، دون تاريخ، ص312.

² مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص24

³ وعد الشيخ: إرشاد الكبار وذويهم، منشورات جامعة دمشق، دمشق، 2007، ص 56

⁴ محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 31.

⁵ مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص25-26

⁶ وعد الشيخ: مرجع سابق، ص59

فعندما يصل الأفراد إلى مرحلة الشيخوخة غالبا ما تتغير منظومة علاقتهم الاجتماعية وأدوارهم بسبب التقاعد وما ينجر عنه من هجران للعلاقات الاجتماعية المهنية.

وتوجد عدة تعريفات للمسنة منها:

- المسنة الشاب والذي يبلغ من العمر 60-74 سنة.

- المسنة الكهل والذي يبلغ من العمر 75-84 سنة.

- المسنة الهرم والذي يبلغ من العمر 84 سنة فأكثر.

وهناك من صنفها إلى أربع مراحل متتالية وهي:

- الكهل وهو من امتد عمره من 60 إلى حوالي 75 عاما.

- الشيخ من كان سنه 75 سنة إلى حوالي 85 عاما.

- الهرم من كان في سن 85 عاما

- المعمر وهو من بلغ سن المائة.¹

التعريف الإجرائي:

نقصد بالمسنين في هذه الدراسة مجموع الأشخاص من الجنسين (الذكور والإناث) ممن بلغوا الستين سنة فأكثر - زمن إجراء الدراسة- والسالمين من الأمراض العقلية والمقيمون (إجباريا أو اختياريا) بدار العجزة.

4-2- مفهوم الشيخوخة:

يعتبر هذا المفهوم من المفاهيم المعقدة التي لم يتفق الباحثين بعد على تعريف محدد بشأنها ويرجع السبب في ذلك إلى أنها تعبر عن مرحلة عمرية حساسة من حياة الإنسان، تتأثر بجوانب عديدة، فيزيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية واقتصادية يعيش فيها الشخص.

ففي اللغة العربية «الشيخوخة مشتقة من الفعل شاخ، وشاخ الإنسان أي أصبح شيخا»².

¹ مجدي أحمد محمد عبد الله: مقدمة في سيكولوجية الشيخوخة وطب المسنين، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2013، ص41

² مایسة أحمد النبال وعفاف محمد عبد المنعم : الشيخوخة (مظاهرها ومحدداتها بين النظرية والتطبيق)، دون دار نشر ،دون بلد نشر ،2011،ص33 .

ويعرفها أحمد زكي بدوي بأنها «السن التي ينتهي فيها نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها»¹

كما تعرف أيضا أنها المرحلة الحتمية لكل من كتب له عمرا «يحدث خلالها ضعف وانهايار في الجسم، واضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح الفرد فيها أقل كفاءة وليس له دورا محددًا ومنسحب اجتماعيا وسيء التوافق ومنخفض الدافعية»²

4-3- مفهوم الأسرة:

الأسرة في اللغة «مشتقة من الأسر، والأسر لغة يعني القيد يقال أسر أسراً وأسار قيده أخذه أسيراً»³

لقد تعددت التعاريف الإصطلاحية التي أشار إليها العلماء بمختلف تخصصاتهم السوسولوجية والأنثروبولوجية والديموغرافية، وتباينت الآراء حول إعطاء مفهوم موحد للأسرة ولكن بإجماع مفكري علم الاجتماع تعد الأسرة الخلية واللبننة الأساسية للمجتمع رغم إختلاف وتتوع تعاريفها بإختلاف المكان والزمان والنظم والأعراف.

يرى بعض علماء الاجتماع إلى الأسرة بأنها مؤسسة اجتماعية «فهي تقوم بتحويل الكائن البشري إلى إنسان متطبع بطباع مجتمعه بواسطة التلقين والتنسيب المبني على أسس التفاعل الرمزي الاجتماعي بين الأفراد»⁴.

بينما ترى سناء الخولي أن الأسرة تتكون من ثلاث أعضاء على الأقل ينتميان إلى جيلين فقط، جيل الآباء وجيل الأبناء، وهي تشتمل على شخصين بالغين هما الذكر والأنثى اللذين يعرفان بأنيهما الأبوان البيولوجيان للأطفال⁵.

¹ أحمد زكي بدوي : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1982، ص12

² ناصر بن صالح العود، عبد العزيز بن علي غريب: الحماية الاجتماعية لكبار السن، مركز الدراسات والبحوث لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص 23 .

³ عبد المجيد سيد منصور وزكرياء أحمد الشريني : الأسرة على مشارف القرن 21، دار الفكر العربي، 2000، مصر، ط1، ص15.

⁴ معن خليل معن : علم إجتماع الأسرة، دار الشروق، عمان، ط1، 2000، ص 12.

⁵ سناء الخولي : الزواج والعلاقات الأسرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1983، ص 15.

أما إحسان محمد الحسن فيرى أن « الأسرة عبارة عن منظمة إجتماعية تتكون من أفراد يرتبطون ببعضهم بروابط إجتماعية وأخلاقية ودموية وروحية ، وهذه الروابط هي التي جعلت العائلة البشرية تتميز عن العائلة الحيوانية ».¹

ويضيف علماء الاجتماع في تعريف الأسرة أنها مجموعة من الأشخاص يرتبطون بأقوى روابط القرابة الدموية كالوالدين والأطفال الذين يعيشون معا ويشتركون عادة في ميزانية أسرة واحدة.² يتضح من خلال عرض علماء الاجتماع لمفهوم الأسرة أنهم ركزوا على توضيح العلاقة بين أفراد الأسرة وهي علاقة الدم والزواج في مسكن واحد مع تحديد أدوار كل فرد دون أن ننسى وظائفها وتتمثل أهم وظائفها في الحفاظ على النوع الإنساني.

تعرف الأسرة بناء على أحكام قانون الأسرة الجزائري في المادتين (2) و(3) أنها « الخلية الأساسية للمجتمع وتتكون من أشخاص تجمع بينهم صلة الزوجية وصلة القرابة وتعتمد في حياتها على الترابط والتكافل وحسن المعاشرة والتربية الحسنة وحسن الخلق ونبذ الآفات الاجتماعية ».³

التعريف الإجرائي:

نتوصل اعتمادا على كل ما سبق إلى وضع تعريف إجرائي للأسرة يتماشى وأهداف دراستنا وهو كالآتي: الأسرة الجزائرية هي جماعة تتكون من الزوج أو الزوجة أو أحدهما وأبنائهما المتزوجين وغير المتزوجين وقد تمتد لتشمل الإخوة والأخوات المتزوجين وغير المتزوجين، يعيشون تحت سقف واحد ويدخلون في علاقات اجتماعية تحدد لكل منهم دوره ومكانته في النسق الأسري الذي يعيشون به.

¹ إحسان محمد الحسن: مدخل إلى علم الاجتماع، ط1، دار النشر والطباعة، بيروت، 1988، ص 188

² عبد الخالق محمد عفيفي: بناء الأسرة والمشكلات الأسرية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2011، ص 60

³ العيش الفضيل : قانون الأسرة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005، ص 13 .

4-4- مفهوم المكانة:

يشير مفهوم المكانة حسب معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية إلى المركز الاجتماعي في نظر الجماعة، يصل إليه الفرد بفضل التقدير الاجتماعي الذي يحصل عليه ويصاحبه بعض مظاهر الاعتراف والاحترام¹.

المكانة هي المرتبة التي يحتلها الانسان طبقا لمواصفات خاصة تؤهله لهذه المرتبة وتنقسم المكانة الاجتماعية إلى نوعين، المكانة الأستاتيكية وهي موروثه ترتبط بالانسان منذ ولادته والمكانة الاجتماعية المكتسبة وهي تلك المكانة التي يحصل عليه الانسان على نحو ديموقراطي طبقا لمجهوده وعمله. ويشير مفهوم المكانة إلى المراكز المختلفة في الهيكل التنظيمي الرسمي أو غير الرسمي²

وتعرف المكانة كذلك بأنها «تعبّر عن وضع معين في النسق الاجتماعي ويتضمن التوقعات المتبادلة للسلوك بين الذين يشغلون الأوضاع المختلفة في البناء أو النسق، أو تكون موروثه قائمة على وضع موروث في المجتمع»³

في حين يرى معجم العلوم الاجتماعية أن المكانة مكتسبة بوسائل مختلفة حسب ظروف المجتمع ومدى ثقافته وحضارته فتراجع في الجماعات الأولى إلى الشجاعة والسحر والقوة والشعوذة وقد تكتسب في المجتمعات المتحضرة غالبا عن طريق المستوى الثقافي أو قيادة في قول أو عمل⁴.

التعريف الإجرائي:

وهي المركز أو المرتبة التي يحتلها المسن داخل أسرته والتي تبين ما يتمتع به من مكانة سوسيو- مهنية (المستوى التعليمي والوضعية المهنية) وسلطة وقرارات وما يتلقاه من اهتمام

¹ أحمد زكي البديوي : مرجع سابق، ص 251

² عبيد عباس: في علم إجتماع السيخوخة،(أنماط التفاعل وأوجه الحياة للجماعات العمرية المتقدمة)، مصر العربية للنشر والتوزيع، مصر، ط1 2014 ، ص ص 198-199

³ فاروق مداس : مصطلحات علم الاجتماع، دار مهني ،الجزائر، 2003، ص 235

⁴ إبراهيم مذكور : معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1975، ص 560

ورعاية وتكفل من قبل أسرته، والمكانة ليست ثابتة وإنما تتغير بتغير ظروف الطرفين وهما المسن والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه والمتمثل في الأسرة في دراستنا الميدانية هذه.

4-5- المستوى المعيشي:

يشير هذا المصطلح إلى:

- الظروف الفعلية التي يعيشها الناس

- الظروف التي يتطلع إليها الناس ولكن لم يحققونها بعد

ويشير أيضا إلى المستوى الاقتصادي الذي يعيشه فرد أو جماعة ويستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المستوى الكلي للسلع والخدمات المتاحة إقتصاديا أمام السكان، ويتضمن ذلك نموذج الإسكان والإطعام والملبس والرعاية الطبية والترويح والتعليم.¹

كما أنه يعبر عن الحالة التي يتمكن فيها الفرد من تحقيق مستوى معين من المعيشة إنطلاقا من دخله عبر إشباع الحاجات الأساسية، أو الإنفاق على مجموع السلع الغذائية وغير الغذائية الضرورية، والمتمثلة في الغذاء والسكن والملبس والتعليم والصحة والنقل²

التعريف الإجرائي:

وهو ذلك المستوى من الدخل الذي يحققه المسنين من مصادر مختلفة(منحة التقاعد أو أجرة عمل...) ومستويات إنفاق (الادخار والاستدانة) المسنين للوصول إلى مستوى معين من المعيشة.

4-6- الرعاية الصحية:

جاء في لسان العرب أن الراعي مصدر رعي الكلاً ونموه.. ويرعى رعيًا، وكل من ولي أمر القوم فهو راعيهم وهم رعيته، ويقال رعى فلانا مراعاة ورعاء، إذن راقبته وتأمّلت قلعه، ورأيت الأمر من مراعاة الحقوق. وجاء في لسان العرب أيضا رعى عهده أي حفظه³

أما الصحة فهي مستوى الكفاءة الوظيفية والأйضية للكائن الحي، والصحة لدى الأفراد والمجتمعات وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية هي حالة إكتمال السلامة البدنية والعقلية

¹ محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1979، ص470

² محمد كاظم المهاجر: الفقر في العراق قبل وبعد حرب الخليج، الأمم المتحدة، نيويورك، 2007، ص2

³ سالمة عبد الله حمد الشاعري: الرعاية الاجتماعية للمسنين وفق الشريعة الإسلامية، الحكمة، ليبيا، 2012 ط1، ص201

والاجتماعية وليس مجرد غياب أو انعدام للمرض أو العجز. كما تعرف على أنها الحالة المتوازنة للكائن الحي والتي تتيح له الأداء المتناغم والمتكامل لوظائفه الحيوية بهدف الحفاظ على حياته ونموه الطبيعي¹.

وعكسها المرض والذي يعرف بأنه « إنحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوي، وتكون له نتائج غير مرغوبة نظرا لما يؤدي إلى إزعاج الشخص أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل»².

والرعاية الصحية: هي عبارة عن الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وتتضمن هذه الجهود، توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية (كنشر التثقيف الصحي) وتوفير خدمات الرعاية الصحية العلاجية ويشمل ذلك إنشاء المستشفيات والعيادات المتخصصة³.

التعريف الإجرائي:

هي مجموعة الخدمات الصحية التي يقدمها أفراد الأسرة للمسنين عن طريق التكفل الصحي من خلال تأمين المتابعة الصحية والكشف الدوري بتقديم العلاج المناسب بهدف تقليل آثار الأمراض الناجمة عن الشيخوخة.

4-7- مفهوم دور العجزة:

نجد في قاموس اللغة العربية الدار وجمعها دُور، ديار وهي المحل والمسكن، البلد، القبيلة، ويقال دار بني فلان أي قبيلتهم.

أما العجزة لغويا فهي أصل عجز، عجز وهي الكبر وصار يفقد القدرة وإنتسب للعجز⁴.

¹ <http://or: Wikipedia .org/wiki/صحة>. Vu le 18/07/2015 a 21 :52

² علي محمد علي وآخرون : دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة، الأردن، ط4، 2015، ص153

³ محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998 ص38

⁴ المنجد في اللغة والاعلام : دراسة المشرقة، بيروت، 1986، ط36، ص 229

وإصطلاحاً هي مؤسسة اجتماعية تخصصت في رعاية فئة من فئات المجتمع "كبار السن" من الجنسين تقدم لهم كافة أوجه الرعاية الصحية والنفسية والثقافية والترفيهية، وقد تكون مؤسسة حكومية أو أهلية أو شبه حكومية كما قد تكون محلية أو دولية¹.

إذا " دور المسنين هي « مؤسسة أنشأت بقصد وعمد وتدير من المجتمع لتحقيق أهداف معينة أبرزها توفير الإستقرار الاجتماعي والنفسي للمسنين ومواجهة المشكلات التي عجزت أسرهم عن توفيرها بأسلوب علمي وإنساني منظم »².

وتعرف بأنها مؤسسة اجتماعية معدة ومجهزة لإقامة المسنين، يتوفر فيها أسلوب الحياة الكريمة، وتقدم برامج الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والترفيهية المناسبة³.

التعريف الإجرائي لدار العجزة:

دار العجزة هي مؤسسة إجتماعية سكنية مجهزة ومدعمة من طرف الدولة تقدم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والترفيهية للمسنين (من الجنسين) ممن بلغوا الستين سنة فأكثر، مهمتها حفظ كرامة المسنين دون روابط أسرية.

5- تحليل الدراسات السابقة:

تعتبر هذه الخطوة مهمة جداً في إنجاز أي بحث علمي باعتبارها تساعد على تكوين أفكار وبناء أطر علمية جديدة تؤدي إلى تحديد موضوع البحث فضلاً عن أنها توجه الباحث لتقادي تكرار الدراسات المنجزة من طرف باحثين آخرين لكن تسمح له في نفس الوقت بالإطلاع على النتائج المتوصل إليها والتي قد تكون بداية لبحث جديد لأن التراكم العلمي والمعرفي من أهم أسس البحث العلمي، لذا اعتمدنا على ترتيب هذه الدراسات من العام إلى الخاص بدءاً بالدراسات الأجنبية ثم الدراسات والإجتهادات العربية فالدراسات والأبحاث الجزائرية.

¹ محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين : مرجع سابق، ص 27

² رشاد أحمد عبد اللطيف : في بيتنا مسن (مدخل إجتماعي متكامل) ،المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001، ص 28

³ جمال ولد عباس : مرشد حقوق الأشخاص المسنين، وزارة التضامن والأسرة، الجزائر، 2003، ص 15

5-1- الدراسات الغربية:

الدراسة الأولى: دراسة مالون إزابيل سنة 2004 تحت عنوان «العيش في دار التقاعد»

Mallon Isabelle¹ : « Vivre en maison de retraite»

أهداف الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة الميدانية إلى تقديم تحليل سوسيولوجي لمؤسسات إيواء المسنين بهدف تصحيح تصور وموقف المجتمع من هذه الدور، والتي يعتقد أنها ملجأ للمرضى والمجانين والمعوقين.

- كما تهدف أيضا لتقديم تحليلا سوسيولوجيا للطرق والآليات التي تنظم الحياة الجماعية للمسنين. وتتمثل التساؤلات الرئيسية لهذه الدراسة في:

- ماهي عوامل تقبل المسنين دار التقاعد واعتبارها مسكنا لهم ؟

- ماهي آليات تنظيم الحياة الجماعية للمسنين حتى تتم عملية التقدم في العمر بسلام ؟

ولقد أسفرت هذه الدراسة على النتائج التالية:

- اتضح للباحثة في البداية عند رؤيتها للمتخلفين عقليا وذهنيا والمرضى أن دار التقاعد هي عديمة الحياة، لكن بعد مدة معينة تنبهت الباحثة بأن الحياة تدب في الدار من خلال النشاطات الترفيهية التي يجتمع حولها المسنين وفي المطاعم عند تناول الوجبات وفي قاعات المطالعة

- أكدت الباحثة أن هناك انسجام بين المقيمين في المركز - باستثناء المعوقين والمتخلفين ذهنيا- ويتجلى ذلك من خلال النجاح في خلق محيط خاص بهم في إطار الحياة الجماعية للمسنين داخل المركز.

- توصلت الباحثة إلى أنه لا يجب التسليم بأن دار التقاعد هي آخر محطات الحياة (الموت)، وإنما يجب مساعدة المسنين على الإستمرار من خلال تدليل مصاعب الشيخوخة، ولا تتحقق هذه المساعي إلا بمساعدة مختصين لهم تكوين علمي وكفاءة يسهرون على راحة المقيمين بالمركز.

¹ Mallon Isabelle : Vivre en maison de retraite, presses universitaires de Rennes France, 2004 .

الدراسة الثانية: تحت عنوان عالمة إثنولوجية في بيت أو دار التقاعد من إعداد «دلفين دوبري لوفيك»

«Une ethnologue en maison de retraite»¹ réalisé par "Delphine Dupre

هذه الدراسة هي عبارة عن دراسة مونوغرافية وظفت فيها الباحثة تقنية الملاحظة بالمشاركة أين اندمجت مع مجتمع البحث وهذا بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية، وتتلخص الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل الإلتحاق بأي مؤسسة من المؤسسات المخصصة للمسنين هو إختياري ؟
 - كيف يقضي المسنين حياتهم في دار من دور التقاعد والتي عرفت انتشارا وإقبالا من طرف المسنين كمحطة أخيرة من محطات الحياة، ألا وهي انتظار الموت ؟
 - هل لعائلات وأقارب المسنين المقيمين بدور التقاعد مكانا في حياتهم ؟
- و تتلخص أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة في:
- توصلت الباحثة إلى أن تزايد إقبال المسنين على المؤسسات الإيوائية في فرنسا راجع لتحسن ظروف الحياة داخل هذه المراكز على مستوى التكفل بهم وكذلك نوعية الخدمات المقدمة.
 - كما اتضح للباحثة أن تدهور الحالة أو الوضعية الصحية أحد أسباب إقبال المسنين على هذه المؤسسات الإيوائية إذ أن 50% من المقيمين يعانون من إعاقة كلية ما يستدعي العناية والتكفل بهم.
 - توصلت الباحثة إلى أن الحياة المؤسسية ليست من اختيار المسنين وهذا راجع للتصورات الخاطئة والسلبية العائلية عن الشيخوخة.
 - أقرت الباحثة بجودة الخدمات والكفاءات ووسائل الرعاية الصحية المتوفرة في مؤسسات إيواء المسنين بفرنسا، حيث وصفت وبوضوح علاقة المقيمين مع العاملين بالمركز كالمدير والمربي والطبيب وحتى الحلاق، إضافة لتوفر نشاطات ترفيهية والتي من شأنها أن تساهم في دخول المسنين في علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض كورشات الرسم والبستنة والزيارات خارج المركز.

¹ Dupre _Leverque (Delphine) : Une ethnologue en maison de retraite ،édition des archives contemporaines ،France ،2001

5-2- الدراسات العربية:

الدراسة الثالثة: من إعداد الباحثة فرح صباح تحت عنوان «مشكلات المسنين»¹

"دراسة اجتماعية ميدانية في دار رعاية المسنين في بغداد".

ركزت الباحثة على دراسة مشكلات المسنين المقيمين بدار الرعاية في بغداد سواء كانت مشكلات صحية أو اجتماعية أو اقتصادية... وكيفية إيجاد حلول لتلك المشاكل. فحددت أهداف الدراسة فيما يلي:

- معرفة الأبعاد الأساسية لمشكلات المسنين العائلية.
 - التعرف عن الأسباب التي دعت المسن إلى ترك عائلته.
 - تقديم توصيات تساعد الإبقاء على المسنين في كنف أسرهم.
- ولأجل ذلك اشتمل البحث على جانبين هما:
- الجانب النظري والذي خصص لجمع المعلومات عن مشكلات المسنين وأهمية الرعاية الاجتماعية.
 - الجانب الميداني والذي طبق على عينة عشوائية قدرها 50 مسنا موظفة إستمارة مقابلة والتي تضمنت 21 سؤالاً.
- ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:
- دخل أغلب المسنين دار الرعاية برغبتهم وذلك بسبب الضيق المادي وسوء معاملة الأبناء لهم
 - أبدى عددا كبيرا من المسنين رغبتهم في ترك دار الرعاية والعودة إلى عائلاتهم ولكنهم لا يفعلون ذلك بسبب معاملة الأبناء السيئة لهم إضافة لتدهور حالتهم المادية وعدم توفر مسكن مستقل لهم ومن أهم التوصيات التي إرتأت أن تدرجها الباحثة في ختام بحثها هي:
 - سن بعض القوانين اللازمة لحماية الشيخوخة كالتقاعد والضمان الإجتماعي.
 - ضرورة إعداد أخصائيين وكوادر في مجال رعاية المسنين.
 - إنشاء مركزا صحيا خاصا بالمسنين مع توفير كافة مستلزمات هذه المرحلة العمرية.

¹ فرح صباح : «مشكلات المسنين» دراسة اجتماعية ميدانية في دار رعاية المسنين في بغداد مجلة ديالي، العدد 47، بغداد، 2010

الدراسة الرابعة: تحت عنوان «مشكلات المسنين في دور الدولة» من إعداد الطالب عبد الرضا كيطان وثائر رحيم كاظم.¹

أوضحت الدراسات أن كثيرا من مشكلات كبار السن لا تتمثل فقط في المعاناة الجسدية نتيجة إصابتهم بأمراض الشيخوخة أو بعض الأمراض المزمنة بل أنها تتعدى ذلك إلى مشاعر اليأس والشقاء التي تنتج أو تنجم عن إحساسهم بأنهم أصبحوا دون فائدة في المجتمع ولهذا قدم الباحثان مجموعة من التساؤلات التالية:

- هل العلاقة بين المسنين المقيمين في الدور الإيوائية وأسرههم لازالت مستمرة ؟
 - هل المشكلات بين المسنين المقيمين في الدور الإيوائية هي بسبب وضعهم في هذه الدور ؟
 - هل الإقامة من قبل المسنين في الدار هي بسبب أوضاعهم الاقتصادية المتردية ؟
 - هل المعاناة الجسدية التي يعاني منها المسنون هي بسبب أمراض الشيخوخة أو بعض الأمراض المزمنة أم هي انعكاسا لمشاكلهم داخل داخل الدار ؟
- و من أهم النتائج التي توصلت إليها هي كالآتي:
- غالبية المسنين على اطلاع عن أخبار أسرههم ماعدا الذين ليس لهم صلة رحم، أي العلاقة بينهم وبين أسرههم مقطوعة تماما.
 - إن أشد المشكلات التي يعاني منها المسنين هي إحساسهم بالعزلة عن الآخرين في المجتمع، خصوصا بعد أن فقدوا أو ابتعدوا عنهم، ويشتد هذا الإحساس بالعزلة حدة حين يفقد المسن بعض قدراته ويضطر لملازمة فراشه، ويؤكد هذه الحقيقة 75.66% من مجموع أفراد العينة.
 - إن أغلب المسنين غير راضين عن إقامتهم في دار المسنين إلا أن هناك ظروف أجبرتهم على ذلك منها الوضع الاقتصادي الصعب الذي يمر به المسن وعدم وجود صلة رحم بينه وبين عائلته إضافة للمشاكل المتكررة بين الزوج والزوجة والأبناء، وهذا ما صرح به 59.33% من المبحوثين.

¹ طالب عبد الرضا كيطان وثائر رحيم كاظم : «مشكلات المسنين في دور الدولة»، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، العدد 3، العراق، 2009.

- توصلت الدراسة إلى أن أغلب المشاكل تحدث بين المسنين في أوقات مشاهدة التلفاز عندما يجتمعون في قاعة موحدة كما أنهم لا يفضلون النوم الجماعي (سواء كانوا نساء أم رجالاً)، كما لا يفضلون الجلوس على مائدة واحدة لتناول وجبات الطعام وهذا مطابق للنتيجة الأولى حول إحساس المسنين بالعزلة الاجتماعية عما حولهم.
- إن أغلب المسنين يشكون من عدم توفر الجو الترفيهي لهم وذلك بنسبة 58% حيث لا يتوفر في دار المسنين وسائل ترفيهية كقاعات لممارسة بعض الأنشطة التي تتلاءم وقدراتهم البدنية إضافة لإنعدام المكتبات داخل الدور وغيرها من الأنشطة الداخلية والخارجية كإقامة الندوات والمواعظ التي تشعر المسن بأنه في تفاعل مستمر مع المجتمع.

5-3- الدراسات الجزائرية:

- **الدراسة الخامسة:** المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 من إعداد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية¹
- يتزايد عدد الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر من العمر باستمرار فبعد أن كان يقدر ب 0.79 مليون نسمة سنة 1966، ارتفع ليبلغ حوالي 2.18 مليون نسمة سنة 2002، وفي هذا الإطار أدرجت الجزائر استمارة خاصة بالمسنين تضمنت عينة قدرت ب 3956 شخص من كبار السن (60 سنة فأكثر)، يتوزعون إلى 49.6% رجال و50.4% نساء، بهدف معرفة بعض الخصائص الفردية لكبار السن وكذا ظروفهم الاجتماعية والصحية وعلاقاتهم الاجتماعية وتطلعاتهم. وجاءت نتائج هذا المسح تلبية للإحتياجات الماسة لمثل هذه البيانات لأن أغلب المعطيات المتوفرة عن المسنين والشيوخة مصدرها التعدادات العامة وبعض المسوحات وعادة ما تكون محددة الأبعاد ومسطرة الأهداف. أما عن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة الميدانية فتتلخص فيما يلي:
- تمثل نسبة الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فأكثر 7.5% من مجموع السكان بالجزائر وأغلبهم متزوجين بنسبة 98.3% مع وجود اختلاف بين النساء والرجال.

1 الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002.

- أغلبية المبحوثين هم أميين (83.4%) يتوزعون إلى 72.5% رجال و94.2% نساء، كما تشير البيانات إلى أن المستوى التعليمي للرجال أفضل منه عند النساء، وتنتشر الأمية في الريف حيث قدرت ب 92%.
- كما بينت نتائج هذه الدراسة أن 7.9% من مجموع المسنين يمارسون نشاطا اقتصاديا وأغلبهم رجالا هذه أهم النتائج، وهناك نتائج أخرى سنتحدث عنها لاحقا في واقع المسنين بالجزائر
- الدراسة السادسة: تحت عنوان:
- population âgée en algerie: dynamique et tendance, Réalisé par: Cherif assia (chef d'équipe), Oudah Rebrab Saliha et Bedrouni Mohamed et Boulfakhar Nacer.¹

وهو عبارة عن مشروع بحث مقدم في إطار البرنامج الوطني للبحث:

(PNR 31 population et société) وتم نشره سنة 2014 من طرف DGRSDT /CRASC

وتتلخص أهداف هذه الدراسة في:

- وضع تصنيف سوسيو- اقتصادي وصحي للمسنين بالجزائر (التوزيع حسب السن والجنس، الوضعية العائلية، المكانة في الأسرة، المستوى التعليمي، الظروف المعيشية الحالة الصحية لكبار السن، الأمراض المصرح بها....).
 - تحديد طبيعة أو نمط العلاقات داخل الأسرة وخارجها (نمط التعايش، العلاقات الأسرية، والعلاقات بين الأجيال) إضافة لمختلف طرق أو آليات التضامن بين كبار السن وأعضاء الأسرة الآخرين (الأولاد أو الفروع، الأزواج...).
 - معرفة الحياة اليومية المعاشة من طرف كبار السن وشروط حياتهم (المشاركة في الحياة الاقتصادية، الحماية الاجتماعية الهويات....).
 - التطرق لميدان بحث جديد لم يتم الإستثمار فيه بعد من طرف الباحثين.
- و لأجل تحقيق هذه الأهداف قامت الفرقة بطرح التساؤلات التالية ؟

¹ Chrif Assia, Oudah Rebrab Saliha ,Badrouni Mohamed ,Boulfakhar Nacer : population âgée en Algérie : dynamique et tendance, DGRST/CRASC, Alger, 2014

- ما هو مفهوم المسن ؟ وما المقصود بالشيخوخة ؟
 - ماهي الخصائص السوسيو- ديموغرافية للمسنين ؟ (التركيب العمري،الجنس،الحالة الزوجية،الوضعية داخل الأسرة).
 - كيف يمكن للتحول الديمغرافي بالجزائر أن يفسر لنا مستويات الشيخوخة حاليا والتكهن بتطورها المستقبلي ؟
 - كيف يمكن التكفل بهؤلاء المسنين ؟ وما هو واقعهم الصحي ؟
 - ماهي مكانة المسنين في أسرهم ؟
 - ماهو واقع العلاقات الأسرية داخل وخارج الأسرة ونمط التعايش بين الأجيال ؟
 - ماهي أوضاع المسنين في ظل التغيرات الاجتماعية والسلوكات الجديدة في المجتمع ؟
- ولأجل هذا وظف الباحثون منهجين الكمي في تتبع تطور الظاهرة من نسب وحجم والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية وتباينها من خلال التعدادات السكانية بالجزائر والمنهج الكيفي والذي وظف لتحليل واقع هؤلاء المسنين في أسرهم أو في دور المسنين من خلال دراسة احتياجاتهم الصحية وعلاقاتهم الاجتماعية ونمط التعايش سواء في أسرهم أو في مراكز استقبال الأشخاص المسنين.
- وتوصلت هذه إلى جملة من النتائج يمكن أن نلخص أهمها في:
- إن المجتمع الجزائري -كغيره من البلدان النامية - سوف لن يسلم من شيخوخة السكان (رغم أنه لا يزال مجتمع شبابي) مالم تدرك السلطات العمومية هذه الظاهرة والعمل على وضع سياسة عمل متعددة الأبعاد تشمل النمو المتسارع لهذه الظاهرة.
 - توصل الباحثين إلى أن الوحدة الاجتماعية التي يعيشها كبار السن هي نتيجة طبيعة وحتمية لمسار حياتهم وكان هذا الإحساس بالعزلة والوحدة مشتركا لكل أفراد العينة ويمكن أن تكون هذه العزلة والوحدة قرارا شخصيا أو مفروضا من طرف المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه المسنين، وفسرت الفرقة مصدر هذا الإحساس بالوحدة والعزلة إلى عوامل الفقد (فقد الوالدين،الإخوة، الأخوات) خاصة فقدان الشريك والذي يعتبر الدافع القوي نحو الوحدة والعزلة في مسار حياة المسنين.

اتضح من خلال البحث أن العلاقات الجوارية لم تكن تمثل دورا فعالا في التكفل ورعاية المسنين وإنما فقط في بعض الحالات الإستعجالية.

- كما توصلت هذه الدراسة الإمبريقية إلى أن الحياة اليومية لهؤلاء المتقاعدين تتميز بالفراغ والروتين، حيث لا يمكن لبعض المسنين المتقاعدين الإبتعاد عن التلفاز نظرا لإعتمادهم الكلي عليه في ملء فراغهم، كما قد يقضي بعضهم يومهم في الذهاب والإياب بين مسجد الحي والمقهى والمنزل، ويجد البعض في المسجد المؤسسة الدينية المتنفس الروحي والذي يحتل مكانة كبيرة في حياتهم لأنه يدعمهم ويقدم أو يزودهم بأسباب البقاء والوجود.

- تم طرح سؤال حاسم على عينة البحث وهو إمكانية تركهم (المسنين) بيوتهم يوما للإتحاق بدور المسنين فأجمعت الأغلبية المستوجبة بالرفض.

الدراسة السابعة: من إعداد "لوسيت جاروسز" تحت عنوان «الشيخوخة والتشيخ في الجزائر»

"Lucette Jarosz": Vieillesse et Vieillessement en Algerie. ¹

تهدف هذه الدراسة الميدانية التي أجريت سنة 1971 بمستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية لتحليل أهم التغيرات الاجتماعية التي مست وضعية ومكانة ودور المسنين في الجزائر بالإعتماد على القراءات السوسيوولوجية المختلفة والقيام بدراسة تحليلية لمحتوى بعض الروايات الاجتماعية التي تطرقت لمكانة المسنين ثم قامت بدراسة ملفات المسنين المتخلى عنهم في المستشفى وهذا بغض استخراج بعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية الخاصة بهؤلاء المسنين، ولهذا الغرض قامت الباحثة بطرح مجموعة من التساؤلات تمثلت أهمها في:

- ماهي وضعية المسنين في المجتمع الجزائري ؟

- هل هناك اختلاف في دور ومكانة المسنين في المجتمع الحديث مقارنة بالمجتمع التقليدي ؟

- ماهي العوامل التي تجعل الأسر تتخلى عن المسنين المرضى في المستشفيات ؟

- ماهي محددات وأسس التحاق المسنين بمستشفى الأمراض العقلية ؟

ولقد عالجت الباحثة موضوعها في أربعة فصول حيث تعرضت في الفصل الأول لمكانة المسن في الثقافة الجزائرية التقليدية في حين تطرقت في الفصل الثاني لتغير وتدهور مكانة المسنين في

¹ Lucette Jarosz : Vieillesse et vieillissement en Algerie ،OPU، Alger 1983.

المجتمع الجزائري الحديث أو المعاصر، أما الفصل الثالث فخصت الباحثة الحديث عن إحصائيات المسنين المصابين بالأمراض العقلية في مستشفى فرانتز فانون بالبلدية في الفترة الممتدة من (1960-1970) ولقد تم الحديث في الفصل الرابع والأخير عن علم نفس المرضى للمسنين في الجزائر.

و تمثلت أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة في:

- يرجع تدني المكانة الإجتماعية للمسن في المجتمع الجزائري إلى تغيرات التي مست البناء السياسي والاجتماعي والاقتصادي وحتى الثقافي منذ الأبوية التقليدية إلى ظهور الدولة الجزائرية، كما توصلت الباحثة بعد عرضها للثقافة التاريخية الجزائرية قبل وبعد الإستقلال إلى أن المكنات والأدوار في المجتمع الجزائري زالت لتحل محلها مكنات وأدوار وقيم ومعايير أخرى تتماشى ومتطلبات التحضر والعصرنة.

- **الدراسة الثامنة:** هي تحت عنوان «الحالة الصحية والظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية» (دراسة ميدانية بمدينة بجاية) من إعداد الطالبة «كريمة بوعزيز»¹.

أرادت الباحثة في هذه الدراسة الميدانية التطرق للأوضاع الصحية والمعيشية للمسنين في المجتمع الجزائري، ولأجل ذلك إستوجبت الباحثة 376 مسن بغرض تحليل ظروفهم المعيشية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

وتمثلت أهم أهداف الدراسة في:

- التعرف على نوعية الحياة لكبار المسنين في المجتمع الجزائري، وتقييم وضعهم الصحي المتعدد الأبعاد.

- تحديد أهم العوامل المؤثرة على صحة المسنين وكشف عوامل الخطر.

- محاولة إقتراح وتطوير إطار خاص بدراسة الشيخوخة في مجتمعنا.

1 بوعزيز كريمة : الحالة الصحية والظروف المعيشية لسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية (دراسة ميدانية بمدينة بجاية)، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2013/2014، (غير منشورة).

و لأجل ذلك قامت الباحثة بطرح التساؤلات التالية:

- كيف هي الظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر ؟ وهل يشكل كبار السن في مجتمعنا فئة متجانسة من حيث ظروفهم المعيشية وأوضاعهم الصحية ؟
 - ماهي أهم العوامل والخصائص التي تحدد الحالة الصحية المتعددة الأبعاد لكبار السن (الحالة الصحية المتصورة، الحالة الصحية الجسدية، الحالة الصحية الوظيفية، الحالة الصحية النفسية والحالة الصحية الاجتماعية) ؟
 - هل هناك اختلاف وفوارق في مستويات الحلة الصحية لكبار السن بمختلف أبعادها ؟
 - هل تنتشر الهشاشة بين الأشخاص المسنين بمختلف أبعادها ؟
 - هل هناك استقلالية أم ترابط بين مختلف أبعاد ومؤشرات الحالة الصحية لكبار السن ؟
- و للإجابة عن هذه التساؤلات قامت الباحثة بصياغة الفرضيات التالية:
- تختلف وتتفاوت الظروف المعيشية لكبار السن حسب الفوارق الجنسية والعمرية.
 - تحدد كل من الخصائص الديموغرافية (السن، الجنس) والاجتماعية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي) والاقتصادية (النشاط المهني السابق والمستوى المعيشي) لكبار السن مستويات أبعاد الحالة الصحية الجسدية لديهم (أشكال الأمراض، شدة الإضطرابات الجسدية نمط استهلاك الأدوية)
 - تتحدد إتجاهات أبعاد الصحة المتصورة (التقييم الذاتي الآني، التقييم الذاتي المقارن بالعام الماضي، التقييم الذاتي الأفقي) نحو الإيجاب والسلب حسب اختلاف الخصائص الديموغرافية والظروف المعيشية لكبار السن وتتفاوت حدة الأمراض لديهم.
 - تؤثر كل من الفوارق الجنسية والعمرية والخصائص السوسيو- اقتصادية وشدة الإضطرابات الجسدية على تباينات الحالة الصحية الوظيفية لكبار السن.
 - تختلف حدة إنتشار أبعاد الهشاشة عند كبار السن حسب الجنس والسن.
 - تلعب الإصابة ببعد من أبعاد الهشاشة والفوارق الجنسية والعمرية والفوارق السوسيو- إقتصادية دورا أساسيا في تحديد الوضع الصحي الوظيفي العام لكبار السن.

- تحدد كل من الخصائص الديموغرافية (السن،الجنس) والخصائص العائلية والمعيشية (الحالة الزوجية والمستوى التعليمي والمستوى المعيشي والأوضاع الصحية والوظيفية العامة لكبار السن)، تباينات الحالة الصحية النفسية لديهم.
- تختلف أبعاد الحالة الصحية لكبار السن حسب كل من العوامل الديموغرافية والسوسيو-إقتصادية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي،المستوى المعيشي) والوضع الصحي العام.
- توجد ترابطات وعلاقات متعددة الإتجاهات بين مختلف أبعاد الحالة الصحية لكبار السن. أما عن النتائج التي توصلت إليها الباحثة فتتلخص في:
- يؤثر عامل الجنس والسن في تحديد الظروف المعيشية والصحية للمسن، إذ التمسّت الباحثة تراجع صحة النساء وتراجع ظروف معيشة الفئات العمرية الكبيرة.
- توصلت الباحثة إلى تصنيف أو تحديد الفئات الأكثر عرضة لسوء الأوضاع الصحية منها المسنات والفئات العمرية الهرمة والفئات العمرية غير المستقرة عائليا (العزاب،المطلقون والأرامل)، والفئات ذات المستوى التعليمي المنخفض وأصحاب المستوى المعيشي المنخفض وأصحاب النشاط المهني المنهك جسديا.
- كما خلصت الدراسة إلى انتشار المراضة المتعددة والإضطرابات الجسدية وحالات الهشاشة في وسط كبار السن والتي ارتأت الباحثة أن تصنفهم إلى 3 مستويات صحية هي الإستقلالية الوظيفية والتبعية الوظيفية والهشاشة.
- **الدراسة التاسعة:** من إعداد الطالب:«بوغالي حاجي» تحت عنوان «العوامل المتحكمة في الوضعية السوسيو اقتصادية للمسنين في الجزائر»، دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة¹.

¹ بوغالي حاجي: العوامل المتحكمة في الوضعية السوسيو اقتصادية للمسنين في الجزائر، دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2016/2017 (غير منشورة) .

تهدف هذه الدراسة لتبيان الوضعية السوسيو اقتصادية للمسنين في الجزائر من خلال البحث عن بعض المحددات المتحكمة في مستوياتهم المعيشية بعد التقاعد وتتلخص الدراسة في طرح التساؤل التالي:

ماهي العوامل المحددة للمستوى المعيشي للمسنين في الجزائر ؟

تدرج عنه تساؤلات فرعية هي كالاتي:

- هل للمستوى السوسيو مهني للمسن دور في تحديد مستواه المعيشي ؟
- هل هنالك تأثير الأعباء الأسرية للمسن على مستواه المعيشي ؟
- هل هنالك تأثير للعجز الصحي للمسن على مستواه المعيشي ؟

و للإجابة عن هذه التساؤلات قام الباحث بصياغة الفرضيات التالية:

- للمستوى السوسيو مهني للمسن دور في تحديد مستواه المعيشي.
- الأعباء الإجتماعية الأسرية المتكفل بها من طرف المسن لها أثر في تحديد مستواه المعيشي.
- العجز الصحي وتزايد المرض لدى المسن له أثر في تحديد مستواه المعيشي.

وتمثلت أهم النتائج التي توصل إليها الباحث في:

- مؤشر الحاجات الأساسية والرفاهية يتجه إلى توفره في مختلف الفئات السوسيو مهنية كالموظفين والمناصب العليا والحرفيين وأصحاب المهن الحرة والذين يعتمدون على أكثر من مصدرين في توفير الدخل، في حين تمثلت الفئة الأكثر حرمانا من الرفاه الإجتماعي في فئة المسنين الذين يعتمدون على المنح الحكومية الخاصة بالمعوزين أو المعاقين وبنسبة أقل عند العمال البسطاء والنساء المعال عليهم.

- ينخفض المستوى المعيشي والعجز في مستويات الإنفاق لدى المسنين الذين يتكفلون بإحدى الحالات الإجتماعية كبنات مطلقة أو عازبة غير عاملة أو ابن معاق أو بطل والموجودين تحت كفالتهم.

- خلصت دراسة الباحث إلى أن للصحة دور في تحديد المستوى المعيشي للمسن من ناحية تأثير ذلك على قدرته على مزاوله نشاط اقتصادي لتحسين وضعهم المعيشي وظروفهم المادية أو من خلال ضغط المرض وتكاليف العلاج والتمريض على نفقاته العامة.

تعقيب عن الدراسات السابقة:

استفادت الباحثة من الدراسات السابقة التي تم عرضها من العام إلى الخاص، الغربية فالعربية فالجزائرية في تحديد وإثراء موضوع الدراسة من الناحية النظرية والميدانية وحتى المنهجية رغم أنه لا توجد دراسة لها صلة مباشرة بموضوع بحثنا، هذا بالإضافة لمحاولة تجنب الخوض في نفس جوانب الموضوع التي عالجها أو ناقشها هؤلاء الباحثين في دراستهم الميدانية.

والملاحظ أن تلك البحوث هي قريبة من بعضها البعض إذ محورها الأساسي هو المسنين والشيخوخة، واقعهم ومشاكلهم ووضعيتهم الإقتصادية والإجتماعية في ظل التغيرات التي عرفها المجتمع الجزائري ولكن في ميادين مختلفة إما في الأسرة أو في مراكز رعاية المسنين.

لقد تطرقت أغلب الدراسات لموضوع المسنين من الجانب الإقتصادي والأسري فيما يتعلق بالمكانة الإجتماعية والمشاكل التي قد يعاني منها المسنين في الأسر أو في مراكز الأشخاص المسنين ولكن لم تتطرق ولا دراسة للبحث عن أسباب التحاق هؤلاء المسنين بهذه المراكز بدلا عن تواجدهم في أوساطهم الطبيعية ألا وهي "الأسر" ولهذا سنحاول من خلال هذه الدراسة الميدانية الولوج في هذا الجانب ومحاولة البحث عن الأسباب والعوامل التي أدت بهؤلاء المسنين للإتحاق بهذه المراكز من خلال محاولة معرفة مدى تأثير كل من العجز الصحي والمالي وتهميش المسن وتعنيفه للجوء لهذه المراكز.

6- المقاربة النظرية:

تعتبر المقاربة النظرية الأساس الذي تركز عليه البحوث العلمية إذ يتم من خلال الإطار النظري تحديد الزاوية الفكرية التي سيتم على أساسها معالجة أو دراسة موضوع البحث في ظل تعدد زوايا أو مداخل دراسة الظاهرة الإجتماعية إذ تعرف النظرية بأنها « إطار فكري يفسر مجموعة من الفروض العلمية ويضعها في نسق علمي مرتبط¹». أما الإقتراب السوسولوجي فهو يحدد الزاوية الفكرية أو الإتجاه النظري الذي نتناول منه دراستنا.²

¹ طلعت همام : قاموس العلوم التقنية والاجتماعية، مؤسسة الرسالة، دون بلد نشر، 1984 ط1، ص80

² عمار بوحوش : دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1985، ص89

وتختلف المقاربة النظرية من موضوع لآخر فعلى الباحث اختيار النظرية العلمية التي تحصر وتحدد مسار بحثه، وبالتالي تساعده على التحكم في موضوع بحثه، ومن خلال موضوع بحثنا وهو عوامل التحاق المسنين بدور العجزة ارتأينا الاعتماد على نظرية التحول الديموغرافي في تفسير الجانب التطوري للتشيخ وارتفاع نسب الشيخوخة في السكان ومصير ومكانة هذه الفئة الاجتماعية في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي مست المجتمع الجزائري، إضافة لنظرية الدور والتي تفسر مكانة ودور المسنين في الأسرة الجزائرية والنتائج المترتبة عه صراع الأدوار بين الآباء والأبناء.

6-1- نظرية التحول الديموغرافي:

تعتبر نظرية التحول الديموغرافي المحور الرئيسي الذي تركز عليه الدراسات الديموغرافية الحديثة وتمثل الإطار العام الذي يستخدمه دارسي علم السكان لشرح كافة التغيرات السكانية التي تدور من حولهم وهي «سيرورة تلخص المراحل المتعاقبة التي تم بها كل المجتمعات البشرية للانتقال من نظام ديموغرافي تقليدي يجمع بين ولادات مرتفعة ووفيات مرتفعة إلى نظام ديموغرافي عصري يجمع بين ولادات منخفضة ووفيات منخفضة»¹.

وجاءت هذه النظرية كخلاصة لدراسة تجربة مرت بها شعوب أوروبا الغربية مرتكزة على تفسير عملية انخفاض معدلات الوفيات والخصوبة التي مرت بها تلك الشعوب، ثم توسع الباحثون في تفسير هذه النظرية عندما توصلوا لإمكانية تطبيقها على البلدان النامية.

وتختلف تسمية هذه المراحل إلا أن عددها ومضمونها هو نفسه وهي كالاتي المرحلة الأولى النظام التقليدي (ما قبل الانتقال) ومرحلة الانتقال والنظام العصري (ما بعد الانتقال).

- المرحلة الأولى: وهو النظام الذي يسبق مرحلة الانتقال الديموغرافي ويسمى أيضا بالتقليدي أو البدائي وتتميز هذه المرحلة بارتفاع معدلات الوفيات والولادات معا إذ تتجاوز (30%) في أغلب الأحيان، ومنه يكون معدل النمو الطبيعي ضئيلا أو منعدما وبالتالي يكون التزايد السكاني ضعيفا.²

¹ علي لبيب: جغرافية السكان، الثابت والمتحول، الدار العربية للعلوم، بيروت، دون سنة نشر، ص 109 .

² فراس عباس فاضل البياتي: علم اجتماع السكان، موضوعات في الديموغرافية الاجتماعية، دار الجبل، بيروت، 2013، ص 135

ويرجع سبب ارتفاع معدلات الخصوبة لغياب الوسائل الآمنة لتنظيم النسل ولتدني الوضع الإجتماعي للمرأة، كما كان ينظر لزيادة أعداد المواليد كوسيلة تعويضية لوفيات الأطفال والذين كانوا بمثابة مصدرا اقتصاديا للعائلة، في حين يعود ارتفاع معدلات الوفيات إلى الجهل بأسباب الأمراض وطرق الوقاية منها ضف إلى ذلك حالات الفقر وتدني المستوى المعيشي وانعدام النظافة وانتشار الأمراض المعدية على شكل وبائي كبير ومتقارب مثل الجدري والطاعون والسل والملاريا... والذي كان يؤدي بحياة الكثيرين في جميع الفئات العمرية.

- **المرحلة الثانية:** وهي الحالة الموجودة في جميع المجتمعات النامية في المرحلة المبكرة للتصنيع، بدأت هذه المرحلة عندما أدى التحديث إلى الإنخفاض السريع في معدلات الوفيات، وفي المقابل لم يصاحبه انخفاض في معدلات الولادات ونتيجة ذلك فقد أدى اختلاف سرعة النمو بين معدلات الولادات العالية ومعدلات الوفيات المنخفضة إلى تعجيل نمو السكان الذي يوصف بالإنفجار السكاني¹، تعتبر هذه المرحلة بداية التطور الإجتماعي والاقتصادي لسكان منطقة في العالم حيث أدى التحديث وما صاحبه من تحسن في المستوى المعيشي للسكان إلى الإنخفاض السريع في معدلات الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع بسبب انتشار الوعي والمعارف حول مسببات الأمراض والوفيات وطرق وأساليب العلاج والوقاية وتوفير المساكن الصحية والنظافة والتغذية، لكن لم يقابل الإنخفاض المستمر في الوفيات انخفاضا مماثلا في الولادات بسبب المرجعية الثقافية لهذه الدول والتي تتجلى في عدم الإقبال على استعمال وسائل تنظيم الأسرة (خاصة في المناطق الريفية) وأيضا في اعتبار الأبناء دعم لإقتصاد الأسرة إضافة لكونهم ضمانا عند الكبر عند تدني الدخل والصحة.

- **المرحلة الثالثة:** وهي المرحلة التي وصلت إليها البلدان المتقدمة اليوم وتتصف بالتوازن بين معدلات المواليد ومعدلات الوفيات، وتشهد انخفاضا شديدا في النمو السكاني قد يصل أحيانا إلى "صفر"، ويبدأ أثر عامل الهجرة في الظهور، حيث أنها تشكل المصدر الرئيسي لأي زيادة سكانية.²

¹ يونس حمادي علي : مبادئ علم الديموغرافيا ، دار وائل، عمان، ط1، 2010 ، ص 71

² مصطفى خلف عبد الجواد: علم اجتماع السكان ، دار المسيرة، عمان، ط2، 2013، ص 31

يكون النمو السكاني في هذه المرحلة بطيئا جدا كما هو الشأن في النظام التقليدي إلا أن الاختلاف بينهما يكمن في أن النمو في المراحل البدائية ناتج عن ارتفاع معدلي الولادات والوفيات معا، أما في هذه المرحلة فالنمو السكاني بطيء بسبب الإنخفاض الحاد في كلا من معدلي المواليد والوفيات ويمتد أمد الحياة بين السكان في هذه المرحلة ليقف فوق 75 سنة¹.

أدى التطور الاقتصادي والإجتماعي وارتفاع المستوى المعيشي للأسر، وتطور الطب العلاجي والوقائي إلى استمرار انخفاض الوفيات، صاحبه انخفاض في الولادات بسبب تحسن المكانة الإجتماعية للمرأة وارتفاع مستواها التعليمي وخروجها للعمل وانتشار والإقبال على وسائل تنظيم النسل لأن كثرة الأبناء أصبح يشكل عبئا كبيرا على عاتق الأسرة وعائقا أمام تطورها وتلبية حاجاتها الأساسية مما أدى إلى انخفاض كبير في معدل النمو السكاني الطبيعي في هذه المرحلة في البلدان المتقدمة.

« إن التحول السكاني هو كامل الآن في أوروبا وأمريكا الشمالية واليابان وتشهد بعض الشعوب في المناطق النامية انخفاضا مطردا في معدلات الولادات مما يدل أنها الآن في تحول بين مرحلتين الثانية والثالثة أما بقية الشعوب النامية فمازالت في المرحلة الثانية مرحلة النمو السكاني السريع (..) رغم ذلك توجد شواهد كثيرة على ميل معدلات الولادة في هذه الشعوب إلى الإنخفاض التدريجي ومن المتوقع أن تدخل المرحلة الثالثة من التحول الديموغرافي عاجلا أم آجلا»².

وبتطبيق هذه النظرية على دول العالم تجد أن الدول الصناعية المتقدمة تعيش حاليا المرحلة الثالثة من مراحل التحول الديموغرافي، حيث معدلات الخصوبة والوفيات والنمو الطبيعي منخفضة، أما دول العالم الثالث فمازالت معظمها تعيش المرحلة الثانية والقليل منها من تجاوز، هذه المرحلة حيث الوفيات منخفضة والولادات مرتفعة ونمو طبيعي مرتفع، وتدخل الجزائر ضمن هذه المرحلة وسوف نتطرق لنظرية التحول الديموغرافي بنوع من التفصيل والتدقيق والتحليل السوسولوجي من خلال حديثنا عن وضعية وواقع المسنين بالجزائر.

¹. فراس عباس فاضل البياتي : مرجع سابق، ص 136

². يونس حمادي علي . مرجع سابق، ص 71

6-2- نظرية الدور:

تهتم نظرية الدور بدراسة عدة مواضيع مثل: أدوار الأفراد والجماعات والتوافق الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية، وتشير النظرية إلى أن المشكلة الفردية تحدث عندما يفشل الفرد في أداء دور أو أكثر من أدواره الاجتماعية أو عندما يحدث صراعا بين هذه الأدوار¹.

تنطلق إذن نظرية الدور من فكرة أساسية مفادها أن الجميع يتكون من مجموعة مؤسسات اجتماعية يوكل للمؤسسة الاجتماعية الواحدة عددا من الأدوار الاجتماعية وقد يفشل الفرد في أداء أدواره الاجتماعية بكفاءة أو قد يحدث صراع بين هذه الأدوار الاجتماعية مما يولد المشكلة الفردية. وتتضمن الأسرة مجموعة من الأدوار المتكاملة فيما بينها، وتتغير العلاقة ما بين الأدوار المختلفة في الأسرة بتغير دورة حياة الأسرة، حيث تمر الأسرة في دورة حياتها بمراحل تتطلب كل مرحلة مهام مختلفة يجب إنجازها وغالبا ما يصاحب هذا الانتقال من مرحلة إلى أخرى أزمة تحول².

وإذا ما فشلت الأسرة في التعامل مع هذه الأزمة فإن هناك امكانية لظهور العنف كما يؤدي الإفراط في ممارسة الدور داخل الأسرة (أي الانحراف عند التوقعات المرتبطة بالدور) إلى توظيف بعض الأدوار في فرض دور التسلط والقهر على أدوار أخرى³.

وينظر الموظفون للعنف على أنه دلالة داخل السياق الاجتماعي فهو قد يكون ناتج عن فقدان الارتباط بالجماعات الاجتماعية التي تنظم وتوجه السلوك أو أنه نتيجة فقدان التوجيه والضبط الاجتماعي الصحيح، مما يؤدي إلى حدوث العنف كما قد يكون الأفراد عدوانيين فيسلكون طريقهم بعنف لأنهم يجهلون طرق أخرى للتعامل⁴.

وتتضمن نظرية الدور مفاهيم كثيرة هي:

- تكامل الدور: يحدث هذا عند تطابق السلوك مع توقعات المحيط الاجتماعي للشخص.
- صراع الدور: ويحدث عندما يتعارض الدور مع دور آخر.

¹ عبد العزيز بن علي بن رشيد الغريب: المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضرية، سلسلة الرسائل الاجتماعية، السعودية، 2005، ص 151

² أحمد عبد الحميد حسن: ديناميات العنف، النظريات المفسرة، دار الجيل، بيروت، 2000، ص 128

³ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص 194

⁴ نفس المرجع، ص 195

- صراع الأدوار: وتتم حين لا تتفق الأدوار المختلفة وتتعارض مع بعضها البعض لدى الفرد.
- الصراع الخارجي للدور: ويتحقق ذلك حينما تتعارض توقعات الأفراد حول نفس الدور الذي يحتلونه.

مسافة الدور وهو المدى الذي يجب أن يحترمه ولا يتجاوزه الشخص في تعاملاته مع الآخرين أثناء أدائه دوره.

- تغير الأدوار من خلال مراحل الحياة: وتتمثل أهم هذه المراحل في مرحلتي المراهقة والشيخوخة¹ ويمكن الإستعانة بنظرية الدور في تفسير المكانة الأسرية للمسنين من خلال التعرف على أدوارهم وكيفية أداء هذه الأخيرة داخل الأسرة لفرض سلطتهم ومكانتهم الأسرية وما يترتب عليهم من مشاكل نتيجة أداءهم لمهامهم وأدوارهم خاصة مع التغيرات الاجتماعية والثقافية والإستقلالية المالية للأبناء وانجر عنها من علاقات انسانية سلبية، ساهمت في تراجع المكانة الأسرية للمسنين، أما السلطة فنجدها قد تغيرت حيث كانت ترتبط في المجتمع الريفي بالقيم والعادات والتقاليد وغالبا ما تتركز في كبار السن، في حين نجد أن السلطة في المجتمع الحضري مرتبطة بمعايير أخرى كالوضع الإقتصادي والمركز الإجتماعي، هذا بالإضافة لتغير المركز «حيث لم تعد السلطة في الأسرة مركزة في يد الزوج ومما زاد في تعميق هذا غياب الزوج لفترات طويلة عن المنزل وخروج المرأة إلى ميدان العمل مما سمح لها بممارسة سلطات أوسع (...). سواء بالنسبة للأبناء وشؤون المنزل، أو بالنسبة للزوج كذلك»²، مما يؤدي إلى توتر العلاقات الأسرية سواء بين الزوجين أو بين الآباء والأبناء وبالتالي فقدت الأسرة الجزائرية أهم دعائمها وهي التكامل في الأدوار والوظائف نتيجة تمد الأبناء عن القيم والعادات والتقاليد التي تسير المجتمع نتج عنه صراع في الأدوار بين الآباء والأبناء مما يولد لدى المسن شعورا بالإحباط وعدم الفائدة والإغتراب ويفضل الإنسحاب من وسطه الطبيعي - الأسرة - ليلتحق بمركز الأشخاص المسنين حيث الصداقات المتأخرة يحاول بداية النهاية. أم يلتحق إجبارا وليس اختيارا بمركز الأشخاص المسنين وهو موضوع دراستنا البحث عن العوامل المؤدية لإلتحاق هذه الفئة بهذه المراكز بدلا من اتمام حياتهم في كنف أسرهم.

¹ عبد العزيز بن علي بن رشيد الغريب : مرجع سابق، ص ص 151 - 152

² محمد السويدي : مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغيير في المجتمع الجزائري المعاصر ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص ص 90 - 91

ثانياً - الجانب المنهجي للبحث:

1- مجالات البحث:

- المجال البشري:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة الميدانية على أسلوب "الحصر الشامل"، والذي يتم من خلاله جمع البيانات اللازمة للدراسة من جميع الحالات، ونلجأ إلى هذا الأسلوب عندما يكون مجتمع الدراسة أو البحث صغيراً ومحدداً¹.

ويعرف جمال معتوق الحصر الشامل على أنه « البحوث التي تقوم بدراسة شاملة لجميع مفردات المجتمع أي عن طريق الحصر الشامل، وتعتبر هذه المسوح كثيرة التكاليف وتحتاج إلى امكانيات قد لا تتوفر كلها أو بعضها لدى الباحثين»².

ويرجع اختيارنا لهذا الأسلوب كون المجتمع الإحصائي الأصلي محدوداً نوعاً ما وبالتالي يمكن استجواب جميع وحداته لكن يجب أن تستوفيهم شروط البحث وهي أن يكونوا قد تجاوزوا سن الستين عاماً (وهذا ما يتماشى وتحديدنا لمفهوم المسن) ووقت إجراء المسح وأن يكونوا مقيمين بصفة دائمة بالمركز، وخاصة أن يكونوا سالمين من العاهات والاضطرابات العقلية وبالتالي قادرين على الإجابة عن أسئلتنا.

ونظراً لمحدودية عدد المسنين الذين تنطبق عليهم الشروط (ارتفاع كبير ومذهل في عدد المعوقين ذهنياً والمضطربين نفسياً بكل المراكز) فارتأينا أن نوسع دائرة بحثنا لتشمل كل المراكز بالجزائر العاصمة والمقدر عددهم بثلاث مراكز وهي:

دار المسنين بسيدي موسى وهو مركز مختلط ومركز باب الزوار وهو خاص بالرجال فقط ومركز المسنين بدالي ابراهيم والذي يضم النساء فقط. ولقد بلغ عدد المبحوثين المستجوبين بدار العجزة 153 مبحوث (مسن ومسنة) يتوزعون حول المراكز الثلاثة كما يلي:

¹ عبد القادر محمود رضوان : سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، دون سنة النشر، ص 61.

² جمال معتوق : مرجع سابق، ص ص 122 - 123.

- سيدي موسى: 97 مستجوب ينقسمون إلى 68 مسن و29 مسنة، باب الزوار: 40 مسنا ودالي ابراهيم: 24 مسنة مبحوثة.

ويقدر بهذا المجموع الكلي ب 161 مبحوث لكن استثنينا 8 حالات لأنه اتضح لنا من خلال تصريحاتهم أن هناك تضارب في أقوالهم (كأن يقول مثلا في البداية أن ليس له أولاد ولم يؤسس أسرة ثم يصرح في نهاية الأسئلة أنه لن يسمح أولاده بسبب تخليهم عنه...) ولقد تكررت معنا هذه العملية أكثر من مرة، فهناك الكثير من المبحوثين يستحون من الإدلاء بأن لهم أولاد وهم متواجدين في هذه المراكز.

- المجال الزمني:

وهي المدة المستغرقة في الدراسة الميدانية، ولقد تمت هذه الدراسة في مدة قدرت بحوالي أربعة أشهر، من 20 أبريل 2017 إلى 30 أوت 2017، حيث قصدت في البداية وذلك في يوم 20 أبريل 2017 مركز المسنين بباب الزوار، وطلبت مقابلة المدير الذي اعتذر بسبب اجتماع وتوجهت بعدها لرئيس المصلحة (**chef de service**) والتي طلبت مني احضار تصريح من وزارة التضامن وبالضبط من مديرية الشؤون الاجتماعية (**La DAS**)، والتي طلبت مني هي الأخرى إحضار رخصة من الجامعة (جامعة الجزائر -2-) وفعلت، ثم قدمت لي المديرية الموافقة على زيارة مركز واحد فقط دون تصوير وفي مدة زمنية محددة قدرت في البداية بشهر واحد ولكن بعد إلحاح وشرح لطبيعة موضوعي وأن موضوعي سوف يعالج على مستوى الدكتوراه وأني أدرس بالجامعة فلا يتسنى لي التواجد بالمركز يوميا بسبب التزاماتي الجامعية فمددت المدة إلى غاية نهاية السنة (ديسمبر 2017) وبتصريح شامل للمراكز الثلاثة لكن دائما دون تصوير ويمكن القول إذاً أن الانطلاقة الرسمية للبحث الميداني كانت يوم 01 ماي 2017 وانتهت في 30 أوت 2017 تخللتها بعض الانقطاعات بسبب التزاماتي الجامعية وكان ذلك في شهري ماي وجوان فقط، ولم تكن هذه الفترة هينة فحاولت الباحثة قدر المستطاع التحلي بالموضوعية فالقصص جد مؤثرة ومعاناتهم جد كبيرة ولم يكن تجاوبهم معنا سهلا خاصة صنف الرجال، فاسترجاع الذكريات المؤلمة مؤثر جدا ولقد أجهش بالبكاء أكثر من مبحوث من خلال محادثتنا لهم.

- المجال المكاني:

ويقصد بالمجال المكاني، مجال البحث الجغرافي الذي ستجرى فيه الدراسة الميدانية، ولقد حدد هذا المجال في كل مراكز الأشخاص المسنين المتواجدة بالجزائر العاصمة والبالغ عددها ثلاث مراكز، مركز سيدي موسى المختلط (نساء، رجال) ومركز باب الزوار الخاص بالرجال ومركز دالي ابراهيم الخاص بالنساء.

- دار الأشخاص المسنين "سيدي موسى" المختلط:

يقع هذا المركز بسيدي موسى، وبالضبط طريق براقي - الجزائر العاصمة- وهو تابع لوزارة التضامن الوطني والأسرة، وتم انشاء هذه الدار بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 113/12 المؤرخ في 07 مارس 2012، يتربع المركز على مساحة شاسعة تقدر ب 21 هكتار حيث تمثل 4.5 هكتار المساحة المبنية والمتمثلة في ثلاثة أجنحة بها طابقين تتوزع كالآتي:

جناح خاص بالرجال وآخر بالنساء أما الجناح الثالث فهم مخصص للأشخاص المصابين بالأمراض العقلية والعصبية تتمثل قدرة الاستيعاب النظرية ب 300 شخص في حين يقدر إجمالي عدد الغرف ب 150 غرفة، يضم المركز 263 مقيم منهم 66 إناث (هناك عدد كبير من المقيمين الذين يعانون من الأمراض العقلية والذهنية).*

- دار المسنين الخاص بالرجال "باب الزوار":

يقع مركز المسنين بباب الزوار في الناحية الشمالية الغربية من منطقة باب الزوار على بعد 15 كلم من الجزائر العاصمة ولقد مر هذا الأخير بمراحل تاريخية عديدة قبل أن يخصص لاستقبال الأشخاص المسنين وهي كالتالي:

- أسس هذا المركز قبل الاستقلال وبالضبط عام 1954 حيث كان عبارة عن مشتل تابعة للجيش الفرنسي.

- من 1962 إلى 1972 (بعد الاستقلال) أصبح تكتة تابعة للجيش الوطني.

- من 1972 إلى 1980 أصبح مركز استقبال وفرز الفئات دون مأوى، وفي عام 1980 تم تأسيس مركز الأشخاص المسنين و/أو المعوقين بموجب المرسوم التنفيذي رقم 82/80 المؤرخ

* معلومات تم الحصول عليها من طرف رئيس المصلحة .

- في 15 مارس 1980 والذي يتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير مراكز المسنين والمعوقين.
- لكن أعيدت تسمية المركز ب "دار الأشخاص المسنين" طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 12-113 المؤرخ في 14 ربيع الأول الموافق ل 01 مارس 2012.
- مساحة المركز:** تقدر مساحة المركز ب 2 هكتار و 34 آر و 90 سنت آر، أما المساحة المبنية فتقدر ب 5005 م² أجنحة الإقامة هي: الجناح AB ويتضمن 36 سرير- الجناح H ويحتوي على 24 سرير- الجناح F وبه 24 سريرا كذلك- الجناح G ويضم 20 سريرا.
- يوجد بالمركز كذلك مصلحة التمريض (العيادة) وبها 22 سريرا.
- مصلحة الأمراض العقلية وتتضمن 40 سريرا.
- تقدر طاقة استيعاب المركز ب 168 سريرا. **
- دار الأشخاص المسنين "بدالي ابراهيم" الخاصة بالنساء

فتح المركز أبوابه سنة 1963 تحت وصاية الإعانة الاجتماعية لولاية الجزائر لاستقبال الأشخاص دون مأوى إلى غاية سنة 1968، حيث تخصص في إيواء فئة النساء العازبات والنساء بأطفال، وفي سنة 1980 صدر المرسوم التنفيذي 82/80 المؤرخ في 15 ماس 1980 المتضمن انشاء وتنظيم وتسيير دار الأشخاص المسنين و/أو المعوقين تحت وصاية وزارة الصحة، ثم انتقلت الوصاية لى وزارة التضامن الوطني بموجب المرسوم التنفيذي رقم 12-113 المؤرخ في 07 مارس 2012 المحدد لشروط وضع المؤسسات المتخصصة وهيكل استقبال الأشخاص المسنين وكذا مهامها وتنظيمها وسيرها، وعليه تتكفل المؤسسة بفترة من النساء المسنات اللاتي يفوق سنهن 65 سنة دون روابط عائلية وذوات الدخل الضعيف أو دون عائد مادي. يتربع المركز على مساحة كبيرة تقدر ب 3 هكتارات أما قدرة الإستيعاب فتقدر ب 100 مسنة.***

2- المنهج المستعمل:

إن أي باحث هو بصدد انجاز بحث علمي يجد نفسه مجبرا على اتباع منهج علمي معين تفرضه طبيعة دراسته إذ يعرف مورس أنجرس "Maurice Angers" المنهج العلمي كما يلي:

** معلومات تم الحصول عليها من طرف رئيسة المصلحة.

*** معلومات تم الحصول عليها من طرف المختصة التربوية.

« مجموعة منظمة من العمليات تسعى لبلوغ هدف»¹ ويعرف كذلك بأنه الطريق المؤدي إلى كشف الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة².

ويلعب المنهج دورا هاما وأساسيا في الكشف عن حقيقة الظواهر وعليه فهو « الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لإكتشاف الحقيقة»³، ونظرا لطبيعة الدراسة الحالية وهي عوامل التحاق المسنين بدور العجزة والتي تهدف إلى تشخيص واقع الظاهرة والعمل على معرفة الدوافع والأسباب المؤدية للظاهرة ومحاولة فهمها فهما علميا ودراستها موضوعيا، فرضت علينا طبيعة الدراسة الإعتماد أو توظيف المناهج التالية: المنهج الكيفي (الوصفي) والمنهج الكمي.

– المنهج الكيفي:

يعد هذا المنهج الطريقة التي يسعى من خلالها الباحث إلى جمع البيانات والحقائق حول الظواهر الاجتماعية بصفة كيفية (qualitative)⁴. كما يوفر بيانات مفصلة عن الواقع الفعلي للظاهرة (موضوع الدراسة) ويقدم في نفس الوقت تفسيراً واقعياً للعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة والتي تساعد على التنبؤ المستقبلي للظاهرة.⁵

ولقد اعتمدنا على الوصف الكيفي للظاهرة بالصفة التي تتواجد عليها في الواقع من خلال عرض حقائق ومعلومات نظرية بغرض التعرف على خصائص وتركيبية الظاهرة من خلال ربط مجموعة من المتغيرات ببعضها البعض والبحث عن مدى تأثيرها كعوامل مشتركة في استحداث الظاهرة محل الدراسة.

¹ موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر: نبوزيد صحراوي وآخرون، دار القصة، الجزائر، 2013، ص 98

² طلعت ابراهيم لطفي: أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب، القاهرة، 1995، ص 65

³ عمار بوحوش ومحمد الذنبيبات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص 98

⁴ جمال معتوق: منهجية العلوم الاجتماعية والبحث الاجتماعي، ط1، دار مرابط، الجزائر، 2009، ص 120

⁵ محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي، دار وائل، عمان، 1999، ص ص 46 - 47

– المنهج الكمي:

«هو عبارة عن مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا لعرض اظهار الإستدلالات العلمية...»¹

كما يعرف بأنه منهج رياضي يستخدم في أغلب الأبحاث الاجتماعية والعلمية، ويعني معالجة العلاقات بين الظواهر أو القيم معالجة رقمية، فهو يقوم إذن بعملية جمع وعرض للبيانات العددية المتحصل عليها من موضوع معين في صيغة رياضية ثم يقوم الباحث بتفسير الأرقام تفسيراً علمياً لترجمة ما تدل عليه من معاني².

وتستخدم معظم البحوث الإمبريقية هذا المنهج في تكميم وتجميع المعطيات، وباعتبار دراستنا هذه تدخل ضمن الدراسات الاجتماعية التي يصعب فيها تطبيق هذا المنهج لأن هذا النوع من الدراسات يغلب عليها المتغيرات الكيفية الأمر الذي يضطرنا لتحويل هذه المتغيرات إلى متغيرات كمية يسهل قياسها وتحليلها، ولأجل ذلك نوظف عدة مفاهيم في الدراسات الاجتماعية كالمتغيرات والمؤشرات والعينة والجداول الإحصائية...

فبعد أن جمعنا معطياتنا الميدانية قمنا بتفريغها عن طريق تبويبها ثم وضعها في جداول إحصائية بسيطة وأخرى مزوجة، ثم قمنا بتنسيب هذه الجداول وقراءتها إحصائياً لإعطاء صورة دقيقة للبيانات التي أمكن الحصول عليها بغية الوصول إلى تحليل علمي وموضوعي واستنتاج دلائل وحقائق حول الظاهرة موضوع الدراسة، ثم قمنا بحساب بغض معاملات الارتباط لكل جدول لقياس درجة ارتباط المتغيرين ببعضها البعض كحساب معامل التوافق ومعامل استقلالية الظواهر "كا"²

¹ عبد القادر حلمي: مدخل إلى الإحصاء ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 6، 2009، ص 24

² جمال معتوق: مرجع سابق، ص ص 166 - 167

3- تقنيات البحث:

لقد تمثلت الخطوة الأولى في إنجازنا لهذه الدراسة في البحث الإستطلاعي بهدف تحديد تساؤلات وفرضيات البحث وضبطها، ويرتكز البحث الإستطلاعي على العمل المكتبي والإستطلاع الميداني، وأول ما افتتحنا به بحثنا هذا هو العمل المكتبي، أين قصدت مختلف المكتبات، بداية بمكتبة الجامعة (جامعة الجزائر-2-)، والمكتبة الوطنية قصد التقرب من الموضوع والتعرف على خلفياته إلا أن نقص المعلومات اضطرنا إلى تكثيف الجهود للتعامل مع المنظمات والهيئات نذكر منها الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وبالضبط مصلحة السكان (SERVICE POPULATION) هذا ما مكنا من التحديد المبدئي لإشكالية وفرضيات البحث، موظفين بذلك الملاحظة دون مشاركة وتم تدوين الملاحظات في شبكة الملاحظة (أنظر الملحق رقم3)، أما الخطوة الثانية فتمثلت في الإستطلاع الميداني، حيث قصدت دار المسنين "بسيدي موسى" وطلب مني المدير احضار ترخيصا وفعلا بعد جهد حصلت على الترخيص أو التصريح لدخول المراكز الثلاث الموجودة على مستوى الجزائر (دار المسنين المختلط "بسيدي موسى"، ودار المسنين الخاص بالنساء فقط "بدالي ابراهيم"، ودار المسنين الخاص بالرجال فقط "بابب الزوار")، حيث قمت بعد ذلك باستجواب عشر (10) مقيمين بمركز سيدي موسى (نساء ورجال) وكان ذلك في مدة أسبوع من 3 أفريل إلى 10 أفريل 2017، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هو إحداث بعض التعديلات في أسئلة الإستمارة إما لأنها لا تقي بالغرض المطلوب أو لصعوبة فهمها من طرف المبحوثين أو لعدم تسلسلها، وإلغاء بعض الأسئلة المتكررة التي قد تصيب المبحوث بالملل.

- الملاحظة:

تعتبر هذه التقنية من أهم الأدوات التي تستخدم في البحوث العلمية الاجتماعية باعتبارها مصدرا مهما لجمع المعطيات اللازمة للدراسة، وتستخدم هذه الأداة في المرحلة الأولى من الدراسات السوسولوجية أي في المرحلة الاستطلاعية، وتعتمد هذه التقنية على حواس الباحث ومدى قدرته على ترجمة ملاحظاته إلى معان ذات دلالة ليتمكن بعد ذلك من استخراج أو بناء فروض تبني عليها الدراسة.

ويرى بعض الباحثين أن الملاحظة هي «أكثر التقنيات صعوبة لأنها تعتمد على مهارة الباحث وقدرته على تحليل العلاقات الاجتماعية وأنماط السلوك الاجتماعي المراد دراسته، حيث تمكن الباحث من اكتشاف الارتباطات والعناصر الموجودة بين العلاقات الاجتماعية التي لا يمكن فهمها إلا من خلال ملاحظتها ومعايشتها»¹.

إذاً تعتبر الملاحظة مفتاح البحث العلمي لأنها تمهد للباحث الدخول للميدان وتساعد في التعرف أكثر على مجتمع البحث باعتبارها تقنية من تقنيات جمع البيانات وتوجيه الحواس نحو الظاهرة موضع الدراسة بهدف الكشف عن حقائقها وللملاحظة أنواع منها المباشرة وغير المباشرة، البسيطة والمنظمة².

ولقد اعتمدت الباحثة على الملاحظة في عين المكان والتي يعرفها موريس أنجرس بأنها «تقنية مباشرة للتقصي تستعمل عادة في مشاهدة مجموعة ما (قرية، جمعية...) بصفة مباشرة وذلك بهدف أخذ معلومات كيفية من أجل فهم المواقف والسلوكيات»³، حيث قامت الباحثة بتسجيل كل الملاحظات والمواقف والأحداث التي جرت حولها حتى تضمن للدراسة الميدانية المصدقية والموضوعية وكان ذلك اعتماداً على مجال الملاحظة الزماني والمكاني وتعاملات وعلاقات المسنين فيما بينهم وتعاملات المسنين مع الموظفين كذلك.

فلقد كنت أقصد المراكز الثلاثة (بداية بسيدي موسى ثم باب الزوار وأخيراً دالي ابراهيم) صباحاً أحياناً قبل وصول الطاقم الإداري وألاحظ سلوكيات المسنين في غرفهم وفي المطعم وفي الحديقة وأقوم بتسجيلها هذا ما مكنتني من إعداد شبكة الملاحظة.

- استمارة بالمقابلة:

تحتل هذه الأداة مركزاً هاماً في البحوث السوسولوجية، وتعتبر من الأدوات الأكثر استعمالاً وانتشاراً في الدراسات الإمبريقية، نظراً لما توفره من بيانات حول الموضوع محل الدراسة حيث عرفها إحصان محمد الحسن أنها «الدليل أو المرشد الذي يوجه المقابلة التي تقع بين الباحث

¹ فضيل دليو، علي غربي وآخرون: الأسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، دار البعث، قسنطينة، 1999، ص 187

² عمار بوحوش: مرجع سابق، ص 25

³ موريس أنجرس: مرجع سابق، ص 184

والمبحوث بعد أن يرسم مساراتها ويحدد موضوعاتها ويشخص طبيعة المعلومات التي يطلبها الباحث من المبحوث»¹.

كما تعرف بأنها «تقنية اختبار يطرح من خلالها الباحث مجموعة من الأسئلة على أفراد العينة من أجل الحصول منهم على معلومات يتم معالجتها كميًا فيما بعد وتُقارن بها مع ما تم اقتراحه في الفرضيات».

أما محمد علي محمد فيعرفها كما يلي: «هي قائمة من الأسئلة التي يقوم فيها الباحث باستيفاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينه وبين المبحوث، أي أنها تتضمن موقف المواجهة المباشرة»².

ويرجع اختيارنا لهذه التقنية (استمارة المقابلة)، لأن لمستوى التعليمي لأفراد عينتنا محدودًا نسبيًا إضافة لاحتمال التعامل مع مستجوبين أميين أو مفرنسين (لا يحسنون اللغة العربية لا قراءة ولا كتابة) ضف إلى ذلك خصوصية هذه المرحلة (الشيخوخة) والتي تتميز بضعف النظر والحركة مما قد يعرقل استيفاء جميع أسئلة الاستمارة لذا فضلنا الدخول في حوار مباشر مع المبحوثين، حيث تقوم الباحثة بطرح الأسئلة والمبحوث يجيب، وتكسب هذه التقنية للباحث معلومات أكثر دقة وأكثر توسعًا كما تتيح هذه المقابلة للباحث فرصة شرح الأسئلة بشكل مبسط أو بالدرجة أو حتى بالفرنسية إذا لزم الأمر وبالتالي يستوعبها المبحوث ويتجاوب معها بشكل جيد وقوي.

أما عن المحتوى العام لصحيفة الاستبيان، فهي تحتوي على 61 سؤال تنقسم بين الأسئلة المغلقة والمفتوحة موزعين على ستة (6) محاور أساسية، تمثل المحور الأول في البيانات العامة للمبحوثين، أما المحور الثاني فتضمن أسئلة عن مكانة المسن بالأسرة في حين خصص المحور الثالث والرابع للحديث عن الوضعية المالية والصحية للمسنين على التوالي، وأخيرًا المحور السادس والذي تضمن معلومات عن المسنين بمركز العجزة.

¹ إحسان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي ، دار الطليعة بيروت، ط2، 1986، ص 25

² محمد علي محمد: علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط2، 1981، ص 96

4- صعوبات البحث:

في الحقيقة لا يخلو أي بحث ميداني من الصعوبات وأولى الصعوبات التي واجهتنا هي صعوبة الولوج إلى دور العجزة بعد تردد عدة مرات بين الدور ومديرية النشاط الاجتماعي ثم تحديد المدة ومركز واحد ودون تصوير وفي النهاية تيسرت الأمور والحمد لله. إلا أن الصعوبة الثانية هي أقوى والمتمثلة في قصص المسنين التي تعكس معاناتهم ومأساتهم من أقرب الأشخاص إليهم فلقد أجهش بالبكاء أكثر من مبحوث وهو يروي قصته، وحاولت الباحثة جاهدة التحلي بالموضوعية.

الفصل الثاني: مدخل نظري وديموغرافي للشيخوخة

- 50.....تمهيد
- 51.....المبحث الأول: مدخل عام للشيخوخة
- 51.....المطلب الأول: ماهية الشيخوخة
- 51.....1- تعريف الشيخوخة
- 54.....2- سيرورة تاريخية عن الإهتمام العالمي بالشيخوخة
- 58.....3- مراحل الشيخوخة
- 59.....4- إهتمامات و حاجات الشيخوخة
- 61.....المطلب الثاني: خصائص وتغيرات مرحلة الشيخوخة
- 61.....1- التغيرات البيولوجية والفيزيولوجية
- 63.....2- الخصائص والتغيرات النفسية
- 64.....3- الخصائص والتغيرات الإجتماعية
- 66.....4- الخصائص والتغيرات المادية
- 67.....المطلب الثالث: مشكلات الشيخوخة والنظريات العلمية المفسرة لها
- 67.....1- العوامل المؤثرة في مشكلات الشيخوخة
- 68.....2- مشكلات الشيخوخة
- 75.....3- النظريات العلمية المفسرة للشيخوخة
- المبحث الثاني: مقارنة سوسيو- احصائية عن الوضعية الديموغرافية للمسنين في العالم وفي الجزائر
- 84.....المطلب الأول: شيخوخة السكان... واقع ديموغرافي
- 84.....1- الإنتقال الديمغرافي والوبائي وحتمية الشيخوخة
- 90.....2- العوامل المؤثرة في تشيخ السكان
- 93.....3- المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية لتعمير السكان
- 97.....المطلب الثاني: شيخوخة السكان وواقع المسنين في العالم
- 98.....1- تطور نسب المسنين في العالم حسب الجنس
- 101.....2- توزيع نسب المسنين في مختلف مناطق العالم
- 103.....3- تطور نسب المسنين في العالم من خلال متوسط العمر
- 105.....المطلب الثالث: المسنين في الجزائر: التطور والسمات الديموغرافية
- 105.....1- التمثيل النسبي للسكان في الجزائر حسب الفئات العريضة قبل وبعد الإستقلال

- 2- تطور نسب المسنين في الجزائر في الفترة (1966 - 2017) 108
- 3- توزيع نسب المسنين حسب الفئات الخماسية والجنس (التعدادات الخمسة)..... 109
- الخلاصة..... 111

تمهيد:

يمر الإنسان في حياته بعدة مراحل، الطفولة، الشباب وآخر هذه المراحل هي الشيخوخة وتعد هذه الأخيرة من المراحل التي تشهد سلسلة كبيرة من التغيرات الجسمية والعقلية والنفسية والإنفعالية والتي تنعكس على الأفراد فتجعلهم يتصفون بمجموعة من الخصائص والسمات التي تؤثر في عملية تكيفهم مع البيئة المحيطة بهم تتمثل أهمها في الأمراض الجسدية والصدمات النفسية والتقاعد مما قد يولد حالة من الضعف والوهن الجسدي والنفسي تستوجب الرعاية النفسية والصحية خاصة في ظل تزايد نسبة هذه الشريحة العمرية بسبب انخفاض معدل الوفيات جراء القضاء على العديد من الأمراض التي كانت تؤدي بحياة الأفراد في السنوات الأولى من حياتهم. لهذا قسمنا هذا الفصل إلى بحثين يتكون كل بحث من ثلاث مطالب حيث خصص المبحث الأول للحديث عن مدخل نظري وديموغرافي للشيخوخة أين تم التطرق لتعاريف الشيخوخة وخصائصها وأخيرا لمشكلات الشيخوخة وأهم النظريات المفسرة لها، في حين حاولنا التقرب من موضوع الشيخوخة والمسنيين في المبحث الثاني من الناحية الديمغرافية والإحصائية أين قمنا بالحديث عن عوامل ومظاهر تشيخ السكان بينما خصصنا المطلب الثاني والثالث للحديث عن الوضعية الديمغرافية للمسنيين في العالم وفي الجزائر.

المبحث الأول: مدخل عام للشيخوخة

المطلب الأول: ماهية الشيخوخة

1- تعريف الشيخوخة:

يعتبر مصطلح الشيخوخة من المصطلحات المعقدة التي لم يتفق الباحثون بعد على تعريف محدد بشأنها، ويرجع ذلك إلى أنها تعبر عن مرحلة عمرية حساسة من حياة الإنسان تتأثر بنواحي عدة، منها الجوانب الفيزيولوجية والاجتماعية والثقافية وحتى بيئية والتي يعيش فيها الإنسان.

- **المعنى اللغوي:** فالمعنى اللغوي للشيخوخة « شاخ الإنسان - شيخا (...) » والشيخ من أدرك الشيخوخة، وهي غالبا عند الخمسين، وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة¹. واللغة العربية حافلة بألفاظ كثيرة تدور معانيها حول هذه المرحلة منها:

- القحم (القحوم) وهو الذي ارتفع عن السن، وقيل هو كبير السن جدا، وقيل هو الشيخ العجوز الخرفان.

- الكبير وهو الطاعن في السن.

- الشيخ وهو الذي استبانته فيه السن، ويقال إنه من بلغ الـ 50 حتى آخر العمر أو إلى 70 سنة.

- التهشل وهو المسن وفيه بقية بحيث لم يذهب بعد كل شبابه².

- مفهوم الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في الميدان:

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة، وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في السن على أنهما مترادفان، ويشيران إلى نفس المعنى وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة.

كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة، وتتمثل هذه المقاييس في العمر الزمني والعمر البيولوجي والعمر السيكولوجي والعمر الاجتماعي.

- **العمر الزمني:** يقسم « بروملي » مرحلة الشيخوخة إلى أربع مستويات.

- **المستوى الأول:** فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

¹ ابراهيم مصطفى وآخرون : المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، الجزء 1، 2، دون بلد النشر، ص 512

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 27

- **المستوى الثاني:** فترة التقاعد: 50 سنة فأكثر، أين يتم الانفصال عن الدور المهني وما يصاحبها من تغيرات في عدة جوانب.
- **المستوى الثالث:** فترة التقدم في العمر: والتي تمتد من 70 سنة فأكثر حيث يظهر الضعف العقلي والجسمي والإعتماد على الآخرين.
- **المستوى الرابع:** فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض وحتى الوفاة والتي تمتد إلى غاية 100 سنة¹.

أما هيرلوك فيشير إلى وجود مرحلتين:

- المرحلة الأولية أو المبكرة من تقدم العمر: وتمتد من 60 إلى 70 سنة.
 - مرحلة الهرم وتمتد من 70 سنة وحتى نهاية الحياة².
- و الملاحظ أن هناك إختلاف في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة ويتراوح هذا السن بين 55 و65 سنة، وقد أشار تقرير الأمم المتحدة عن المسنين إلى أن بداية سن الشيخوخة يختلف من مجتمع لآخر، « فبعض الدول إعتبرت (60-65 سنة) سن بدء الشيخوخة ودول أخرى تبدأ سن الشيخوخة من 60 سنة للرجل و50 سنة للمرأة (...)، ومما لا شك فيه أن ذلك مرتبط بمتوسط الأعمار في كل دولة »³.

وتجدر الإشارة إلى أن العمر الزمني وحده لا يعد معيارا دقيقا لتقسيم مراحل الشيخوخة بإعتبار التغيرات البيولوجية والإجتماعية والنفسية الخاصة بكبر السن تختلف باختلاف الأفراد أو تختلف حتى عند الشخص الواحد لذا ينصح المختصين إلى التطرق للعمر الوظيفي خاصة في البحوث المتعلقة بالمجال الصناعي.

- **العمر البيولوجي:** تشير الدراسات الطبية إلى أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الإضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة، يحدث بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد

¹ عبد اللطيف محمد خليفة: دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب، القاهرة، 1997، ص ص 11-12

² نفس المرجع، ص 12

³ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص ص 25-26

اكتمال النضج، وهذه التغيرات الناتجة عن تقدم السن تمس كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والتناسلية والعصبية والغددية¹.

- **العمر الإجتماعي:** وينظر له على أنه حالة من هجر العلاقات والأدوار الإجتماعية التي تطابق مرحلة الرشد الذي يتم فيها قبول العلاقات الإجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد².

- **العمر السيكولوجي:** ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس نفسي يقوم على جملة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره³.

على الرغم من وجود بعض الاختلافات بين الباحثين حول مفهوم الشيخوخة والتقدم في السن فهناك بعض جوانب الإتفاق بين هذه التعريفات والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- أن هناك تغيراً يحدث في وظائف الكائن الحي بعد بلوغ فترة النضج.
- إن هذا التغيير هو ناتج عن عدد من التراكمات البيولوجية والسيكولوجية والإجتماعية التي يمر بها الفرد في حياته.

- لا يكفي العمر الزمني لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة.

- تصاحب الشيخوخة مظاهر بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية فهي الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم، واضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح الفرد أقل كفاءة وليس له دور محدد، ومنسحب اجتماعياً، وسيء التوافق ومنخفض الدافعية وغير ذلك من التغيرات⁴.

كما تعرف الشيخوخة بأنه السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية التفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها وهي في الحقيقة بيولوجية تميز التطور في دورة حياة الإنسان⁵.

¹ محمد النوبي محمد علي: الزهايمر لدى المسنين، دار صفاء، عمان، ط1، 2012، ص20

² نفس المرجع ص 20

³ عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 14

⁴ نفس المرجع، ص 15

⁵ رشاد أحمد عبد الطيف : مرجع سابق، ص 18

وتعرفها سماح سالم سالم وآخرون بأنها أحد مظاهر كبير السن، وتعد نسبة تختلف من شخص لآخر، وتتجلى في إصابة المسن بالأمراض الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وتظهر هذه الأعراض بسرعة كلما تعرض المسن لأزمات صحية ونفسية واجتماعية، مما يؤثر على أدائه لأدواره ووظائفه الاجتماعية¹.

2- سيرورة تاريخية عن بداية الإهتمام العالمي بالشيخوخة:

لقد بدأ الإهتمام بالمسنين والشيخوخة منذ زمن بعيد، فكان الإنسان البدائي يعتقد أن حياته لا نهاية لها ما لم تتدخل عوامل خارجية مثل الحوادث أو السحر فتضع حدا لها، وفي بابل وآشور ومصر كان الاعتقاد السائد بأن الشيخوخة والموت هي أمور لا مفر منها، وكان قدماء المصريين يكونون المحبة والإحترام والتقدير للمسنين من الآباء والأجداد، وكان الفراعنة يفخرون بطول العمر وبالإلتصاق بالأسري².

وتعتبر اتجاهات الإغريق نحو المسنين مشتقة في جزء منها من قدماء المصريين إلا أن هذه الإتجاهات كانت تقوم على المنطق والملاحظة أكثر من استنادها إلى قوى ما وراء الطبيعة. فنجد أفلاطون (427 - 347 ق.م)، يشير في جمهوريته إلى بعض مظاهر الشيخوخة وقال: إن الإنسان المتكيف في الحياة سيواجه مشكلات الشيخوخة بشكل معقول، وتختلف وجهة نظر هذا الأخير ذات الإتجاه الإيجابي نسبيا نحو الشيخوخة عن أرسطو (384 - 322 ق.م) الذي يلصق خصائص سلبية بالمسنين وكانت تتلخص نظريته عن الشيخوخة في أن الكائن الحي يبدأ بنوع من الحرارة الكامنة الولادية والتي تتبدد في عملية الحياة ثم تختفي كلية³.

وقد أسهم أبو قراط (460-377 ق.م) إسهاما عظيما في فهم الظروف الصحية الجسمية للمسنين، وقد قدم أوصافا لأنواع الغذاء التي تعد ملائمة للمسنين وأوصى بإعتدالهم في الغذاء والتمارين البدنية بهدف التعمير، وقد تضمنت سجلاته عددا من أمراض كبير السن مثل فقدان السمع والتهاب المفاصل وقدم أنواعا من العلاج لهذه الأمراض، ومن أهم الإستنتاجات التي توصل

¹ سماح سالم سالم : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين ، دار المسيرة، عمان، ط1، 2015، ص 29

² محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 16

³ إسماعيل عزت سيد : الشيخوخة أسبابها ومضاعفاتها وطرق الوقاية منها والإحتفاظ بحيوية الشباب، وكالة المطبوعات الكويت،

إليها منذ أكثر من 2400 سنة هي أن المسن يجب ألا يتوقف عن العمل إذ يعطيه هذا الأخير إحساسا بقيمته، وبأن المجتمع مازال في حاجة إليه مما ينعكس ايجابيا على صحته الجسمية والنفسية¹.

ويعد سيثرون « Cicero » (106 - 43 ق.م) الخطيب الروماني الموهوب أول من اهتم بالخواص السلوكية للمسنين والأعمال المناسبة لهم، وأنه يمكن مقاومة التقدم في العمر بواسطة التمرينات الرياضية والغذاء الصحي والنشاط الذهني²

ويرى جالينوس « Galen » (130 - 200 م) وهو طبيب وكاتب يوناني، أن التقدم في السن شيء يتوسط ما بين المرض والصحة وأن الوقاية وليس العلاج هو المنهج الطبي للتعامل مع كبار السن ولقد لفت الإنتباه إلى أهمية التمرينات الرياضية والتغذية والنوم والحمامات الساخنة والنشاط المستمر لكبار السن. وبعد إضمحلال الإمبراطورية الرومانية استمرت فترة من الركود الفكري يشار إليها بالعصور المظلمة امتدت منذ عام 200 إلى عام 1200 م³.

ولقد فطن المسلمون منذ أكثر من ألف عام إلى أهمية دراسة أسباب كبر السن وأمراضه فساها حنين بن أسخف « طب المشيخة » وأطلق عليها ابن سينا « تدبير المشايخ » وظهرت الوصفات التي تساعد في المحافظة على صحتهم⁴.

ويعتبر روجر بيكون « Roger bacon » (1214 - 1294) التقدم في العمر مرضا ولكن لم يكن هذا المدخل كله سلبيا بل نتجت عنه الكثير من الأمور النافعة حيث ظهرت العدسات المكبرة لتعالج ضعف النظر، وصنعت أسنان غير طبيعية (اصطناعية) من الحيوانات ومن الأسنان اللبنية للبشر، وأصبح علم الصحة مع بداية القرن 15 مركز اهتمام كل أو أغلب الدارسين في مجال كبر السن، ونشر زربي « Zerbi » كتابه Gerontocomia الشيخوخة في هذه الفترة وكان أول كتاب مخصص لدراسة أمراض المسنين⁵.

¹ عبد الحميد محمد الشاذلي : التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2011، ص 4

² محمد سيد فهمي: رعاية المسنين، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007، ص 19

³ عبد الحميد محمد الشاذلي: مرجع سابق، ص 6

⁴ محمد سيد فهمي : الرعاية الإجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 16 - 17

⁵ عبد الحميد محمد الشاذلي: مرجع سابق، ص 6 - 7

وخلال القرنين 15 و 16 والمعروفين بعصر النهضة عادت الأفكار والمفاهيم الرومانية والإغريقية المتعلقة بالتقدم في العمر، حيث تم ترجمة العديد من الكتب حول الشيخوخة والصحة وكبر العمر وهي تركز أساسا على عقائد مثل الأخلاط والتنجيم وما شابه ذلك حتى أن عالما يسمى إيراسمس « Erasmus » وهو من علماء النهضة يعتقد بوجود "جوهر خامس"، يمكن للإنسان عن طريقه أن ينسلخ من شيخوخته كما ينسلخ الثعبان من جلده وبالتالي يستعيد شبابه¹.

أما باراسيلوس « Paracelsus » (1493 - 1591) فقد كانت له توجهات جديدة ومغايرة فقد توصل إلى أن الإنسان مركب كيميائي يصيبه التسمم الذاتي بالشيخوخة.

ونجد ويليام شيكسبير « William shakspear » (1564-1616) بعد تحليله لما يقل عن 132 كتابا من التراث والتي تطرقت لموضوع الشيخوخة والمسنين توصل إلى أن مرحلة كبر السن هي مرحلة الطفولة الثانية التي تصطك فيها الأسنان، وتزوغ فيها الأبصار، وتهون فيها العظام، ويخبو فيها العقل².

واتضحت بعض معالم علم الشيخوخة بدءا من القرن 17، حيث ساعد الإهتمام المتزايد بالتفكير العلمي إلى صياغة أوضح لمشكلة الشيخوخة بشكل علمي.

فأوضح فرنسيس بيكون «Francis Bacon» أن الممارسات الصحية السيئة تسبب في الإسراع بعملية الشيخوخة إذ نشر بيكون سنة 1658 كتابا تحت عنوان " تاريخ الحياة والموت " أين وصف فيه وبدقة الاختلافات بين حياة الحيوانات وطول فترة حياة الإنسان، ودراسة ظاهرة التقدم في العمر....³.

ويعتقد بأن أول كتاب نشر بالإنجليزية عن الشيخوخة قد أصدره سيرجون فلوير عام 1724 ووصف فيه حالة الجسم والعقل في مرحلة الشيخوخة، وبدأ الإهتمام بإجراء الدراسات العلمية عن الشيخوخة على يد كل من فلورنس 1860 وبوث «Booth» سنة 1884 وستانلي «Hall» عام

¹ نفس المرجع : ص 7

² نفس المرجع : ص 8

³ رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق، ص ص 12 - 13

1922، وقد دفع هذين الباحثين النفسيين إلى دراسة أثر الزمن على تغير خواص الإنسان البيولوجية والنفسية والاجتماعية¹.

كما يعد اصدار كتاب مشكلات الشيخوخة لكاودري سنة 1939 من العوامل المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان وقد استخدم فيه لأول مرة اصطلاح " جيرونولوجي Gerontology " للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة².

ولقد حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من هذا القرن باهتمام واضح من طرف الباحثين، بدليل زيادة عدد المقالات التي تطرقت لهذا الموضوع، إذ بلغ مجموعها خمسين ألف مقالة ما بين 1959 و1975، وتضاعف عدد البحوث في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بنسبة 50% في الفترة ما بين 1969 و1975 حيث سجلت هذه الفترة 730 بحثا وفي المقابل بلغ عدد الرسائل المسجلة في ست جامعات أمريكية فقط سنة 1980، 215 رسالة عن المسنين.

هذا بالإضافة إلى زيادة عدد المجلات المهنية والعلمية التي تعالج موضوع الشيخوخة إذ أصدرت أول مجلة علمية دورية عام 1945 وهي مجلة علم الشيخوخة، أما في أوروبا فصدرت أول مجلة دورية عن الشيخوخة سنة 1956³.

وكان هذا الإتجاه أثره على الإهتمام بالمؤتمرات الدولية الخاصة بسيكولوجية الكبار، حيث أقيم أول مؤتمر دولي حول الشيخوخة بمدينة كييف " Kiev " في الإتحاد السوفياتي سنة 1938 وأنشأ في بلتيمور في الولايات المتحدة الأمريكية أول مركز لبحوث الشيخوخة سنة 1940 وتأسست الجمعية الأمريكية لعلم الشيخوخة سنة 1945، وفي نفس السنة أصدرت مجلة علم الشيخوخة التي نشرت بحوثا طبية ونفسية واجتماعية حول الشيخوخة، كما تم تأسيس الجمعية الدولية لعلم الشيخوخة عام 1950، لتجميع الباحثين في هذا الميدان من مختلف التخصصات⁴.

ونشأت بذلك الحاجة إلى علم الشيخوخة الإجتماعي انطلاقا من مسلمة تنص على أن الأساليب والنظريات البيولوجية لم تعد قادرة لوحدها على فهم وتحليل طبيعة وخصائص هذه المرحلة

¹ محمد سيد فهمي : رعاية المسنين، مرجع سابق، ص 20

² عبد اللطيف محمد خليفة : مرجع سابق، ص 4

³ نفس المرجع : ص 5

⁴ عبد الحميد محمد الشاذلي : مرجع سابق، ص 11

العمرية، فالعملية في حاجة إلى تكوين أساس علمي منظم ترتكز عليه الدراسات الإجتماعية والنفسية لمرحلة الشيخوخة¹.

فالشيخوخة ليست عملية بيولوجية محضة تتجلى آثارها في التغيرات الفيزيولوجية والفيزيكية التي تبدو على الفرد حين يصل الفرد إلى سن متقدمة من العمر وإنما زيادة على ذلك فهي ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معينة، وموقفه من نفسه في ظل ما يفرضه عليه المجتمع من قيود تتمثل في التقاعد عن وظائفهم وأعمالهم وما ينجر عنه من هجران للعلاقات الإجتماعية هذا ما يؤثر على توافق المسن نفسيا واجتماعيا.

3- مراحل الشيخوخة:

لقد قسم علم الشيخوخة تقدم السن إلى أربع مراحل تنتهي بمرحلة خامسة هي الموت، وهذه المراحل الأربع هي: التطور - النضوج - الشيخوخة - آثار الشيخوخة على الجسم (الإنحدار) ويشير "ثيودورليدز" إلى أن الحياة في السنوات الأخيرة تمر بثلاث مراحل إلا أنها ليست نمطية فهي لا تحدث لدى جميع الأشخاص وهي:

- المرحلة الأولى: وهي تلك المرحلة التي يرى المسنون أنفسهم أنهم يملكون القدرة والكفاءة والصفات الكامنة للقيام بإحتياجاتهم وشؤونهم وتسمى مرحلة التقدم في السن²

- المرحلة الثانية: وهي تلك المرحلة التي يواجه المسنون تغيرات في ظروف حياتهم تجبرهم على الإعتماد على الآخرين وتسمى مرحلة المسن المتقدم (الطاعنين في السن).

- المرحلة الثالثة: وهي المرحلة التي يستثنى منها الكثيرون والتي قد لا تحدث حتى في الشيخوخة المتقدمة وتسمى مرحلة العجز، وهي المرحلة المتقدمة التي لا يقوم فيها المخ بالعمل والقيام بوظيفته الأساسية، ومن ثم يدخل الأشخاص في مرحلة الطفولة الثانية التي في أثنائها يجب أن يكون هناك أشخاصا آخرون يقومون برعايته رعاية شبه كاملة³.

¹ عبد اللطيف محمد خليفة : مرجع سابق، ص 5

² سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص 53

³ نفس المرجع، ص 54

4- إهتمامات وحاجات الشيخوخة:

لقد توصلت البحوث والدراسات المختلفة حول المسنين إلى أنه يحدث تغير كمي ونوعي في الإهتمامات في السنوات الأخيرة من حياة المسنين نتيجة تغيرات أخرى كالتغير في المظهر والإمكانات الجسمية وتتركز أهم إهتمامات المسنين في:

- الإهتمام بالمظهر:

أوضحت بعض الدراسات أن غالبية المسنين يصبحون أقل إهتماما بمظهرهم ويميلون فقط إلى ستر العلامات الجسمية الدالة على الشيخوخة، أما الإهتمام بالملبس فيتأثر المسنون به تأثراً أكيداً، ويتوقف ذلك على مقدار النشاط الإجتماعي للمسن كما يعتمد بدرجة كبيرة على مدى تقبل المسن حقيقة شيخوخته لذلك نجد البعض يميل إلى إرتداء أحدث الأزياء تصميماً وألواناً وكأنهم يثورون على كبر السن ويحاولون إقناع أنفسهم والأخرين أنهم أصغر من أعمارهم، في حين يتمسك البعض الآخر بإرتداء ملابس من طراز كانوا يرتدونه من قبل¹.

- الإهتمامات الترفيهية:

يميل المسنون حسب ميرسون (1961) بدرجة أكبر إلى النكت والمنوعات وعروض المهارات، وهم أقل ميلاً إلى الدراما الحادة والبرامج البوليسية وفيما يتعلق بالقراءة، وجد أن المسنين لا يميلون إلى التسلي بالروايات والمواضيع الخيالية أنهم يفضلون تلك التي تعالج الواقع كما أن إهتماماتهم بالهوايات التي تحدث الإثارة وتتضمن الخطر المتوقع تقل.

- الإهتمامات الدينية:

تحتل الإهتمامات الدينية مكان الصدارة بين إهتمامات المسنين في مرحلة الشيخوخة إذ توصلت بعض الدراسات المصدرية إلى أن (91 بالمئة) من المسنين يؤدون الصلاة وأن (23 بالمئة) يتطلعون إلى أداء فريضة الحج، وتدل هذه النتائج عن إحساس المسنين بإقتراب نهايتهم ويبدؤون بالعيش في رحاب الله تعالى ويسعون في طمأنينة العابد وسكينة المؤمن².

ومن خلال هذه الإهتمامات نستدل على حاجات المسنين في مرحلة الشيخوخة بإيجاز فيمايلي:

¹ هدى القناوي: سيكولوجية المسنين، مركز التنمية البشرية والمعلومات، مصر، ط1، 1987، ص68

² نفس المرجع، ص ص 69-70

- الحاجة إلى الإلتئاء والشعور بالأمان: وتظهر هذه الحاجة خاصة بعد الضعف والإحساس بإقتراب الموت وفقدان أفراد الجيل والرفاق والأصدقاء بالموت. وقد ينتاب الشيخ أو المسن شعور بالوحدة كلما إبتعد أهله وأولاده من حوله نتيجة إنشغالهم بأعمالهم وبمتطلبات الحياة فيحس المسن هنا بأنه غير مرغوب فيه، لذا تظهر الحاجة الملحة لشعور المسن بالأمان والإلتئاء للمجتمع الذي يعيش فيه.

- الحاجة إلى التقدير والتقبل والمركز الإجتماعي: إن المسن محتاج إلى أن يشعر بأهميته وتقدير الناس إليه وتقديره لنفسه حين يقارنها بغيره، وهنا يحتاج المسن إلى التقدير والتقبل خاصة من طرف أبنائه وأحفاده وغيرهم من أبناء الأجيال الجديدة¹.

- الحاجة إلى الكفاءة وتقدير الذات: كثيرا ما ينخرط المسن في أنشطة العمل (رغم ضعف قوته) وذلك لحاجته إلى الإحساس بالنجاح، وأنه مازال قادرا على إنجاز أي عمل.

- الحاجة إلى الرعاية الصحية: لقد إتضح أن المسنين يحتاجون إلى الرعاية الصحية بسبب ضعف وتراجع قوتهم وقدرتهم الجسمية وإصابتهم بأمراض الشيخوخة².

- الحاجة إلى الأمن الإقتصادي أو الحاجة المالية: تعتبر الحاجات المادية حقا للمسنين وهي تختلف من مسن إلى آخر تبعا لإختلاف نوعها وأهميتها وتتمثل الحاجات المادية في توفير قدرا مناسباً من المال، خاصة بعد الإحالة على التقاعد وضألة المعاش مقابل الزيادة المطردة في تكاليف المعيشة يؤمن من خلاله المسن حاجاته الضرورية³.

يعاني المسنين كثيرا من المشاكل الإجتماعية كالعزلة وفقدان الإحترام والتقدير خاصة إذا كانوا غير قادرين على خدمة أنفسهم، لذا فهم يحتاجون لمشاعر الرعاية من قبل الأشخاص المحيطين بهم وإشعارهم بقيمتهم وأنهم أعضاء نافعين وذلك بتوفير قدر من الرعاية الصحية دون تدمير ورعاية نفسية وجسدية.

¹ نفس المرجع، ص70

² نفس المرجع، ص71

³ سالمة عبد الله حمد الشاعري: مرجع سابق، ص29

المطلب الثاني: خصائص وتغيرات مرحلة الشيخوخة:

يمر الإنسان عبر مراحل عمره المختلفة بتغيرات جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية كثيرة وقد تتولد عن هذه التغيرات مجموعة من المشاكل، وعليه فنحن بحاجة لتحديد ومعرفة التغيرات المصاحبة لكل مرحلة والعمل على اشباعها.

وتعتبر مرحلة الشيخوخة من بين مراحل العمر التي تتسم بالتغيرات السريعة في جميع الجوانب هذا ما أدى بالباحثين في مختلف التخصصات العلمية الطبيعية والإنسانية إلى محاولة البحث وتحديد تلك التغيرات.

ويعتبر كتاب هول عن "الشيخوخة" الذي ظهر سنة 1922 البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية الخاصة بكبار السن، أين تطرق لدراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات ثم توسعت تلك الأبحاث لتشمل دراسة أثر الزمن على خواص الإنسان البيولوجية والفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية¹. وفيمايلي عرض لأهم تلك التغيرات:

1- التغيرات الجسمية البيولوجية والفيزيولوجية:

تتسم مرحلة الشيخوخة بتغيرات جسمية من حيث البناء والوظيفة، وقد وصف القرآن الكريم هذه المرحلة في قوله تعالى « الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق من يشاء وهو العليم القدير ». (سورة الروم الآية 54)².

ولقد أكدت الأبحاث في علم الحياة والعلوم الطبيعية على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن «نمط شائع من الإضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج، وهذه التغيرات الإضمحلالية المساييرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية والهضمية والبولية والتناسلية»³.

وهذا يدل على أن مرحلة الشيخوخة تتميز بالإضمحلال في عمليتي البناء والوظيفة مما يؤدي إلى سيادة التفاعلات الهدامة التي تفقد الجسم خلاياه الحية وتقلل من المقاومة وتضعف من أداء

1 . عبد الطيف محمد خليفة : مرجع سابق، ص 20

2 القرآن الكريم

3 هدى قناوي : مرجع سابق، ص 17

أعضاء الجسم لوظائفها. ومن مظاهر الإضمحلال التي تحدث ذلك التغير في شكل الجسم العام مثل نقصان الوزن والطول، وتغير لون الشعر وسقوطه، وضعف انتصاب القامة لإنحناء العمود الفقري كما يتجدد الجلد ويصبح أكثر جفافاً وتظهر الشرايين الدموية والأكياس الدهنية كما تظهر بعض البقع السوداء التي يطلق عنها "بقع الشيخوخة" كما يصبح الجسم أكثر وهناً وضعفاً وتصبح العظام أقل تماسكاً¹.

كما تحدث بعض التغيرات الفيزيولوجية حيث يتغير معدل نشاط الغدد الصماء وتضبط الدهون مع تقدم السن مما يؤدي إلى تناقص الوظائف التي كان يقوم بها الفرد سابقاً إضافة لحدوث تغير في قوة دفع الدم، وتغير في إفرازات الجهاز الهضمي، فيقل بذلك إفراز اللعاب وحدوث آلام معوية، لذا نجد كبار السن يشكون من حدوث إمساك، إسهال وحموضة ويرجع ذلك إلى انخفاض ملحوظ في إفراز المعدة لأحماض وإنزيمات الهضم إضافة لقصور الأمعاء الدقيقة عن امتصاص المواد الغذائية².

وتحدث كذلك تغيرات في القوة العضلية والأداء الحركي، إذ تلعب العظام الدور الرئيسي في الحركة ولكن يحدث ضمور في العضلات مع التقدم في العمر، وكذا تقل المرونة بسبب التغيرات الفيزيولوجية والعضوية في الخلايا، وتتأثر النواحي الحركية تبعاً لهذا الضمور والجمود في العضلات فتقل بذلك قدرة المسن عن المشي³.

كما يحدث تغير حسي وعقلي مع التقدم في العمر، فتضعف قدرة الحواس على أداء وظائفها فيضعف النظر، وتبدأ حاسة السمع في الضعف ويتغير الصوت، وتتغير طريقة النطق بعد سقوط الأسنان، وتضعف حاسة التذوق تبعاً لزيادة العمر، ومن الناحية العقلية يتأثر المسن بضعف الذاكرة وتبدو عليه مظاهر الخرف المبكر وينجر عنه ضعف القدرة على التفكير والإستيعاب وبالتالي اضطراب الأفكار وتجدر الإشارة أن تلك التغيرات نسبية وتختلف من مسن لآخر تبعاً لتباين الخصائص الجسمية والنفسية والاجتماعية والعمرية وأيضاً البيئة والمحيط الإجتماعي الذي يعيش فيه المسن.

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 34

² سالمة حمد الشاعري : مرجع سابق، ص 85

³ نفس المرجع ص 86

2- الخصائص والتغيرات النفسية:

لا تنفصل التغيرات النفسية عن الجسمية لأن دورة التأثير والتأثر سارية ومستمرة ومتبادلة، وتعتبر الحالة النفسية لدى المسنين محصلة عدة عوامل، تؤثر كل منها بدرجات متفاوتة ايجابيا أو سلبيا على نفسيتهم، لذا فالحالة النفسية عند المسنين لست حالة نمطية واحدة، وإنما تتوقف على طبيعة استقبالهم لهذه العوامل ودرجة تأثرهم بها.

وتتأثر الحالة النفسية للمسنين بعوامل عديدة ترتبط بمراحل حياتهم منذ طفولتهم حتى شيخوختهم مثل الصحة البدنية، النفسية والعلاقات الإجتماعية وكل ما تلقوه في طفولتهم من تنشئة وتربية وتعليم وعمل وزواج وأمراض ومكاسب وخسائر وعوامل أخرى مرتبطة بدخولهم في مرحلة التقدم في السن وكيفية التكيف مع تلك المرحلة وعوامل الفقد فيها كفقدان العمل أو القرين وابتعاد الأولاد وعدم الأمان المادي..¹.

وكننتيجة للعوامل السابقة الذكر يحدث للمسن بعض التغيرات النفسية منها تمركزه حول الذات حيث ينسحب من الإهتمام بالموضوعات الخارجية ومن الإهتمامات الإجتماعية، والتفاف الوجدان حول الذات ولا يعني هذا الأخير أن يوصف المسن بالأنانية أو أن يعجب بنفسه وحسب بل قد يقوده هذا الإهتمام الذاتي بالنفس إلى نقده لذاته وحسابها حسابا عسيرا على ما اقترفته من ذنوب ومعاصي.²

كما يجد المسنون صعوبة في التحكم في انفعالاتهم ويعجزون عن ضبط عواطفهم ومشاعرهم ويميلون إلى العناد ويحتاجون إلى المنح، كما قد يشعرون بالإضطهاد ويميلون إلى كثرة الشكاوي من الأمراض ومن الأشخاص ومعاملاتهم إضافة إلى الإعجاب بالماضي ونبذ ومقت الحاضر وهنا تشتد سخريتهم من الأجيال الأخرى، ويتسمون بسرعة الغضب وادعاء الصواب دائما ومحاولة تجنب التجمعات.³

كما قد يحدث للمسنين بعض التغيرات في أنماط الشخصية، مثل المبالغة في القدرات والصفات والتركيز على النفس، وقد يشعرون بالغيرة التي ينتج عنها غالبا تصرفات غير لائقة ضف إلى ذلك

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص 41

² يوسف ميخائيل أسعد: رعاية الشيخوخة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص 67

³ هدى قناوي: مرجع سابق، ص ص 56 - 57

الحرص الشديد على الممتلكات الشخصية مهما كانت قيمتها وغالبا ما تكون تصرفات الآخرين موضع شك وريب من طرف المسنين¹.

وبالرغم من وجود ظاهرة القلق في معظم المراحل العمرية إلا أنه يزداد مع التقدم في العمر وينتج قلق المسنين من أربعة مصادر:

- قلق الصحة: وهو نتيجة الإضمحلال في بناء الجسم وضعف القدرة على المقاومة كذلك رغبة المسنين في التردد على الأطباء دون ضرورة ذلك أحيانا.

- قلق التقاعد وترك العمل وما ينجر عنه من شعور عدم الأمن الإقتصادي وفقدان المكانة.

- قلق الانفصال والإحساس بالفراغ بسبب فقدان القرين وابتعاد الأبناء.

- قلق الموت حيث الإحساس بالنهاية².

ولقد أثبتت الأبحاث والدراسات الطبية أن التغيرات البيولوجية ليست الوحيدة المؤثرة على الحالة النفسية والاجتماعية للمسنين، وإنما رؤيتهم للعالم من حولهم وكذلك رؤية العالم لهم، أي أن للعلاقة التبادلية بين المسن ومحيطه الإجتماعي تأثير مهم جدا على حالته النفسية، إذاً فسلامة الحالة النفسية للمسنين تتطلب تأمين الإحتياجات المادية في كل جوانبها وكذلك تأمين الحاجات النفسية، ولا تكون بالعواطف ولا بالإحسان وإنما بالعمل على تهيئة المسن كي يحتفظ بدور المشارك في الحياة ويشعر فيه بأهميته ويتواصل مع الآخرين ويدخل في علاقات اجتماعية من شأنها أن تعوض مفقوداته وتملأ كل الفراغات الموحشة التي تحيط به.

3- الخصائص والتغيرات الإجتماعية:

هناك العديد من التغيرات الإجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة بوجه عام والتقاعد عن العمل بوجه خاص، ومن مظاهرها فقدان العلاقات الإجتماعية والعديد من الإهتمامات والأنشطة والإعتماد على الآخرين.

ويعد فقدان المسنين لعلاقات الصداقة أحد التغيرات الإجتماعية التي تؤثر سلبا على حياتهم الإجتماعية، ويتم ذلك نتيجة عوامل الفقد المختلفة كالتقاعد أو الموت مرفوقة بصعوبة تكوين

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 43

² نفس المرجع : ص 45

علاقات صداقة جديدة نظرا للتدهور التدريجي للحالة الصحية، وبالتالي صعوبة التنقل مما يولد انسحابا متبادلا بين المسن والمجتمع ومنه ضعف الإتصال والمشاركة الإجتماعية¹. وإذا كانت العلاقات الإجتماعية للمسنين مرتبطة بأسرته وأصدقائه واتجاهات المحيط الإجتماعي فإن هناك تغيرات أخرى مثل التقاعد وما ينجر عنه من فقدان لبعض المراكز والأدوار الإجتماعية والشعور بالعزلة وزيادة وقت الفراغ².

ويعتبر التقاعد أحد التغيرات الهامة التي تحدث للمسنين لما يترتب عنها من مشكلات اقتصادية واجتماعية وصحية وحتى نفسية، رغم قدرة البعض الصحية والجسمية والذهنية على مواصلة العمل لفترة أطول.

قد يولد التقاعد لدى المسن شعورا بفقدان هويته ومكانته داخل المجتمع ويعجز عن تنظيم وتفعيل وقت فراغه الطويل الذي كان يقضيه في العمل قبل تقاعده وبالتالي يحس المسن بالضجر والملل، إذ يكره الكثير من المسنين فقد وظائفهم، فزيادة على كونها مصدرا للرزق فهي تنظم استخدام الوقت وتؤمن اتصالات اجتماعية خارج نطاق الأسرة وبالتالي ربط المسن بأهداف وغايات على نطاق واسع وتوفير قدر كاف من النشاط واعطاء مكانة وهوية كبيرة في المجتمع³.

ومما لاشك فيه أن إحالة المسن على التقاعد وعدم استعداده لتقبل مثل هذه الأزمة يترك العديد من التغيرات النفسية والاجتماعية في حياة المسن ويجره إلى حياة الفراغ ولكن هذا الموقف يختلف من مسن لآخر حسب طبيعة المسن وطبيعة المجتمع وحتى البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها» فكلما كان المجتمع بسيطا وأقل تعقيدا والحياة تسير بصورة سهلة كالريف مثلا كلما استطاع المسن أن يعبر هذه الأزمة جراء اختلاطه بالأشخاص والإندماج معهم في الأنشطة والعكس كلما كانت المجتمعات أكثر تعقيدا تسودها العزلة الفردية والخصوصية كلما تقاومت وصعبت أزمة التقاعد بالنسبة للمسنين»⁴.

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص 62

² نفس المرجع، ص 63

³ نفس المرجع، ص 63

⁴ سالمة عبد الله حمد الشاعري: مرجع سابق، ص 88

4- الخصائص والتغيرات المادية:

تعتبر التغيرات المادية المرتبطة بكبر السن من أهم وأصعب التغيرات التي يمكن أن يواجهها المسنين، خاصة في ظل الإحتياجات المتزايدة التي تتطلبها هذه المرحلة العمرية.

عادة ما يقل دخل المسن مع تقدمه في العمر خاصة بعد تقاعده عن العمل عند بلوغه السن القانونية (سواء كان ذلك اجباريا أو اختياريا)، وفي المقابل تزداد الأعباء المالية بسبب تدهور الحالة الصحية وزيادة التردد على الأطباء وشراء الأدوية مما يؤدي إلى عجز المسن عن مواجهة النفقات خاصة في ظل عدم توفر مصادر مادية متنوعة¹.

وتتمثل المصادر المالية للمسنين في مدخول التقاعد والضمان الإجتماعي ومساعدات الأبناء والأقارب إضافة لعوائد الممتلكات إن وجدت، ويرتفع الدخل بالنسبة للمسنين الذين يتمتعون بصحة جيدة وما زالوا يعملون، لكن قلة منهم فقط (لا يتجاوز عددهم الثلث) في أي مجتمع هي التي تواصل العمل ويتحسن دخلها².

وتزداد المشكلة المادية حدة لدى المسنين مع التغيرات الإقتصادية التي تعترى المجتمع والزيادة المضطرة في الأسعار، مما قد يؤدي إلى انخفاض ملموسا في المستوى المعيشي للمسن والذي قد يصاحبه في بعض الأحيان التزامات مادية أخرى تجاه الأسرة والأبناء³.

إن كل هذا يعمق الشعور بعدم الأمان الإقتصادي في مواجهة تحديات المستقبل، وتجعل المسن يعاني قلق دائم ويجبره على تخفيض وترشيد نفقاته قدر المستطاع، وربما يحرمه من اشباع بعض حاجاته التي اعتاد على اشباعها في الماضي القريب فقط.

هكذا تتشابك وتتداخل التغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة، ويتوقف التأثير السلبي والإيجابي بناء على العديد من العوامل أهمها هو تقبل الشخص لذلك.

¹ سناء محمد سليمان : مرجع سابق، ص 62

² مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص 54

³ نفس المرجع : ص 55

المطلب الثالث: مشكلات الشيخوخة والنظريات العلمية المفسرة لها

1- العوامل المؤثرة في مشكلات المسنين:

تتمثل أهم العوامل المؤدية لمشكلات المسنين في:

- الأسباب الحيوية: وتتمثل في التدهور والضعف الجسدي والصحي العام خاصة مع تصلب الشرايين، وظهور أمراض أخرى مرتبطة بالشيخوخة¹

- الأسباب النفسية: كالفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة إذ يعتقد البعض أن الشيخوخة هي أن يمشي المسن متثاقلا مادام قد وهن العظم وامتأ الشجر شيئا، لهذا تؤثر الأحداث المؤلمة والصدمات على شخصية وكيان المسن، ضف إلى ذلك إحساس المسن بالوحدة ووقت الفراغ بعد التقاعد والحرمان من بعض الملذات التي كان يتمتع بها من قبل وصوله لهذه المرحلة².

- أسباب بيئية: ونلخص أهمها في:

- الحراك الإجتماعي أو الهجرة الجغرافية أدت إلى نزوح عدد كبير من الريف إلى المدينة وبالتالي ترك ذويهم دون رعاية.

- خروج المرأة للعمل وانشغالها بأدائها الوظيفي على حساب أدائها لبعض وظائفها داخل المنزل كإعارة كبار السن، أدى إلى ظهور مؤسسات الرعاية الإجتماعية (دور الأشخاص المسنين) وهي التي تتكفل بهذه الوظيفة ألا وهي رعاية الأشخاص المسنين³.

- العنوسة حتى سن الشيخوخة خاصة عند السيدات والإضراب عن الزواج بالنسبة للرجال دون إن ننسى الترملة وفقد المسن للطرف الآخر.

- تغيير نمط السكن في المدن الحديثة حيث أصبحت تتكون معظم المساكن من شقق ضيقة لا تحتمل العدد الكبير، مما يؤدي بالأسرة الحديثة إلى الإنتقال في سكن مستقل قد يكون بعيدا عن

¹ طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : ميادين ممارسة الخدمة الإجتماعية . الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات،

القاهرة، 2009، ص 227

² مجدي أحمد محمد عبد الله : مرجع سابق، ص 74

³ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 67

مسكن الأسرة الأصلية، تاركين كبار السن وحدهم دون رعاية فيلتحقون بدور العجزة أو دور الأشخاص المسنين لعلهم يجدون سبل الرعاية والراحة والإستقرار هناك.

- سفر الأبناء إلى خارج البلاد للعمل أو الإستقرار هناك هذا ما يجعل كبار السن يلجؤون لدور المسنين بحثاً عن الرعاية والإهتمام¹.

- يعيش كبار السن في المجتمع الحضري عصر التطور والآلة وما ينجر عنها من تقسيم للعمل ولا استقرار فيرتبط المسن في هذا المجتمع بسن معينة للدخول لعالم الشغل ويرتبط كذلك بسن معينة للخروج منه، ما يجعله يفقد مكانته وهيبته في الأسرة، ويحس بالوحدة والضجر والإنطواء ويصبح غير مقبل على الحياة ينتظر النهاية والموت فقط ويؤثر كل هذا في توافقه النفسي والإجتماعي وفي تفاعله واتصاله مع المجتمع ووحداته.

- نظرة الشباب لكبار السن ايجابية أو سلبية إذ يبدي المسن اهتماماً بالغا، ما إذا كان موضوع تقبل أو رفض من طرف الشباب والراشدين والمحيطين بهم عامة²، حيث تتأثر مرحلة الشيخوخة بما يوفر المجتمع من مكانة المسنين، إذ قد يسمح لهم بمكانة متميزة فتتاح لهم فرصة المشاركة الفعالة مع أفراد المجتمع وفق قدراتهم وإمكانياتهم مما يؤدي إلى مرحلة شيخوخة ناجحة ومرتنة ومتوافقة اجتماعياً ونفسياً.

2- مشكلات المسنين

- المشكلات الصحية:

يعاني المسن من مشكلات صحية تعود لما يصاحب الشيخوخة من مظاهر التدهور البيولوجي والفيزيولوجي بسبب ضعف الجهاز المناعي على مقاومة الأمراض، وتتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الإجتماعية كالمستوى المعيشي والتعليمي وارتفاع مستوى الصحة العامة المقدمة لهم.

و توجد بعض العوامل أو الظروف التي تزيد من حدة الظروف المرضية منها عجز غالبية المسنين عن تحمل نفقات العلاج أو اجراء الفحص الدوري اللازم، هذا إلى جانب بعض العوامل

¹ مجدي أحمد محمد عبد الله : مرجع سابق، ص 74

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 67

المرتبطة بالمسنين أنفسهم أو أسرته مثل إهمال المسنين وجعل أسرهم بطبيعة أمراض الشيخوخة وقلة خبرتهم في التعامل معها¹.

« كما تلعب العوامل الاجتماعية دورا مهما في تدهور المستوى الصحي للمسنين، فالعزلة الاجتماعية التي تنشأ بسبب التفكك الأسري أو التقدم الصناعي وتزايد تدفق تيارات الهجرة من بلد لآخر تؤدي إلى عزلة الأبوين عزلة تامة مما يزيد من حدة الأمراض العضوية والنفسية للمسنين»².

ومما يزيد من حدة المشاكل الصحية لدى المسنين وجود بعض المعوقات والتي تعود إما للمسنين أنفسهم أو للمحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه منها:

- إهمال المسنين أنفسهم ويظهر ذلك بعدم قيامهم بطلب المساعدة حتى تسوء حالتهم الصحية وقد يرجع ذلك إلى خوفهم من توقع الأمراض المزمنة كالسرطان مثلا...
- عدم اهتمام المسنين بالفحص الطبي الجيمي الدوري.
- عدم وعي المسنين لخطورة علاجهم لأنفسهم دون إشراف الطبيب.
- عدم دراية المسنين بكيفية الوقاية من الحوادث التي قد تؤثر على صحتهم.
- تخوف بعض المسنين من إيداعهم في المستشفيات وإبعادهم عن الجو العائلي الذي اعتادوا عليه.
- جهل أسر المسنين بأمراض الشيخوخة وطبيعتها وعدم كفاية ما تقدمه من رعاية لهم.
- عدم قدرة معظم المسنين تحمل نفقات العلاج³.

إن المشكلات الصحية للمسنين لا يتوقف تأثيرها على المسن ذاته فقط وإنما تتعداه لتمس أسرته ففي حالات كثيرة يكون مصدر استنزاف للدخل بسبب عرضه على الأطباء أو حاجته المتواصلة للدواء وقد يكون مصدر مضايقة مستمرة للأسرة خصوصا إذا لم يكن قادرا على أداء بعض

¹ نفس المرجع، ص 101

² نفس المرجع، ص 101

³ طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 229

الوظائف مما يجعلها أكثر ميلا لإيداعه في مؤسسات الرعاية الإجتماعية (دور الأشخاص المسنين)، وهذا ما يجرنا للحديث عن المشكلات الإقتصادية للمسنين.

- المشكلات الإقتصادية:

يواجه المسن مشكلات اقتصادية قد ترجع إلى ما يرتبط بنقص الموارد أو عجزها أمام النفقات سواء كان ذلك بسبب التقاعد عن العمل أو المرض أو زيادة النفقات بسبب كبر السن أو انخفاض القدرة على الكسب¹.

وتعد هذه المشكلات الإقتصادية من أهم المشكلات التي يجب مراعاتها بالنسبة للمسنين إذ تنجر عنها مشكلات أخرى اجتماعية ونفسية.

فقدان مكانة العمل تؤدي إلى فقدان جزء من الدخل المادي، ولأن العائدات المادية تمتاز بالثبات، بينما تمتاز المصاريف دوما بالإرتفاع المستمر فإن العجز عن تعويض التناقص النسبي للدخل يعمق الشعور بعدم الأمن الإقتصادي ويجعل المسن يعاني من القلق والإكتئاب وبالتالي الإنسحاب الإجتماعي².

ومما يزيد حدة المشكلة الإقتصادية لدى المسنين أن هناك عبء آخر جديد يضاف إلى المسن الذي أحيل على التقاعد هو عبء العلاج والدواء، ففي فترة الشباب لا يكاد الشخص العادي يتردد على الأطباء والصيدلية، لكن ما إن يصل مرحلة الشيخوخة حتى يجد تردده على الطبيب صار شيئاً فشيئاً متزايداً³

إن عدم إشباع الحاجات المادية تؤدي إلى ظهور آثار الحرمان المادي لدى المسنين فتعكس هذه الآثار سلبا عن المسن، وذلك من خلال العجز عن توفير المسكن الصحي والغذاء الكافي وفقدان المكانة الإجتماعية بين أقرانه وبالتالي الإنسحاب الإجتماعي.

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص 109

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق ص 162 .

³ عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد: الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، مكتبة نهضة الشرق، مصر

- المشكلات الإجتماعية:

وتعبر عن أشياء يرغبها المسن ويريدها، ولكنه لا يمتلكها، وقد ترجع أسباب هذه حدوث المشكلات إلى شعوره بفقدان بعض الأدوار مثل فقدان الأهمية الإجتماعية، وانعدام الفائدة إضافة إلى وقت الفراغ وانخفاض الدخل¹.

كما يعاني الإنسان من الحرمان الإجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الإتصال الإجتماعي طبقا لحاجاته ورغباته، ويعد المسنين أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الإجتماعي جراء ضعف مواردهم المالية وضعف قواهم الجسدية اللذان يحدثان مع التقدم العمري².

ويمكن أن نجل أهم المشكلات الإجتماعية التي تظهر في مرحلة الشيخوخة بالتالي:

- إن التغير الذي حصل بنوع السكن من البيوت الكبيرة إلى الشقق أفرزت نتائج اجتماعية خطيرة فبعد أن كان الجد يأخذ مكانة مرموقة ومهمة بين أفراد أسرته في البيوت الكبيرة فإن ضيق المسكن الآن أدى إلى عدم مراعاة الجد أحيانا أو اتكال الواحد على الآخر فيما يتعلق برعاية الكبار من المسنين.

- وفاة القرين الآخر (الزوج أو الزوجة)، وعدم مبالاة زوجات الأبناء أو انشغالهن بالأعمال المنزلية أو العمل خارج المنزل يؤدي إلى خلق حالة فراغ كبيرة بالنسبة للمسن.

- ضعف القيادة داخل الأسرة لتقاعد عائلها يؤدي إلى نشوب نزاعات بين الأبناء.

- صراع القيم بين الأجيال وأثره على توازن العلاقات الأسرية³.

ف نجد أغلب المسنين يمتنعون عن التغيير متمسكين بآرائهم وأفكارهم القديمة مما يجعلهم في صراع مع أبنائهم وأحفادهم، فهم يتجمعون في قوالب سلوكية راسخة من الماضي محاولين بذلك فرضها على محيطهم الإجتماعي لذا فنجد المسنين هم أكثر توافقا مع أبناء جيلهم.

¹ طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 229

² رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق ص 164

³ فرح صباح: مرجع سابق، ص ص 154-155

- المشكلات النفسية:

يحدث مع التقدم في العمر تغير في استجابات المسنين، وقد تكون في بعض الأحيان بدرجة كبيرة من الوضوح لميز المسنين كفاءة عمرية وتحدد أسلوب تعاملهم مع المجتمع، وأسلوب تعامل المجتمع معهم، الأمر الذي يجعل هذه التغيرات في الإستجابة مظهرا من مظاهر التقدم في العمر، وتحتوي المشكلات النفسية على كل ما من شأنه أن يؤثر على الجانب العاطفي. وترتبط بمشكلات عدم التكيف مع الوضع الجديد للمسنة والآثار النفسية والأخلاقية لزيادة حجم وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة¹.

ويمكن أن نلخص أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها كبار السن في:

- مشكلات تكيف المسن مع واقعه الإجتماعي الجديد وعدم قدرته على التوافق فيسلك بعض المسنين سلوكيات عدوانية ويلجأ آخرين إلى الإنطواء المبالغ فيه.

- الشك والريبة في الآخرين، وقد يتطور هذا الشك لدرجة كبيرة تدفعهم للسخرية الشديدة من الأجيال اللاحقة².

- القلق وهو الإحساس بالتوتر والخوف الشديد والدائم، وهو أكثر شيوعا في مرحلة الشيخوخة، إذ ينزعج الكثير من المسنين بسبب إدراكهم أنهم يجب أن يعتمدوا على الآخرين.

- الوسواس القهري، وهو يتميز بوجود أفكار وحركات خاطئة والتفكير في موضوعات مختلفة

- الكبت وهو يستنفذ كثيرا من طاقة المسن الذي يواجه بواسطتها أعباء الحياة بسبب إما إحالته على التقاعد أو فقدانه لجزء كبير من أدواره في الحياة.

- فقدان التكيف في الكلام، وتوهم المرض، فيعجز المسن عن التعبير عن الفكرة التي يقصدها مما يسيء إلى المستمع، ويثير الضحك لدى الحاضرين³.

بالإضافة إلى المشكلات النفسية السالفة الذكر هناك الإنسحاب والوهن النفسي حيث يشعر المسن بأنه محطم النفس وقليل العزيمة. وتعد الأمراض النفسية من أهم المشكلات الطبية لكبار

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق ص ص 154 - 155

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 105

³ طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 230

الين في جل المجتمعات، فقد يظهر المرض النفسي في صورة علامات وأمراض جسدية كفقْدان الوزن والإمساك واضطراب ضغط الدم ويرجع أسباب هذه الأمراض النفسية إلى ضغوطات الحياة كالتقاعد والعوز وفقدان الأدوار والمكانات الإجتماعية التي كان يحتلها المسن لسنوات طويلة¹.

و يرى الدكتور مجدي أحمد محمد عبد الله أن الشيخوخة بالدرجة الأولى هي مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة صحية أو بيولوجية، فالمشاكل والصعوبات التي يتعرض لها كبار السن ماهي إلا نتاج الوضع الإجتماعي الذي يعكس أفكار ومواقف الناس والمجتمع عامة حيال الشيخوخة والمسن عامة، وقد يتعرض المسن لعدد من الظروف الإجتماعية والتي تنتج عنها العديد من المتاعب تتمثل في:

- عدم كفاية الراتب الذي يتقاضاه المسن أو عدم تواجده أساسا.
- الإتجاهات الإجتماعية السلبية نحو المسنين، والتي ينجر عنها الكثير من الألم والأذى.
- انعدام التوجيه والإرشاد النفسي².

- المشكلات العاطفية والجنسية:

تشمل المشكلات العاطفية كل ما يتعلق بعدم التكيف مع الوضع الجديد والوحدة والآثار النفسية الناجمة عن زيادة حجم وقت الفراغ وزواج الأبناء، واقتصار الأسرة على الزوج والزوجة إضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة وما ينجر عنها من ضعف للطاقة الجنسية والإحساس بفقدان العاطفة من الآخرين³.

قد يكون في مرحلة الشيخوخة في حال بقاء الزوجين معا نقص في الرغبة الجنسية أو بما يعرف بالنفور الجنسي، وما يترتب عن ذلك من مشكلات نفسية واجتماعية، كما قد تكون هناك فروقا في السن والحاجات الجنسية بين الزوجين اللذين يكون أحدهما في الشيخوخة ومزال الآخر في مرحلة الشباب أو الرشد أو عند حدوث الترملة أو الطلاق أو العنوسة حيث يتبع ذلك كبت الرغبة الجنسية الشديدة.

¹ نفس المرجع، ص 231

² مجدي أحمد محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 204 - 205

³ طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 231

وقد تخلف المشكلات الجنسية مشكلات أو تغيرات عاطفية انفعالية بسبب ضعف الطاقة الجنسية إذ قد يتصابى الشيخ عندما يتزوج من فتاة تصغره سنا ثم يلقي عليها اللوم وتنتابه الأوهام والشكوك إذا ما ضعف جنسياً.

وربما تكون هناك العجوز المتصابية، حيث يسلك بعض المتقدمين في العمر (ذكورا أو إناثا) سلوكا غير لائقا لا يوقر شبيهم، وهذا ما يعرف بالشيخوخة الصبية¹.

إذن يمكن أن نجمل أهم المشكلات الجنسية والعاطفية لدى المسنين في:

- مشكلة التصابي: فقد يتزوج المسن فتاة في سن أولاده.
- مشكلة القعود: وهو ما يعرف بسن اليأس عند المرأة ويرتبط بمرحلة انقطاع الحيض ويظهر عند الرجال بالتقاعد والإضطراب النفسي والعقلي والجنسي.
- قد تؤدي أحيانا العنوسة والعزوبة حتى سن الشيخوخة إلى اضطرابات نفسية وعقلية وانفعالية خاصة عند السيدات -².

- مشكلات وقت الفراغ:

يعرف وقت الفراغ بأنه تحرر الإنسان من واجبات وقيود العمل الوظيفي الذي يحصل من خلاله على رزقه اليومي، ويعطي للفرد حرية اختيار وتغيير نشاطاته الترفيهية بصفة تجعلها تتلاءم مع أذواقه ورغباته الفردية، لذلك عرفه ديموزيه " Damozedier " الفراغ بأنه الإستجمام والتسلية وتطوير الشخصية... والتسلية هي شكل من أشكال الفراغ طالما هي لا تخدم أي غرض علمي مبرمج³.

ويعاني المسنون من وجود وقت فراغ كبير مقرون بخبرة محدودة في استثماره، هذا إضافة إلى ما يعانونه من مشكلات تتمثل في الضعف العام، وعدم الأمان الإقتصادي والشعور بعدم لنفع والعزلة والإنسحاب الإجتماعي⁴.

¹ عبد المجيد سيد منصور وزكريا أحمد الشربيني : مرجع سابق، ص 149

² طلعت محمد السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 231

³ أحمد رشاد عبد اللطيف : مرجع سابق، ص 166

⁴ عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد : مرجع سابق، ص 51

والملاحظ أن هناك سلوكيات منتشرة بين المسنين في شغل واستغلال وقت الفراغ إذ يعتبر الإستماع إلى الراديو أو مشاهدة التلفاز أو قراءة الجريدة والكتب من أوجه النشاطات المنتشرة إلا أنها تعتبر سلبية بالنسبة للمسنين باعتبارها لا تستدعي منهم القيام بأي نشاط حركي معين. في حين ممارسة بعض الأنشطة الرياضية أو التردد على النادي من شأنه أن يقضي على مشكلة الفراغ لدى المسنين ايجابيا¹.

يتضح من خلال عرض أهم مشكلات المسنين أن هناك ترابط وتكامل بين تلك المشكلات، إذ تأثر وتتأثر ببعضها البعض، إذ يصاحب التقدم في السن ضعف عام في الصحة وما تخلفه من عجز عن العمل والأداء الوظيفي كما يؤدي التقاعد إلى فقد العلاقات والصدقات والمكانة الإجتماعية التي كان يحتلها بسبب العمل السابق، وزيادة وقت الفراغ وما ينجر عنه من قلة النشاط الحركي والركود والخمول، ويؤثر كل هذا على توازن المسن نفسيا واجتماعيا.

3- النظريات العلمية المفسرة للشيخوخة:

تعددت النظريات التي تفسر الشيخوخة، واختلفت من حيث الأهداف والأغراض، فبعض النظريات تركز على أسباب الشيخوخة، واهتم البعض الآخر بالجوانب النفسية والاجتماعية للمسنين، وركزت نظريات أخرى على التعرف على الخصائص العمرية للمسنين بوجه خاص. وفيما يلي سنتطرق إلى النظريات التي حاولت الربط بين العناصر النفسية والاجتماعية.

- نظرية الإنسحاب:

يعتبر هنري وكمنج "Henry et comming" من مؤسسي هذه النظرية، والتي تركز على أساس أن الانفصال أو فك الارتباط هي عملية تحدث في العلاقات بين الفرد وأعضاء المجتمع، وعليه فإن الشخص المسن ينسحب تدريجيا من كماليات الحياة وتقل أنشطته التي اكتسبها في منتصف العمر، وهو انسحاب حتمي ومتبادل بين الفرد المسن ومجتمعه، أي أن الفرد يبدأ في الإنسحاب من العالم الإحتماعي في نفس الوقت الذي بدأ فيه العالم بتحرير المسن من الإلتزامات الوظيفية والقيود².

¹ نفس المرجع : ص ص 51- 52

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 174

تنظر هذه النظرية إلى الجانب السلبي من المسن وتقول **كمنج** أن الإنسحاب عملية طبيعية يقبلها الفرد، وهي تتسم بالحساسية وانخفاض معدل التفاعل مع الأفراد، حيث ينتقل المسن من الإهتمام بالآخرين إلى الإهتمام بالذات ومن الحركة والنشاط إلى الراحة، حيث أن الفرد ينسحب من المجتمع في الوقت الذي يبدأ فيه المجتمع من الإنسحاب من حياة الفرد، وحين تكتمل عملية الشيخوخة، فإن التوازن الذي كان يوجد في منتصف العمر بين الفرد ومجتمعه يذهب ويحل محله توازن يتميز ببعده المسافة، وتغير أنماط العلاقات الإجتماعية¹.

وحسب رأي هنري وكمنج، هناك أربعة مراحل أساسية يمر بها المسن تقوم عليها افتراضات نظريتهما وهي:

- **تغير في وظيفة الدور:** وتبدو هذه المرحلة واضحة بالنسبة للذكور إذ يصاحب نقصان الإنتاجية في العمل تغيرات في الإتجاه نحو العمل.

- **فقدان الدور:** ويظهر بوضوح عند الرجال بعد إحالتهم إلى التقاعد، حيث يفقد المتقاعد الدور الذي كان يحقق ذاته من خلاله، كما يبدو ذلك أيضا على الأرامل بعد وفاة أزواجهن وبعد زواج الأبناء.

- **نقص وقلة التفاعلات الإجتماعية:** مع فقدان الدور الإجتماعي تقل الإتصالات الإجتماعية فيضمّر مفهوم الذات وتنخفض الروح المعنوية مما يولد الإكتئاب والإضطرابات النفسية.

- **الحذر من الوقت المتبقي من عمر المسن:** يشعر المسن عند هذه المرحلة بأنه يعيش في الوقت الضائع وهذا إن دل على شيء فهو يدل على الإعتراف بقيمة الموت والإقتراب منه².

رغم الأهمية العلمية التي حظيت بها نظرية الإنسحاب، إلا أنها واجهت موجة كبيرة من الانتقادات والمعارضات، ويتمحور معظم النقد حول فكرة أن الإنفصال بين كبار السن والمجتمع ظاهرة عامة وإلزامية وأنها مفيدة للفرد والمجتمع، حيث وجه سافج " Savage " نقده لهذه النظرية

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق ص ص 129 - 130

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 175

موضحا أن العاملون بالتدريس الجامعي والفنانين والأدباء لا تنطبق عليهم شروط هذه النظرية لأنهم لا يرون ضرورة الانفصال عن حياتهم الثقافية والإجتماعية¹. أي أن هذه النظرية قد تنطبق على بعض المسنين الذين لديهم الإستعداد لذلك ولا تنطبق على الآخرين الذين لديهم القدرة والرغبة في مواصلة العمل.

كما تحدث ستريب "Strib" عن نظرية الانسحاب المتباين والذي يختلف من شخص لآخر، كما وجه نقدا لهذه النظرية مفادها أنها تعزل المسنين عن المجتمع، كما تعتبر الشيخوخة مرحلة عديمة النفع والأهمية ضف إلى أنها بنيت على مجموعة من الفروض المفككة الغير مترابطة وأغفلت العوامل الحضارية، وتؤكد على أن ذلك الانسحاب هو أمر حتمي لا مفر منه².

ختاما إن نظرية الانسحاب تؤكد على المتقاعدين يميلون إلى العزلة والوحدة وإلى الانسحاب من السياق الاجتماعي، وإن هذا الانسحاب يوافق عليه المجتمع وبياركة وهو الذي يساعد المتقاعد على التوافق النفسي والعاطفي مع مرحلة التقاعد.

- نظرية النشاط:

ويطلق عليها بعض الكتاب النظرية التنموية، وتؤكد على أن المسنين النشطين أكثر رضا عن حياتهم من المسنين المكتئبين، وظهرت هذه النظرية عام 1953 على يد كل من " البيرشت وهارغست " Alberechts et Herighusst"، وتقتض على أنه لكي يحدث توافق بشكل فعال مع فقدان عمل أو وظيفة، فيجب على الفرد أن يجد بديلا لتلك الأهداف الشخصية التي يحققها من خلال العمل، وأن يواصل نشاطاته وينمي اهتماماته لأجل دفع روحه المعنوية³.

وترى هذه النظرية على أن المسنين البحث عن بدائل لأدوار رئيسية أربعة كانت سائدة من قبل حتى نهاية مرحلة الرشد المتوسط وهي فقدان العمل ونقص الدخل وضعف الصحة والتغير في بنية الأسرة، وإذا تمكن المسن من تعويض هذه الأدوار المفقودة فإنه سيحقق لا محالة توافقا اجتماعيا

¹ نفس المرجع، ص 176

² رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق ص 130

³ مجدي أحمد مجدي عبد الله : مرجع سابق، ص 83

ونفسيا ناجحا في شيخوخته، باعتبار الشيخوخة مرحلة فرص جديدة للأدوار الاجتماعية وليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الاجتماعية¹.

لقد ركز كل من فريدمان وهافيجرست على أهمية الأنشطة البديلة في حالة الإحالة على التقاعد وفقدان العمل أو الوظيفة والتي تمكنه من استغلال وترشيد وقت فراغه وبالتالي إعادة توافقه أما ميلر فقد ركز على الأنشطة البديلة التي تؤمن مصدرا جديدا للدخل، إذ تحقق الأنشطة البديلة التي يقوم بها الشخص بعد تقاعده هدفين اثنين هما ايجاد بديلا عن عمله المفترق وهي مصدر بديل للدخل الذي راح يتناقص بعد تقاعده عن العمل².

والواقع أن هذه النظرية رقم تأكيدها على أهمية النشاط بالنسبة للمسنين إلا أنها ليست موضوعية باعتبار نسبة المسنين الذين يتوافر لديهم هذا النشاط هي قليلة، إضافة إلى أن المسن النشط والملتزم في عمله قد لا يجد الوقت الكافي والمناسب لاكتساب مهارات جديدة يستفيد منها بعد إحالته إلى التقاعد³.

وبناء على هذه النظرية يصبح السبيل إلى شيخوخة ناجحة هو المحافظة على درجة من النشاط إذ كلما انخفض هذا النشاط انعكس سلبا على تكيف المسن في الحياة وبالتالي احساسهم بعدم النفع والفائدة، لهذا يعتبر قيام المسن ببعض الأنشطة أمرا ضروريا لزيادة رضا المسن عن الحياة وقناعاته بها.

و كخلاصة القول تؤكد نظرية النشاط على النتائج الإيجابية الناجمة عن استمرار الارتباط بالعالم والحصول على أدوار بديلة تعوض تلك التي فقدت عن طريق التقاعد أو الترميل، ويتطلب ذلك مستويات عالية من المشاركة الاجتماعية والروح المعنوية والرضا عن الحياة.

- النظرية التبادلية:

تعتمد هذه النظرية على مبدأ الأخذ والعطاء أي يسعى كل شخص إلى تحقيق أقصى منفعة وفائدة ممكنة لكن بأدنى تكلفة، وذلك بناء على معيار المكانة واحترام الذات حيث يحاول المسنين إقامة العلاقات المجزية التي تحقق مصالحهم والابتعاد عن العلاقات التي تسبب لهم الجهد، ويجد

¹ سماح سالم سالم : مرجع سابق، ص ص 134 - 135

² مجدي أحمد مجدي عبد الله : مرجع سابق، ص 83

³ محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين: مرجع سابق، ص 56

المسنون الذين يملكون القليل من الإمكانيات ليقدموها صعوبة في تأمين أو الحصول على ما يريدونه¹.

وترتكز هذه النظرية على المنفعة المتبادلة وتهمل الجوانب الإنسانية النبيلة كالحب والاحترام والوقار لكبار السن، رغم هذا فهي - النظرية - تهتم بدراسة كل علاقات المسن بالعمل والأسرة والمجتمع عامة وتقدم تصورا توضح من خلاله أن الفرد بؤرة لمجموعة من العلاقات الاجتماعية التي تتقلص عندما يكبر ويتجه نحو الشيخوخة كما تتراجع مشاركته في الأنشطة الأخرى المتنوعة بسبب الضعف والوهن الذي قد يصيب الفرد ككائن عضوي².

وتشير النظرية التبادلية إلى أن رفض المجتمع لكبار السن له آثار وخيمة عليهم، فهو يؤدي إلى انفصالهم وتخليهم عن ممارسة أدوارهم الاجتماعية السابقة، وهذا لا يعني بأنهم بلا فائدة منهم وإنما يشير إلى نوعية التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة بين المسنين وأسرهم وغيرهم من أفراد المجتمع³.

إن تعتمد النظرية التبادلية على الدور الذي يلعبه الأخذ والعطاء أي الحصول على شيء يعني تقديم المقابل ذي قيمة ماثلة ويؤمن ويسلم البعض أن هذا المبدأ هو الذي يسير عليه المجتمع ولأجل الفهم الجيد لمبادئ التبادل يجب تحليل سلوك الأفراد حيث تسعى كل شخصية في أي تبادل إلى تحقيق أكبر فائدة وبأقل تكلفة ممكنة وذلك استنادا إلى معيار المكانة وتقدير الذات والمتغيرات النفسية الأخرى⁴.

وختاما يمكن تفسير مركز كبار السن في المجتمع بناء على النظرية التبادلية، تفسيراً جزئياً يفتقر إلى القيمة التبادلية، فهم لا يملكون ما يقدمون مقابل الرعاية والاحترام المقدمة لهم إلا ادعاء التبادلية من الذين أفنوا حياتهم في رعايتهم والسهر على راحتهم والتضحية من أجلهم عندما كانوا في حالة ضعف وعجز.

¹ سماح سالم سالم : مرجع سابق، ص 138

² رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق ص 133

³ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 185

⁴ نفس المرجع، ص 186

- نظرية الأزمة:

تسعى هذه النظرية إلى تفسير بعض الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تحدث للمسنين، بسبب ترك العمل وفقدان الأدوار الاجتماعية المرتبطة بذلك وبالتالي انخفاض المكانة والمركز الاجتماعي في محيطه.¹

ويؤيد هذه النظرية عدد كبير من علماء الاجتماع وبالضبط أصحاب المدرسة البنائية الوظيفية والإيكولوجيا الاجتماعية إذ يرى " جود استيان " " Goodstein " « أن الدور المهني للرجل يعتبر مصدرا مناسباً للهوية، ويمكن الفرد من وضع نفسه في علاقات ذات معنى مع عالم العمل كما يشكل وسطاً مهماً للتفاعل الاجتماعي وتلبية الحاجات الاجتماعية للفرد، فلا يقدم العمل سبباً للحياة فقط بل يقدم أيضاً خطة ملموسة للعيش يوماً بيوم »².

ولا يعني التقاعد عند أنصار هذه النظرية تغير في نمط الحياة والعلاقات الاجتماعية فحسب وإنما القدرة على التكيف في وضع اجتماعي جديد لم يعهده المسن وهو تدبير أموره المعيشية في ضوء منحة التقاعد، لذا يسعى المسنون بعد إحالتهم على التقاعد للبحث عن مصدر آخر للرزق بسبب غلاء المعيشة إضافة لارتفاع تكاليف العلاج والنفقات الطبية نتيجة الأمراض التي قد يتعرض لها أغلبهم في هذه المرحلة من حياتهم، حيث توصل " كلاك " " Clark " في دراسة ميدانية قام بها أن 70% من المسنين يودون العودة إلى أعمالهم السابقة لو كان ذلك ممكناً وفي المقابل حاول 25% منهم الحصول على عمل جديد.³

ولا تنحصر الأزمات التي قد يتعرض لها المسن في التقاعد عن العمل وما ينجر عنه من مشكلات مادية واجتماعية وإما تتنوع الأزمات ومنها عوامل الفقد كفقْد المسن شريك الحياة أو صديق أو قريب وما يترتب عن ذلك من تدهور نفسي واجتماعي يؤثر في حياة المسن وآدائه لأدواره الاجتماعية.⁴

وهناك العديد من القضايا التي تناولتها نظرية الأزمة وهي:

¹ نفس المرجع، ص 187

² نفس المرجع، ص 187

³ نفس المرجع، ص ص 187 - 189

⁴ سماح سالم وآخرون : مرجع سابق، ص 140

- قضية العمل وأهميته بالنسبة للفرد: يعتبر العمل مكونا أساسيا وضروريا لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ومن ثمة يؤدي الحرمان منه إلى عدم رضا الفرد عن نفسه وعن الحياة
 - سلوكيات الدور: إن العمل هو الأساس في استقرار أنواع السلوك المميز للفرد، ويؤدي الحرمان منه بالإحالة إلى التقاعد إلى اضطراب سلوكه.
 - نظرة المسن للحياة: يؤثر الاضطراب في السلوكيات المعتادة للفرد سلبيا في الرضا عن الحياة بعد التقاعد وهذا بالنسبة له وللآخرين¹.
 - مدى التزام الفرد بعمله: إن الأفراد الأكثر انضباطا والتزاما بعملهم قبل إحالتهم على التقاعد هم الأكثر تمسكا بعملهم والأكثر كرها وتأثرا بحياة التقاعد.
 - قيمة العمل في حياة الأفراد: يشكل ترك المسن العمل والإحالة على التقاعد رد فعل سلبي قوي جدا، خاصة فئة المسنين الذين يقدرون عملهم ومنضبطين فيه ويحترمونه.
 - تقليص أدوار الفرد بعد تقاعده: يؤدي تقليص أدوار الفرد بعد تقاعده إلى تبني المسن سلوك لا واقعي كالشعور بالدونية والقلق والعصبية والتقدير الزائد للذات، وقد ينعكس ذلك على المحيطين به في أسرته كالزوجة أو الأبناء أو حتى الأقارب².
- يعارض بعض الدارسين ما تسلم به هذه النظرية في اعتبار العمل، العامل المؤثر في رضا المسن عن حياته، فالحرمان القهري من العمل بالإحالة على التقاعد وإن كان عاملا مهما في تغيير أدوار المسن إلا أنه ليس العامل الأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وحياته وإنما يرون إن أهمية العمل تتوقف على نوع العمل نفسه ومكانه وأهميته بالنسبة للفرد ومدى انضباطه بمهام عمله من جهة أخرى، وهذا ما توصلت إليه دراسة " نفرديان وهاينجست " أين يعتبر العمل بين الطبقات الدنيا خاصة العمل اليدوي مورد رزق في الحياة لذا فلا يلعب العمل دورا كبيرا في تقدير الفرد لذاته ولا تشعر هذه الفئة بالأزمة والضيق الذي تشعر به فئة المسنين أصحاب المهن الإدارية المرموقة خاصة إذا كان العمل وعلاقته يشغل مكانة كبيرة في حياة المسن³.

¹ نفس المرجع، ص ص 141 - 142

² سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص ص 188-189

³ نفس المرجع، ص 190

لقد تباينت آراء الباحثين حول هذه النظرية إلى فريقين:

- فريق يؤيد فكرة أن فقدان الفرد للعمل وتغير أدواره بعد أحالته للتقاعد يؤثر في نظرته لنفسه وفي علاقاته مع محيطه ومجتمعه، وهذا ما أكدته نتائج دراسات كل من جولدن تشين 1962 " Goldstein " وبارسونز " Parsons " وشوك " Shock " .

- فريق لا يوافق تماما على اعتبار العمل هو العامل الأهم والأساسي في عدم رضا المسن عن حياته إذ يتوقف تأثر المتقاعد على عدة عوامل أهمها المستوى الاقتصادي والاجتماعي وأهمية العمل بالنسبة للفرد وحالته الصحية¹.

- نظرية الإستمرارية:

تؤكد هذه النظرية على أهمية الإستقرار النسبي للأدوار التي اعتاد عليها الفرد في السابق لذا تفرض هذه النظرية بأن المسن يحاول ما أمكن التكيف مع وضعه الجديد ألا وهو مرحلة التقاعد من خلال اعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل دخوله مرحلة التقاعد عوضا عن ممارسة أدوار جديدة، وترتكز هذه الفرضية على النتائج التي يشير إلى أنه يتمسك كبار السن بأنماط حياتهم التي ألفوها واعتادوا عليها، بل ويحاول الكثير منهم جعل حياتهم من خلال مرحلة العمر مشابهة لحياتهم في مرحلة وسط العمر².

ويرى أنصار هذا الاتجاه أن الفرد يكون واعيا بدوره الجديد حين يتقاعد عن العمل، فهو يعلم أن التقاعد أمر حتمي وهو يدفع أو يساهم لأجل ذلك بمبالغ مالية من دخله أثناء مرحلة نشاطه، كما أنه يعايش بعض الأصدقاء والأقارب والجيران الذين تقاعدوا من قبله، ويفترض أنصار هذا الاتجاه أيضا أن التغيرات السلوكية الناتجة عن الأشخاص المتقاعدين عادة ما تتم قبل أن يترك الفرد عمله، وذلك منافي لمن يتحدثون عن غموض وضع المسن المتقاعد³.

تتشارك نظرية الاستمرارية نظرية النشاط ونظرية الإنسحاب في التأكيد على التقليل التدريجي للأنشطة ككل من استمرارية بعض الأنشطة المحددة في فترة التقاعد.

¹ عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 37

² سماح سالم وآخرون : مرجع سابق، ص 137

³ سالمة عبد الله حمد الشاعري : مرجع سابق، ص 193

- نظرية الدفاع:

تهدف هذه النظرية لتفسير أوضاع المسنين الذين لديهم احتياجات العمل على تجهيزهم للدفاع عنها، حيث يطالب المسنين بتقديم أدوار مقارنة لأدوار الشباب ونتيجة عجزهم على ذلك، فهم يدافعون عن أنفسهم بمهاجمة سلوكيات الشباب ونقد أفكارهم وتصرفاتهم كوسيلة دفاعية عن امكانياتهم وقدراتهم الضعيفة.

ويمكن للمسنين ممارسة هذا الدور الدفاعي من خلال:

- تحديد متطلباتهم الأساسية ومن ثم تحديد الجهات التي تعرقل تجسيد تلك الاحتياجات.
- الحذر من المقاومة والمخاطر المتوقعة التي يمكن أن تواجه جهودهم لمواجهة المشكلات التي تعترضهم.
- الإتصال بالإعلام والإستفادة من خبراته في مواجهة المشكلات المتوقعة.
- انتقاء القيادات التي ستدافع عن مصالحهم بدقة سواء كانوا من المسنين أو المؤسسات الحكومية أو الأهلية¹.

وختاماً بينت النظريات الاجتماعية والنفسية في أولى نظرياتها وهي الانسحاب إلى أن المتقاعدين يميلون إلى العزلة والوحدة والانسحاب من السياق الاجتماعي، أما نظرية النشاط فتوصلت في نتائجها الإيجابية لإستمرار كبير السن في الارتباط بالمجتمع من خلال القيام بأدوار بديلة تعوض تلك التي انتقدها نتيجة التقاعد مما يؤدي إلى التكيف الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية وارتفاع الروح المعنوية، وفي هذا تستند النظرية التبادلية إلى مبدأ الأخذ والعطاء وتفسير مكانة كبار السن في المجتمع تفسيراً جزئياً لأنه يفتقر إلى القيمة التبادلية باعتبارهم لا يملكون ما يقدمونه مقابل الاحترام والاهتمام والرعاية، سوى ادعاء التبادلية من الذين قاموا برعايتهم والاهتمام بهم في الصغر عند العجز والحاجة، كما ترى نظرية الاستمرارية أن التطور التكنولوجي والتقني وكثرة الشباب أدى إلى قلة إيجاد فرص عمل تتناسب والامكانيات والقدرات الفكرية والجسدية للمسنين.

¹ محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 57

المبحث الثاني: مقارنة سوسيو- إحصائية عن الوضعية الديموغرافية للمسنين في العالم وفي الجزائر.

لقد ساعدت التقنيات الحديثة للديموغرافيا التاريخية في تقدير سكان المعمورة في مختلف المراحل الزمنية، وفي متابعة النمو الديموغرافي مع بداية القرن العشرين، خاصة بعد تضاعف عدد السكان الناتج عن التغير في معدلات السكان، حيث عرفت معدلات الخصوبة والوفيات انخفاضا كبيرا بعد أن كانت مرتفعة جدا بسبب الثورة الصناعية وما خلفته من تغيير جذري في الميدان الصحي والاجتماعي والاقتصادي كارتفاع المستوى المعيشي والقضاء على المجاعات والعلل والأمراض نتيجة التنمية الاقتصادية والاجتماعية مما أفرز الشيخ السكاني أو شيخوخة السكان، والتي أصبحت حالة ديموغرافية واجتماعية مطروحة في عالمنا اليوم لأنها باتت تزحف لتطول بعض الدول النامية نتيجة تغير التركيبة السكانية والاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية، فما هي مراحل هذا التغير؟ وماهي نتائجه؟

المطلب الأول: شيخوخة السكان.... واقع ديموغرافي.

1- الانتقال الديموغرافي والوبائي وحتمية الشيخ :

يسمى الانتقال الديموغرافي أيضا بالتحول الديموغرافي ويعني التحول التاريخي في معدلات الولادات والوفيات من مستويات عالية إلى مستويات منخفضة، ويسبق انخفاض الولادات انخفاض الوفيات مما ينجر عنه نمو ديموغرافي سريع يسمى " نمو انتقاليا " ويعد أدولف لاندرى 1909 " Adolf landry"، أول من حاول وصف المراحل الانتقالية للسكان حيث قام بتقسيمها إلى ثلاث مراحل مستندا في ذلك على عوامل الانتاج وآثار العوامل الاقتصادية على السكان¹.

وفي عام 1929 وضع " وارن تومبسون " " Warren thompson " التجربة الديموغرافية الأوروبية في إطار نظري، وقسم دول العالم حسب معدلات الولادات والوفيات إلى ثلاث مجموعات حيث ضمنت المجموعة الأولى كل الدول التي مرت بمرحلة انخفاض في معدلات نموها حتى وصلت إلى معدلات منخفضة جدا، في حين تتكون المجموعة الثانية من الدول التي

¹ علي فوزي عبد المقصود وآخرون : التربية السكانية، (مفهومها، مشكلاتها، سياستها)، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2014،

بدأ فيها انخفاض معدلات المواليد والوفيات، إلا أن انخفاض معدلات المواليد أبطأ بكثير من انخفاض معدلات الوفيات، أما المجموعة الثالثة فاحتوت على الدول التي تميزت بارتفاع كل من معدلات المواليد والوفيات¹.

وفي سنة 1945 أعطى فرانك نوتستين " Frank notestein " بناء على تقسيم - تومبسون - تسمية لكل مجموعة تعكس مضمونها وخصوصياتها، فأطلق على المجموعة الأولى " التناقص " والمجموعة الثانية " النمو التحولي "، أما المجموعة الثالثة فقد أطلق عليها اسم " النمو المتوقع "، وأعطى اسم " نظرية التحول الديموغرافي " على المراحل الثلاث التي يمر بها السكان أثناء تغير نمط معدلات المواليد والوفيات من مستويات مرتفعة إلى مستويات منخفضة أي الانتقال من مرحلة النمو المتوقع إلى مرحلة التناقص مروراً بمرحلة النمو الانتقالي².

و يفترض الديمغرافيون أن التحول الديمغرافي مر عبر ثلاث مراحل أساسية هي:

المرحلة الأولى: وتسمى بمرحلة ما قبل التحول أو النظام التقليدي والتي عرفها المجتمع ما قبل الصناعي، وتتميز هذه المرحلة بارتفاع معدلات المواليد والوفيات (حيث كانت تتراوح هذه الأخيرة بين 40 و 50 بالآلاف) نتج عن توازنهما نمو سكاني ضعيف أو منعدم أحيانا³.

ويرجع ارتفاع المواليد في هذه المرحلة إلى غياب التخطيط العائلي والرغبة في تعويض الوفيات خاصة وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة التي عرفة ارتفاعاً كبيراً هذا بالإضافة لاعتبار الأطفال مصدر رزق إضافي للأسرة، وهي شكل من أشكال التأمين في مرحلة الكبر والشيخوخة وما يصاحبها من عجز ومرض يقتضي الرعاية والتكفل والاهتمام بهذه الشريحة.

أما ارتفاع الوفيات فيفسر بالانتشار الكبير للأمراض المعدية كالطاعون والحروب والمجاعات وانتشار الفقر وانعدام النظافة والصرف الصحي والمياه الصالحة للإستهلاك مما أدى إلى ظهور الأمراض في شكل أوبئة كالتيفويد والكوليرا والإسهالات والتي ساهمت بشكل كبير جداً في ارتفاع معدلات الوفيات إذ « ترتبط العديد من الأوبئة مثل الحصبة، الجذري والكوليرا والدفتيريا،

¹ زينب خضر: مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، مجلس السكان الدولي، مصر، 2010، ص 07

² نفس المرجع، ص 07

³ علي لبيب : مرجع سابق، ص ص 110 - 111

الإسهالات المعوية والسل والطاعون، والتي كانت تحصد أرواح الملايين من الناس خاصة الاطفال منهم»¹

و في الصين حدثت مجاعة في فترة الأزمنة الإقتصادية العالمية 1923 - 1930 أودت بحياة قرابة أربعة ملايين صيني، وقبلها بالضبط بين عامي 1920 - 1930 حصدت مجاعة زهاء نصف مليون صيني، وعرفت الهند نفس المصير، حيث قضت مجاعة 1769 - 1770 على عشرات الملايين كما قدر عدد المجاعات بين عامي 1769 و1878 ب 31 مجاعة².

المرحلة الثانية: وتدعى بمرحلة التحول وارتبطت بالتصنيع في قارة اوروبا، وبدأت في القرن 19، وكان من تأثيرها انخفاض نسب الوفيات التي كانت مصاحبة لنسب مواليد عالية حيث انتشرت على نطاق واسع في أوربا مما أدى إلى زيادة السكان بسرعة كبيرة³.

ويرجع ارتفاع السكان في هذه المرحلة إلى انخفاض من مستويات أو معدلات الوفيات بسبب التحسن في المستوى المعيشي والتغذية وانتشار المساكن الصحية المزودة بالمياه والصرف الصحي وبالتالي توفر النظافة. كما ساهم تطور المجال الصحي في القضاء على الكثير من الأمراض التي كانت تؤدي بحياة الأفراد - خاصة الاطفال - من خلال استعمال التلقيحات والأمصال وخاصة انتشار الثقافة الصحية والمعرفة بمسببات الأمراض وطرق العلاج والوقاية منها.

المرحلة الثالثة: وتدعى بمرحلة ما بعد التحول، وفيها يزداد انخفاض معدلات الخصوبة والوفيات بينما يزداد أو يرتفع معدل الأمل في الحياة كما يتقدم في السن فئة شباب المرحلة السابقة فتزداد فئة المسنين أو ما يعرف " بتشيخ السكان"⁴.

و يمكن أن نفسر انخفاض المواليد في هذه المرحلة بعدة عوامل أهمها قناعة أو وعي الأولياء في المناطق الريفية بعدم ضرورة انجاب العدد الكبير من الأطفال لضمان شيخوخة مريحة وللمساعدة في خدمة الأرض لأن ارتفاع استعمال الآلات الزراعية والصناعية قلل من الحاجة إلى اليد العاملة في الريف، هذا بالإضافة إلى كلفة إعالة الأبناء في العائلة النووية في ظل المعيشة

¹ عبد الله الطرزي : مبادئ في علم السكان، دار الفرقان، عمان، ط2، 1991، ص 155

² نفس المرجع، ص 156

³ يسرى الجوهري : المضمون البشري في الجغرافيا، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2001، ص 105

⁴ مكتب العمل الدولي : العمالة والحماية الاجتماعية في السياق الديموغرافي الجديد، التقرير 4، جونيف، 2012 - 2013، ص 3

الحضرية التي تفرض قوانين اجبارية التعليم للأطفال وأخرى تمنع تشغيل وتوظيف الأطفال دون السن القانونية للعمل دون أن ننسى تحسن وتطور الوضع الاجتماعي للمرأة كالتعليم والعمل والانتشار الواسع لأساليب تنظيم الأسرة وكيفية استعمالها.

- التحول الوبائي:

هناك الكثير من الإجهادات التي حاول من خلالها الديموغرافيين تفسير المسار التاريخي للتحول الديموغرافي بمتغيري الخصوبة والوفيات المرتبطين بالتحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية حيث أدت هذه التغيرات إلى تغير الوضعية الوبائية للسكان نتيجة تراجع الأمراض المعدية وارتفاع أمل الحياة عند الولادة وكثرة الوفيات في الأعمار المتقدمة ويعتبر الباحث المصري " عبد الرحمان عمران " أول من قام بتفسير التغير السكاني في مقاربة وبائية سنة 1972 تضمنت المراحل التالية:

- مرحلة الأوبئة والمجاعات:

وتتميز هذه المرحلة بارتفاع معدلات الوفاة نتيجة انتشار المجاعات والأوبئة حيث كانت أمراض الرئة والسل والإسهال والجدري، المسببات الرئيسية للوفيات خاصة بين فئة الرضع والنساء، وأدى تذبذب هذه المعدلات حول مستويات مرتفعة إلى انخفاض احتمال لبقاء على قيد الحياة وبالتالي انخفاض توقع الحياة عند الميلاد ليتراوح بين 20 - 40 سنة.

- مرحلة إنحسار الأوبئة:

تميزت هذه المرحلة بانخفاض معدلات الوفاة نتيجة تطور المرافق الصحية وارتفاع مستويات المعيشة، وكلما كان انحسار الأوبئة والكوارث الطبيعية سريعا كان انخفاض الوفيات عاجلا، كما عرفت هذه المرحلة ارتفاع احتمالات البقاء على قيد الحياة أين كانت تتراوح بين 30 و50 سنة، مع ارتفاع في معدلات النمو السكاني¹.

- مرحلة الأمراض التناكسية من صنع الإنسان:

وهي مرحلة استمرار تناقص معدلات الوفيات لتثبت عند معدلات منخفضة نسبيا. وتحل الأمراض التناكسية من صنع الإنسان (كأمراض السرطان والحوادث الشريانية الدماغية وأمراض

¹ زينب خضر : مرجع سابق، ص 14

القلب) محل الأمراض المعدية وتصبح السبب الرئيسي لوفاة السكان خاصة في الفئات العمرية المتقدمة ككبار السن أو المسنين، مما يؤدي إلى ارتفاع توقع الحياة ليزيد عن 50 سنة ويكون الإنجاب في هذه المرحلة هو المحدد الرئيسي لمعدلات نمو السكان¹.

وفي عام 1986 قام " أولشنسكي " " Olshansky " و " أولت " " Ault " باقتراح مرحلة رابعة من نموذج الانتقال الوبائي وكان هذا بناء على دراستهما لبيانات الوفاة والإصابة بالأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية واستخلاصهما أن الإرتفاع غير متقاطع في أمل الحياة في الولايات المتحدة الأمريكية علي ما أقر به " عبد الرحمان عمران " وأطلقا على هذه المرحلة بمرحلة " الأمراض التناكسية المتأخرة " وتتمثل أهم مواصفات هذه المرحلة في تطابق أسباب الوفاة مع أسباب المرحلة الثالثة من التحول الوبائي - تقسيم العمران - بمعنى اقتصارها على الأمراض التناكسية من صنع الإنسان، إلا أن التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التناكسية قد ارتفع وانتقل تدريجيا في اتجاه كبار السن².

وقام كل من " جاك فلان " و " فرانس مسلي " (Vallin Jacques et Meslé France) في سنة 2000 بدراسة أسباب تغيرات أعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من سنة 1925، وذلك بغرض تقدير التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة وتوصلا إلى وجود مرحلتين فقط كانت المرحلة الأولى مشابهة للمرحلة الأولى للنموذج المسطر من طرف " عبد الرحمان عمران " والتي شهدت تطورات في الحياة نتيجة تراجع الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المزمنة وتؤدي نهاية هذه المرحلة مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والشرابين مما يؤدي إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية، ولقد أطلق عليها الباحثين تسمية ثورة القلب والأوعية الدموية La révolution cardiovasculaire³.

¹ نفس المرجع، ص 15

² Vallin et Meslé F: << transition sanitaire : tendances et perspectives >> Médecine, Vol 16 n° 11, 1986, pp 1161 - 1171

³ Robine J.M : << Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie >> population, T (1-2), 2001, pp199-222.

ولقد قام باحث آخر وهو "جون ماري روبن" "Jean Marie Robine" في سنة 2001 بإعطاء نظرة جديدة لعدد وتوقيت مراحل الانتقال أو التحول الوبائي بعد أن قام بدراسة تطور أمل الحياة في فرنسا وتوصل إلى وجود ثلاث مراحل هي كالاتي:

المرحلة الأولى: وهي مرحلة الطواعين والأوبئة والتي انتهت بين القرنين 18 و19.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة تراجع الأوبئة، وتميزت هذه المرحلة بانخفاض معدلات الوفيات خاصة وفيات الأطفال والأمهات، وبتقلص شديد في تشتت أمل الحياة، انتهت هذه المرحلة في حوالي 1950 لكن في البلدان المتقدمة كدول أوروبا وأمريكا الشمالية واليابان.

المرحلة الثالثة: وتمثل هذه المرحلة خلاصة تجمع نتائج باحثين سبقوه، حيث جمع فيها الباحث عن الأمراض التناكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان (التي جاء بها عمران) مع عمر انحصار الأمراض التناكسية لأولشانسكي أولت مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة ثالثة وأسماها مرحلة " غزو مدى الحياة " (L'âge de la conquête de l'entendue de la vie

لقد أشار كل من أولشانسكي وأولت إلى النقاش الدائر في الأوساط العلمية وبين المهتمين بالرعاية الصحية حول طبيعة وأهمية سنوات الحياة المضافة لكبار السن نتيجة احتمال بقائهم على قيد الحياة متسائلين، هل هذه السنوات سوف تتصف بالصحة أم بالعجز ؟

ولقد انقسم العلماء إلى ثلاث فرق حيث ذهب الفريق الأول إلى الرأي القائل أن انخفاض الوفيات وتحسن الأساليب الطبية العلاجية والوقائية من شأنه أن يؤدي إلى الوفاة والإصابة بالمرض في فترة قصيرة في آخر سنوات العمر، في حين يعتقد فريق آخر بأن انخفاض الوفيات وتحسن الأساليب الطبية العلاجية والوقائية سوف تؤدي إلى زيادة احتمال بقاء الأفراد على قيد الحياة لكن في حالة من الضعف والعجز، أما الفريق الثالث فيقر بأن الحالتين السابقتين سوف تتحققان بمعنى أنه ستزداد نسب الأفراد الذين سيعانون من الأمراض في فترات قصيرة قبل الوفاة، وأيضاً سيزداد نسب من سيعانون من الأمراض في فترات طويلة قبل الوفاة¹.

¹ زينب خضر: مرجع سابق، ص 16

ولم يحسم الأمر رغم أهميته وأثره على واضعي السياسات الصحية المستقبلية هذا بالإضافة لمصير هؤلاء المسنين المعمرين وهم في حالة ضعف ووهن في ظل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يعرفها المجتمع الحديث.

إذا " يحدث في فترة ما قبل التحول ارتفاع في الوفيات نتيجة الأمراض المعدية والطفيلية بين كل الفئات العمرية إلا أنها تتمركز أكثر بين صغار السن، ولقد أدت التحسينات في المرافق الصحية ومرافق الصرف الصحي والعلاج الطبي إلى تحسن فرص البقاء خاصة بين الأطفال وبالتالي انخفاض مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية، نتج عنه ارتفاع نسبة الأفراد الذين يعيشون حتى البلوغ بل وحتى التقدم في العمر، غير أنهم عرضة بشكل متزايد لعوامل الخطر المرتبطة بالأمراض المزمنة، ومع مرور الوقت أصبحت الأمراض المزمنة والتناكسية هي الأسباب الأولى للمرض والوفاة، وأغلب الوفيات تحدث الآن في الأعمار المتقدمة خاصة في البلدان المتقدمة التي أكملت هذا التحول، عكس البلدان النامية حيث بدأ هذا التحول متأخرا مقارنة بالدول المتقدمة ولكنه كان سريعا « خاصة في النصف الثاني من القرن العشرين لكن بفوارق حسب الأقاليم ففي افريقيا كانت نسبة 70% من الوفيات ترجع للأمراض السارية وأمراض الأمومة وما حول الولادة في 2005 بينما 23% من يرجع فقط سببها إلى الأمراض المزمنة »¹.

وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أن هذه المنطقة لا تزال في مرحلة مبكرة من التحول الوبائي.

2- العوامل المؤثرة في تشيخ السكان:

يختلف التركيب العمري للسكان بين البلدان ويتغير عبر الزمن مسببا مختلف أنواع العقبات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ففي الخمسينيات والستينيات انصب اهتمام الباحثين على النمو السريع للسكان في الفئة العمرية الأولى في البلدان النامية، إذ كان نمو الأطفال أسرع من نمو الكهول والذين كانوا هم المسؤولين على معيشتهم وتنشئتهم وتظل هذه المشكلة قائمة في البلدان

¹ الأمم المتحدة: التنمية في عالم يشيخ، دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية 2007، نيويورك، 2007، ص 129

ذات الخصوبة العالية في حين انصب الإهتمام في السنوات الأخيرة على دراسة تعمير السكان في بلدان عديدة بسبب ما تخلفه الشيخوخة من نتائج اقتصادية واجتماعية هامة¹.

وتحدث عملية الشيخوخة عندما تتغير التركيبة العمرية للسكان خاصة عند ارتفاع نسبة المسنين وانخفاض نسبة فئة الشباب وسيشكل موضوع الشيخوخة محور اهتمام الديمغرافيين مستقبلا باعتباره من بين مخلفات الانتقال الديموغرافي، إضافة للتوسع المذهل والواسع للشيخوخة حيث عرفت بعض البلدان حديثة التصنيع مشكلة شيخ المجتمع وسيشهد العالم النامي نفس المصير لا محالة.²

إن الاعتقاد القائل بأن المرحلة الأولى من الانتقال الديموغرافي هي سبب الشيخوخة هو اعتقاد خاطئ حسب "جيرهد فرانسوا دومون" (Gerard Francois Dumon) بل العكس أدت هذه المرحلة إلى تجديد السكان أو إعادة انتاج السكان الشباب (rajeunissement de la population) بسبب تناقص أو تراجع وفيات الاطفال في الفئة العمرية (0-15) سنة، كما نتج عن تناقص معدلات وفيات الأمهات والشباب ارتفاع في أمل البقاء على قيد الحياة في جميع الفئات العمرية نتيجة الثورة الباستورية (la révolution pasteurienne) والتي كان تأثيرها فعالا وقويا في الفئات العمرية الفتية مقارنة بالفئات العمرية المتقدمة أو الكبيرة والمقصود بها المسنين.³

إذاً تؤدي عملية التحول من وفيات وخصوبة عاليتين إلى مستوى منخفض لكليهما إلى تغيرات كبيرة في التركيب العمري للسكان، إذ تشهد الوفيات العالية في البداية انخفاضا شديدا ويظهر أثرها مباشرة في زيادة أعداد الاطفال في السكان وتبعاً لذلك تؤدي المرحلة الأولى من التحول الديمغرافي على توزيع عمري فتي، بعد ذلك وحين تتخفف الخصوبة، يبدأ معدل الزيادة في عدد الأطفال بالانخفاض، لهذا السبب يؤدي الانخفاض المتواصل للخصوبة إلى قلة عدد الأطفال نسبيا في

¹ يونس حمادي علي : مرجع سابق، ص 279

² Gerard Francois Dumon : le monde et les hommes ، les grandes évolution démographique ، Litec ، France ، 1955، p 106

³ I Bid ، p 109

السكان ويفضي إلى تعمير السكان. إن عملية تعمير السكان الناجمة عن انخفاض الخصوبة تزداد بسرعة بسبب انخفاض معدل الوفيات¹.

لذا يمكن أن نلاحظ أن كان العالم في طريقهم نحو التعمير بسبب التغيرات في الخصوبة والوفيات التي حدثت في القرن العشرين وتلك المتوقعة في المستقبل والتساؤل المطروح هنا، هل هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي إلى شيخوخة السكان؟

إن تأمل تطور المسار الديموغرافي يجعلنا نميز بين نوعين من الشيخوخة شيخوخة من أسفل الهرم (Viellissement par le bas) والناجمة عن انخفاض الخصوبة والولادات والشيخوخة من أعلى أو قمة الهرم (Viellissement par le haut de pyramide) والناجمة عن انخفاض معدلات الوفيات في الفئة العمرية المتطورة أو الكبيرة (كبار السن)².

وتجدر الإشارة أن الشيخوخة هي نتيجة مجموعة من العوامل الأخرى يمكن أن نتطرق إلى ثلاثة منها نظرا لتأثيراتها الكبيرة في إحداث الشيخوخة وهي:

- الأوبئة: هناك بعض الأوبئة - كمرض السيدا حاليا - يمكن أن تعمق أو تزيد من حدة الشيخوخة في بعض المجتمعات خاصة إذا كانت هذه الأوبئة تستهدف فئات عمرية معينة حيث أن هذا الوباء - السيدا - يمس خاصة فئة الشباب والمراهقين والاطفال الرضع الذي عادة ما تنتقل إليهم العدوى عن طريق أمهاتهم، إضافة إلى أوبئة أخرى " كالكوليرا " والذي يحصد ضحايا في مختلف الفئات العمرية³.

» ففي إفريقيا جنوب الصحراء بوجه خاص كان التأثير شديدا بالإيدز والعدوى بفيروسه مع وجود ما يقدر بنحو 24.7 مليون فرد إيجابي لفيروس الإيدز في عام 2006، وإن كان الوباء قد تباطأ في عدة بلدان (...). وتشير البيانات المتاحة إلى أنه مات أكثر من 25 مليون شخص في العالم بسبب الإيدز في عام 2006 وكان هناك 39.5 مليون شخص آخرون ستعايشون مع الفيروس⁴.

¹ يونس حمادى علي : مرجع سابق، ص 279

² Gerard Francois Dumon : opcit, p 112

³ I Bid, P 113

⁴ الأمم المتحدة : التنمية في عالم يشيخ، مرجع سابق، ص 129

- **الحروب:** لكن بالمعنى الكلاسيكي أي الحروب في المعسكرات، وتكون هذه الأخيرة من رجال وشباب مهمتهم المحاربة والدفاع وتنتج هذه الحروب شيخوخة مضاعفة، إذ يمكن أن ترتفع نسبة الوفيات بسبب وفاة المحاربين (أو العساكر) في الحرب أو بسبب الأوبئة التي قد تغزوا تلك المعسكرات هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد تنجم الشيخوخة نتيجة انخفاض من معدلات الولادات والخصوبة بسبب الانفصال الطويل لهؤلاء المحاربين الشباب عن أسرهم وذويهم وتتجلى هذه الشيخوخة المزدوجة بوضوح في البلدان الأوروبية إبان الحرب العالمية الأولى (1914 - 1918)¹، فعلى الرغم من أن الحروب تدمر السكان بكافة فئاته (الطفولة - الشباب - الشيخوخة)، إلا أن عادة ما تستهدف الشباب باعتبارهم القوى الفاتلة التي لها الإمكانيات الجسدية والعقلية التي تخولها للقتال في ساحات الحرب والمعارك وخير مثال على ذلك هو فقدان العراق في حربه الأولى (العراقية الأردنية) ما يقارب (800.000) ضحية بين قتيل ومفقود وهم من الشباب حسب احصائيات الأمم المتحدة²

وهناك عاملا ثالثا لا يقل أهمية عن العوامل السالفة الذكر وهو:

- الهجرة: تؤدي الهجرة أحيانا إلى تجديد أو تشييب السكان أو تساهم في شيخوختهم إذ يتوقف هذا الوضع على الفئة المهاجرة، فهجرة الشباب من الريف إلى المدينة بحثا عن العمل أو الهجرة من البلدان النامية نحو البلدان المتقدمة أو هجرة الكفاءات والأدمغة نحو كندا أو فرنسا من شأنه أن يساهم في استعادة المنطقة المقصودة حيويتها وتشيب سكانها.³

وتجدر الإشارة أن شيخوخة السكان ستخلق مشاكل اقتصادية واجتماعية وصحية كبيرة ومتنوعة يجب أن تكون الدول جاهزة لمجابهتها.

3- المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية لتعمير السكان:

يتقدم الناس في جميع أنحاء العالم في السن، نظرا لولادة عدد أقل من الاطفال ولأن الناس يعمرن بصورة متزايدة رغم أن عدد كبار السن من النساء والرجال هم أقل بكثير من عدد الشباب، إلا أنهم يتزايدون بمعدلات سريعة « إذ بلغت نسبة كبار السن من مجموع السكان في العالم نسبة

¹ Gerard Francois Dumon : opcit pp 113 – 114

² فراس عباس فاضل البياتي : مرجع سابق، ص156

³ Gerard Francois Dumon : opcit p 114

5% وزادت النسبة إلى أكثر من 7% بقليل في سنة 2005، ومن المتوقع أن تبلغ نسبة 16% في عام 2050¹، والتساؤل المطروح في هذا الموضوع ماهي مظاهر تعمير السكان ؟

- المكانة الاجتماعية والاقتصادية:

يعتبر الفقر أكبر تهديد للحياة الكريمة بالنسبة لكثير من المسنين خاصة في البلدان المتخلفة عكس البلدان المتقدمة التي تعرف تحسنا في المكانة الاقتصادية للأفراد الكبار في السن شأنها شأن بعض البلدان النامية ذات العطاء الكامل لبرنامج الضمان الاجتماعي بسبب تطور برامج التقاعد².

و تظل النساء المسنات أكثر احتمالا من الرجال بأن تعانين من الفقر لأنهن تعمرن أكثر إذ تبين الإحصائيات أن النساء أطول عمرا من الرجال بفرق ما بين 3 إلى 5 سنوات في المتوسط وهذا الوضع ليس في صالح النساء المسنات لأنه من المرجح أن تترملن وبالتالي تعشن لوحدهن دون دعم اقتصادي، خاصة وأن المرأة غالبا ما تعمل في الأنشطة غير الرسمية والتي لا توفر الضمان الاجتماعي ولا المعاشات التقاعدية كما أن دخولهن ضعيفة ومنخفضة أثناء حياتهن العملية مقارنة بمدخيل المسنين الرجال نتيجة انخفاض مستواهن التعليمي والعملي، علاوة على فقدانهن لدورهن الأساسي كزوجات وربات بيت مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الكآبة بينهن (المسنات)³ إضافة لهذه الظروف نجد العادات والتقاليد كقوانين الإرث التي تنصف الرجال على حساب النساء مما يجعل المرأة أكثر عرضة للفقر في الشيخوخة مقارنة بالمسنين الرجال.

- الاعتلال والعجز:

قامت منظمة الصحة العالمية بإثارة موضوع الاهتمام بنوعية الحياة لدى المسنين « وأكدت المنظمة على أن زيادة طول العمر المتوقع دون زيادة نوعية الحياة إنما هي جائزة عديمة الفائدة، وأن الصحة المتوقعة أهم من العمر المتوقع »⁴، إذ لا تعني الحياة المتوقعة الأطول بالنسبة

¹ يونس حمادى علي : مرجع سابق، ص 288

² نفس المرجع، ص 290

³ عبير عباس : في علم اجتماع الشيخوخة، أنماط التفاعل وأوجه الحياة للجماعات العمرية المتقدمة، العربية للنشر والتوزيع، مصر

ط1، 2014، ص 217

⁴ يونس حمادى علي : مرجع سابق، ص 292

للمسنين أنهم يتمتعون بصحة أفضل وهذا ما توصلت إليه شركة العمر المتوقع في صحة جيدة عن طريق جمع بيانات هامة عن مجموعة من البلدان لتقدير الصحة المتوقعة أن يحياها الفرد دون الإصابة بمرض موهن أو عجز يحول دون ممارسته لأنشطة الحياة اليومية، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن النساء المسنات تقضي سنوات وهي تعاني فيها من العجز أكثر من الرجال المسنين كما أنها عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة والمعقدة المؤدية للعجز عن الحركة مثل التهاب المفاصل ولس البول، هذا ما يؤدي بهذه المسنات إلى العزلة عن المجتمع وإقامة علاقات اجتماعية¹.

و إذا تتبعنا دورة الحياة نجد أن هذه الوضعية الصحية للنساء تنتشر خاصة في البلدان التي تعاني من التمييز بين الجنسين وتمتد جذورها إلى التمييز الذي قد عانت منه المرأة في فترات حياتها السابقة حيث لم تكن تتمكن من الوصول إلى الخدمات الصحية أو التغذية الجيدة أو التعليم عكس الرجال.

- الحالة الزوجية:

يتزوج الرجال والنساء في أغلب المجتمعات ويعيشون مع شريك حياتهم خلال مرحلة الرشد غير أن هذا الوضع يختلف مع تقدم العمر إذ تتباين نسبة المتزوجين بين المسنين والمسنات « وهذا ما أظهرته نتائج دراسة حديثة للأمم المتحدة شملت 163 بلد حيث بلغت نسبة المسنين الرجال المتزوجين 79% مقابل 43% فقط من النساء المسنات المتزوجات »².

ونفس النتائج أشارت إليها وزارة التضامن الوطني في تقرير أعدته حول " المسنين في الجزائر بالأرقام " بناء على نتائج الإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 2008 أين قدر عدد المسنين المتزوجين بالجزائر ب 93.81% مقابل 51.33% فقط من المسنات المتزوجات، بينما ترتفع نسبة الترميل بين النساء المسنات لتقدر ب 45.09% أرملة مقابل 4.86% مسن أرملة³، ويرجع هذا الاختلاف أو التباين إلى ارتفاع نسبة الوفيات بين المسنين من جهة (النساء تعمرن أكثر من

¹ نفس المرجع: ص ص 292 - 293

² نفس المرجع : ص 293

³ Ministère de la solidarité national : les personne âgées en Algerie par les chiffres ،Alger ،Avril ،

الرجال كما سبق الإشارة إليه) ومن جهة أخرى أن النساء الأرامل لا تتزوجن من جديد لعدة اعتبارات خاصة منها التقليدية والمتعلقة بالعادات والتقاليد عكس المسنين الرجال الذين غالبا ما يعيدون الزواج بعد الترميل وبنساء ربما يصغرهن سنا كثيرا « ويكون الترميل بالنسبة للنساء المسنات أكثر انتشارا في شمال افريقيا ووسط آسيا ويرجع ذلك إلى ميل الفتاة نحو الزواج من شاب أكبر منها سنا إضافة لأن الزواج من جديد بعد الطلاق أو الترميل هو أقل شيوعا في هذه المناطق مقارنة بمناطق أخرى نتيجة العادات والتقاليد التي تحكم وتنظم العلاقات الاجتماعية في هذه المجتمعات»¹

- ترتيبات المعيشة:

على الرغم من أن زيادة الحياة المتوقعة للزوجين تؤدي إلى احتمال أكبر لظهور عائلات تضم عدة أجيال إلا أن نسبة كبار السن المقيمين بمفردهم عرفت ارتفاعا سريعا في البلدان المتقدمة منذ الستينيات وتحدث التطورات نفسها في البلدان النامية الآن ولو على نطاق أضيق².

في العالم النامي يعيش أغلبية كبار السن في الأسر المعيشية المتعددة الأجيال معظمهم مع أبنائهم وأحفادهم، ولا يعيش سوى 13% من كبار السن مع الأزواج، وتسكن نسبة قليلة جدا منفردة تقدر ب 7% فقط وعلى النقيض من ذلك نجد في العالم المتقدم أكبر نسبة من كبار السن تعيش مع زوج في أسرة معيشية من جيل واحد وتقدر نسبتها ب 43% في حين تعيش نسبة 25% أخرى بمفردها والأرجح أن يعيش كبار السن في البلدان المتقدمة في إقامات غير أسرية أي بمراكز الرعاية المؤسسية³، مما يؤثر على رعاية ورفاه كبار السن بسبب تفكك العائلة الممتدة وانتشار الأسرة النووية التي تضم الوالدين والأبناء غير المتزوجين نتيجة تضافر عدة عوامل ديموغرافية كانهض الوفيات والولادات وأخرى غير ديموغرافية كضعف الروابط والالتزامات العائلية والقبلية التقليدية والتفكك العائلي نتيجة التحضر والتصنيع وارتفاع مشاركة المرأة في سوق العمل وتوفير نظام الضمان الاجتماعي.

¹ الأمم المتحدة: المرأة في العالم 2000، نيويورك، 2002، ص 137 .

² نفس المرجع، ص 288

³ الأمم المتحدة: التنمية في عالم يشيخ، مرجع سابق، ص 35

المطلب الثاني: شيخوخة السكان وواقع المسنين في العالم.

لم يبدأ الاهتمام الديموغرافي بفئة المسنين ومسائلهم إلا في العقود الأخيرة الماضية وهذا راجع للتغيرات الواضحة في بنية التركيب السكاني للعالم بسبب الارتفاع الملموس في المستوى الصحي والاجتماعي وتطور الخدمات الصحية إضافة للتحسن في المستوى المعيشي للأفراد بشكل عام والذي انعكس على معدل الأعمار وارتفاع أعداد الذين يعيشون إلى مراحل متقدمة من العمر ولهذا الغرض سنقوم بعرض حجم ونمو سكان العالم عبر مراحل تاريخية تمتد من 10.00 قبل الميلاد إلى 2005 حسب ما تبينه معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 1: تقديرات نمو سكان العالم عبر المراحل التاريخية.

السنوات	السكان (الملايين)	متوسط معدل الزيادة السنوية (%)
10.00 ق.م	5	-
1 ميلادية	250	0.01
1650	545	0.04
1750	728	0.29
1850	1.171	0.47
1950	2.519	0.77
2000	6.057	1.77
2005	6.465	1.31

المصدر: يونس حمادي علي: مبادئ علم الديموغرافيا، ط1، دار وائل، عمان، 2010، ص112.

لقد مر نمو السكان في العالم بثلاث مراحل تطويرية، تمثلت المرحلة الأولى في بداية وجود الإنسان على الكرة الأرضية إلى غاية منتصف القرن 17، حيث عرف عدد أو حجم السكان ارتفاعاً بطيئاً جداً إذ لم يتجاوز أنذاك معدل النمو السنوي 0.01% بسبب ارتفاع معدلات الوفيات نتيجة تفشي الأمراض والحروب والمجاعات وانعدام الوعي والنظافة¹.

لقد عرف حجم السكان خلال هذه الفترة الزمنية ازدياداً بطيئاً حيث انتقل عدد السكان في نهاية العصر الحجري الحديث من 5 ملايين نسمة إلى 250 مليون نسمة في القرن الأول ميلادي في

¹ يونس حمادي علي : مرجع سابق، ص112

حين بلغ حجم لسكان العالم 545 مليون نسمة فقط (حوالي 500 مليون نسمة) في سنة 1650 إذ قدر متوسط الزيادة السكانية خلال المرحلة الأولى ب 0.04% فقط سنويا (أنظر الجدول رقم 1)، أما المرحلة الثانية فتبدأ من سنة 1650 إلى غاية 1950 والتي سجلت ارتفاعا في حجم السكان والذي قفز من 500 مليون نسمة ليصل إلى 2.500 مليون نسمة بزيادة سكانية سنوية قدرت بحوالي 0.5%، في حين تمتد المرحلة الثالثة بين 1950 و 2005 والتي تتميز عن المرحلتين الأولى والثانية بارتفاع ملحوظ في نمو السكان والذي وصل إلى 6.456 (حوالي 6.5 مليون نسمة) في سنة 2005، بعد أن كان يقدر ب 2500 مليون نسمة سنة 1950، وبمعدل زيادة سكانية قدرت ب 1.77% بسبب تطور الطب العلاجي والوقائي وارتفع المستوى المعيشي والغذاء الصحي والوعي والنظافة مما أدى إلى انخفاض معدل الوفيات.

1- تطور نسب المسنين في العالم حسب الجنس من سنة 1950 إلى 2050:

يتقدم السكان بالسن في جميع أنحاء العالم نظرا لتراجع الخصوبة ولأن الناس يعمرون بصورة متزايدة، إذ قدرت نسبة كبار السن في سنة 1950 ب 5% من مجموع سكان العالم وارتفعت لتتفوق 7% في سنة 2005 ومن المتوقع أن تبلغ نسبة 16% في سنة 2050 أي ما يعادل 1.5 مليار نسمة بعد أن كان يقدر ب 476 مليون نسمة في سنة 2005.¹

تتزايد نسبة الرجال والنساء من كبار السن بالنسبة لمجموع السكان الكلي، ويرجع هذا النمو إلى الانخفاض الطويل الأجل للخصوبة والذي أدى إلى انخفاض نسبة صغار السن من مجموع السكان وإلى زيادة العمر المتوقع نتيجة التقدم الطبي وتوفير الرعاية الصحية وتحسن الأحوال الصحية والمعيشية للسكان في البلدان المتقدمة.² ومنه ستساهم المناطق الرئيسية في العالم في تعمير السكان لكن بمستويات متفاوتة إذ من المتوقع أن تنتقل نسبة كبار السن في أوروبا بين 2005 - 2050 من 15.9% إلى 27.6%، وترتفع في أمريكا الشمالية من 12.4% لتصل إلى 21.1% في 2050، كما ستعرف منطقة البحر الكاريبي ارتفاعا كبيرا يقدر بثلاث أضعاف، إذ من المتوقع أن تنتقل من 6.1% في سنة 2005 لتقدر ب 18.4% في 2050.³

¹ نفس المرجع، ص 288

² الأمم المتحدة : المرأة في العالم 2000، مرجع سابق، ص 3

³ يونس حمادي علي : مرجع سابق، ص ص 288 - 289

كما أشارت مصلحة الإحصاءات العامة أن عدد الأمريكيين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يمثلون نسبة 22% من عدد السكان، وسيرتفع هذا العدد ليقدّر بـ 70 مليون فرد بحلول سنة 2030. وتجدر الإشارة أنه يوجد الآن على مستوى العالم مسن واحد يزيد عمره عن 65 سنة من بين 10 أشخاص وهذا التقدير سيرتفع ليصبح مسن واحد بين 5 أشخاص بحلول سنة 2050¹. ويتضح مما سبق أن زيادة نسبة فئات المسنين هي نتيجة تحسن الرعاية والوعي الصحي في العديد من بلدان العالم بالإضافة للتقدم العلمي والتكنولوجي الهائل والمستمر في نوعية وجودة الحياة وتوفير وسائل المعيشة نحو الاتجاه الأفضل.

الجدول رقم 2: تطور نسب المسنين في العالم المتقدم والنامي حسب متغير الجنس (1950 - 2050)

العالم المتقدم		العالم النامي		السنوات
إناث (%)	ذكور (%)	إناث (%)	ذكور (%)	
8.8	6.9	4.4	3.4	1950
9.8	7.2	4.3	3.6	1960
11.6	8.0	4.2	3.5	1970
14.0	9.2	4.5	3.7	1980
15.1	9.7	4.9	4.0	1990
16.9	11.7	5.6	4.6	2000
18.4	13.2	6.4	5.2	2010
21.7	16.3	8.2	6.7	2020
25.5	19.7	10.8	8.9	2030
27.8	21.6	14.0	11.6	2040
29.0	22.7	16.4	13.5	2050

Source: Thérèse Locoh et yara makdési in Jacque Duparquier: le Vieillessement de la population dans le monde.Bultin du rayonnement paris, N=°42 CNRS,2006 ,p 13.

¹ محمد النوبي محمد علي : الخرف لدى المسنين ، دار الصفاء ، عمان ، ط1، 2012، ص ص 20 - 21 .

يؤدي تعمير السكان إلى اختلال التوازن في أعداد المسنين والمسنات في أنحاء العالم كافة ونظرا لأن النساء تعمرن بوجه عام أكثر من الرجال فإن عدد النساء يفوق عدد الرجال من كبار السن وهذا ما تؤكد معطيات الجدول رقم (2) والذي يبين توزيع المسنين في العالم النامي والعالم المتقدم حسب الجنس في سنة 1950 إلى غاية 2050، حيث قدرت مثلا نسبة المسنين في العالم النامي في 1950 بنسبة 3.4% مقابل 4.4% من المسنات وتطبق الملاحظة على العالم المتقدم حيث تمثل 6.9% نسبة المسنين في العالم المتقدم مقابل 8.8% من المسنات في سنة 1950 كما يتضح من معطيات الجدول أيضا أن نسبة تمثيل المسنين في العالم المتقدم مضاعفة أو أكثر عن تلك النسبة المسجلة في العالم النامي فمثلا قدرت نسبة المسنين الذكور في العالم النامي، في سنة 1970 بنسبة 3.5% مقابل 8% في العالم المتقدم، ويمكن أن نفسر هذا التباين في النسب بخصوصية التحول الديموغرافي حيث كانت الدول المتقدمة سباقة في مراحلها إليه ودول العالم النامي كانت لاحقة فيما بعد، كما يلاحظ تباين أو اختلاف في نسب وسرعة مدة الارق بين العالم المتقدم والعالم النامي، إذ تمثل نسبة 11.6% نسبة المسنين في سنة 2040 في العالم النامي في حين عرف أو شهد العالم المتقدم هذه النسبة في سنة 2000، ويتزايد هذا الفرق بسرعة مع تقدم السن وفي جميع أنحاء العالم، إذ « هناك 123 امرأة لكل 100 رجل في سن الستين أو أكثر و189 امرأة لكل 100 رجل في سن الثمانين و385 امرأة لكل 100 رجل في سن المائة سنة أو أكثر »¹. وتحدد الكثير من العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية نوعية حياة كبار السن وتعطي مستويات متفاوتة جدا في القدرة الوظيفية والصحية في سن الشيخوخة.

¹ يونس حمادى علي : مرجع سابق، ص 289

2- توزيع نسب المسنين في مناطق من العالم:

الجدول رقم 3: يوضح تطور نسب المسنين في مناطق من العالم.

نسبة السكان الأكثر من 60 سنة (%)			المناطق
2025	1995	1960	
5.2	4.7	4.7	إفريقيا الصحراوية
4.6	4.4	4.5	إفريقيا الشرقية
4.8	4.9	5.2	إفريقيا الوسطى
7.3	5.5	6.0	إفريقيا الجنوبية
5.6	4.7	4.5	إفريقيا الغربية
10.7	5.9	5.6	شمال إفريقيا
14.9	8.2	6.5	آسيا
14.0	7.4	6.2	أمريكا اللاتينية أو الكاريبي
25.6	16.3	13.0	أمريكا الشمالية
28.1	19.0	13.1	أوروبا
19.7	13.2	10.8	الأقيانوس
15.1	9.6	8.1	العالم

Source: Bruno schumaker In Jacque Dupaquier: le Vieillessement de la population dans le monde.Bultin du rayonnement, paris, CNRS, N°42,2006 p 17.

يتضح من خلال معطيات الجدول أن نسبة الشيخوخة في العالم هي في ارتفاع كبير ومذهل حيث قدرت في الستينيات ب 8.1% وارتفعت لتصل 9.6% سنة 1995 ومن المحتمل أن ترتفع هذه النسبة إلى الضعف تقريبا حسب التقديرات والتنبؤات لتصل إلى 15.1% في سنة 2025 وإذا بحثنا عن مصدر هذا الارتفاع نجد أوروبا وأمريكا الشمالية تحتلان الصدارة في ارتفاع نسب المسنين حيث تقدر على التوالي ب 13.1% و 13% في سنة 1960 وارتفعت هذه النسبة في سنة 1995 لتقدر ب 19.0% في أوروبا، في حين لم تصل هذه النسبة في أمريكا الشمالية إلا نسبة 16.3% ويرجع هذا إلى أن أوروبا هي أولى القارات التي شهدت الثورة الصناعية وما خلفته من تغييرات جذرية على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، والذي انعكس بدوره على ارتفاع نسبة كبار السن، وبالتالي تشيخ المجتمع الأوروبي.

سجلت دول إفريقيا ككل نسب ضئيلة في عدد المسنين تتراوح بـ 4.5% و 6.00% فقط فعلى سبيل المثال إفريقيا الغربية كانت نسبة المسنين تقدر بـ 4.5% في 1960 وارتفعت في سنة 1995 لتقدر بـ 4.7% ومن المحتمل أن تقدر بـ 5.6% في 2025 حسب تقديرات وتنبؤات المختصين وفي المقابل تجدر الإشارة على شمال إفريقيا حيث كانت تقدر نسبة المسنين في 1960 بـ 5.6% وعرفت هذه النسبة استقرار في هذه الدول لمدة 35 سنة حيث قدرت بـ 5.9% فقط إلا أن التوقعات تشير إلى خلاف ذلك فيتوقع أن تتضاعف نسبهم في سنة 2025 لتتجاوز 10% وهذا بعد حدوث أو استكمال مراحل التحول الديموغرافي في هذه الدول.

لقد عرفت نسبة الشيخوخة انخفاضا واستقرارا في آسيا وأمريكا اللاتينية في الستينيات وكذا منتصف التسعينيات شأنها شأن دول إفريقيا، إلا أن توقعات نمو هذه الفئة تشير إلى أنها ستتضاعف وأكثر في سنة 2025 لتقارب 15% مثلا في آسيا بعد أن كانت تقدر بـ 6.5% في سنة 1966 و 8.2% في عام 1995 ويرجع هذا « لتطور بعض البلدان في آسيا الغربية وسرعة تشيخ بعضها الآخر على رأسهم اليابان التي أضحت تحتل المرتبة الأولى في شيخوخة سكانها حيث وصلت نسبة الشيخوخة إلى 23% سنة 2000، (يعني تقريبا ربع سكانها هم شيوخا) بعد أن كانت تصنف في سنوات الخمسينيات ضمن البلدان الصناعية الأكثر شبابا»¹.

ويمكن القول في الختام أن هناك فروق ذات دلالة سوسولوجية بين الدول المتقدمة والدول النامية بدليل أن النسبة التي ستعيشها مثلا إفريقيا في 2025 أوروبا مرت بها بأكثر منها في الستينيات وستعرف أوروبا بعد 2025 مشاكل كثيرة لأن نسبة كبيرة من سكانها ستصنف ضمن فئة الشيوخ أو المسنين (28.1%) وما ينجر عن هذه المرحلة العمرية من آثار اقتصادية واجتماعية وثقافية خاصة في ظل انعدام غياب التضامن والتكافل الاجتماعي في مثل هذه المجتمعات الأوروبية. وهذا ما تؤكد معطيات أو بيانات الجدول التالي، والذي يوضح التوزيع النسبي للسكان الأكثر من 60 سنة في أوروبا.

¹ Jaque Dupaquier : le Vieillessement de la population dans le monde ,Bultin du rayonnement paris , CNRS, N=°42, 2006 p 26 .

الجدول رقم 4: يبين توزيع المسنين في أوروبا من 1950 إلى غاية 2050

2050 (%)	2025 (%)	2000 (%)	1975 (%)	1950 (%)	المنطقة الجغرافية
36.8	25.9	18.6	14.4	9.8	أوروبا الشرقية
33.9	29.2	20.4	19	14.9	أوروبا الشمالية
40.1	30.8	21.8	15.4	11.3	أوروبا الجنوبية
50.9	37.7	23.9	22	15.3	أوروبا الغربية
36.6	28.8	20.3	16.4	12.1	المجموع

Source: World population Ageing In jaque Dupaquier، opcit p 21

3- تطور نسب المسنين في العالم من خلال متوسط العمر:

يعتبر العمر الوسيط أو متوسط العمر أحد المؤشرات المفيدة لقياس التركيب العمري للسكان ونسبة شيخوختهم، لأنه يقسم المجموعة السكانية إلى قسمين اثنين الأولى الأدنى من العمر المتوسط وهي الفئة الأكثر شبابا والثانية والتي تقع فوق متوسط العمر وهي الأكبر عمرا¹.

ويعبر الاتجاه المتزايد للعمر الوسيط على المستوى العالمي عن تعمير السكان ففي عام 1950 بلغ العمر الوسيط 23.9 سنة وارتفع إلى 28.1 سنة في 2005 ومن المتوقع أن يصل إلى 37.8 سنة في عام 2050، ولقد قدر العمر الوسيط للأقاليم المتقدمة ب 29 سنة ولكنه ارتفع في 2005 ليصل إلى 38.6 سنة، ومن المحتمل أن يصل إلى 45.5 سنة في 2050، كان العمر الوسيط في الأقاليم المتقدمة يقدر ب 29.0 سنة فقط في 1950 ولكن ارتفع ليصل 38.6 سنة في 2005 ومن المتوقع أن يبلغ 45.5 سنة 2050.

يتضح التباين بوضوح أكثر في المناطق الرئيسية، إذ لم يصل العمر الوسيط في إفريقيا 20 سنة في الفترة الممتدة من (1950 - 2005)، ومن المتوقع أن يصل إلى 27.4 سنة في 2050، وعلى العكس من ذلك تماما فقد بلغ العمر الوسيط في أوروبا 39.9% في سنة 2005 ويمكن أن يرتفع كثيرا ليصل إلى 41.1 سنة حسب التنبؤات والتوقعات.

¹ يونس حمادي علي : مرجع سابق، ص 282

لقد حصلت كل من أمريكا الشمالية والأقيانوس على نمطين متماثلين، حيث ارتفع العمر الوسيط بهذين البلدين من 29.8 و28 سنة على التوالي ليفوق 40 سنة في 2050. و نلاحظ أقصى التغيرات في الأعمار الوسيطة تطرفا تمت في أمريكا اللاتينية وفي آسيا، إذ قدرت الأعمار الوسيطة في 1950 ب 20.2 و22.00 سنة. ويتوقع الديموغرافين أن يتضاعف ليصل سن 40 سنة في سنة 2050، كما تشير له معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 5: يبين تطور المسنين في العالم من خلال متوسط العمر (بالسنوات).

العمر الوسيط (السنوات)			المجموعات الإنمائية أو المنطقة الرئيسية
2050	2005	1950	
37.8	28.1	23.9	العالم
45.5	38.6	29.0	الأقاليم المتقدمة
36.6	25.6	21.4	الأقاليم النامية
27.3	18.9	19.6	أقل البلدان نموا
39.3	26.8	21.7	بقية البلدان النامية
27.4	18.9	19.0	إفريقيا
39.9	27.7	22.0	آسيا
39.9	25.9	20.2	أمريكا اللاتينية
41.5	36.3	29.8	أمريكا الشمالية
40.5	32.3	28.0	الأقيانوس
47.1	39.9	29.7	أوروبا

المصدر: يونس حمادى علي: مرجع سابق، ص 283

أما على الصعيد القطري فقد بلغ العمر الوسيط في 11 قطرا أكثر من 40 سنة في 2005 تعود جميعها إلى الأقاليم المتقدمة، ومن المتوقع أن يزيد العمر الوسيط في 89 قطرا عن 40 سنة ستكون نصفها في الأقاليم النامية، ومن المتوقع أن يبلغ العمر الوسيط في 17 قطرا أكثر من 50

سنة في 2050¹، وهذا يدل على تعمير السكان بالأقاليم المتقدمة، هذه الظاهرة التي ستعرف انتشارا في البلدان النامية أيضا وستحدث خلال فترة زمنية أقصر مقارنة بالبلدان المتقدمة.

المطلب الثالث: المسنين في الجزائر: التطور والسمات الديموغرافية.

1- التمثيل النسبي للسكان حسب الفئات العريضة قبل وبعد الإستقلال:

سجل عدد السكان الجزائر خلال العشرينيات الأولى بعد الإستقلال ارتفاعا كبيرا فبعد أن كان يقدر ب حوالي 12 مليون نسمة حسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 1966 تضاعف عدد السكان ليفوق 22 مليون نسمة في نهاية الفترة الممتدة بين 1966 و1987². ويفسر هذا التزايد بتعويض خسائر الحرب والمهاجرين من جهة ومن جهة أخرى انخفاض نسبة الوفيات نتيجة التحسن في مجال الطب العلاجي والوقائي، وبالتالي انخفاض الأوبئة إضافة للإستقرار الأمني الناتج عن الإستقلال.

أما ابتداء من 1987 و2008 انخفض معدل النمو السكاني بسبب تراجع الولادات حيث « قدر معدل النمو السكاني ب 2.76% وهو أول انخفاض سجل بعد الإستقلال بعد أن كان يقدر ب 3.39% و3.15% في إحصائي 1966 و1977 على التوالي، وواصل انخفاضه ليقدر ب 1.92% في آخر تعداد للسكان والسكن في 2008 »³.

وهذا راجع إلى عدة عوامل أهمها السياسة السكانية التي انتهجتها الجزائر والتي كانت تهدف إلى التحكم في النمو الديموغرافي والتساؤل المطروح في هذا الصدد ماهي انعكاسات هذه التغيرات السكانية على الفئات العمرية وبالأخص على فئة المسنين ؟

¹ نفس المرجع، ص 284

² المجلس الاقتصادي والاجتماعي : التقرير الوطني حول التنمية البشرية 1998، الدورة العامة 13، ماي، 1999، ص 18

³ عيساني نور الدين: "ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة،

العدد19، 2015، ص 6

الجدول رقم 6: يوضح التوزيع النسبي للسكان في الجزائر حسب الفئات العريضة.

2008 (%)****	1998 (%)***	1987 (%)***	1977 (%)**	1966 (%)**	1954 (%)*	السنوات الفئة العمرية (بالسنوات)
38.77	48.27	55.02	59.90	57.36	35	19 – 0
53.84	45.13	39.23	36.44	35.94	42	59 – 20
7.40	6.60	5.74	5.8	6.70	3.1	60 سنة فأكثر

Sources:

* Lucette Jarosz: Viellisse et vieillissement en Algerie ,opu,Alger, 1983, P107.

** ONS: Demographie algerienne en 1985, seine1, Alger, 1998 , p 09.

*** ONS: annuaire statistique, Alger , N=° 17, Decembre, 1996, P 05.

**** ONS: Collection statistique , Alger, N=° 142 , Decembre, 2008, P 29.

يتضح من خلال معطيات الجدول التالي أن نسب المسنين كانت جد منخفضة قبل الإستقلال حيث قدرت ب 3.1% فقط، ومرد ذلك إلى أن الجزائر آنذاك كانت في المرحلة الأولى من مراحل التحول الديموغرافي والتي تتميز بارتفاع في الولادات والوفيات نتيجة الإستعمار الفرنسي وما خلفه من آثار ودمار على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي تمثلت أهمها في انخفاض المستوى المعيشي والفقر والجوع ضف إلى ذلك الأمراض والأوبئة والمجاعات والجهل والأمية مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الوفيات خاصة بين الاطفال والأمهات وبالتالي القليل منهم فقط من يصل إلى مرحلة متأخرة من العمر (3.1% فقط). إلا أن هذه النسبة عرفت تضاعفا في الفترة الممتدة من 1954 – 1966 (يمثل 1966 تاريخ أول تعداد للسكان بالجزائر) لتنتقل من 3.1% إلى 6.70% في ظرف 12 سنة بسبب عودة الإستقرار وانخفاض الوفيات خاصة في الفئات الأولى والمتوسطة، وفي المقابل هناك ارتفاع في الولادات بسبب الإستقرار الاقتصادي وارتفاع المستوى المعيشي للأفراد نوعا ما وخاصة سيطرة ذهنية أو ثقافة تعويض الخسائر البشرية للحرب، وهذا ما يؤكد ارتفاع الفئة 0 – 19 سنة لتقدر ب 57.36% سنة 1966 وب 59.90% في سنة 1977 وبالتالي ارتفاع مؤشر الخصوبة إلى غاية منتصف الثمانينات من القرن الماضي مما ولد انفجار

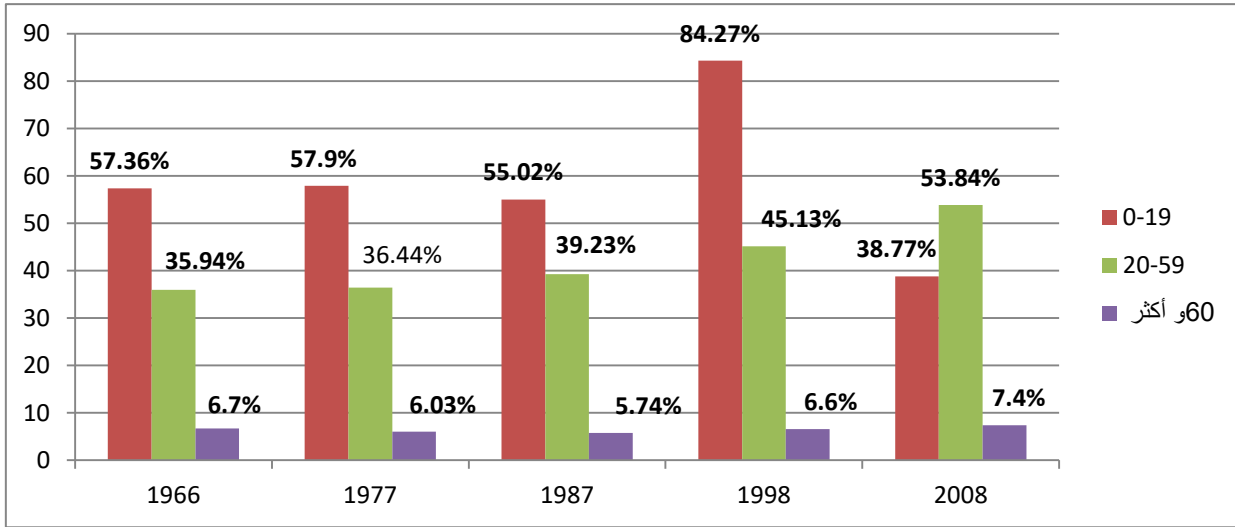
ديموغرافي ودخول الجزائر في المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي وفي المقابل انخفاض معدل الوفيات نتيجة التقدم الصحي والقضاء على مختلف الأمراض التي كانت تؤدي بحياة الأفراد في المراحل الأولى من حياتهم وهذا ما يفسر تراجع نسبة المسنين في 1987 حيث قدر ب 5.74% ما جعل الدولة تنتهج سياسة سكانية تهدف لتنظيم النسل أهمها انشاء مراكز الأمومة والطفولة من أجل التوعية والخدمات الصحية بما في ذلك التعريف وتقديم أنواع وطرق استعمال وسائل تنظيم النسل (وكان هناك أيضا التوزيع المجاني لحبوب تنظيم النسل) بغية التحكم في النمو السكاني السريع.

وتواصل الفئة العمرية الشابة في التناقص عبر التعدادات فانقلت من 48.27% في تعداد 1998 لتقدر ب 38.77% في آخر تعداد للسكان والسكن لسنة 2008 وهذا راجع « لإنخفاض الولادات في شرائح الأعمار التي تتراوح بين 0 - 4 سنوات إذ كانت تقدر ب 6.61% في 1987 وانخفضت إلى 10.88% في سنة 1988 ومن المحتمل أن تتراجع إلى 7% في 2020 في حين قدرت شريحة السكان الذين يبلغون 60 سنة فأكثر ب 6.60% في 1998 ومن المحتمل أن تقدر ب 11% في سنة 2025 و22% بحلول عام 2050 »¹.

وهذا نتيجة تضافر عدة عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية نوجز بعضها على سبيل المثال لا الحصر في تأخر سن الزواج وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وولوجها سوق العمل وانخفاض القدرة الشرائية للعائلات الجزائرية فيضطر الزوجين للعمل للرفع من مستواهم المعيشي مما يصعب مهمة الرعاية الاقتصادية والاجتماعية والتربوية للوالدين فيلجؤون لتنظيم نسلهم وبالتالي إنجاب عدد قليل من الأبناء وفيما يلي التمثيل البياني والذي يبين توزيع السكان حسب الفئات العرصة بعد الإستقلال.

¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي : نظرة حول الاقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة الدورة العامة 17، الجزائر، ماي 2001، ص 21

شكل رقم (1): يوضح نسب الفئات العمرية من 1966 إلى 2008.



2- تطور نسب المسنين في الجزائر خلال الفترة (1966 - 2017)

الجدول رقم 7: تطور نسب المسنين من 1966-2017

السنوات	عدد السكان (مليون)	عدد المسنين البالغين 60 سنة فما فوق (آلاف)	نسبة المسنين من المجموع العام (%)
* 1966	12096	798	6.60
** 1970	13309	827	6.21
* 1977	15645	907	5.79
** 1984	21185	1284	6.06
* 1987	22601	1298	5.74
* 1998	29101	1920	6.59
*** 2001	30879	2115	6.84
2005	32906	2315	7.24
* 2008	33920	2506	7.38
*** 2015	39963	3476	8.7
*** 2017	41700	3640	9.1

source: * Recensement général de la population et de l'habitat 1966, 1977, 1987, 1998, 2008.

** ONS, Démographie algérienne en 1985, opcit, P9

*** Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière: Situation

Démographique et sanitaire (2000 - 2017), alger, juillet, 2017, P 04

ملاحظة: النسب المئوية للمسنين تم حسابهم من طرف الباحثة بقسمة عدد المسنين على عدد السكان ضرب 100.

تشير معطيات هذا الجدول والذي يبين تطور نسب المسنين في الجزائر إلى الزيادة في أعداد المسنين إذ قدرت بين أول إحصاء للسكان لسنة 1966 وآخر تعداد للسكان والسكن لسنة 2008 ب 1708 ألف مسن بعد أن كان يقدر عددهم في 1966 ب 798 ألف مسن وب 2506 ألف مسن في تعداد 2008 أي ارتفع عدد المسنين بحوالي ثلاث مرات في مدة 42 سنة فقط وبالتالي تحتاج هذه الوضعية السكانية المتفائلة جدية من طرف المسؤولين نظرا لما قد يخلفه هذا الإرتفاع المتزايد لهذه الفئة على كل أجهزة الدولة الاقتصادية والاجتماعية وخاصة الصحية أما نسب المسنين فلقد سجلت ارتفاعا طفيفا لكنه محسوسا ومستمر ابتداء من سنة 1998 بعد أن كان متذبذبا، إذ قدر بحوالي 6.60% في سنة 1998 ثم 7.38% في آخر تعداد للسكان والسكن ولقد ارتفع ليشهد نسبة 9.1% في سنة 2017.

3- توزيع نسب المسنين حسب الفئات الخماسية والجنس (التعدادات الخمسة)

يتضح لنا عند تمييز المسنين حسب السن (الفئات الخماسية) أن فئة الأعمار الدنيا (60 - 64) سنة تأخذ أكبر نسبة منذ أول تعداد عام للسكان لسنة 1966 ثم تليها الفئات العمرية الأخرى.

أما فيما يخص الجنس بالنسبة لفئات الأعمار فنلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن هناك اختلاف طفيف جدا في جميع الفئات العمرية بالنسبة لكل التعدادات وهذا ما يمكن تفسيره بأن النساء تعمر أكثر من الرجال في الفئات العمرية المتقدمة لذا كانت نسبة النساء تفوق نسبة الرجال في كل مرة.

الجدول رقم 8: يوضح توزيع نسب المسنين في الجزائر من خلال التعدادات (1966- 2008)

نسب المسنين من مجموع السكان			عدد المسنين من 60 سنة وما فوق			فئات العمرية
المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
1966						
2.21	1.12	1.10	267879	134989	132890	60-64
1.63	080	0.84	197973	96482	101491	65-69
1.17	0.64	0.53	141194	76926	64268	70-74
1.58	0.86	0.72	191246	103955	87291	75 سنة فما فوق
6.60	3.40	3.19	798292	412352	385940	المجموع

1977						
1.83	0.94	0.89	286094	146396	139698	60-64
1.63	0.80	0.82	254627	125747	128880	65-69
1.06	0.51	0.55	166318	79574	86744	70-74
1.28	0.66	0.62	200180	103391	96489	75 سنة فما فوق
5.80	2.91	2.89	907219	455408	451811	المجموع
1987						
1.79	0.93	0.86	405703	120022	195681	60-64
1.41	0.73	0.68	318815	164874	153941	65-69
1.01	0.50	0.50	225555	112750	112805	70-74
1.54	0.77	0.77	348788	174015	174773	75 سنة فما فوق
5.74	2.93	2.82	1298861	661661	637200	المجموع
1998						
2.14	1.10	1.03	622159	320912	301247	60-64
1.75	0.89	0.86	510617	258614	252003	65-69
1.14	0.58	0.56	332161	168869	163292	70-74
1.56	0.81	0.75	455759	236352	219443	75 سنة فما فوق
6.60	3.38	3.21	1920732	984747	935985	المجموع
2008						
2.08	1.03	1.04	704482	350560	353922	60-64
1.85	0.91	0.92	626233	310436	312197	65-69
1.48	0.75	0.72	501058	254977	246081	70-74
1.98	0.10	0.97	674449	343222	331227	75 سنة فما فوق
7.38	3.71	3.71	2506222	1259195	1243427	المجموع

source: Recensement général de population et de l'habitat, 1966-2008.

خلاصة

يتبين من خلال هذا الفصل أن الشيخوخة هي مرحلة من مراحل العمر تتميز بالقصور البيولوجي والإنهيار التام أو الجزئي للعمليات العضوية والعقلية وعجز الإمكانيات الذاتية النفسية عن تحقيق التوافق النفسي مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والصحية والتي تصعب على المسنين عملية التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي مع هذه المرحلة العمرية، وهذا ما توصلت إليه أغلب النظريات العلمية المفسرة لمشكلات الشيخوخة والتي تؤكد على ضرورة محافظة المسنين على أدنى نشاط وحيوية من خلال ممارسة أعمال ومهن تتناسب مع قدراتهم العقلية والبدنية والتي من شأنها أن تخلق توازن اجتماعي ونفسي في حياتهم، خاصة وأن أعداد المسنين في العالم هو في تزايد مستمر نتيجة تضافر عدة عوامل تم التطرق إليها من خلال المقاربة الإحصائية، وأكبر نسبة هي من نصيب البلدان المتقدمة ولكن لن تسلم البلدان النامية بما فيها الجزائر من هذه الظاهرة حسب التنبؤات والتقديرات إذ سيشيخ سكان الجزائر بحلول عام 2050.

الفصل الثالث: الأسرة الجزائرية ووضعية المسنين الاقتصادية والصحية في ظل التغيرات الاجتماعية

- تمهيد.....114
- المبحث الأول: مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية على ضوء التغيرات الحضرية.....115
- المطلب الأول: الأسرة الجزائرية والتغير الاجتماعي.....115
- 1- مفهوم التغير الاجتماعي.....115
- 2- عوامل التغير الاجتماعي.....118
- 3- تطور الأسرة الجزائرية.....121
- المطلب الثاني: مظاهر التغير على الأسرة الجزائرية.....132
- 1- التغير في بناء الأسرة الجزائرية.....132
- 2- تغير وظائف الأسرة.....134
- 3- تغير العلاقات الأسرية.....137
- المطلب الثالث: المسنين في الأسرة الجزائرية: المكانة والعلاقات الاجتماعية.....139
- 1- المسنين في العائلة الجزائرية التقليدية والأسرة الحديثة.....139
- 2- مكانة المسنين في الإسلام.....145
- 3- المسنين في التشريع القانوني الجزائري.....148
- 4- المسنين والعلاقات الاجتماعية الأسرية.....152
- المبحث الثاني: الوضعية الاقتصادية والصحية لكبار السن.....159
- المطلب الأول: المسنين بين العمل والتقاعد.....159
- 1- العمل لدى المسنين: مفهومه ومحدداته.....159
- 2- مفهوم التقاعد: مراحل وتطوره التاريخي.....164
- 3- الواقع الاقتصادي للمسنين.....172
- المطلب الثاني: التقدم في العمر والإضطرابات الصحية.....179

179.....	1- العوامل المسببة لأمراض المسنين.....
183.....	2- أمراض المسنين.....
192.....	3- طرق الوقاية من أمراض المسنين.....
195.....	المطلب الثالث: الواقع الصحي للمسنين في الجزائر.....
195.....	1- المسنين والأمراض المزمنة.....
196.....	2- المشكلات الصحية لدى المسنين.....
198.....	3- المرض والاستقلالية الوظيفية للمسنين.....
201.....	الخلاصة.....

تمهيد

عرف المجتمع الجزائري عدّة تغيرات وتحولات إقتصادية وإجتماعية وسياسية أثّرت على الوضعية الإقتصادية والإجتماعية للمسنين، فعلى الصعيد الإقتصادي أدى الإنتقال من النظام الزراعي القائم على الوحدة الإقتصادية والملكية المطلقة لوسائل العمل والإنتاج في الريف إلى النظام الصناعي القائم على العمل المأجور والتقاعد في المدينة إلى التأثير على مكانة المسنين الذين يعتمدون على منحة التقاعد والتي تقل بكثير عن الأجر الذي كانوا يتقاضونه في سنوات عملهم حيث يجد المتقاعدون أنفسهم أمام واقع إنخفاض مستوى الدخل، خاصة في ظل تدهور الحالة الصحية وإنتشار الأمراض المصاحبة للشيخوخة لاسيما المزمّنة التي تحتاج إلى مراقبة ومتابعة طبية بإنتظام قد تكلف المسن وأهله مصاريف كثيرة، هذا بالإضافة إلى الأزمة السياسية التي عرفت الجزائر في سنوات التسعينيات (العشرية السوداء) نتيجة تدهور الوضع الأمني وما خلفه من مشاكل وأزمات على غرار مشاكل الهجرة الداخلية (من الأرياف إلى المدن) نتج عنها أزمة السكن وبالتالي إنتشار المساكن الفوضوية التي تفتقر إلى أدنى شروط الصحة والنظافة مما يؤدي إلى توتر العلاقات الأسرية ونشوب المشاكل لاسيما مشكل العنف الذي أصبح يشكل موضوع الساعة ، لهذا الغرض قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، يحتوي كل مبحث على ثلاث مطالب، تناولنا في المبحث الأول مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية على ضوء التغيرات الحضرية في حين خصص المبحث الثاني للحديث عن الوضعية الاقتصادية والصحية للمسنين.

المبحث الأول: مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية على ضوء التغيرات الحضرية

المطلب الأول: الأسرة الجزائرية والتغير الاجتماعي

1- مفهوم التغير الاجتماعي

لقد تعرض مفهوم التغير الاجتماعي لجهود كثيرة لتحديد تعريفا له شأنه شأن غيره من المفاهيم في العلوم الاجتماعية وهذا راجع لتعدد عملية التغير الاجتماعي نفسها وصعوبة القياس والتحكم بالعناصر الأساسية فيها، كما لا يمكن التنبؤ بحدوثها، رغم هذا هناك مجموعة من التعاريف نذكر منها الآتي:

يعرف التغير الاجتماعي اصطلاحا كما يلي: « يعني التغير الاختلاف بين الحالة الجديدة والحالة القديمة أو هي اختلاف الشيء عما كان عليه خلال فترة محددة من الزمن وحينما تضاف كلمة الاجتماعي فيصبح التغير الاجتماعي، التغير الذي يحدث في المجتمع أو هو التحول الذي يطرأ على البناء الاجتماعي خلال فترة من الزمن »¹.

ويعني التغير الاجتماعي دراسة الحول أو التعديل الذي يطرأ أو يتم في طبيعة ومضمون وتركيب الجماعات والنظام، وكذا في العلاقات بين الأفراد والجماعات، وكذا تلك التغيرات التي تحدث في المؤسسات أو في التنظيمات أو في الأدوار الاجتماعية².

كما يعرفه أحمد زكي بدوي « بأنه كل تحول يقع في التنظيم الاجتماعي سواء في بنائه أو في وظائفه خلال فترة زمنية معينة والتغير الاجتماعي على هذا النحو ينصب على كل تغيير يقع في التركيب السكاني للمجتمع أو في بنائه الطبقي أو في نظمه الاجتماعية أو في أنماط العلاقات الاجتماعية أو في القيم والمعايير التي تؤثر في سلوك الأفراد والتي تحدد مكانتهم وأدوارهم في مختلف التنظيمات الاجتماعية التي ينتمون إليها »³.

أما سوسيولوجيا فيعرف عادل الهواري التغير الاجتماعي بأنه كل تحول يحدث في النظم والأنساق والاجهزة الاجتماعية من الناحية المرفولوجية أو الفيفيولوجية خلال فترة زمنية محددة ويتميز التغير

¹ محمد الدقس: التغير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، دار مجدلاوي، عمان، ط1، 1996، ص 15

² محمد عمر الطنوبي: التغير الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1995، ص 52

³ أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي، فرنسي، عربي)، مرجع سابق، ص 382

الاجتماعي بصفة الترابط والتداخل في الظاهرة الاجتماعية سيؤدي إلى سلسلة من التغيرات النوعية التي تصيب الحياة بدرجات مختلفة¹.

ويشير عاطف غيث إلى التغير الاجتماعي بأنه « التغيرات التي تحدث في التنظيم الاجتماعي أي في بناء المجتمع ووظائف هذا البناء المتعددة والمختلفة »².
و يرى الباحثين أن التغيرات الاجتماعية هي في صور شتى:

- التغير في القيم الاجتماعية، وهي تلك التي تؤثر بطريقة مباشرة في مضمون الأدوار الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي كالإنتقال من النمط الاقتصادي للمجتمع إلى النمط التجاري الصناعي وما ينجر عنه من تغير في القيم التي تؤثر في نظرة الطبقتين للعمل وتقييمهم للقائمين عليه.

- التغير في النظام الاجتماعي: أي في المراكز والأدوار الاجتماعية كالإنتقال من نظام تعدد الزوجات إلى نظام وحدانية الزوج والزوجة ومن المملكة المطلقة إلى الديمقراطية.

- التغير في مراكز الأشخاص: ويحدث بحكم التقدم في السن أو بسبب الموت³.

ويتعرض كل من جيرث "Gerth" وملز "Mils" إلى ماهية التغير الاجتماعي قائلاً

« هو التحول الذي يطرأ على الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها الافراد، وكل ما يطرأ على النظم الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي التي يتضمنها البناء الاجتماعي في مدد معينة من الزمن »⁴.

ويذهب " جنزبرج " "Ginsberg" إلى أن التغير الاجتماعي هو كل تغير يطرأ على البناء الاجتماعي في الكل والجزء، وفي شكل النظام الاجتماعي، ولهذا فإن الأفراد يمارسون أدوارا اجتماعية مختلفة عن تلك التي كانوا يمارسونها خلال حقبة من الزمن⁵

¹ عادل مختار الهواري : التغير الاجتماعي والتنمية في الوطن العربي، مكتبة الفلاح، الكويت، 1988 ص 45

² محمد عاطف غيث : التغير الاجتماعي والتخطيط، دار المعارف، القاهرة، 1966، ص 25

³ دلال ملحق إستيتية : التغير الاجتماعي والثقافي، دار وائل، عمان، ط2،، 2008، ص 24

⁴ محمد الدقس : مرجع سابق، ص 17

⁵ دلال ملحق إستيتية : مرجع سابق، ص ص 21 - 22

أما فرنسيس ألين "F.Allen" فيرى أن التغيير الاجتماعي يشتمل على التعديلات في الأنساق الاجتماعية والانساق الفرعية داخل البناء الاجتماعي وكذلك أسلوب الأداء الوظيفي بهذه الانساق عبر فترة من الزمن¹.

وبما أن التغيير الاجتماعي ظاهرة موجودة في كل المجتمعات فيجد تحديد معناه تحديدا علميا ويمكن التطرق للتعريف الذي صاغه "جير وشي" "Guy Rocher" " بأن التغيير الاجتماعي « يعني كل تحول " Transformation " في البناء الاجتماعي، يلاحظ في الزمن ولا يكون مؤقتا، سريع الزوال لدى فئات واسعة من المجتمع ويغير مسار حياتها»².

وللتغيير الاجتماعي لدى " جير وشي " " Guy Rocher " أربع صفات:

- التغيير الاجتماعي ظاهرة عامة " Un phénomène collectif " أي توجد عند العديد من الأفراد وتؤثر في أسلوب حياتهم وأفكارهم.

- يصيب التغيير الاجتماعي البناء الاجتماعي، أي يؤثر التغيير الاجتماعي في هيكل النظام الاجتماعي في الكل أو الجزء، فالتغيير الاجتماعي المقصود هنا هو التغيير الذي يحدث أثرا عميقا في المجتمع، وهو الذي يطرأ على المؤسسات الاجتماعية كالتغيير الذي يحدث على بناء الأسرة أو على النظام الاقتصادي والسياسي.

- يكون التغيير محددًا بالزمن " identifier dans le temps " أي يبدأ بفترة زمنية وينتهي بفترة زمنية محددة، بغرض مقارنة الحالة الماضية بالحالة الراهنة والوقوف على مدى التغيير

- يتصف التغيير الاجتماعي بالديمومة والاستمرارية (permanance)³.

يتضح من التعاريف السابقة أن أغلبها تشترك في المبدأ أو الفكرة العامة لمفهوم التغيير الاجتماعي وهو تحولا " transformation " أو تبديلا في الأنظمة أو العلاقات أو الوظائف في فترات زمنية محددة لأنه من الصعب على المفكرين التمييز بين تغيير وآخر، هذا لأن التغيير

¹ أحمد زايد واعتماد علام : التغيير الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2006، ص 19

² . دلال ملحق إستراتيجية : مرجع سابق، ص 23

³ Guy Rocher : Les changement social، introduction à la sociologie générale, _HMH, Paris, 1968,

الاجتماعي يحدث في ظل توفر مجموعة من العوامل الثقافية والجغرافية والتكنولوجية والديموغرافية.

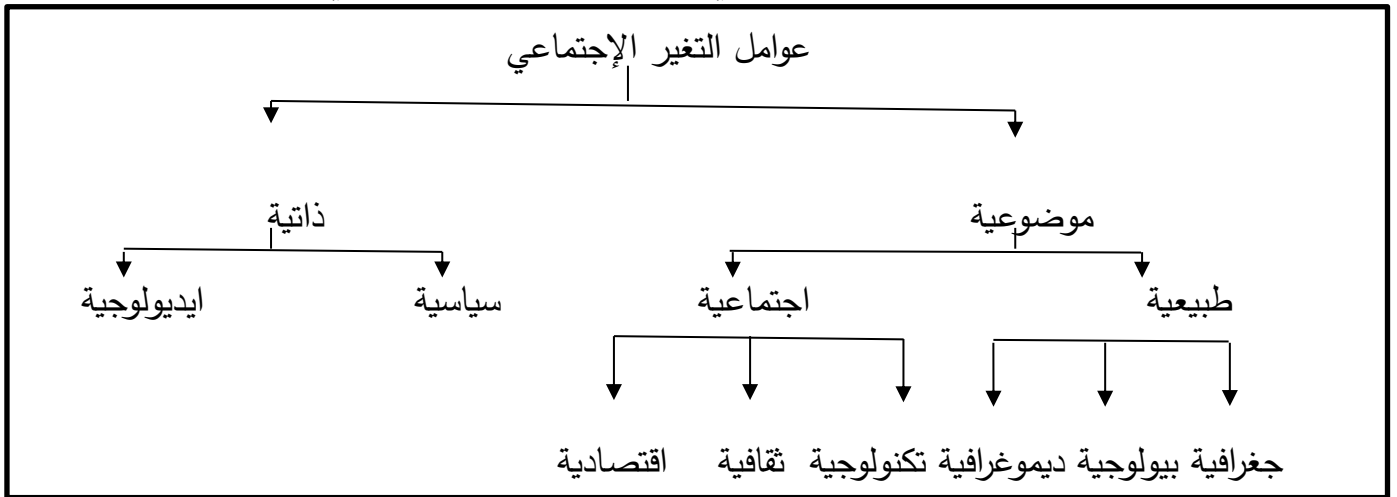
2- عوامل التغير الاجتماعي:

لم يتفق علماء الاجتماع اتفاقا كليا في محاولتهم تصنيف عوامل التغير الاجتماعي، لا من حيث تحديد عدد هذه العوامل ولا من حيث تصنيفها حسب درجة التأثير ولا من حيث ترتيبها حسب درجة الأهمية. حيث يصنف الدكتور " محمد الخشاب " عوامل التغير الاجتماعي في كتابه المعنون ب "التغير الاجتماعي" كما يلي:

العامل الإيكولوجي (أو البيئي) - العامل الإيديولوجي - الثورات والحروب - العامل الثقافي والعامل التكنولوجي - نمو الوعي القومي

ويقسم الدكتور " عاطف غيث " العوامل الأثر ترددا في تفسير التغيرات الاجتماعية " العوامل الأثر ترددا في تفسير التغيرات الاجتماعية إلى عوامل: جغرافية وبيولوجية وثقافية¹ في حين يقدم الدكتور " محمد احمد الزغبى " في كتابه "التغير الاجتماعي بين علم الاجتماع البرجوازي وعلم الاجتماع الإشتراكي " التصنيف التالي لعوامل التغير الاجتماعي:

الشكل رقم 1: شكل بياني يبين عوامل التغير الاجتماعي



المصدر: محمد عمر الطنوبي: التغير الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1995، ص88.

إن يمكن أن نوجز أهم العوامل التي تدفع إلى التغير الاجتماعي فيما يلي:

¹ محمد عمر الطنوبي : مرجع سابق، ص 86 .

- تتابع الأجيال: تتتابع الأجيال جيلا بعد جيل، ويحاول كل جيل أن يتقدم عن الجيل الذي سبقه وبالتالي تختلف المراتب والأدوار، ويزداد أو يتناقص الإقبال عن وظائف معينة.
- البيئة: يحاول الإنسان أن يواجه تحديات البيئة ويعمل على التغلب عليها من أجل التوافق معها ومع طبيعته البيولوجية، فرغم التقدم العلمي حاليا، إلا أن الإنسان لا يزال يعاني من بعض الأمراض التي يصعب علاجها أو حتى لم يعرف بعد أسبابها. ضف إلى ذلك أنه لا يزال يتعرض للكوارث الطبيعية وهو لا يزال يلتمس مزيدا من السيطرة على الطبيعة.
- الإنسان دائم البحث عن مزيد من السيطرة على طبيعته وبيئته، فإذا شعر بعدم توافقه مع طبيعته أو أحس بوجود اضطراب فإنه يعمل على إيجاد طرق جديدة للحصول على التوافق وهكذا يمكن القول أن الطبيعة الإنسانية ذاتها هي أحد وأهم أسباب التغير¹.
- تداخل وتشابك الظواهر: ينتج عن هذا التدخل والتشلك في محاولة للتساند حدوث التغير الاجتماعي بسبب التفاعل بين هذه الظواهر، وعلى هذا فإن التغير الذي يطرأ على نظام واحد ينعكس أثره على بقية النظم الاجتماعية الأخرى.
- الصراع: إن الصراع بما يجب أن يكون عليه سلوك الناس في المجتمع، والسلوك السائد بالفعل يولد التغير الاجتماعي وكذلك الفروقات والإختلافات بين الأيديولوجيات والتطبيق ومن أشكال هذا الصراع أيضا صراع القيم.
- الأحداث التاريخية: إن الأحداث التي تمر بها الأمة هي مصدرا من مصادر التغير.
- الإنتشار الثقافي: ويحدث الانتشار عن طريق الهجرة أو الرحلات أو التجارة أو الكتب أو وسائل الإعلام السمعية والبصرية كالتلفزة والسينما... وقد لخص ذلك "بيرسن كوهن" بقوله «حينما يتفاعل أعضاء ثقافيين فإن ثمة ميلا لحدوث تغير ثقافي أو إسراع في التغير الثقافي الجاري، ولا يرجع السبب إلى أن ثقافة تقدم للأخرى عناصر ثقافية جديدة وإنما هو زيادة عدد العناصر الثقافية المتاحة لكل من الثقافتين، يتيح فرص الوصول إلى تركيبات جديدة منها»².

¹ محي الدين مختار : محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982، ص 269

² نفس المرجع، ص 270

- الثورات: تقوم الثورات الوطنية من أجل أحداث تغيرات شاملة أو جزئية في بناء المجتمع ونظامه وتعديل بعض الأوضاع تبعاً لفلسفة الثورة حيث أن « هذه الثورات دائماً ما تزيح من طريقها العوامل التي كانت تقف ضد المجتمع وازدهاره (...) الأمر الذي يساعد بعد ذلك على فسخ المجال أمام التغير الاجتماعي والاقتصادي »¹

- الحروب: وهي من العوامل القوية في إحداث التغير الاجتماعي إما بسبب ما يفرضه المنتصر حتى يدعم انتصاره، وإما بسبب ما يفرضه المهزوم على نفسه حتى يزيل آثار الهزيمة ويحقق النصر.

- عامل الزمن: إن لعامل الزمن قيمة في تحديد دينامية الجماعة والمجتمع باعتبار تنظيم متحرك ومتغير. على أن تؤخذ بعين الاعتبار الملاحظات التالية:

❖ تمثل العوامل الموضوعية والذاتية وجهين لقيمة واحدة، ولا يكن النظر إليهما بصورة منفصلة بالنسبة لعملية التغير الاجتماعي.

❖ أن دور العوامل الخارجية يقل باستمرار لصالح النشاط البشري في البيئة الفيزيائية وتعديله إياها بما يلائم مصالح الناس².

ويعدد الدكتور "محمد طلعت" عوامل التغير الاجتماعي في كتابه "فلسفة التغير المخطط" كالتالي:

عوامل طبيعية - العامل البيولوجي - العامل الديموغرافي - العامل التكنولوجي - العامل السياسي
والعامل الاقتصادي - العامل الإيديولوجي³

وقسم الدكتور "أحمد زايد" والدكتورة "إعتماد علام" عوامل التغير الاجتماعي إلى نوعين العوامل الخارجية والعوامل الداخلية، حيث يقصد بالعوامل الخارجية تلك العوامل التي لا دخل للإنسان بها والتي تحدث تلقائياً والتي لخصها في ثلاث عوامل رئيسية وهي البيئة الفيزيائية والتغيرات الديموغرافية والإتصال الثقافي، في حين يقصد بالعوامل الداخلية تلك العوامل النابعة من داخل المجتمع ذاته والتي لها قدر من الإستقلال النسبي في طريقة تأثيرها على مجرى التغير الاجتماعي

¹. أحمد بيومي محد . علم الاجتماع، دار الجامعة، الإسكندرية، دون تاريخ النشر، ص 320

² نفس المرجع، ص 88

³ نفس المرجع، ص 87

وتتمثل أهم هذه العوامل في الدور الذي يلعبه النظام أو الكيان السياسي في إحداث التغير إضافة إلى تأثير التغيرات التكنولوجية الناتجة عن التجديدات والإختراعات¹.

3- تطور الأسرة الجزائرية:

ارتأينا قبل أن نتحدث عن تطور الأسرة الجزائرية أن ندرج بعض اجتهادات الباحثين في تعريف الأسرة عامة، إذ تشتمل كل المجتمعات الإنسانية على بناء أسري إلا أنه من الصعب تقديم تعريف شامل وموحد ومحدد للأسرة نظرا لتعدد أنماطها وللتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتاريخية التي لحقت بها وأثرت على بنائها ووظيفتها، لذلك تتعدد التعاريف بتعدد العلماء واتجاهاتهم الفكرية والنظرية. فيعرف أوجيست كونت الأسرة على أنها « الخلية الأولى في جسم المجتمع، وهي النقطة الأولى التي يبدأ منها في التطور (...) وهي أول وسط طبيعي واجتماعي نشأ فيها الفرد وتلقى فيه المكونات الأولى لثقافته ولغته وتراثه الاجتماعي...»².

يتضح من تعريف كونت أن المجتمع يرتكز في وجوده وتطوره على الأسرة باعتبارها الوسط الطبيعي والأول المسؤول عن تلقين الفرد الأسس والمبادئ والقواعد الأساسية التي تساعد على الإنزماج الاجتماعي، ويؤكد هذا المفهوم على ضرورة وجود طفل على الأقل في الأسرة باعتباره مكمل الهيكل البنائي للأسرة إضافة لضرورة توفر المسؤولية والحب بين الأفراد كما أوكل للأسرة مهمة الضبط الاجتماعي والتوجيه.

ويرى كل من أوجبرن وليمكوف أن الأسرة تمثل « رابطة اجتماعية تتألف من زوجين وأطفالهما أو دون أطفال، أو من زوج بمفرده مع أطفال أو من زوجة بمفردها مع أطفالها وقد يمتد أو يتسع نطاق الأسرة ليشمل الأجداد والأحفاد وبعض الأقارب شريطة أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة من الزوجين والأطفال»³.

ركز الباحثان في هذا التعريف على الوحدات البنائية المكونة للأسرة واعتبرا الأسرة نتاج تلك العلاقات التي تتكون من مجموعة أفراد مختلفين (زوج، زوجة، أبناء، أقارب) كما تطرق للحالات

¹ أحمد زايد واعتماد علام : مرجع سابق، ص ص 28 - 34

² مصطفى الخشاب : دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، ص 32

³ محمد بومخولف وآخرين: واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري " القطيعة المستحيلة"، دار الملكية للطباعة والنشر والتوزيع والإعلام، الجزائر، ط1 2008، ص 20.

التي يمكن اعتبارها " أسرة ". ويعرف الباحث " روبرت ماكيفر " الأسرة قائلًا « إن الأسرة جماعة تعرف على أساس العلاقات الجنسية المستمرة على نحو ما يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم »¹.

يتضح من هذا التعريف أن أساس تكوين الأسرة هو بيولوجي جنسي محض، كما أن المجتمعات الغربية تعترف بالأسرة خارج إطار الزواج وهو أحد أشكال الأسرة في هذه المجتمعات.

بينما يعرف كل من " بيرجس " " Burgess " و " لوك " " Loke " الأسرة بأنها « جماعة من الأشخاص يرتبطون معا بروابط الزواج والدم مكونين مسكنا واحدا متفاعلين الكل مع الآخر وفقا لأدوار اجتماعية محددة كزوج وزوجة وكأب وأم وأبناء وأخوات ومحتفظين ومكونين ثقافة مشتركة»².

يؤكد هذا التعريف على اعتبار رابطة الزواج والدم شرطا أساسيا للإعتراف بالأسرة - عكس تعريف ماكيفر - ويعيش أفرادها في مسكن واحد ويتولد بينهم تفاعل وتجمعهم ثقافة مشتركة تتماشى وثقافة المجتمع.

ويعتبر هذا التعريف أشمل من التعاريف السابقة لأنه يؤكد على ضرورة أن تكون العلاقة الجنسية التي تكون الأسرة منظمة ومعتترف بها في إطار ثقافة وأعراف المجتمع، مما يدل على أن المجتمعات الغربية تتضمن شكلين من أشكال الأسرة يتمثل الشكل الأول في علاقة جنسية ينتج عنها الأطفال دون زواج، أين ينسب الأبناء قانونيا للأب البيولوجي أو الأب بالتبني، وتعترف المجتمعات الغربية بهذا النوع من الأسر، في حين يتمثل الشكل الثاني في الأسرة القائمة على أساس الرابطة الزوجية³.

ويعرف عبد المنعم شوقي الأسرة بأنها نسق اجتماعي يقوم على معيشة رجل وامرأة أو أكثر معا في مكان مشترك في إطار علاقة جنسية يقرها الدين والمجتمع مهمتها انجاب الأطفال ورعايتهم

¹ محمد يسري ابراهيم دعيس : التربية الأسرية وتنمية المجتمع (رؤية في أنثروبولوجيا الزواج والأسرة والقرابة)، سلسلة الأسرة التربوية (3)، مصر، 1997، ص 56.

² عبد الخالق محمد عفيفي : مرجع سابق، ص 61

³ ثريا التيجاني : القيم الاجتماعية والتلفزيون في المجتمع الجزائري، دار الهدى، الجزائر، 2011، ص ص 109 - 110

تتولد بينهم علاقات متينة تتسم بالخصوصية والإستمرار لفترة طويلة وترتكز على سلسلة من الحقوق والواجبات (حقوق الزوج والزوجة والأولاد وواجباتهم إزاء بعضهم وإزاء الغير) ¹.

يتسم هذا المفهوم بالشمول والإشباع لأنه قام بتحديد عناصر الأسرة والإطار المكاني الذي يجمع عناصرها، كما حدد وظائف الأسرة من إنجاب ورعاية وتنشئة الأبناء دون أن يهمل العلاقات الإجتماعية القائمة بينهم وتطرق أيضا لآليات الضبط الإجتماعي والمتمثلة في حقوق وواجبات الأفراد تجاه بعضهم البعض وتجاه أفراد المجتمع.

أما محمود حسن فيعرف الأسرة على أنها صورة التجمع الإنساني الأول وهي جماعة أولية بمعنى أنها أساس الإنجاب والتطبيع الإجتماعي، وهي كذلك الأصل الأول عادات التنافس والتعاون التي ترتبط بإشباع الحاجة وإلى الحب والأمن والمركز الإجتماعي ².

ويتضح من هذا التعريف أن محمود حسن يربط مفهوم الأسرة بالوظائف التي تقوم بها كالإنجاب والحب وتحقيق الأمن والمركز والمكانة الإجتماعية لأفرادها...

في حين يشمل مفهوم الأسرة في الإسلام « الأقارب جميعا فهي تشمل الأصول من الآباء والأمهات كالأجداد والجدات، وتشمل أيضا فروع الأبوين (...) وبهذا تعني الأسرة عموما النسب وحواشيه، وأقام الإسلام الأسرة على أساس عواطف الرحمة والمودة وأوجب النفقة على القريب الميسور على قريبه الفقير المحتاج العاجز عن العمل ³.

يعني هذا التعريف أن الأسرة نظام أساسي وبنية مهمة يقوم عليها المجتمع المسلم بإعتبارها اللبنة الأولى لبناء وصلاح المجتمع المسلم، فهي الحوض الدافئ للأطفال في صغرهم والمرتعى للشباب في مراهقتهم، وهي المأوى الآمن للمسنين في شيخوختهم وعجزهم.

أما الأسرة الجزائرية فيعرفها الباحث الجزائري "مصطفى بوتقنوش" في كتابه "العائلة الجزائرية" بأنها عائلة كبيرة تتضمن عدة أسر تحت سقف واحد تسمى بالدار الكبيرة لدى الحضر

¹ سمير حسن منصور وآخرون : الأسرة والسكان من منظور الخدمة الإجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 19

² محمود حسن : الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص 227

³ عبد الحق حميش : رعاية الشيخوخة في الإسلام، دار الأرقم بن أبي الأرقم، الشارقة، 2010، ص 183

وبالخيمة الكبيرة لدى البدو، حيث أن الأبناء والأحفاد لا يتركون الأسرة الأم فيشكلون أسر زواجية صغيرة تابعة للعائلة ويعيشون تحت سقف واحد¹.

إذاً يبرز من هذا التعريف الشكل الأساسي للأسرة في مجتمعنا الجزائري سابقا والمتمثل في الأسرة الممتدة أو العائلة والتي تضم مجموعة أسر نووية والقائمة على الزواج والشرع. نستنتج مما سبق أن ليس هناك تعريف واحد شامل وكامل متفق عليه هذا لأن الأسرة تختلف من مجتمع لآخر وحتى في المجتمع الواحد، وعليه فإن التعريف المقبول والمعترف به يجب أن يرتكز على عدة أسس أهمها ثقافية وبيولوجية وهي خصائص الأسرة وهذا ما يجربنا للحديث عن تطور الأسرة الجزائرية.

أ. الأسرة الجزائرية التقليدية:

يعتبر المجتمع الجزائري جزء من المجتمع العربي الإسلامي، إذ يتشابه معه في العديد من الخصوصيات تتمثل أهمها في البناء والوظائف، غير أنه يتميز بميكانيزمات خاصة في الحياة حيث وصف الدكتور " مصطفى بوتفوشة " بأنه « مجتمع إيديولوجي يتميز بميكانيزمات الحياة، وله سيرورة اجتماعية واقتصادية وسياسية قائمة على نسق من الأفكار والمثل والمعتقدات الخاصة، والتي تفسر من خلالها كل دينامكية وأفعال وقرارات »².

ويتكون المجتمع الجزائري من العائلة، والتي تعد انتاج اجتماعي تعكس صورة المجتمع الذي تتواجد وتتطور فيه، والعائلة الجزائرية هي عائلة تقليدية تحمل عدة تسميات العائلة الممتدة أو الموسعة أو العائلة الكبيرة، والعائلة التقليدية هي العائلة التي « يبقى الإبن (الذكر) عضوا فيها حتى بعد زواجه وانجابه أطفالا، وتسمى هذه الحالة بالعائلة الأبوية وتنتشر كثيرا في المجتمعات الريفية والبدوية »³.

¹ Boutefnouchet Mostapha : la famille algérienne, évolution et caractéristique récents, SNED, 1982, p 38.

² Boutefnouchet mostapha : systeme sociale et changement sociale en algerie, OPU, Alger, sans date, p 11

³ صلاح مصطفى الفوال : علم الاجتماع البدوي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990، ص 187

وتعد العائلة الجزائرية التقليدية عائلة كبيرة أو موسعة تتضمن عدة عائلات زواجية تعيش جماعيا تحت سقف واحد وتتكون هذه العائلة من « الأب والأم والأبناء غير المتزوجين والأبناء المتزوجين وأبنائهم وعدد من الأقارب كالعم والعمة والخال والبنات الأرملة »¹.

كما أكدت شولي كلودين "Chaulet claudine" أن الأسرة في المغرب العربي عرفت ولمراحل طويلة بالعائلة الكبيرة والتي تضم إخوة متضامنين فيما بينهم وتسمى " العايلة " وهو النمط الأسري السائد في المجتمعات المتوسطة القديمة، والعائلة كنمط هي الجماعة التي تتكون من رجل متزوج وأبنائه المتزوجين وزوجاتهم مع الأطفال وأحفادهم المتزوجين أيضا يعيشون كلهم مع بعض في مسكن واحد².

ويعرفها الأستاذ الدكتور "مصطفى بوتنفوشت" بأنها أسرة ممتدة سميت في الحضر "الدار الكبرى" وعند البدو " بالخيمة الكبرى " ويتراوح عدد أفرادها بين 20 و60 شخصا، والقائد الروحي فيها هو الأب أو الجد، يكون النسب فيها ذكوري والإنتماء أبوي وتتميز بالتماسك الداخلي والخارجي³.

إن العائلة الجزائرية التقليدية هي عائلة موسعة حيث يعيش في أحضانها عدة عائلات زواجية تحت سقف واحد " الدار الكبرى " عند الحضر و" الخيمة الكبرى " عند البداوة يستطيع أن يتعايش في هذه الدار الكبيرة بين 20 و60 شخصا وثلاثة إلى أربعة أجيال وتعمل هذه الدار على التماسك الأسري كما توفر الأمان والمحافظة على الأقارب في وضعية تجمع وتعاون دائم، كما تجد كأسرة زواجية أو مجموعة عمرية مكانتها في هذه الدار الكبيرة، بما يتماشى وقواعد العلاقات العائلية⁴.

كما أن العائلة الجزائرية هي بطريقة الأب فيها الجد وهو القائد الروحي للجماعة العائلية أين لا يسمح للنساء بحضور مجالس الرجال أو حتى تبادل حديث النقاش مع زوجاتهم أو حتى الأخذ بأقوالهن وإن فعلوا ذلك فسيصيب المجتمع تصرفهم وينبذهم لأن الزوج هو الذي يملك مطلق

¹ سناء الخولي : الزواج والعلاقات الأسرية، مرجع سابق، ص 19

² Chaulet claudine : La terre ،les frère et L' argent ,tome 1 ،OPU ،Alger ،1987 ،P205

³ مصطفى بوتنفوشت : مرجع سابق، ص 19

⁴ نفس المرجع ، ص 40

الصلاحية في التصرف في أبنائه وزوجته فهو إذن مسؤول اجتماعيا أمام الجماعة « فالفرد في العائلة التقليدية عضو في عائلته أكثر منه فرد مستقل»¹.

في حين تتمتع الزوجة بسلطة أقل « نظرا لموقعها كإمرأة وإلى انتمائها سلف غير سلف العائلة وكذلك نظرا لمرتبتها الاجتماعية الضعيفة مقارنة بمرتبة الأب »².

لكن يمكن أن تعزز سلطة المرأة عند انجابها للذكور، فالإناث في الأسرة الجزائرية مكانتهن أدنى من مكانة الذكور، حيث يستقبل ميلاد الذكور بالفرحة والبهجة مقارنة من ميلاد البنت لكونه يحافظ على اسم العائلة وممتلكاتها، ويمثل مصدرا اقتصاديا، فيرى الأب في الذكر رفيقه في الحياة والعمل وخليفته ووصيا على أمه وإخوته بعد مماته (وفاته)³، إلا أن «مكانة المرأة الاجتماعية لا تتوقف على انجاب الذكور فقط بل عندما تنتهي من تربية أبنائها وتصبح جدة »⁴.

إن الصفة المتأصلة في العلاقات الاجتماعية داخل العائلة الجزائرية هي الوحدة والتماسك خاصة وأن العلاقات التي تربط بين أعضاء هذه العائلة قائمة على التعاون والمودة والتضحية والإلتزام غير المحدود والولاء للعائلة، هذا ما كان يمنح لأعضاء العائلة الشعور بالإطمئنان والإستقرار وعدم القلق حيال الأزمة، كما كانت تتميز العلاقات بدرجة عالية من الإحترام ونكران الذاتية والفردانية وتشجيع وتدعيم القيم والممارسات الجماعية. كما قد تختلف العلاقات العائلية باختلاف الأفراد والجنس « فالأم لها نفوذ أكبر في السنين الأولى لولدها، ومن ثم فهي تحتفظ بعلاقات مميزة يمكن أن تصل إلى حد المكاشفة بالأسرار الخاصة عندما لا يستطيع الابن مكاشفة أبيه، وتصبح الأم الوسيط بينهما »⁵. في حين تكون علاقة الآباء بالأبناء علاقة صارمة وجدية يطغى عليها الإحترام والتقدير، إذ يطيع الابن أباه ويرضخ لأوامره وفي المقابل يحمي الأب ابنه ويقوم بتوجيهه.

¹ حليم بركات : المجتمع العربي المعاصر بحث استطلاعي اجتماعي ، مركز دراسات الوحدة العربية، ط6، 1986، ص 175

² مصطفى بوتنفوشت : العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 66

³ Bourdieu Pierre : sociologie de L'algerie ،PUF ،Paris ،1987 ،P 15

⁴ Vandeveld Helene : Participation de la femme dans la vie politique et social depuis l'indépendance ،DE.S.E.S .science sociale et politique، Alger، 1960 ،PP 19-36 .

⁵ مصطفى بوتنفوشت : مرجع سابق، ص 256

تختلف علاقات الأبناء فيما بينهم هي الأخرى من فترة عمرية لأخرى، إذ تتميز عند الصغر بالممازحة واللعب في حين تتغير هذه العلاقة بتغير العمر، حيث يحترم الصغير في السن الكبير، وتصل البنات عن الذكور لأن المهام الموكلة لكليهما مختلفة وبالتالي ستكون قواعد وأصول التربية هي الأخرى مختلفة حسب تقسيم العمل داخل الأسرة، والذي يقوم أساسا على الجنس، فتتم عملية تنشئة الطفل "الرجل" على أنه المسؤول اقتصاديا واجتماعيا على العائلة فيوجه للعمل الزراعي رفقة أبيه «لأن عمل الرجل يندرج في إطار الملكية الخاصة للأرض والمشاركة بين كل رجال الدار الكبيرة، لكن تحت تسيير كبير العائلة صاحب السلطة المطلقة»¹. في حين توجه البنت للأهتمام بالواجبات المنزلية وتنشئتها على أن وظيفتها ستتحصر في انجاب الأطفال ورعايتهم والقيام بالأعمال المنزلية من غسل وطهي والإهتمام بالزوج والعمل على راحته خاصة وأن العائلة الجزائرية كانت تمتاز بالزواج المبكر وداخل الدائرة القرابية (خاصة ابن العم)، ولم يكن ينظر للزواج في العائلة التقليدية على أنه بين شخصين وإنما طريقة لإعادة انتاج العائلة واستمراريتها عن طريق الولادات والإنجاب وفي بعض الأحيان كانت المرأة تخرج للأعانة في الزرع أو الحرث أو جني التمور أو تربية الحيوانات، وفي ظل هذه السلسلة من الأعباء تبقى المرأة مجردة من حق إدارة وتسيير المنزل في أبسط قراراته إلى أن تتم نسلها فتصبح جدة فتفرض احترامها.

وهذا ما أشار إليه فرانتز فانون «لم تكن للفتاة الفرصة لكي تنمي شخصيتها ولا لأن تأخذ المبارات والقرارات، فهي تتبنى قيم المجتمع التي تصنف الأنثى في مرتبة متدنية بالنسبة للذكر، فينظر للمرأة على أنها قاصرا وبالتالي تستوجب دائما مسؤولية الرجل على المرأة»². وتجدر الإشارة إلى أن العائلة الجزائرية لم تبقى على حالها، فلقد عرفت تغييرا في شكلها وحجمها وحتى وظائفها خاصة بدخول الإستعمار الفرنسي الذي هز كيانه وجردها من حقوقها وممتلكاتها، هذا ما انعكس على بنينها وأسسها لهذا سنتحدث عن مرحلة انقسام العائلة.

¹ Boutenfouchet mostapha : systeme sociale et changement sociale en algerie, opcit, p 37.

² Frantz fanon : Sociologie d'une révolution, Maspero, paris, 1972, pp 90-91

ب. مرحلة انقسام العائلة أو العائلة المتحولة:

لقد عرف المجتمع الفرنسي خلال الإستعمار الفرنسي تهديم كل البنى الإقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية بهدف محو وتحطيم معالم الشخصية الجزائرية لفرض قيم وثقافة المستعمر ولقد كان لهذا الطمس الأثر الكبير على العائلات الجزائرية على مستوى البناء والعلاقات بين أفرادها « فبعد أن صادر المستعمر كل الأراضي الفلاحية الجزائرية اضطر الجزائريين للعمل في الأراضي الزراعية الشاسعة التي كانت غالبا ملكا للمعمرين الذين كانوا يفضلون قوة عمل الجزائريين لأنها الأرخص في سوق العمل »¹، هذا ما أدى إلى هدم البناء الزراعي الجماعي، وبالتالي تفكك الوحدة الإقتصادية العائلية نتج عن ذلك الفقر والبطالة ما دفع بأفراد العائلة للبحث عن العمل في المناطق المجاورة أو الهجرة إلى المدن للعمل في المصانع أو الهجرة لخارج الوطن، لتأمين العيش لعائلاتهم « فنتج عن سياسة الإستيطان في الريف الجزائري هجرة داخلية وخارجية، لجأ إليها الفلاحون بحثا عن أسباب العيش بعد انتزاع أراضيهم ونقل ملكيتها إلى الأوروبيين »²، نتج عن هذه الوضعية تحول في نظام العائلة عن السلطة الأبوية التقليدية.

لم يكتف المستعمر بتفكيك البنية الإقتصادية للعائلة بل تعدى ذلك ليصل إلى البنية الاجتماعية، فبعد أن كانت العائلة تحافظ على مواقف وسلوكات أفرادها تغير دورها ليتحول إلى مدرسة تحاول أن تعيد انتاج القيم لمحاربة المستعمر الفرنسي الذي كان يهدف لمحو معالم الشخصية الجزائرية، هذا ما جعل العائلة الجزائرية تتحد وتتأزر أكثر، ومع ارتفاع وتزايد الضغوطات على الجزائريين التحق أغلب الرجال سواء كاوا أزواجا أو آباء بالحرب التحريرية للدفاع عن أراضيهم وهنا أوكلت مهمة تسيير وإدارة المنزل للأم أو الجدة (إن وجدت) مما أدى إلى تغيير في أدوار الأسرة، وفي البنى الاجتماعية التي عهدتها العائلة الجزائرية، حيث أصبحت الأدوار بين الزوجين متكاملة ومتداخلة فيما بينها خاصة بعد أن حتمت الضرورة تواجد المرأة في الجبال بجانب الرجال لصد المقاومة الفرنسية، وفي غياب الرجل توكل للمرأة العديد من المسؤوليات، فبالإضافة لوظيفتها البيولوجية التي فطرت عليها أصبحت مطالبة بكسب معاش

¹ عبد اللطيف بن أشنهو: تكون التخلف في الجزائر، تر: نخبة من الأساتذة، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1979، ص133.

² محمد السويدي: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 86.

عائلتها التي فقدت أفرادها الذكور (الأب، الزوج، الأخ) في الحرب أو التحقوا بصفوف الجيش فعملت في مصانع المعمرين وفي بيوتهم لإعالة أفراد أسرتها.

وهذا ما أكده فرانتز فانون قائلا « لقد أثرت الحرب التحريرية بعمق على العلاقات الأسرية، فبعد أن كانت الأسرة وحدة قوية ومتماسكة تحطمت وتغيرت شخصية كل عضو من العائلة وبالتالي قل ارتباطهم بالعادات والقيم التي عهدوها»¹.

بعد أن كان الأب هو المسؤول الأول عن مختلف شؤون الأسرة بما فيها مصير أبنائه يضطر للتخلي عن هذه الوظيفة عندما يتعلق الأمر بالروح النضالية، وتظهر أهم معالم تغير العائلة الجزائرية في فترة الإستعمار في تغيير الأدوار والعلاقات حيث عرفت علاقة الأب بالبنات تغييرا جذريا نتيجة عملها جنبا إلى جنب مع الرجل في حرب التحرير وأصبحت مثلا يقتدى به ويحكي التاريخ عن انتصاراتها وبطولاتها الهامة « في هذه المرحلة يتخلى الأب عن قيمه القديمة ويتبنى قيم أخرى جديدة »².

ولقد أدى تشديد الحصار على الفدائيين إلى اندماج المرأة في مقاومتهم الفردية حيث كانت المرأة تنفذ هذه المهمات وهي مرتدية "الحايك"، مما جعل المستعمر يتنبه لها فغيرت المرأة لباسها بلباس مشابه للباس الفرنسيات وبالتالي أثرت هذه الظروف على ثقافة الأفراد، فلم يعد الأب أو الأخ أو الزوج ينزعج من هذا اللباس رغم قدوسية "الحايك" في الثقافة الجزائرية والتي حاولت وجندت السلطات الفرنسية كل وسائل الإعلام لضرب الحايك باعتباره يشكل نواة أساسية ومهمة في الثقافة التقليدية لهذا يقول فرانتز فانون «نظرا للمكانة الحساسة التي تحتلها المرأة الجزائرية اتخذت السلطات الإستعمارية إجراءات لتجريد المرأة الجزائرية من الحايك بغرض ضرب قيم المجتمع من نواته»³.

وهكذا فلقد أثرت الثورة التحريرية كثيرا على العائلة الجزائرية من حيث إعادة توزيع الأدوار والمكانات الاجتماعية بين الأفراد، حيث يتأثر الأفراد بوسطهم الاجتماعي، وهذا ما يؤثر على القيم وإعادة إنتاجها، فالعائلة الجزائرية التقليدية تتجه نحو الإندثار منذ الإستقلال «وبدأت تتشكل

¹ Frantz fanon : opcit , p 83

² I bid , p 88

³ I bid , p 19

بوضوح أسرة جزائرية تجمع بين خصائص العائلة التقليدية والأسرة الحديثة وهذا على مستوى الجيل الأول والثاني من النازحين، أما الجيل الثالث ففي الغالب يتجه نحو الأسرة الحضرية (الزواجية)¹. عرف المجتمع الجزائري بعد الإستقلال عدة تغيرات في الوضعية الاجتماعية والهيكل الأسري ونوعية المسكن، وتغير المركز الاجتماعي للمرأة وزيادة الولادات مما أدى إلى الانفجار الديمغرافي والهجرة من الريف إلى المدينة وبالتالي تغير شكل ونمط الأسرة الجزائرية وهذا ما أكده محمد السويدي « تحولت العائلة الجزائرية التقليدية من نموذج اجتماعي واقتصادي إنتاجي جماعي يقوم بالدرجة الأولى على علاقات القرابة، ويعتمد على الإنتاج الزراعي والحيواني إلى نموذج اجتماعي واقتصادي استهلاكي فردي يعتمد على الإقتصاد الصناعي والتجاري تحكمه عوامل العمل المأجور في الزمان والمكان »² وهو ما يعرف بالأسرة النووية الحديثة.

ج. مرحلة ظهور الأسرة الزواجية أو الأسرة النووية الحديثة:

لقد خرجت الجزائر من الحرب التحريرية محطة جراء الخسائر المادية والبشرية وحتى المعنوية، فقررت إعادة البناء والتعمير وسطرت برامج ومخططات تنموية عديدة للنهوض الإقتصادي والاجتماعي، فتبنت كبدية السياسة الصناعية فأنشأت مصانع ومعامل عديدة في المدن الجزائرية الكبيرة، وبدأت تبحث عن اليد العاملة لتشيد ودعم هذه الإنطلاقة الإقتصادية الجديدة حيث جلبت اليد العاملة الريفية بكثرة، فنزحت هذه الأخيرة إلى المدن باحثة عن العمل ونظرا لنقص وسائل النقل فعادة ما كان يأتي رب العائلة بصحبة أسرته، وهنا بدأ يظهر الانقسام الشكلي للعائلة الجزائرية الممتدة أو ما يسمى بالإنفجار العائلي، وأدى هذا الإنقسام إلى ظهور نمط اتصال جديد فرغم استقلاليتها و ربما بعد مسكن العائلة الصغيرة إلا أنها تبقى تابعة للعائلة الممتدة من خلال المناسبات، ولكن " لا يتجاوز تواتر العلاقات ما بين العائلة المناسبات الكبرى: حفلات دينية، زواج، ولادة، وفاة، مرض خطير، ولا يتجاوز نوعية هذه العلاقات البروتوكول العائلي.."³

أدى نزوح العائلة الجزائرية من الريف إلى المدينة إلى حدوث تغيرات اقتصادية واجتماعية تمثل التغيير البنوي الإقتصادي في تحول العائلة من النشاط الفلاحي إلى العمل المأجور، أما على

¹ محمد السويدي : مرجع سابق، ص 89

² محمد السويدي : مرجع سابق، ص 89

³ مصطفى بوتقنوش: مرجع سابق، ص 273.

مستوى البنية الاجتماعية فقد أدى هذا التحول إلى ظهور نمط أسري جديد هو الأسرة النووية أو النواة أو البسيطة « أو ما يطلق عليها بعض الباحثين الأسرة الزوجية والتي تتألف من الزوج والزوجة والأبناء القصر»¹

ونتيجة للتغيرات التي حدثت بالمجتمع ظهرت مفاهيم جديدة لها تأثير على بنية الأسرة الجزائرية الحديثة « فالجماعة انفصلت بقوة عن القاعدة الأساسية لحياتها الدائمة ألا وهي الأرض وكذلك عن نطاقها الاقتصادي السابق، وهذا الفصل جعلها تفقد منطق نظامها الأسري والاجتماعي العادي»².

لقد أدت التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها الأسرة الجزائرية إلى إنتاج علاقات جديدة بين أفرادها فعلاقة الأب بأفراد أسرته عرفت تغيرا بحيث أصبح يطغى عليها التفاهم والعدالة بدلا من التسلط والتجبر، وهذا ما أكده الدكتور " مصطفى بوتفوشة " قائلا تحول الأب « من رئيس تسلطي إلى رئيس ديمقراطي مدفوع من نفس الوقت من الأحداث الاقتصادية والاجتماعية (...) الخارجة عن عائلته»³. ويمكن أن نفسر هذا التغير الذي حدث على الأب الذي لازال يحتل منزلة رئيس ومسير الأسرة لكن دون عنف وتسلط بتظافر عدة عوامل « بعضها اجتماعي كارتفاع المستوى التعليمي للأفراد، وبعضها بسبب، التصنيع وبالتالي بعد العمل عن مكان السكان فتح الأبواب للعمل النسوي وتطلعها إلى دور أكثر فعالية في أسرته»⁴.

لقد أثر هذا التغير على تغير أدوار الأزواج حيث أصبح كليهما يمارس أدوارا اجتماعية غالبا ما تكون متساوية إذ يتحملان مسؤولية إدارة الأعمال الأسرية والعمل على تأمين حياة ورفاهية الأبناء، إلا أن المرأة تتفرد غالبا بالجانب العاطفي الذي توفره لأفراد الأسرة والمتمثل في الرعاية الكاملة والحنان اللازم الذي يتلقاه الأبناء منذ صغرهم⁵.

إن تعرضت الأسرة الجزائرية من خلال مراحل تطورها من النمط التقليدي إلى النمط النووي إلى تغير تدريجي للقيم والعادات والتقاليد والتي تعتبر ركيزة وحدة الجماعة الأسرية وتماسكها نتج

¹ نبيل محمد توفيق السمالوطي : الدين والبناء العائلي ، دار الشروق، جدة، ط1، 1981، ص ص 121 -122

² Boutefnouchet Mostapha : la famille algérienne, évolution et caractéristique récents ، opcit p 38.

³ مصطفى بوتفوشة : مرجع سابق، ص 256

⁴ سناء الخولي : الأسرة والحياة العائلية، مرجع سابق، ص 94

⁵ نادية بلحاج : المرأة والوضع الأسري، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 1997، ص 21

عنه تغير في نظام السلطة والعلاقات والمكانات والأدوار داخل الأسرة الجزائرية مما قد يؤثر في مكانة المسن داخل هذه الأسرة.

المطلب الثاني: مظاهر التغير على الأسرة الجزائرية:

انعكست التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الشاملة التي شهدتها المجتمع الحديث على الأسرة الجزائرية فأحدثت تغييرات جذرية مهمة باعتبارها أهم مؤسسة تتفاعل بها كل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية فأى تغير في جزء من النسق يؤدي إلى تغيرات في الأجزاء الأخرى ولعل أبرز هذه التغيرات يمكن اختصارها في الجوانب التالية:

1- التغيرات في بناء الأسرة:

لقد تبين أن الأسرة الممتدة لم تعد الشكل التقليدي المميز للأسرة العربية والجزائرية في الوقت الحاضر، خاصة في المدن الكبرى أين بدأت تنتشر الأسرة النواة أو الزوجية، وهذا لا يعني أن النسق الأسري أصابه خلا ما، وإنما ذلك راجع لمحاولة الأسرة تحقيق التكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية العديدة التي حدثت ومازالت تحدث في النسق الاجتماعي العام تتمثل أهمها في:

- تغير حجم الأسرة:

تميل أغلب العائلات الجزائرية في الوقت الحالي إلى تحديد عدد أطفالها خاصة بين الفئات التي حصلت على درجة معينة من التعليم وهذا ما توضحه معطيات الجدول الموالي والذي يمثل مستويات الخصوبة العامة حسب المستوى التعليمي للمرأة والمسوحات إلى غاية 2002

الجدول رقم 9: يمثل مستويات الخصوبة العامة حسب المستوى التعليمي للمرأة

السنوات				المستوى التعليمي
2002	1992	1986	1970	
5.0	5.7	7.3	8.1	أمي
2.8	3.1	4.9	6.3	ابتدائي
1.8	1.9	3.3	3.5	ثانوي فأكثر
3.9	4.7	6.11	7.5	المجموع

Source: Nadia attout, et autres: " Education, Fécondité et nuptualité " CENEAP, 2001, p 33.

يتبين وبوضوح تأثير المستوى التعليمي للمرأة على انخفاض مستوى الخصوبة العامة حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفض عدد المواليد مثلا في 2002 من خمسة بالنسبة للمرأة الأمية ليقدّر ب 1.8 بالنسبة للمرأة ذات المستوى التعليمي الثانوي فأكثر، ويرجع هذا إلى أن طول سنوات التعليم يؤجل زواج المرأة وبالتالي تقلص مدة تعرضها للعمل أو ما يسمى بتقلص مدة الساعة البيولوجية مما يحدد عدد الأطفال وبالتالي إلى تقلص حجم الأسرة هذا من جهة ومن جهة أخرى يؤهلها مستواها التعليمي المرتفع إلى امكانية الإطلاع والإستخدام الموفق لوسائل تنظيم النسل دون أن نهمل عامل الخروج للعمل أو التحاق بعالم الشغل مما يجعل المرأة تجمع بين دورها البيولوجي كأم ودورها المهني كعامله خارج البيت فتفضل انجاب عدد قليل من الأطفال لإمكانية الإعتماد بهم وتربيتهم وتعليمهم وتأمين لهم مستوى معيشي لائق، عموما هناك عدة عوامل أدت إلى تغيير حجم الأسرة والتي يمكن أن نلخص أهمها في:

- التحول من النظام الزراعي إلى النظام الصناعي أنقص من القيم الإقتصادية للأولاد إذ لم يعد الطفل مصدرا للدخل كما كان في المجتمع الزراعي، وإنما على العكس أصبح يشكل عبئا ماديا على والديه.

- أدى ارتفاع الأسعار مقابل ثبات مصادر الدخل إلى التفكير في عدد أولادهم لكي يتمكنوا من الإنفاق عليهم.

- رغبة كل أسرة خاصة الفئات التي تقطن في المناطق الحضرية في تأمين مستوى معيشي مرتفع يتجلى في توفير الرعاية الصحية والتعليم والملبس والمأكل والمأوى...

- ساهمت وسائل الإعلام في جعل موضوع تنظيم النسل يحتل مكانة وأهمية لا بأس بها بين الناس.¹

- لقد تبين أن عدد الأطفال في الأسرة يتناقص كلما تدرجنا من الأسرة الريفية إلى الأسرة الحضرية.

- وهناك مظهرا آخر تتميز به الأسرة وهو كلما ارتفع الدخل نقص عدد الأطفال وكلما انخفض الدخل زاد أو ارتفع عدد الأطفال، ومرد ذلك إلى رغبة الفئات العليا أو أصحاب المداخل المرتفعة

¹ سناء الخولي : الأسرة في عالم متغير . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2011. ص ص 144 - 145

في تأمين مستوى معيشي لائق يتضمن التعليم والصحة والمأكل... أما الإتجاه الثاني فعادة ما يكون ميزة الأسرة الريفية تعتقد أن تحديد عدد الأطفال أمر محرم وهو تدخل في مشيئة الخالق كما أن هذه الفئة لا تولي أهمية لمصاريف ونفقات الأبناء لأنها كثيرا ما كانت تلحقهم بالعمل في الحقول أو بالخدمة في المنازل في سن جد مبكرة وبهذا فهو سينكفل بمصاريفه ويساعد في نفقات الأسرة أيضا.¹

2- تغير وظائف الأسرة:

كانت الأسرة الجزائرية قديما تؤمن كل الوظائف التي يحتاج إليها أفراد الأسرة في حياتهم اليومية بما في ذلك توفير ضروريات الحياة كالمأكل والملبس والأمن، كما كانت تعمل على غرس القيم الأخلاقية والدينية بغية التنشئة السوية للأفراد، ولكن تراجعت بعض وظائف الأسرة الجزائرية الحديثة في الآونة الأخيرة نتيجة التغير الاجتماعي والتحضر وظهور المدن ومؤسسات أخرى تقاسم الأسرة وظائفها وهذا ما أكدته فادية الجولاني قائلة « وظلت الأسرة متحفظة بوظائفها إلى غاية ظهور المدن وتكوين الكيانات السياسية بالمدينة والتي بدأت تنتزع من الأسرة بعض وظائفها وتضعها في يد هيئات خارجية »².

- الوظيفة البيولوجية:

« إن الوظيفة الأولى للأسرة هي تنظيم الطاقة الجنسية التي خلقت في الإنسان فقد شرع الزواج والأسرة ليكون الزواج أداة وتكون الأسرة وعاءا شرعيا نظيفا ودائما ومستقرا لإستقبال هذه الطاقة وتوظيفها في المحل الصحيح وتوجيهها الوجهة السليمة »³.

أصبحت الأسرة الجزائرية المعاصرة تميل إلى تنظيم نسلها نتيجة تظافر عدة عدة عوامل أهمها تلاشي الأسرة التقليدية التي كانت تحبذ كثرة الإنجاب والتناسل لأنها تعتمد على العمل الزراعي في كسب معيشتهم والذي يتطلب يد عاملة كثيرة من جهة أخرى فهم يؤمنون بأن تنظيم النسل هو معارضة لإرادة الله سبحانه وتعالى.

¹ نفس المرجع . ص 146

² فادية عمر الجولاني : الأسرة العربية، تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغير اتجاهات الأجيال، المكتبة المصرية، الإسكندرية، 2004، ص 73.

³ غريب سيد أحمد وآخرون : دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص 92

كما أن الهجرة من الريف إلى المدن وانتشار البطالة وبالتالي انخفاض المستوى المعيشي للأسرة وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة والتحاقها بسوق العمل أدى إلى قناعة واقبال الزوجين إلى تنظيم النسل بغية تأمين مستوى معيشي جيد فارتفع استعمال النساء لوسائل منع الحمل وهذا ما تؤكدته الإحصائيات الرسمية « ارتفعت في الجزائر نسبة المستعملات لوسائل منع الحمل من تحقيق لآخر عند مختلف الفئات العمرية حيث انتقلت نسبتهم من 7.6% سنة 1968 إلى 57.1% سنة 2012 - 2013 »¹.

- الوظيفة الاقتصادية:

كانت الأسرة في القديم هيئة اقتصادية تقوم بإنتاج ما تحتاج إليه وتشرف على شؤون التوزيع والإستهلاك والإستبدال الداخلي، أي أنها كانت تمثل جميع الهيئات الاقتصادية المتمثلة حاليا في المصارف والمصانع والشركات². لكن بعد موجة التغيرات الاجتماعية والعلمية والتكنولوجية والتي أثرت على طابع الحياة الاجتماعية التقليدية تأثرت هذه الأخيرة ببعض خصائص الحياة الحضرية بدرجات متفاوتة أين زاد اعتمادها اقتصاديا على الخارج سواء في متطلباتها المعيشية أو تسويق منتجاتها³ فتحوّلت الوظيفة الاقتصادية للأسرة الجزائرية من وظيفة إنتاج إلى وظيفة استهلاك فانتشرت الأسواق التجارية وأصبحت ملجأ الكثير من الأسر لتأمين احتياجاتهم المعيشية ك شراء الخبز والمأكولات الجاهزة وانتشار المطاعم والأكلات السريعة.

وتجدر الإشارة إلى دور المرأة في تغير الوظيفة الاقتصادية بعد ولوجها عالم الشغل ومساهمتها إلى جانب الرجل في مصاريف ونفقات الأسرة بعد أن كانت تابعة اقتصاديا للرجل أصبحت اليوم تسلم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة إلى جانب الرجل.

- الوظيفة التربوية والتعليمية:

تتمثل الوظيفة الحقيقية للأسرة في بناء وتكوين الشخصية الثقافية والاجتماعية للفرد في إطار جماعة تجمع بينهم مشاعر الحب والألفة والصرامة والجدية ويتم ذلك من خلال التنشئة الاجتماعية والتي كانت من مهام الأسرة الجزائرية التقليدية القائمة على نظام القرابة حيث كانت تتكاتف كل

¹ عميرة جوييدة : إحصاءات السكان في الجزائر ، عالم الأفكار ، دون بلد النشر ، ط1 ، 2007 ، ص 157

² غريب سيد احمد وآخرون : مرجع سابق ، ص 29

³ محمد يسري ابراهيم دعيس : التربية الأسرية وتنمية المجتمع ، مرجع سابق ، ص 60

الجهود في عملية التربية والتنشئة وتلقين مبادئ وقيم المجتمع والتي لا يجوز اختراقها كالأعمام والأجداد وحتى الجيران إذ كانت « التنشئة الاجتماعية تقع مسؤوليتها برمتها على عاتق الأسرة الممتدة حتى سن النضج تقريبا، لكن التغير الذي أصاب الأسرة بنائيا ووظيفيا نقل جوانب عديدة من التنشئة الاجتماعية إلى مؤسسات أخرى خارج المنزل كالمدارس والنوادي ودور السياما كما أن اشتغال المرأة وتركها مسؤولية رعاية الطفل لغيرها يؤدي إلى مفارقات عديدة في هذا الميدان إلى جانب تناقص دور الأب حتى في كثير من الأسر التي تكون فيها الزوجة عاملة فإنها تنقل إلى الأطفال تصوراتها وأذواقها وقيمتها»¹.

كما نلاحظ أن وظيفتا التنشئة الاجتماعية والتعليم لم تصبعا من اختصاص الأسرة وحدها لكن أصبحت مساهمت الدولة واضحة من خلال فتح المدارس في كل المستويات والمناطق وسن القوانين تفرض الزامية واجبارية التعليم على جميع الأطفال في سن التمدرس بالمجتمع.

- الوظيفة الدينية:

كانت الأسرة في العصور القديمة وحدة دينية تعتمد في حياتها على الدين فهي « التي كانت تصنع قواعد الدين وتفصل أحكامه وتوضح مناهجه وتقوم بحراسته، وهي التي كانت تسن النظم الخلقية وتميز الخير من الشر والفضيلة من الرذيلة وترسم مقاييس الأخلاق»².

وظلت الأسر بما فيها الأسرة الجزائرية محتفظة بهذه الوظيفة إلى أن انتزع المجتمع العام من الأسرة هذه الوظيفة الدينية وألحقها بهيئات مختصة ومستقلة عن الأسرة للإشراف عليها وإدارة شؤونها تشرع وتقدم الفتاوى للأمة جمعاء.

- الوظيفة النفسية والعاطفية:

تعني الوظيفة العاطفية التفاعل العميق بين الزوجين وبين الآباء والأبناء في منزل مستقل مما يخلف وحدة أولية صغيرة تكون المصدر الأساسي للإشباع العاطفي لجميع أفراد الأسرة³.

¹ سناء الخولي : الأسرة في عالم متغير، مرجع سابق، ص 168

² علي عبد الواحد وافي: الأسرة والمجتمع، دار نهضة مصر للطباعة والنشر، القاهرة، ط8، دون تاريخ، ص 17

³ سناء الخولي : الأسرة والحياة العائلية، مرجع سابق، ص 62

لكن نلاحظ مؤخرا نتيجة التغير الاجتماعي والتحضر والإستهلاك اللاعقلاني لمواقع التواصل الاجتماعي تصدع البناء الأسري بسبب الغزو الثقافي والتقليد الأعمى للمجتمعات الغربية مما يخلق صراع ونقاش بين الأبناء والآباء أي بين المؤيدين والمريين المعارضين.

3- تغير العلاقات الأسرية:

إن بناء العلاقات المتينة بين الأفراد يعيشون معا لمدة طويلة يتطلب توفر أو وجود نوع من الإلتزامات تتمحور حول الحقوق والواجبات لضمان التماسك والصلابة والإستقرار، ودون شك فقد أثرت التغيرات الاجتماعية والتكنولوجية التي عرفها المجتمع في السنوات الأخيرة على نوعية العلاقات الأسرية كعلاقة الزوج بالزوجة وعلاقة الأولياء بالأبناء.

- العلاقة بين الزوجين:

ترتكز العلاقة بين الزوج والزوجة على أسس معينة، ففي العائلة التقليدية تخضع علاقة الزوج بزوجه لمبدأ " البرودة واللامبالاة " والإستخفاف بأرائها وعدم الإنصات لها، وتتحصر مهام الزوجة في خدمة الزوج بإخلاص واحترامه ولا تعارضه بمعنى أن تتقبل كل سلوكاته نحوها دون مناقشة أو معارضة.

لقد كانت العلاقات الداخلية في الأسرة العربية قبل التغير ضعيفة إذ كان الزوج نادرا ما يكون العلاقات الحميمة مع زوجته ونادرا ما يمكث في البيت أما علاقة الأبوين فكانت هامشية وضعيفة نتيجة العلاقات السلطوية القائمة بين الأب والأبناء، وبين الأم والبنات¹.

كما كان يجب على الزوجين إخفاء ميلهما لبعضهما البعض لأن من الأمور التي تحط من قيمة وهبة الرجل في العائلة التقليدية هو نفوذ وسيطرة الزوجة عليه².

» يتمثل الجديد في العلاقات بين الجنسين داخل العائلة الجزائرية في نشوء حوار أكثر إذ كانت المرأة في الماضي لا تدلي برأيها أمام زوجها إلا في المساء في الغرفة الزوجية³ لأن المرأة في الأوساط الريفية تابعة اقتصاديا للزوج هذا إضافة إلى التقاليد المتوارثة والمتعارف عليها في هذه الفئات مما يجعل من رئاسة الرجل المطلقة للأسرة أمرا منطقيا ومقبولا خلاف ذلك، فالعلاقة بين

¹ حسام محمد الحسن : علم اجتماع العائلة ، دار وائل، عمان، ط1، 2005، ص 257

² محمد عاطف غيث : التغير الاجتماعي في المجتمع القروي ، دار النهضة العربية ، بيروت، ط1، دون تاريخ نشر، ص 234

³ مصطفى بوتنفوشت : مرجع سابق، ص 274

الزوجين في الأوساط الحضرية مسها التغيير فأصبح الزوج لا يمانع بمشاركة زوجته له في رئاسة الأسرة حتى ولو كانت المرأة مأكثة في البيت، هذا بسبب تغير نظرتهم للحياة ارتقاء مستواهم العلمي والثقافي إضافة إلى أن أغلب النساء هن عاملات ويشاركن مشاركة ايجابية في نفقات المنزل¹.

لقد سمحت البنية المنزلية للعائلة كذلك بحدوث تطور في الحوار بين الجنسين فبعدما كانت الوجبات الغذائية تتناول على حدى في العائلة التقليدية أي الرجال من جهتهم بالدرجة الأولى، والنساء والأطفال من جهتهم الخاصة بالدرجة الثانية فإن الوجبات تؤخذ في العائلة المعاصرة جماعيا، فكل من الرجل وزوجته وأبنائه يجتمعون حول المائدة عند كل وجبة².

- علاقة الوالدين بالأبناء :

كان يحتل الأب في الأوساط الريفية (حيث نمط الأسرة الممتدة) مكانة هام واحترام تام لدرجة منع مناقشة أو معارضة قراراته، وقد استمد هذه المكانة من الدور الإقتصادي الموكل له، ومن خصائص العائلة الجزائرية آنذاك والتي كانت تمتاز بالطابع الأبوي، فالأب هو الذي يتولى شؤون العائلة ويسهر على وحدتها وتماسكها وتسيير خيراتها، وهذا من خصوصيات الأسر العربية الإسلامية والتي تمنح الرجل مركز السلطة والاحترام والتنفيذ والانتساب وعلى الزوجة والأبناء الطاعة³.

ويعوض الابن الأكبر أباه في حالة غيابه لكن دون التمتع بنفس السلطة التي يمتاز بها رجال العائلة كالجد أو الخال أو العم إلى غاية وصوله إلى مرحلة الشيخوخة فيجب على الابن احترام أبيه ويخضع لأوامره وإرادته ولا يبدي برأيه حتى في أموره الخاصة والشخصية، فلأب حرية اختيار الزوجة لابنه كما له حرية تطليقها، ويبقى الابن تابعا اقتصاديا لوالده حتى بعد زواجه وذلك من خلال العمل معه في الفلاحة أو بالحرف أو بالصناعة في المدن لأن مصدر رزق العائلة هو

¹ سناء الخولي : الأسرة في عالم متغير، مرجع سابق، ص 152

² مصطفى بوتنفوش : مرجع سابق، ص 274 - 275

³ حليم بركات : النظام الاجتماعي وعلاقته بمشكلة المرأة العربية، مركز الوحدة العربية، بيروت، ط1، 1982، ص 64

ملكية مشتركة باعتبار الأسرة تمثل في هذا النمط الأسري وحدة انتاج واستهلاك في نفس الوقت، حيث تستهلك ما تنتجه بنفسها في إطار "التوزيع" أي التعاون بين مختلف العائلات¹ في حين إكتسب الإبن في الأوساط الحضرية سلوكات جديدة أراد من خلالها أن يثبت وجوده ويطالب بمسؤولياته وجديته وكان ذلك نتيجة دراسته في الثانوية ثم في الجامعة والتي ستسمح له بالحصول على مهنة تخلصه من التبعية الاقتصادية الأبوية².

فعرف نموذج العلاقة بين الآباء والأبناء تغييرا جذريا، فتحول من خضوع مطلق إلى علاقة حوار وتقاوم، هذا ما سمح للشباب بتبني قيم جديدة والتطلع لطموحات جديدة « فتحول الأب من رئيس تسلطي إلى رئيس ديمقراطي مدفوع في نفس الوقت من الاحداث الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الخارجة عن العائلة، كما تأثر بالوضع الجديد الذي بلغه أبناؤه الأكاير والذين أصبحوا مواطنين في بلد وليس أبناء عائلة نبيلة ذات حسب يسيرها الأب»³

المطلب الثالث: المسنين في الأسرة الجزائرية: المكانة والعلاقات الإجتماعية

1- المسنين في العائلة الجزائرية التقليدية والأسرة الحديثة.

1-1- المسنين في العائلة الجزائرية التقليدية:

تعتبر الشيخوخة في المجتمعات التقليدية انجازا له أهمية ومكانة متميزة تجلب لصاحبها الإحترام الذي يتناسب من المركز الاجتماعي السامي الذي يحتله في الحياة الاجتماعية فلا ترتبط أهمية المسن في هذه المجتمعات التقليدية بحكم تنظيمها القائم على القرابة تفرض على أعضائها نسقا محددًا من الإلتزامات والمسؤوليات المتبادلة ويعتبر هذا النسق أساس تماسك المجتمع، كما أنه هو الذي يحدد لكل فرد الدور الذي يضطلع به، والوظيفة التي يتعين عليه القيام بها في الحياة الإجتماعية لأن الشكل الوحيد لتقسيم العمل في المجتمعات البسيطة يقوم على أساس السن والجنس، حيث يوكل لكل فرد من أفراد الجماعة عملا يقوم به ويؤدي هذا الإسهام الإيجابي إلى

¹ Boutefnouchet mostapha : systeme sociale et changement sociale en algerie, opcit, p 31.

² Boutefnouchet Mostapha : la famille algérienne, évolution et caractéristique récents, opcit, p 274 .

³ مصطفى بوتنفوشة : مرجع سابق، ص 256

قيام نظام قوي من التفاعل الاجتماعي بين أفراد الجماعة فيما فيهم الشيوخ وكبار السن¹.
فالعائلة التقليدية في بنيتها ومعاييرها وقيمها تمنح الأولوية والقيادة إلى الأكبر سنا باعتباره أكثر
حكمة وخبرة في شؤون الحياة « إن الأسرة التقليدية، أسرة أبوية نسبها أبوي فهي فعالية وسلالية
في بنائها ومعاييرها تعطي الأولوية لمكانة الأب الشيخ...»². والعائلة الجزائرية التقليدية هي
عائلة متوسعة تضم عدة أسر زواجية تعيش في مسكن واحد « وترتبط السلطة فيها بالقيم والتقاليد
وغالبا ما تتمركز في أيدي كبار السن »³

فيلعب السن في هذه المجتمعات دورا كبيرا في تحديد المكانة الاجتماعية للفرد إذ تعلق وترتفع
مكانة الفرد كلما تقدم سنه باعتباره أكثر الأشخاص حفاضا على مبدأ التماسك العائلي والإستقرار
والعمل على التقليل من التوترات والصراعات العائلية من خلال الحفاظ على أهم المقومات التي تشد
بناء العائلة فيتجلى دوره الأساسي على حد تعبير الدكتور " مصطفى بوتنفوشت " « ودوره
الأساسي هو السهر للمحافظة على اللانقسام الجماعي »⁴.

وتتمثل مكانة المسن في ثلاث صور هي اللقب، السلطة والدور

- **اللقب:** يلقب الطفل في المجتمع الجزائري منذ ولادته، وينتسب لأبيه بدليل أنه يكنى بفلان ابن
فلان.

- **السلطة:** بما أن الأب هو الذي يعطي اللقب الذي يربط الطفل بأصلهم ونسبهم، فهو أيضا
صاحب السلطة المطلقة والقرارات، إذ تتماشى مكانة المسن في الأسرة الجزائرية التقليدية ومكانة
الأب، فبمجرد أن يصبح الشخص أبا يتحول غلى كبير العائلة أو ما يسمى " بالشيخ " ويتحول
كبير العائلة بالتقدم في السن بسيد العائلة أين يحظى بطاعة واحترام جميع أفراد العائلة كما توكل
له مهمة تسيير ممتلكات العائلة وتقسيم المهام وحتى تزويج واختيار زوجات أولاده وأحفاده، فله

¹ يحي مرسى عيد بدر : المسنون في عالم متغير ، مقدمة في علم الشيوخ، دار الوفاء، الإسكندرية، ط1، 2007،
ص ص 205 - 206.

² P.Bourdieu : Les stratégies matrimoniales , Annale ,numéro spécial , Famille et société , 1972, p110

³ محمد السويدي: مرجع سابق، ص 90

⁴ مصطفى بوتنفوشت : مرجع سابق، ص 249

الصلاحية المطلقة في تدبير أمور العائلة، فلا تتكلم النساء وهو يتكلم ولا تنظر إلى وجهه، ومن خرج عن تلك القواعد يسلط عليه السخط العائلي واللعنة¹.

- دور المسن: يكن المجتمع الجزائري اهتماما كبيرا للمسن فكان له دورا مهما في العائلة الجزائرية التقليدية، حيث كان ينظم العلاقة بين الأفراد إضافة إلى تسوية النزاعات والخلافات بين الأفراد المتخاصمين كما كان المسؤول عن اختيار الأزواج - كما سبق الذكر - وعن تربية وتنشئة الأبناء والأحفاد فقد كان المثل الذي ينقل النماذج الثقافية بكل حيثياتها للأجيال الصاعدة وهذا ما تؤكدته " لوسات جازروس " " lucette jarozs " « إن المسن في العائلة الجزائرية التقليدية يوزع الأعمال ويدير الأموال ويتصرف في الأشخاص حيث يختار لهم الأزواج ويتم تنشئة الطفل على الطاعة والإحترام الكامل إلى حد التسليم الكامل حتى الشباب، إذ الإبتغال بالإحترام والخضوع المطلق وحشية الأب وإن كان مستبدا هو موضوع مقدس...»².

إن خدمة وإرضاء المسن والعمل على رفاهيته وراحته هو مسعى يلجأ إليه جميع أفراد العائلة فتربط العائلة الجزائرية التقليدية وجود الشيخ (الجد أو الجدة) في المنزل " بالبركة " فكما وجد عجوز أو شيخ حلت البركة وكانو يلقبونه ب" سيدي " احتراماً وتقديراً له.

كما كان للمسّن دورا هاما في حماية وتربية ونقل التراث للأحفاد إذ كان الجد الحامي لأحفاده عند تعرضهم لأي شكل من أشكال الضرب والزجر أو التوبيخ من طرف الوالدين كما كانت الجدة تلعب دور الراوي، حيث كانت تجمع أحفادها لتروي لهم قصصا تتضمن معاني وعبر تمرر لهم من خلالها قيما أخلاقية وعادات وتقاليد يقوم عليها المجتمع التقليدي. فيعتبر المسن معلما ويمثل طرفا هاما في عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء والأحفاد.

إن كان يحظى المسن في العائلة الجزائرية التقليدية بمكانة عالية ومتميزة ويتجلى ذلك من خلال أدواره الكثيرة والفعالة ومن خلال ما كان يمثله بالنسبة لأفراد عائلته فهو رمز الحكمة والخبرة والبركة ومصدر الإستقرار والتماسك العائلي.

¹ Lucette jarozs,opcit, p 51 .

² I bid ,p 4

1-2- المسنين في الأسرة الجزائرية الحديثة:

إن التغيرات التي تعرض لها المجتمع الجزائري بعد الإستقلال نتيجة التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أثرت على شكل الأسرة الجزائرية فتحوّلت من الأسرة الممتدة إلى الأسرة الزوجية أو النووية والتي عادة ما تنحصر مسؤوليتها المعيشية على الزوج والزوجة والأبناء الغير المتزوجين مما أثر على مكانة المسنين، وطرح مشكلة رعايتهم والإهتمام بهم.

لقد جلبت المدينة والتحضر والتطور الصناعي المزيد من التغيرات الاجتماعية والتي أثرت بدورها بطريقة مباشرة على المسنين وبطرق مختلفة حيث مر على أغلب المجتمعات تقريبا زمان كانت فيه أسرة واحدة فقط تضم أجيالا متعددة تعمل معا وتعيش معا أو على الأقل بالقرب من بعضها في أسرة ممتدة في حين اختلفت الحياة الأسرية كثيرا اليوم وتغيرت مكانة المسن في الأسرة المعاصرة¹. وهذا راجع إلى تضافر مجموعة من العوامل نورد أهمها:

- زيادة نسبة المسنين بسبب ارتفاع متوسط العمر وانخفاض معدل الوفيات نتيجة الرعاية الصحية والطبية والاجتماعية والثقافية التي توليها الدولة للمواطنين عامة مما أدى إلى التزايد المستمر في عدد السكان.

- ميل المسنين المتزايد للإستقلال عن الأبناء عندما يصلون إلى مرحلة الإعتماد عن النفس لأن لكل من الأجيال القديمة والحديثة مواردهم الخاصة للحياة من مرتبات ومداخل فرضتها نظم العمل والحرف.

- ضعف وتفكك الترابط والتماسك الأسري الذي كان يميز المجتمع²

وهذا راجع لأسباب عديدة أهمها:

- التغير الذي عرفه المجتمع نتيجة التحول من مجتمع زراعي إلى مجتمع صناعي وما صاحبه من هجرات من الريف إلى المدن بحثا عن الأجور المرتفعة هذا ما أدى إلى تفكك نظام الأسرة الممتدة وضعف سلطة رؤساء الأسر التقليديين.

¹ عبد العزيز بن علي رشيد الغريب : مرجع سابق، ص ص 127-129

² محمد سيد فهمي : رعاية المسنين، مرجع سابق، ص 102

- انتشار التعليم خاصة تعليم المرأة التي تركت الحياة المنزلية والتحقّت بالحياة العملية، فشعرت بكيانها الإقتصادي بعد أن أصبحت تتقاضى أجرا مثل الرجل ومساويا لأجره.

- الصراع بين الآباء والأبناء نتيجة تمسك الآباء بالعادات والتقاليد القديمة ومقاومة الأبناء لهذا الإتجاه وهو ما يسمى بصراع الأجيال.

- أصبح حجم المسكن لا يسمح بإستيعاب سوى أفراد الأسرة الزوجية مما يجعلها الأسرة الأصلية هذا ما انعكس على العلاقات الأسرية نتيجة تحولها من الإتساع إلى التقلص والإنكماش.

- تهرب وتملص الأقارب من مسؤولية رعاية والإهتمام بذويهم من كبار السن، عكس ما كان في السابق

- يعاني الكثير من المسنين في بيئاتهم الخاصة فمنهم من لم يتزوج أصلا ومنهم من لم ينجب أولادا، ومنهم من هو أرمل أو مطلق أو مهجور أو ليس له أقارب بإمكانهم أن يقدموا له الرعاية والعناية اللازمة في شيخوخته¹.

ويرجع شنيدر " shnyder " تراجع مكانة المسن في الأسرة الحديثة إلى عامل التصنيع ومخلفاته إذ نتج عن الصناعة تغيرات كثيرة أثرت على الأسرة وبنائها وأسسها ومعاييرها فلم يعد كبر حجم الأسرة معيارا لتحديد المكتنة الاجتماعية كما لم يعد فيها الأبناء ادخارا وضمانا للمستقبل بل أفرز التصنيع إيديولوجية جديدة مفادها أن الأسرة لم تعد شكلا من أشكال التأمين الاجتماعي عند الكبر والشيخوخة بقدر ما باتت نوعا من أنواع التضحية والإحسان².

ومن مخلفات الصناعة والتصنيع أيضا مشكلة الإسكان والتي أثرت بشدة على مورفولوجية الأسرة، فبعد أن كانت الأسرة قديما تضم في رحابها الأجداد والجندات والعمات والخالات... نجدها اليوم انسلخت عن الأسرة الأم، ولا تضم إلا الزوج والزوجة والأبناء في شقة متكونة من حجرتين أو ثلاث بالكاد تضم الأسرة الصغيرة، لذا أصبح من غير الممكن تخصيص حجرة مستقلة للجد أو الجدة، وبالنتيجة للأسرة الحديثة التي تضم أحد الأجداد أو الجندات فإنك تجد بها الكثير من

¹ نفس مرجع، ص 103

² السيد عبد العاطي السيد، عبد الله محمد عبد الرحمان : محاضرات في علم الاجتماع الصناعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية

1988، ص ص 216 - 217

المشكلات التي تنجم عن وجود كبير السن فيها¹، خاصة إذا صاحبه تدهور في الحالة الصحية أو المادية. ولا يعتبر ضيق المسكن هو المشكلة الوحيدة التي تجعل الأسرة الحديثة لا تحتمل وجود المسن في نطاقها فثمة عامل آخر لا يقل أهمية عن المسكن وهو خروج المرأة لميدان العمل مما يجعلها منصرفه عن خدمة غيرها بل هي بالكاد تحاول التوفيق بين متطلبات عملها خارج المنزل وخدمة زوجها وأولادها في أضيق نطاق ممكن، إذ تعود المرأة إلى المنزل بعد انتهاء وقت العمل وهي مرهقة لا تستطيع التفرغ لخدمة شيخ تحس أنه عبء إضافي، فمن الطبيعي أن يجد الشيخ نفسه وحيدا في المنزل جل النهار، يحس بفراغ مميت وأن الخدمة التي كان يربوها لنفسه غير متوفرة له.

كما أن الإفتقار إلى حياة اجتماعية تملأ عليه مشاعره يثير لديه نوع من القلق على أمنه وسلامته وتوافقه الاجتماعي والنفسي، فيمكن للمسّن أن يتعرض لوعكة صحية مفاجأة تستدعي إسعافه أو نقله على جناح السرعة إلى المستشفى أو تسرب غاز قد يؤدي إلا هلاكه وهو وحيدا في المنزل طول النهار، خاصة إذا كان أرملًا دون زوجة تؤنس وحدته.

إذن تنقلص مكانة ومنزلة المسنين في الأسرة الحديثة بتقلص وتدهور منظومة القيم الاجتماعية فيفقد المسن مكانته بالترمل وبضعف المدخول المادي وبتهور الحالة الصحية هذا في ظل تغير معايير المكانة الاجتماعية مما يؤدي إلى تلاشي العلاقات الأسرية خاصة بعد زواج الأبناء وخروجهم وانسلاخهم عن الأسرة الممتدة وتملصهم من المسؤولية وتشكيلهم أسر زواجية، فيجد المسن نفسه في موضع اختيار بين العيش بمفرده في منزله عرضة للوحدة والمخاطر لا يجد من يخدمه ويساعده بسبب ضعفه وعجزه أو اختيار العيش مع أحد الأبناء مستعدا لما قد ينتج من مشاكل التعامل مع الإبن أو الأحفاد أو الكنة جراء العجز الصحي والتعبية الاقتصادية مع احتمال الصراع بينه وبين أولاده أو أحفاده بسبب تباين الثقافات والأفكار والأدوار والمكانات والعلاقات الأسرة وهي السمات التي تميز هذا النمط من الأسر وهي الأسر الزواجية (النواة) ونستطيع القول أن هناك تغير في مكانة المسن مع تطور الأسرة الجزائرية وتطور نمط السلطة بها وانتشار النزعة

¹ يوسف ميخائيل أسعد : مرجع سابق، ص 87

الفردية وروح الإستقلالية والتحرر مما أدبالي ضعف العلاقات الأسرية وقيم التضامن والتكافل الإجتماعي بين الأجيال.

2- مكانة المسنين في الإسلام:

حرص الإسلام على العناية بالفرد داخل المجتمع منذ كونه جنينا فطفلا، فشابا، فرجلا، فشيخا، فشر للإنسان التشريعات ووجهه في جوانب حياته كلها، لذا فقد حفص للإنسان كرامته وأكد على قيمته الإنسانية، حيث قال الله تعالى في كتابه العزيز بعد بسم الله الرحمن الرحيم « لقد كرمتنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلا » (سورة الإسراء الآية 70).

إن شريحة كبار السن من الشرائح المهمة في المجتمع الإسلامي، والتي يجب رعايتها باعتبارها مسؤولية دينية واجبة الأسرة والمجتمع والدولة المسلمة، لذل حفلت آيات القرآن الكريم وتعاليم السنة المطهرة بالنصوص التي تحث على رعاية الوالدين والعناية بهما من طرف الأسرة باعتبارها الخلية الأولى في المجتمع المسلم، وهي الدعامة المتينة في بناء المجتمعات الإسلامية، وفيما يلي عرض لمكانة المسنين من خلال الآيات القرآنية.

وإذا كان الإسلام قد اعتنى بالإنسان في كل مراحل حياته فإنه خص مرحلة كبر السن بعناية خاصة، فجعلها محط تكريم وتوقير، وأوصى أهله بمزيد من الرعاية والإهتمام في أكثر من موضع لما تتسم به هذه المرحلة من ضعف ووهن وحاجة للآخرين للقيام بخدمتهم ورعايتهم والعمل على تدبير شؤونهم،¹ لذا أمر الإسلام ببر الوالدين في نصوص كثيرة من القرآن الكريم وهذا بقوله تعالى « واعبدوا الله ولا تشركوا به شيئا وبالوالدين إحسانا » (سورة النساء الآية 36)، وقوله تعالى

« وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا » (سورة الإسراء الآية 23-24).

وكذلك في قوله تعالى « ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين أن أشكر لي ولوالديك إلي المصير » (سورة لقمان الآية 14)

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص 113

يتبين لنا من هذه الآية أن الله سبحانه وتعالى قد ألزم وأمر الإنسان ببر والديه وطاعتها والإحسان لهما جزاء ما قدماه له في الصغر من خدمة وتربية، خاصة الأم فقد تحملت مشقة حمله في بطنها تسعة أشهر، عانت فيها الضعف بسبب الحمل وآلام الطلق والولادة، ثم حث وأوجب الله على العباد أن يشكروا الوالدين الأم والأب، إذ قال تعالى « وبرا بوالديه ولم يكن جبارا عصيا » (سورة مريم الآية 14) وقال تعالى « وبرا بوالديتي يجعلني جبارا شقيا » (سورة مريم الآية 32)

أثنى الله سبحانه وتعالى في الآيتين السابقتين على نبيين من الأنبياء هما زكريا وعيسى عليهما السلام، وذلك لأنهما كانا بارين بوالديهما عند كبر سنهما والبر عند كبر سنهما وفي وقت الحاجة أعظم منه في غيره ولا تتحقق الحاجة إلا في سن الشيخوخة والضعف

ينطلق التشريع الإسلامي بالإحسان إلى الوالدين، وتتجه معظم الأوامر إلى توصية الذرية بالوالدين، وإن كانت لم تغفل عن توجيه الوالدين إلى الذرية، وتبرز هذه السمة الأساسية في القرآن الكريم في تصدير آيات الإحسان إلى الوالدين وعبادة الله تعالى وتوحيده حيث قال تعالى « لا تعبدون إلا الله وبالوالدين إحسانا » (سورة البقرة الآية 83) وقال تعالى « واعبدوا الله ولا تشركوا به شيئا وبالوالدين إحسانا » (سورة النساء الآية 36).

وقال أيضا في كتابه العزيز الحكيم « قل تعالوا اتل ما حرم عليكم ألا تشركوا به شيئا وبالوالدين إحسانا » (سورة الأنعام الآية 151).

تضمنت السنة النبوية أيضا أحاديث كثيرة تدل على مكانة المسنين وتحث على حسن معاملتهم واحترامهم وتقديرهم.

فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم « رغم أنفه ثم رغم أنفه ثم رغم أنفه، قيل من يا رسول الله قال: من أدرك والديه عند الكبر أحدهما أو كليهما، ثم لم يدخل الجنة » إذ قال النووي بأن في هذا الحديث حث على بر الوالدين وعظم ثوابه ومعناه: أن برهما عند كبرهما وضعفهما بالخدمة أو النفقة أو غير ذلك سبب في دخول الجنة فمن قصر في ذلك فاته دخول الجنة وأرغم الله أنفه¹.

¹ أحمد بن عبد الله الباتلي : رعاية المسنين في السنة النبوية ، دار الحضارة، الرياض، ط1، 2007، ص 18

لقد جاء رجل إلى رسول الله (ص) وقال له: جئت أبايعك على الهجرة وتركت أبواي يبكيان، فقال: « ارجع إليهما فأضحكهما كما أبكيتهما »¹.

إن الرسول صلى الله عليه وسلم هو قدوة الأنام، يضرب لنا أروع النماذج في التواضع والإحسان والتكريم حيث طلب من أبي بكر الصديق رضي الله عنه أن يبقي والده الشيخ في بيته ويأتيه عليه أفضل الصلاة والسلام فعن « أنس بن مالك رضي الله عنه قال: جاء أبو بكر رضي الله عنه بأبيه، أبي قحافة إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يوم فتح مكة، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم لأبي بكر، لو أقررت الشيخ في بيته لأتته (...) فأسلم رأسه ولحيته كالثغامة(*) بياضا »²

وعن أبي عبد الرحمن عبد الله بن مسعود³ قال: سألت النبي صلى الله عليه وسلم، أي العمل أحب إلى الله تعالى؟ قال: « الصلاة في وقتها » قلت ثم أي؟ قال « بر الوالدين » قلت ثم أي؟ قال: « الجهاد في سبيل الله »³

وإذا تمعنا في معاني هذا الحديث يتبين أن رسول البشرية ومربيها قد أقرن بر الوالدين بأعظم عملين في الإسلام، وهما الصلاة في وقتها وهي عماد الدين وأول ما يسأل عنه المرء والجهاد في سبيل الله وهي ذروة سنام الإسلام، فأى مقام عظيم جليل مرموق كرم به حبيب الله محمد صلى الله عليه وسلم والوالدين؟

«ومن السنة قوله (ص) وقد سأله رجلا قائلا: من أحق الناس بحسن صحابتي؟ قال أمك، قال ثم من؟ قال: أمك قال: ثم من؟ قال: أمك قال: ثم من؟ قال: أمك قال: ثم من؟ قال: أبوك، وفي رواية أخرى: ثم أدناك أدناك »⁴.

وقد حرم الله تبارك وتعالى عقوق الأمهات ووأد البنات ومنع هات وكره لكم قيل وقال وكثرة السؤال وإضاعة المال »⁵. وكذلك لا ينظر الله تعالى إلى العاق ولا يكلمه ولا يزكيه يوم القيامة ولا يدخل الجنة، فعن مسهل عن أبيه عن النبي (ص) أنه قال: إن لله تبارك وتعالى عبادا لا

¹ عبد الحق حميش : مرجع سابق، ص 23

(*) نبت أبيض الزهر والتمر يشبه به الشيب .

² أحمد بن عبد الله الباتلي : مرجع سابق، ص 23

³ مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 113

⁴ عبد الحق حميش : مرجع سابق، ص 95

⁵ مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص ص 124-125

يكلّمهم يوم القيامة ولا يزكّيهم ولا ينظر إليهم، قيل له: من أولئك يا رسول الله؟ قال: متبر من والديه راغب عنهما، ومتبر من ولده ورجل أنعم عليه قوم فكفر نعمتهم وتبرأ منهم.

وعن سالم بن عبد الله عن أبيه قال: قال رسول الله (ص): «ثلاثة لا ينظر إليهم يوم القيامة: العاق لوالديه، والمرأة المترجلة والديوث، وثلاثة لا يدخلون الجنة العاق لوالديه والمدمن على الخمر والمنان بما أعطى»¹.

لقد وصل المسن إلى هذه المكانة في الإسلام لما يتميز به من الوقار وما قدمه طوال حياته من عطاء، وما يتحمّله في كبره من صعاب وما يصبر عليه من ابتلاءات لذا فمهمة الأخصائي الاجتماعي أن ينقل ذلك المسن ولأفراد أسرته والبيئة الاجتماعية من حوله ليدرك الجميع أن هذه المرحلة العمرية نعمة من الله تبارك وتعالى يجب أن يتحلّى المسن خلالها بالصبر والرضا وعلى المحيطين به أن يغتنموا هذه الفرصة للتقرب بها إلى الله تعالى للفوز بجنة الفردوس إن شاء الله.

3- المسنين في التشريع القانوني الجزائري:

تدعمت سياسة التضامن الوطني بإجراءات قانونية ترمي إلى ضمان أفضل تكفل وحماسة لشريحة المسنين التي يفوق تعدادها حاليا مليوني شخص، ويجسد هذا التدعيم في مشروع قانون يتعلق بحماية الأشخاص المسنين.

وتبرز أهمية هذا القانون كونه جاء ليعتني بشريحة هشة من المجتمع «يتوقع أن يصل تعدادها حسب توقعات الديوان الوطني للإحصاء إلى 6.7 مليون سنة 2030»². لهذا تم سن قانون خاص بهذه الشريحة لتوضيح الأسس التي ينبغي على كل فرد في المجتمع الإلتزام بها إتجاه المسنين المحرومين أو المقصيين أو المعرضين إلى هشاشة بغرض صيانتهم وحفظ كرامتهم، وهو القانون رقم 10 - 12 والمؤرخ في 23 محرم عام 1432 الموافق ل 29 ديسمبر سنة 2010 حيث نصت المادة 03 من قانون حماية المسنين السابق الذكر «أن حماية الأشخاص المسنين وصون كرامتهم تشكل التزاما وطنيا وتضطلع بهذا الإلتزام بالدرجة الأولى الأسرة، لا سيما منها

¹ نفس المرجع، ص 125

² Fouzi amokran، Vieillesse et politique de population en algerie، dynamique démographique en Algerie، caractéristique émergentes، ministre de la santé et la population et de la réforme hospitalière، UNFPA، Alger، 2001، p 66

الفروع والدولة والجماعات المحلية والحركة الجمعوية ذات الطابع الإجتماعي والإنساني، وكذلك كل شخص خاضع للقانون العام أو الخاص من شأنه المساهمة في مجال حماية الأشخاص المسنين والتكفل بهم»¹، وقد تضمن هذا القانون مواد عديدة من شأنها إعانة الشخص المسن ومحاولة الحفاظ على بقاءه قدر الإمكان في وسطه الأسري لأن الدفء الأسري لا يمكن بأية حال من الأحوال أن تعوضه أية هيئة أو مؤسسة كانت، وهذا ما جاء في مضمون المادة 4.

كما تقدم الدولة مساعدات وإعانات مادية للأسر المحرومة أو في حالة صعوبة للتكفل بذويهم وهذا ما تؤكد المواد 5 و7 من نفس القانون. وحرصا على تنفيذ هذا القانون واحترامه، جاء في إحدى موادها وهي المادة 38 من القانون 10-12 في الأحكام الختامية « أن يرفع تقرير سنوي إلى كل من رئيس الجمهورية والبرلمان عن وضعية الأشخاص المسنين، ومدى تنفيذ البرامج المخصصة لحمايتهم»²

لقد تضمن القانون مجموعة من النصوص والمواد والتي يمكن تلخيص محتوى ما جاء فيها:

يمنح القانون امتيازات جديدة للأشخاص المسنين سواء كانت مادية أو معنوية إذ تنص المادة 14 على حق الأشخاص المسنين في الإستفادة من مجانية العلاج في المؤسسات الصحية العمومية ضف إلى ذلك الأولوية في المؤسسات والأماكن التي تضمن خدمة عمومية حيث لا يجبر المسن على المشاركة والوقوف في الطابور لقضاء حاجاته في المؤسسات (المادة 16) كما يستفيد الأشخاص المسنين المحرومين أو في وضع صعب أو في وضعية هشّة من مجانية النقل البري والجوي والبحري أو من تخفيضات في تسعيرة النقل (محتوى المادة 15) ومن جهة أخرى ينص القانون وبالضبط في المادة 25 على وضع الأشخاص المسنين في وضع صعب أو دون روابط أسرية لدى عائلات استقبال، وتقوم الدولة بدفع امتيازات ومنح خاصة لهذه الأسر مقابل ذلك، كما ينص القانون في إحدى موادها على انشاء مراكز استقبال خاصة تستقبل المسنين نهارا فقط مهمتها التكفل بالفئة التي لا تجد من يعتني بهم في المنزل نهارا بسبب عمل الزوجين.

- يمكن للمسن أن يستفيد من مساعدات خاصة في مجال العلاج واقتناء التجهيزات واللوازم الخاصة كما تنص المادة 24 من القانون السابق الذكر بأنه « يحق لكل شخص مسن في وضع

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : الجريدة الرسمية، الجزائر العدد 9، بتاريخ 29 ديسمبر 2010، ص 5

² نفس المرجع، ص 8

صعب أو دون روابط أسرية وذي موارد غير كافية أن يستفيد من إعانة اجتماعية أو منحة مالية لا تقل عن ثلثي (3/2) الأجر الوطني الأدنى المضمون»¹.

و تكريما وتبجيلا لهذه الفئة الاجتماعية الهشة تنص المادة 41 على أن «يعتمد يوم 27 أفريل من كل سنة يوما وطنيا للشخص المسن»².

وختاما تنص المادة (37) بأن يعاقب بالحبس من سنة إلى 3 سنوات وبغرامة مالية من 50.000 دج إلى 200.000 دج كل من تلقى عن طريق الإحتيال الخدمات أو الإعانات المنصوص عليها في القانون (10 - 12) مع استرجاع المبالغ المتحصل عليها بغير حق³.

و لقد تدعمت مكانة المسنين في التشريع القانوني الجزائري من خلال قانون العقوبات والذي جرم الإعتداء أو ممارسة العنف على الأولياء أو الإعتداء على الأصول كما يطلق عليها من الناحية القانونية، إذ سلط أقصى العقوبة والتي قد تصل إلى السجن المؤبد أو الإعدام على مرتكبيها سواء تعلق الأمر بالعنف اللفظي أو الجسدي أو القتل وفيما يلي أهم العقوبات المسلطة على جرمي اعتداء الفروع على الأصول بالضرب أو القتل استنادا على قانون العقوبات الجزائري.

نص المادة (267) المعدلة من قانون العقوبات على أن كل من أحدث عمدا جرحا أو ضربا بوالديه الشرعيين أو غيرهما من أصوله الشرعيين يعاقب كما يلي:

- بالحبس المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذ لم ينشأ عن الجرح والضرب أي مرض أو عجز كلي عن العمل من النوع الوارد في المادة 264.

- بالحد الأقصى للحبس المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذا نشأ عجز كلي عن العمل لمدة تزيد عن خمسة عشرة يوما.

- 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 احدى العينين أو أية عاهة مستديمة أخرى.

¹ نفس المرجع، ص 6

² نفس المرجع، ص 8

³ نفس المرجع، ص 8

- بالسجن المؤبد إذا أدى أو الضرب المرتكب عمدا إلى الوفاة دون قصد احداثها وإن ثبت وجود إصرار وترصد حدد المشرع الجزائري العقوبة بما يلي:

- الحد الأقصى للحبس المؤقت من خمس إلى عشر سنوات في الحالة المنصوص عليها في الفقرة الأولى.

- بالسجن المؤقت من عشر إلى عشرين سنة إذا نشأ عن الجرح والضرب عجز كلي عن العمل لمدة تزيد عن خمسة عشرة يوما.

- بالسجن المؤقت في الحالات المنصوص عليها في الفقرة 3 من هذه المادة¹.

أما جريمة قتل الأصول فحدد المشرع الجزائري في المادة 258 من قانون العقوبات هذه الجريمة ب « ازهاق روح الأب أو الأم أو أي من الأصول الشرعيين »²

و تضمنت المادة (261) من قانون العقوبات الجزائري العقوبة الناتجة عن هذا الجرم «بالإعدام كل من ارتكب جريمة القتل أو قتل الأصول أو التسميم...»³

يتضح من خلال المادتين (258) و(261) أن المشرع الجزائري شدد على عقوبة قتل الأصول والمتمثل في الإعدام بسبب بشاعة هذا الجرم وحفاظا على مكانة الوالدين الذين أفنوا حياتهم في تربية وتنشئة الأبناء.

يمكن القول أن الدولة الجزائرية سنت مجموعة من القوانين والتي من شأنها أن تضمن تكفلا اجتماعيا وتوازنا نفسيا كبيرا في حياة المسنين.

إذ تطبيق محتوى المادة التي تنص على الإستقبال النهاري للمسنين في المراكز هو جد ايجابي لأن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي طرأت على المجتمع الجزائري والتي مست الأسرة الجزائرية فرضت على الزوجين الخروج للعمل من أجل رفع المستوى المعيشي للأسرة وبالتالي يبقى المسن نهارا وحيدا في المنزل دون رعاية أو تكفل ضف إلى ذلك الوحدة والعزلة عكس مراكز الإستقبال النهاري التي من شأنها أن توفر له العناية والتكفل إضافة إلى الدخول في علاقات

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : قانون العقوبات، رئاسة الجمهورية، الأمانة العامة للحكومة، الجزائر، 2015، ص 100

² نفس المرجع، ص 96

³ نفس المرجع، ص 96

اجتماعية جديدة وعقد صداقات مع أشخاص في سنه، خاصة وأن توافق المسنين يكون فقط مع أبناء جيلهم.

كما أن تخصيص يوما وطنيا للمسنين هو التقاتة إيجابية من شأنها تعزيز مكانة المسن وتؤمن له فضاءا يطرح من خلاله انشغالاته واحتياجاته وكذا مشاكله إضافة لفرصة الإجتماع والإلتقاء بأفراد شريحته كل سنة من خلال عقد ندوات وحفلات من تنظيم الجمعيات والسلطات المحلية لرفع صوت ونداء هؤلاء المسنين للمسؤولين، ومنه الوقوف عند محطات عديدة تتعلق بوضعية المسنين في الجزائر بشكل عام، لكن ما مدى تطبيق أو تجسيد محتوى هذه القوانين على أرض الواقع؟.

4- المسنين والعلاقات الاجتماعية الأسرية:

يعد بناء العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين من مظاهر الصحة النفسية عند المسنين لذلك تعتبر علاقات المسنين الاجتماعية إحدى المؤشرات الأساسية لسلوكه السوي إذ نلاحظ في مرحلة الشيخوخة تقلص العلاقات الاجتماعية لكبار السن إلى حد كبير فتكاد تقتصر على الأصدقاء القدامى الذين يعيشون بالقرب منهم نظرا لضعفهم¹، وترتبط العلاقات الاجتماعية بمفهوم آخر وهو التفاعل الاجتماعي والذي يعرفه " فسوانسون " بأنه العملية التي يربط بها لأعضاء المجتمع بعضهم البعض عقليا ودافعا في الرغبات والحاجات والوسائل والغايات والمعارف والمصالح².

وتعرفه منيرة أحمد حلمي بأنه التقاء سلوك شخص مع آخر أو مجموعة أشخاص في عملية متبادلة تجعل كل منهم معتمدا في سلوكه على الآخر ومنبها لذلك السلوك في الوقت نفسه³.

وتمثل العلاقات الأسرية البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المسن وتمثل عنصرا اجتماعيا هاما في تضامن الأسرة وتماسكها، فتقوية هذه العلاقات وما سيتوافر لها من عوامل توافق وتكيف واستقرار يساعد على تقوية كيان الأسرة ونجاحها في أداء وظائفها⁴، وتعتبر العلاقات الأسرية أكثر أهمية من العلاقات الاجتماعية الأخرى بالنسبة للمسنين وهذا راجع لعدة أسباب أهمها:

¹ عبير عباس : مرجع سابق، ص 123

² صلاح الدين شروخ : علم الاجتماع التربوي، دار العلوم، عنابة، 2004، ص 171

³ . عبير عباس : مرجع سابق، ص 171

⁴ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 246

– إن العلاقات الأسرية هامة بالنسبة للمسن نفسه، لأن العلاقات الاجتماعية الأولية وهي العلاقات الأسرية تساعد كثيرا على التوافق الشخصي للمسن.

– قد تتأثر العلاقات الأسرية بالتقدم في السن مما يعرقل توافق المسن مع أسرته.

– إن تأثير العلاقات الأسرية ممتد إلى الجميع، فلا يوجد شخص دون نوع من الإتصال مع عدد من أفراد أسرته وغالبا ما تعد العلاقات الأسرية هي العلاقات الوحيدة التي يبقى المسن عليها¹.

مما لا شك فيه أن شبكة العلاقات الاجتماعية للمسن تضيق في المجتمع الحضري كلما تقدم في العمر، فتتصر داخل الأسرة، وفي أضيق الحدود خارج الأسرة، وقصور علاقات المسن أو المسنة في المجتمع الحضري إلى الحد الذي قد يعيشان فيه في منزل لوحيدهما أو في دار المسنين في بعض الأحيان بسبب تفكك الروابط الأسرية أو لسفر الأبناء خارج أو داخل المجتمع الواحد لكن عدم وجود فراغ لديهم لزيارة آباءهم وأجدادهم إما لصعوبة المواصلات أو البعد الإقليمي للأسر، وأخيرا من الممكن أن تحول الظروف المادية للفرد دون زيارة الأبناء والأحفاد لآباءهم وأجدادهم، وسنحاول فيما يلي توضيح علاقة المسن بأفراد أسرته وأثرها على مكانته داخل الأسرة من خلال الحديث والتطرق لعلاقة المسن بزوجه (أو قرينه) وعلاقته بأبناءه وأخيرا علاقته بأحفاده

– علاقة المسن بشريكه:

لقد أكدت الكثير من البحوث على أهمية الحياة الزوجية في سن الشيخوخة من الناحية السيكولوجية والبيولوجية، فالمسنين المتزوجين هم أكثر ارتزانا وأقل شعورا بالعزلة والوحدة والإكتئاب مقارنة بالمسنين الغير المتزوجين أو الأرمال الذين لم يعيدوا الزواج كما أنهم أقل عرضة للإضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، وهم أكثر احتمالا للعيش عمرا مديدا².

وتؤكد ذلك نتائج دراسة ثريا جبريل (1992) والتي أشارت إلى أن المسنين يعانون من مجموعة من المشكلات الاجتماعية منها فقد الشريك (الزوج أو الزوجة) وهو ما يؤدي إلى مزيد من الشعور بالوحدة وفقدان الونيس مما يجعل المسن في حاجة إلى خدمة الآخرين خاصة إذا كان الزوج³.

1. محمد نبيل عبد الحميد : العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الدار الفنية، القاهرة، دون سنة نشر، ص 123

2. سيد سلامة إبراهيم : رعاية المسنين، المكتب العلمي، الإسكندرية، 1997، ص 78

3. مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 84

وتضيف دراسة سميرة أبو الحسن (1996) إلى أن معظم المسنين ينظرون إلى موت القرين على أنه إنذار لهم بقرب حلول الأجل، مما يدفعهم إلى انتظار الموت وترقبه وقضاء وقت أطول في التفكير في العواقب السلبية لحياتهم، مثل الشعور بفقدان مصدر أساسي من مصادر الدعم والمساندة وشعورهم بصعوبة تكوين علاقات جديدة مما يؤدي إلى معاناتهم من اضطرابات وتوترات نفسية والزهد في الحياة واللجوء إلى العزلة مما يولد الشعور بالوحدة النفسية¹.

وقد تولد بعض الأمراض علاقة إعتماضية بين الزوجين المسنين، حيث يقوم الزوج أو الزوجة بدور الممرض لزوجه المريض²، وعادة ما تكون هذه المهمة من نصيب الزوجة المسنة فهي التي تقوم برعاية زوجها المسن المريض، حيث تحرص على تتبع نصائح الطبيب فتهتم بأوقات الدواء وبمأكل وبملبس ونظافة زوجها المسن وفي المقابل يقوم هو برعايتها ماديا وصحيا في حالة عجزها أو مرضها.

وتجدر الإشارة إلى أن وصول الزوجين معا إلى مرحلة الشيخوخة لا يكون دائما وإنما قد يتوفى أحد الزوجين ويبقى الآخر يعاني مرارة الترمل. « فيؤدي الترمل إلى حدوث حالة من فقدان المودة والإنعزالية وحصول اضطراب أو خلل في النوم، و الترمل في مرحلة الشيخوخة مأساة قاسية فهو يحدث في الوقت الذي يكون فيه الإنسان في أمس الحاجة إلى الرفيق والأليف والمعين»³

وتعاني السيدات من الوحدة أكثر مما يعاني الرجال المسنين، لأن العمر يمتد بهن حتى يتجاوزن مدى حياة الرجال لهذا يزيد عدد السيدات المسنات عادة عدد الرجال المسنين⁴، حيث تبين الإحصاءات الرسمية بأن «عدد النساء يفوق عدد الرجال من كبار السن ويتزايد هذا الفرق بسرعة مع تقدم السن وفي جميع أنحاء العالم إذ هناك 123 امرأة لكل 100 رجل في سن الستين سنة و189 امرأة لكل 100 رجل في سن أكثر من 80 سنة و385 امرأة لكل 100 رجل في سن المائة سنة»⁵.

¹ نفس المرجع، ص 84

² سيد سلامة ابراهيم : مرجع سابق، ص 78

³ مجدي أحمد محمد عبد الله: مرجع سابق، ص 82

⁴ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 244

⁵ يونس حمادى علي : مرجع سابق، ص 289

وبشكل عام فإن الرجال أكثر تأثراً وحزناً، ولهذا فهم يلتحقون بزوجاتهم المتوفيات بشكل أسرع بكثير من النساء، والرجل المسن يواجه مشاكل أخرى تختلف عما تواجهه المرأة، إذ يجد صعوبة في لا يعتد عليه كإدارة الشؤون المنزلية وغيرها، وهذا ما يدفع بالزوج إلى الزواج مرة أخرى¹.

في حين توصل لوباتا "Lopata" (1980) من خلال دراسة قام بها، إلى أن وفاة القرين أو الشريك يتخذ معاني مختلفة بالنسبة للبعض، ففي بعض الحالات يكون الأرامل قادرين على التجاهل عمليات الحزن الكامل، حينما يقضي الرجل سنوات طويلة يتحمل ضغوط المرض المزمن لزوجته فيمكن أن يجد راحة بعد وفاتها، أو أن تجد المرأة في حياة الترملة انعاشاً لحريتها الجديدة، غير أن الحالات التي تشعر بالقلق والوحدة كانوا يجدون صعوبة في العيش منفردين لأن أقرانهم كانوا دائماً يقومون برعايتهم ويهتمون بشؤونهم العملية والمالية².

- علاقة المسن بالأبناء:

يرتبط الأبناء بأولياءهم برابطة الدم، ويعتبر هذا الارتباط أولى العلاقات داخل الأسرة، ومما لا شك فيه أن الأسرة تتطور عبر مراحل وبالتالي تطبع العلاقات في كل مرحلة بطابع خاص بها فتتغير علاقة الوالدين بأبنائهم الصغار عن علاقتهم بهم وهم شباب كما تتغير علاقتهم بهم وهم رجالاً ونساءً راشدين قد تزوجوا وكونوا أسراً خاصة بهم، وغالباً ما يكون الأولياء في هذه المرحلة قد تقدم العمر بهم وأكثرهم قد دخل في العمر الثالث أو ما يعرف بالشيخوخة.

ومن الطبيعي أن يكون هناك إدخار أسري يتمثل في العلاقات الأسرية التي وفرها الشخص لنفسه في شبابه، وخاصة فيما يتعلق بالزوجة والأبناء الذين أنجبهم، ففي الشيخوخة يرى ثمار زرع الذي غرسه في شبابه ويجد أن حصيلة العلاقات الأسرية التي ظل يرويها بالحب قد أثمرت حبا في قلوب كل فرد من أفراد أسرته، فيجد أن كل واحد منهم حريصاً على راحته ومسرعا إلى تلبية احتياجاته، ولا نبالغ إذا قلنا أن ما نقوم بزعره وغرسه من علاقات أسرية في صدر شبابنا نحصده في شيخوختنا³.

¹ مجدي أحمد محمد عبد الله : مرجع سابق، ص 82

² حسن مصطفى عبد المعطي: سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشرف، القاهرة، ط1، 2005، ص 91

³ يوسف ميخائيل أسعد : مرجع سابق، ص 34

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الإدخار لا يأتي فجأة بل هي خلاصة سنوات من العمر، التي قضاها الأبوين في التربية، إذ تؤثر أساليب التربية والتنشئة التي اعتمدها الأبوين في تربية أبنائهم على علاقاتهم بهم حين يكبرون ويدخلون مرحلة الشيخوخة « وتتجلى علاقة الشيوخ بأولادهم على النمط الذي كان سائدا بينهم وبين أولادهم في منتصف العمر، فإذا كانت العلاقة ناضجة سوية متزنة فهي في الشيخوخة ناضجة سوية متزنة، وغدا كانت نافرة مرهقة منحرفة فهي في الشيخوخة نافرة مرهقة ومنحرفة »¹.

ويقل التصادم بين الآباء والأبناء ويزداد بين الأمهات والأبناء، خاصة بعد الزواج وما يترتب عليه من علاقات جديدة بين المرء وزوجه، وثورة الأم على العنصر الدخيل الذي يهدد مكانتها ووحصوتها لدى ابنها².

- علاقة المسن بالأحفاد:

يجد الكثير من كبار السن أنفسهم في دور عائلي مهم وهو " دور الجد " وتختلف نظرة الأجداد لأحفادهم عن نظرتهم لأبنائهم فهم في الغالب ما يكونون أكثر تسامحا معهم، هذا ما يجعل الأطفال يكونون لهم عاطفة ومحبة كبيرة فهم يعتبرونهم ملجأ لهم ضد غضب وسخط آبائهم « كما يعتبر الإتصال بالأحفاد هام جدا بالنسبة لكبار السن لأنه يجعلهم على صلة مستمرة بالأجيال الجديدة لأنهم يستطيعون النفاذ إلى الحاضر من خلال هؤلاء الأطفال »³

وتصل هذه العلاقة إلى ذروتها في المجتمعات الريفية، وذلك لقوة الصلات التي تربط بين الجيلين، جيل الأجداد وجيل الأحفاد، حيث أن الحفيد الذكر أشد ارتباطا بجدته كما أن الحفيدة أشد التصاقا بجدتها بل وإت احتياجاتهم وطلباتهم يهتم بها الجد والجددة كما يأخذ الأحفاد مصروفهم من الأجداد أكثر من أوليائهم. كما تبين أنه في حالة حدوث مشاكل بين الأحفاد وآبائهم يسرع الأحفاد إلى الجد فيشكون له والدهم - الذي هو ابنه - مما يجعل الجد يحنوا على الحفيد ويحاول

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعري : مرجع سابق، ص 245

² نفس المرجع، ص 245

³ عبير عباس : مرجع سابق، ص 214

الإصلاح والإرشاد بينه وبين والده¹ ويدل هذا على أن المسنين هم همزة وصل بين الأجيال ببعضها البعض وهم صمام الأمان والإستقرار في العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

ويختلف الوضع تماما في المجتمع الحضري، فنادرا ما نجد أسرا ممتدة بسبب انفصال واستقلال الأبناء عن الآباء بعد زواجهم وبالتالي البعد المكاني للأحفاد عن أجدادهم، وهنا لا نجد تواسلا ولا تراحما وودا بين أجيال الأحفاد والأجداد إلا إذا كان الجد أو الجدة من الأثرياء أو من أصحاب المعاشات الكبيرة، وغالبا ما يتقرب الحفيد من الجد والجدة إذا كانا يعيشان بمفردهما طبعاً في المال أو الممتلكات، لهذا نجد الجد لا يتدخل في شؤون الأسرة في المجتمع الحضري إلا إذا كان الآباء والأحفاد يحتاجون له بالفعل مادياً².

وتجدر الإشارة إلى أن المسنين في المجتمع الحضري غالبا ما يقعون فريسة الأمراض والأوهام والذكريات الأليمة وعدم الرضا، وهنا يجد الأحفاد الأجداد مكتئبين غير مقبلين على الحياة وبعيدين عن أحفادهم يفضلون العزلة، فلا يجد هنا الحفيد تقاربا في الأفكار ولا ابتهاجا في مجالسة الجد والجدة لأنهم أصبحوا يعدون الثواني الباقية للحياة عكس الأجيال الصغيرة التي هي مقبلة على الحياة مفعمة بالأحلام والآمال، هذا ما قد يجعل الأحفاد يعزفون أو ينصرفون عن مصاحبة ومجالسة أغلب الأجداد الذين تملكهم هذه المشاعر اليائسة³.

و بناء على ما سبق يمكن تقسيم الأجداد إلى خمسة أقسام أو حالات والجد الرسمو والباحث عن الهزل والأب الموب والمحافظ على حكمة العائلة والشخص البعيد.

فالأجداد الرسميون هم هؤلاء الذين يحتفظون بوضوح الخطوط المتميزة بين دور الأب ودور الجد، وهم حريصون على أن لا يقدموا نصيحة عن تربية الطفل ويتركون هذه المهمة للوالدين رغم أنهم قد يقدمون لأحفادهم خدمات من وقت لآخر مثل الجلوس مع الأطفال.

أما الجد الباحث عن الهزل فهو الذي ينظم إلى حفيده في أنماط معينة من الأنشطة بهدف الحصول على الهزل وتكون علاقته بالحفيد غير رسمية ومليئة باللعب وأحيانا يصبح هو " لعبة

¹ يسرى دعيس : أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، " دراسة انثربولوجية مقارنة ، توزيع البيطاش سنتر، الإسكندرية"، ط1، 2002،

ص 48

² نفس المرجع، ص 50

³ نفس المرجع، ص 51

الحفيد ". وتقوم الجدة بدور " الأم المنوبة " أو النائبة ويظهر هذا الأسلوب خاصة عندما تكون أم الحفيد عاملة فتضطر الجدة بالقيام بمسؤولية العناية الفعلية بالطفل.

أما الجد المحافظ على حكمة العائلة فهو الجد الذي يمارس دورا أساسيا في عملية نقل العادات والتقاليد والجوانب الخاصة بثقافة العائلة إلى الأحفاد وأخيرا الشخص البعيد فهو الجد الذي يعيش منعزلا وبعيدا أو تكون نشاطاته وأدواره محدودة¹.

وترتبط الجد أو الجدة المسنين بالأحفاد إلى حد بعيد بالعادات والتقاليد والقيم السائدة في المجتمع عامة وبالتنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الطفل في الأسرة خاصة إذا نشأ الحفيد في أسرة تحت احترام وتبجيل رعاية كبير السن فهذا سينعكس حتما ايجابيا على سلوكاته تجاه جده وجدته من خلال الإهتمام بهم والسؤال عنهم والرفق بهم وإسعافهم في مرضهم وعجزهم إذ « تشير الدراسات الحديثة إلى أن الطفل الذي يقضي بعض الوقت في تعامل مباشر مع المسنين تتحول اتجاهاته من السلبية إلى الإيجابية نحوهم نحوهم² » ومهما يكن من أمر هذه العلاقة، فهي كثير ما تنعكس آثارها على الجيل الأوسط (وهم جيل الأباء والأمهات) فعندما يقسوا الأب على ابنه يقف الجد في وجهه مدافعا عن حفيده، وكثيرا لا يرضى الجد على طريقة ابنه في تنشئة أحفاده، وكثيرا ما لا يحل الأب تدخل الجد في تربية أولاده، وقد يعتبر الجد نقد ابنه له إهانة لشخصيته وهدارا لحقه في إبداء رأيه وحماية أحفاده³.

وهذا ما قد يؤثر على مكانة المسن في الأسرة نتيجة ارتباط مرحلة التقدم في العمر بتغير في الأدوار الاجتماعية والمكانة التي يحتلها الفرد، ويتوقف التأثير في التفاعل الاجتماعي أو بما يعرف بالعلاقات الاجتماعية على شخصية المسن ومكانته الاجتماعية، خاصة وأن التقدم في العمر يتميز بالاندماج الاجتماعي غير الفعال والتغير في الأدوار خاصة في هذه المرحلة، حيث يصاحب هذه المرحلة ضمور في التفاعل الاجتماعي بين كبار السن والمجتمع الذين ينتمون إليه مما يوِّد العزلة الاجتماعية اعتقادا من المسن أنه دون فائدة بعد أن تقاعد عن العمل، هذا إضافة إلى أزمات الحياة المتكررة والأمراض التي يعايشها في هذه المرحلة.

¹ عبير عباس: مرجع سابق، ص 215

² نفس المرجع، ص 216

³ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص ص 245 - 246

المبحث الثاني: الوضعية الاقتصادية والصحية لكبار السن

المطلب الأول: المسنين بين العمل والتقاعد

1- العمل لدى المسنين: مفهومه ومحدداته

مما لا شك فيه أن مفهوم العمل والإنتاج قد اختلف على نر العصور حسب امكانيات كل عصر وحسب التكنولوجيا السائدة في كبر عصر من العصور، فقط تطور من وسيلة لكسب القوت وإشباع الحاجات الملحة السريعة أي وسيلة لإشباع الحاجات الفيزيائية إلى وسيلة للتنفيس عن الطاقات المخزونة ومصدرا لإحترام الذات والشعور بالمكانة الاجتماعية واحترام الذات وإشباع الهوية والمركز الاجتماعي..¹

و يختلف مفهوم العمل لدى الشيوخ أو كبار السن باختلاف الثقافات والأنماط الحضارية بين المجتمع البدوي عن القروي عن المجتمع الحضري، فيظل الفرد في المجتمع البدوي يعمل طيلة حياته ولا يقعه عن العمل والسعي إلا الظروف الصحية الصعبة، ومن الطبيعي أن يتغير دوره في الإنتاج وفي الحياة الاجتماعية تبعا لتقدم العمر به ففي أغلب الأحيان يكون دوره توجيهيا وإرشاديا للشباب، ويكون توزيع العمل بناء على مجموعة من المعايير أولها معيار الجنس، حيث أن الأعمال التي يقوم بها الذكور لا تقوم بها النساء، كما أن هناك معيار العمر أو السن إذ الأعمال التي توكل للأطفال لا يؤديها الشباب ولا كبار السن ضف إلى ذلك معيار الطبقة إذ نجد أصحاب الإمكانيات الكبيرة (مالكي وسائل الإنتاج والأراضي) والذين هم في الغالب من كبار السن يقومون بدور السلطة والتوجيه في كافة النواحي كالإشراف على الإنتاج والإرشاد معتمدين في ذلك على الشباب من مختلف المراحل العمرية.²

هذا ما يدل على أن مكانة المسنين في المجتمع البدوي لا يطرح مشكلة وإنما مكانته ودخله ومعاشه محددان قيميا وعرفيا عكس المجتمعات الصناعية والحضرية، أين تكون الحياة الاقتصادية أكثر تعقيدا، والتي تؤثر على المسن ودخله ومكانته. وتتمثل أهم خصائص الحياة الاقتصادية في المجتمعات الحضرية فيما يلي:

¹ يسرى دعيس : أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة " دراسة انثروبولوجيا مقارنة " مرجع سابق، ص 150

² نفس المرجع، ص 151

- **زيادة التنوع:** يتميز المجتمع الحضري بكثرة وتنوع الأنشطة كالتصنيع بمختلف أنواعه والأعمال التجارية الواسعة وكذلك الأعمال الحرفية والإدارية على مختلف أنواعها، ومرد ذلك إلى انتشار التعليم والتخصص في العديد من الميادين¹
- **الإعتماد الواسع على التكنولوجيا والتخصص وتقسيم العمل:** تعتمد هذه المجتمعات - الحضرية- القائمة أساسا على الأخذ بأحدث الأساليب التكنولوجية وخلف الكفاءات والتخصصات المناسبة للإستفادة منها، هذا فضلا على أن المعايير الموضوعية (الشهادة الخبرة، الكفاءة والتدريب) تتحكن في تقسيم العمل بدرجة كبير تفوق المعايير الذاتية (الجنس والطبقة والعمر).
- **اللاتجانس:** يحدث اللاتجانس بانخفاض عدد المشتغلين بالمهن التقليدية سواء كانت زراعية أو رعوية وزيادة عدد المتخصصين في مختلف المجالات وزيادة عدد المتعلمين وانفتاح المجالات المهنية المتعددة والإقبال عليها مما يؤدي إلى بروز الفوارق بين أبناء المجتمع الحضري وتمايز المستوى المعيشي والطبقي والثقافي والاجتماعي فيما بينهم².
- **الفردية:** أصبحت الفردانية سمة الحياة الاقتصادية والاجتماعية، لأن الإنسان مسؤول عن أخطائه ويعمل من أجل مصلحته ومنفعته الخاصة وليس لمنفعة العائلة كما هو الشأن في المجتمعات الريفية، ولقد عرفت هذه النزعة انتشارا بسبب اختلاف نظرة الناس للثروة والملكية عامة، وانتشار الإستقلالية وظهور الأسرة النووية في المجتمعات الحضرية.
- **الإعتماد المطلق على السوق:** تعتمد المبادلات التجارية في المجتمع الحضري اعتمادا كليا على السوق لسد حاجاتهم ومطالبهم، وتتعدد المنشآت وتتنوع المؤسسات التي تقوم بين البائع والمشتري لأن السوق من المنظور الإقتصادي هم كل مؤسسة تعمل على تقريب وجهات نظريين البائع والمشتري، لهذا يحتل السوق مكانة بالغة الأهمية في الحياة الإقتصادية الحضرية.
- **الإعتماد المطلق على النقود والأوراق النقدية:** يعتمد الإقتصاد في هذا النمط المجتمعي على الأوراق مالية والمدفوعات النقدية والتي قد يحل محلها الشيكات ذات الصبغة القانونية ولايوجد إلا في حالات نادرة للغاية الإعتماد على كلمة الشرف (كما هو الحال في المجتمعات الريفية)،

¹ . محمد يسري ابراهيم دعيس : الحياة الاقتصادية للمسنين، البيطاش سنتر، الإسكندرية، 2000، ص 183

² نفس المرجع، ص 184

ويرجع ذلك إلى عدم تجانس وتمايز الجماعات التي تقطن مثل هذه المجتمعات نتج عنه الشك والريبة والخوف من الآخرين جراء اتساع دائرة العلاقات بين الناس جميعا¹.

- **الطموح المادي:** يعتبر الطموح النادي من أهم مميزات الحياة الاقتصادية بالمجتمعات الحضرية، بل وأصبح هذا الطموح هو الدافع للإنجاز والدافعية في العمل على مختلف أنواعه، حيث تغيرت نظرة الفرد للمستقبل، وأصبح شغوفًا بتوفير الأمن له ولأسرته طوال العمر، لهذا نجد القناعة كسمة تميز الحياة الاقتصادية للمجتمعات التقليدية لا تظهر إلى بصورة قليلة جدا في المجتمعات الحديثة أو الحضرية.

- **المنفعة أساس التعاون:** يقوم التعاون في المجتمعات الحضرية على أساس المنفعة ويسعى الفرد بكل أساليبه لتحقيق منفعته الخاصة ويكون الهدف من أي مبادلات هو المنفعة والمصلحة الفردية بعيدا عن مصلحة الجماعة والإعتبارات الاجتماعية تكون في المقام الثاني عكس المجتمعات الريفية أين تغطي المصلحة العامة عن المصلحة الخاصة.

- **زيادة التنقل المهني والاجتماعي:** تتسم الحياة الاقتصادية والاجتماعية في النمط الحضري بزيادة التنقل المهني بين الأفراد سواء كان ذلك في المنشأة الواحدة أو التخصص الواحد أو بين الكثير من الأعمال نتيجة توفر فرص العمل بكثرة بسبب تقدم الفرد وإنجازاته الكثيرة وتعلمه وكفاءته²، وفي ظل اختلاف خصائص العمل والحياة الاقتصادية في المجتمعات الحضرية تأثرت الوضعية الاقتصادية والمالية للمسنين بين الضرورة الاقتصادية والضرورة الاجتماعية

ولقد حدد جورج سانتانا ثلاث دوافع للعمل وهي: الرغبة والطموح وحب العمل وتعد الرغبة أول وأقدم هذه الدوافع، ويعتقد على أنها على وشك الإختفاء، فالرغبة في أقطار العالم الأخرى خاصة بالمجتمعات التقليدية لا تزال باعثة قويا على العمل لأبناء هذه المجتمعات في مختلف الأعمار عكس المجتمعات الأخرى³.

¹ نفس المرجع، ص 185

² نفس المرجع، ص 186

³ يسرى دعيبس : أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، مرجع سابق، ص 153

كما أن حب العمل أو المهنة يعد من أسمى هذه الدوافع لكن قد يلقي الأشخاص حذفهم نتيجة ممارستهم لبعض المهن غير الصحية كما ذكر **سانتانا** « إن أعدادا قليلة في المجتمعات الصناعية توفق لمهن تجعلهم يفقدون فيها أنفسهم لعملهم إياها »¹.

وتتباين دوافع العمل لدى المسنين في المجتمعات البدوية عن الحضرية فتتركز دوافع العمل في المجتمع البدوي التقليدي على العائد المادي والاجتماعي لذا فلا يعمل البدوي إلا الأعمال التي تحقق له عائدا مجزيا بسبب مسؤولياته الكثيرة، ولا يرصد أن يكون عالة على أحد خاصة وأن أغلبية الأعمال هي أعمال حرة غير مرتبطة بمعاش محدد رغم أنه نادرا ما قد يتواجد هذا الإحساس في ظل التكافل الاجتماعي الذي يعيش فيه المسن في هذا النمط من المجتمعات.

يحقق أو يضمن العمل للمسن مكانة اجتماعية، فالعمل يساعد المسن البدوي على توسيع دائرة علاقاته واتصالاته التي يسعى إليها دائما لأن مكانة المسن البدوي تقاس على حجم اتصالاته ودرجة تكيفه وتوافقه مع الأفراد خاصة إذا كانوا عزباء عن المجتمع².

يتضح إذن أن دوافع العمل عند المسنين في المجتمعات التقليدية هي ضرورة اقتصادية واجتماعية بالدرجة الأولى، في حين تتمثل دوافع عمل المسنين في المجتمع الحضري في سد احتياجاتهم بالمقام الأول ولمواجهة الإرتفاع المستمر في متطلبات الحياة خاصة أصحاب المعاشات والخوف من المرض إضافة إلى قضاء وقت الفراغ في أشياء نافعة كما أن العمل ضرورة اقتصادية واجتماعية³

شهدت المنطقة العربية عامة والجزائر خاصة عدة تحولات في الآونة الأخيرة على عدة أصعدة فعلى الصعيد الاجتماعي أثرت تلك التحولات على الهيكل الأسري وعلى توزيع الأدوار والعلاقات الأسرة وتقسيم العمل في المحيط المنزلي كما تأثر تغير النظم الزراعية والهجرة الداخلية على تغيير هياكل القوى العاملة.

إن الهجرة الداخلية وتركز الخدمات الحكومية في المدن سواء كانت كبيرة أو صغيرة أو متوسطة قد باعد المسافة بين قوة العمل والخدمات وأدت هجرة الشباب من المناطق الريفية ومكننة النظم

¹ نفس المرجع، ص 153

² نفس المرجع، ص 154 .

³ نفس المرجع، ص 155

الزراعية إلى تفرغ قطاعات كبيرة من الإقتصاد الزراعي التقليدي مما أدى إلى المزيد من التغيرات الإقتصادية وفقدان الوظائف في المناطق الريفية خاصة في أوساط المسنين¹.

وأدى التوسع في نظم المعاشات ونظم إعادة توزيع المداخيل ولا سيما في بلدان النفط إلى عدول المسنين في المناطق الحضرية عن البحث عن وظائف وخاصة في البيئات الخاصة لأزمة البطالة الهيكلية هذا بالإضافة إلى نتائج العديد من المسوح الاجتماعية والتي تنص على أن سياسات التنمية الحالية لا تعمل على استغلال خبرة المسنين والمتقاعدين مما يؤدي إلى نوعا من أنواع القطيعة بين الأجيال².

وهناك أسباب عديدة تعرقل اندماج المسنين في سوق العمل نورد أهمها في:

– سن الحكومات قوانين تحول بين المسنين وسوق العمل وتبرير ذلك بضرورة منح الأولوية للشباب.

– إنخفاض الأجور الممنوحة للمسنين بصفة عامة عن المطلوب حيث لا ينظر إليها كأجور حقيقية بل كدخل تكميلي وخاصة في البلدان التي تنص سياستها على خفض مساهمة المسنين في سوق العمل.

– إن ضغوطات العمل السلبية عاملا آخر يمكنه إثناء المسنين عن طلب العمل.

– اعتبار المسنين كطاقة منخفضة المهارة خاصة فيما يتعلق بالرقمنة وتوظيف التقنيات الحديثة هم من بين عوامل إقصاء المسنين في سوق العمل لا يسما في قطاعات التصنيع والخدمات مما يعزز الفجوة بين الأجيال³.

كل هذه الأسباب وأخرى جعلت أغلب المسنين يعدلون عن فكرة ممارسة عمل إضافي خاصة إذا كانوا يملكون معاش التقاعد رغم أنه لا يتماشى ومتطلبات الحياة في ظل ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة ومنه تدهور المستوى المعيشي لأغلب العائلات.

¹ حافظ شقير وآخرون: فئة المسنين في المنطقة العربية، الإتجاهات الإحصائية ومنظور السياسات، المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة لسكان المنطقة العربية وجامعة الدول العربية، القاهرة، 2017، ص 65.

² نفس المرجع، ص 65

³ نفس المرجع، ص 66

2- مفهوم التقاعد: مراحل تطوره التاريخي

يعد التقاعد نقطة تحول هامة في حياة الإنسان فهو المؤشر الاجتماعي الرئيسي على تحول الإنسان من طور البلوغ الأشد (منتصف العمر) إلى مرحلة الشيخوخة تماما كما كان العمل والتقاعد مؤشرين على التحول في نمو الإنسان.

وبهذا فإنه « يمكننا النظر إلى التقاعد من عدة زوايا فقد ينظر إليه باعتباره عملية اجتماعية أو كحدث أو كدور اجتماعي أو كأحد أوجه الحياة، كما قد ينظر إليه باعتباره سببا ونتيجة»¹ وفي إطار ما تقدم يعرف « التقاعد بأنه تلك المرحلة التي تبدأ بانقطاع الفرد عن عمله نتيجة وصوله للسن القانونية للإحالة على التقاعد وهي ستين سنة كما تحدده الدول المختلفة ويصاحب تلك المرحلة تغير أساسي في أدواره الاجتماعية»²

كما يعرف عبد اللطيف محمد خليفة التقاعد بأنه « أحد المظاهر الهامة للشيخوخة يترتب عنها تغير في العلاقات داخل العمل وذلك حين يبلغ العامل سنا معينة يفترض عنها أنه لم يعد قادرا على العمل والإنتاج حسب المستويات المطلوبة»³

ولقد عرف التقاعد بأنه عملية اجتماعية تتضمن تخلي الفرد سواء اختياريا أو اجباريا عن عمل ظا يقوم به معظم رشه، وبالتالي انسحابه من القوى العاملة في المجتمع وتحوله للإعتماد جزئيا على الأقل على نظام التأمين الاجتماعي أين يستبدل الأجر بالمعاش⁴.

لكن هذا لا يعني أن التقاعد هو بالضرورة البطالة الكاملة (رغم أنه يعرف بنهاية دورة الحياة المهنية)، لأننا نجد بعض المسنين يمتنون بعد تقاعدهم عن العمل الأصلي بعض المهن وقد يرجع ذلك إلى الحاجة أو الضائقة المالية أذ يكون معاش المتقاعد أقل بكثير من الأجر الذي كان يحصل عليه الشخص خلال سنوات عمله الطويلة، وإما أنه مارس خلال سنوات عمله أعمالا دون تأمينات مما جعله يقع في شباك الحاجة والعوز عند كبره وشيخوخته وإما أن يكون أو يكمن السبب

¹ عبيد عباس : مرجع سابق، ص 59

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 35

³ عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 14 - 15

⁴ سيد سلامة ابراهيم : مرجع سابق، ص 155 - 156

في رغبة المسن بالشعور بالرضا لأنه يمارس عملا ما للحفاظ على مكانته ومركزه ودوره الاجتماعي والاقتصادي الذي كان يتمتع بممارستهم طوال سنوات عمله.

ويعني التقاعد كمفهوم اجتماعي « تغير الوضع المهني للمسن وفقدان الكثير من الأدوار المرتبطة بالعمل سواء كان ارتباطا مباشرا أو غير مباشر ووجود وقت فراغ مع عدم الإرتباط بعمل معين»¹

ويعتبر بهذا التقاعد نقطة تحول رئيسية في حياة المسنين وسمة مميزة للكبر يحدث على إثرها تغيرا جوهريا عميق الأثر في حياة المسنين « إذ يؤدي إلى تقلص منظومة مكانه الاجتماعية، وهو بهذا المفهوم اجتماعي أيضا»².

على الرغم من أنه لا يوجد اتفاق تام حول تعريف واحد للتقاعد بين العلماء والدارسين في هذا الصدد إلا أن هناك اتفاق حول الجوانب التالية:

- يرتبط مفهوم التقاعد بمفهوم الوظيفة أكثر من ارتباطه بمفهوم العمل، فالتقاعد يعني انقطاع الشخص عن أداء وظيفة ما، ظل يؤديها حتى سن التقاعد، ولكن لا يعني ذلك أن الشخص أصبح غير قادر عن العمل تماما.

- هناك علاقة بين مفهوم التقاعد ومفهوم الأدوار، فلا يعني التقاعد الإنقطاع عن العمل فحسب، بل يؤدي إلى حدوث تغيرات جذرية في الأدوار الاجتماعية للفرد باعتبار أن العمل يحدد المركز الاجتماعي للفرد ويجعله يشعر بهويته، كما يحدد نظرة لنفسه ونظرة الآخرين له³.

- ينقسم التقاعد إلى نوعين هما: التقاعد الإجباري أو الإلزامي، وهو الذي يجبر عليه الفرد وتترتب عليه آثار سلبية كثيرة، أما التقاعد الإختياري فيتم برغبة واختيار الفرد العامل وتترتب عنه آثار ايجابية بالمقارنة مع النوع الأول⁴.

وعليه يمكن أن نقسم التعاريف السابقة الذكر والتي تناولت مفهوم التقاعد إلا ثلاث فئات أو أقسام رئيسية هي:

¹ عبيد عباس : مرجع سابق، ص 59

² نفس المرجع، ص 60

³ عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 15

⁴ نفس المرجع، ص 16

– الفئة الأولى: وتناولت التقاعد على أنه انسحاب أو انفصال عن عمل رئيسي يتكسب منه الفرد.

– الفئة الثانية: وتعاملت مع التقاعد على أنه انسحاباً نهائياً من قوة العمل.

– الفئة الثالثة: وتعاملت مع التقاعد على أنه نهاية كل نشاط يساهم به الفرد بإستثناء الأنشطة الروتينية التي يقوم بها للحفاظ على مكانته وكيانه الاجتماعي.¹

– التطور التاريخي للتقاعد:

يعتبر التقاعد من المفاهيم الحديثة التي أخذت جميع الدول، ولقد اتفقت معظم القوانين بمختلف الدول على وجوب إيجاد سن معينة تنتهي عندها خدمة الموظف ليحال إلى التقاعد، إلا أن هذه الدول اختلفت في تحديد هذا السن وإن كانت أغلبها حددته ما بين سن الستين والخمسة والستين منه بسبب تناقص إنتاجية وقدرات الفرد في هذا السن.

« فالتقاعد هو ظاهرة جديدة نجمت عن التحول إلى العصر الصناعي كان يتوخى أن تكون وسيلة لرفع الظلم والقسوة عن الموظفين والعمال الذين كانوا يعملون طوال حياتهم دون أي ضمانات أو حقوق».²

أما عن التطور التاريخي وظهور مفهوم التقاعد، فنجد أنه في عام 1880 قدم بسمارك في ألمانيا منحة لكبار السن، وأصبح بذلك مثلاً يحتذى به في معظم الدول الأوروبية الغربية، حيث قامت أكثر من مئة دولة بتصميم برامج الضمان الاجتماعي لكبار السن وكان آخرها الولايات المتحدة الأمريكية.³

ويعد بسمارك أول من حدد العمر الرسمي للتقاعد وذلك عام 1889 م عندما أنشأ أول نظام للضمان الاجتماعي ترعاه الدولة، وجاء اختيار العمر من مقولة موظفي دولة بسمارك بعد ذلك التاريخ السن إلى خمسة وستين عاماً.⁴

¹ نفس المرجع، ص 16

² عبد الحق حميش : مرجع سابق، ص 291

³ عبير عباس : مرجع سابق، ص 60

⁴ نفس المرجع، ص 60

و بهذا كان أول تحديد لسن التقاعد في العصر الحديث من طرف القانون الألماني سنة 1891 والذي قدر بسن السبعين، ثم انتقل هذا القانون إلى المجتمعات الغربية الحديثة الأخرى حيث تم تحديد سن التقاعد ب 65 سنة منذ سنة 1935، ويتوقع أن يرتفع سن التقاعد في الولايات المتحدة الأمريكية إلى سن 67 سنة في 2027 وذلك في ضوء التغيرات المستمرة في قانون التأمينات والمعاشات.¹

هذا على الصعيد الدولي أما على الصعيد المحلي فقد مر نظام التقاعد بالجزائر بعدة مراحل، حيث تبنت الإدارة الفرنسية إبان فترة الإستعمار نظاما متعددًا بخصوص التقاعد (1945-1962) في حين مر نظام التقاعد بعد الإستقلال بالجزائر بمرحلتين المرحلة الأولى من الإستقلال إلى غاية 1983 (1962 - 1983) ثم المرحلة الثانية وهي مرحلة ما بعد 1983.

أ. مرحلة تعدد الأنظمة (قبل الإستقلال):

لقد كانت معظم قوانين الضمان الاجتماعي في الجزائر في المرحلة الإستعمارية غرثا من النظام الفرنسي الليبرالي وامتدادا له في أغلبها بما فيها القوانين المتعلقة بالتقاعد (باعتبارها أهم مكونات الضمان الاجتماعي)². ولقد اتجهت فرنسا بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية إلى إصلاح نظام التأمين الاجتماعي لما يتماشى مع ظروف تلك المرحلة إضافة لضغوطات واحتجاجات العمال والحركات الاجتماعية فقامت بإحداث ثمانية أنظمة تميزت بوجود اختلافات كبيرة فيما بينها سواء فيما يتعلق بالإلتزامات أو الإمتيازات التي تخص كل هذه الأنظمة في:

(1) النظام العام: يقوم بتسييره الصندوق الجزائري للتأمين على الشيخوخة (CAAU) أنشئ عام 1954.

(2) نظام الموظفين (CGRA): ويسير من الصندوق العام لمتقاعدي الإدارة وأنشئ سنة 1949.

(3) النظام الفلاحي: ويقوم بتسييره الصندوق الوطني للتعاون (التعاقد) الفلاحي (CNMA) تم انشاءه سنة 1957.

¹ نفس المرجع، ص 61

² الطيب سيماتي : التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي وفق القانون الجديد، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2014 ص 68.

- 4) نظام المناجم: يسير من قبل صندوق التقاعد لعمال المناجم (CSSM) أنشئ عام 1950.
- 5) نظام العمال غير الأجراء: يهتم بتسييره صندوق الشيوخة لغير الأجراء (CAVNOS) أنشئ سنة 1957.

6) نظام عمال قطاع الكهرباء: يقوم بتسييره صندوق التقاعد لعمال الكهرباء (CAPAS).

7) نظام عمال السكة الحديدية: يسير من قبل صندوق التقاعد لعنال السكك الحديدية.

8) نظام عمال البحر: ويسير من صندوق التقاعد لعمال البحر¹ (EPSGM).

وتجدر الإشارة أن في فترة (45-62) عددا قليلا فقط من الجزائريين من كان يستفيد من منحة التقاعد، وهي الفئة التي كانت منخرطة في صناديق التقاعد المتواجدة في فرنسا وعرفت هذه الصناديق كذلك تمييزا واضحا بين الجزائريين والمعمرين وتمييز قطاعات على حساب قطاعات أخرى.²

ب. مرحلة ما بعد الإستقلال (1962 - 1983)

عرفت هذه المرحلة انشاء هيئة الحماية الاجتماعية لعمال البحر في سنة 1963 وتقع هذه الهيئة تحت وصاية وزارة الدولة المكلفة بنقل سلك البحارة الجزائريين كما تم انشاء صندوقين متخصصين، من مهامها إدارة منح التقاعد في قطاع الغاز والكهرباء والنقل والسكك الحديدية³ ما يميز هذه المرحلة هو تنوع الأنظمة تبعا لتنوع قطاعات النشاط (النظام العام، الموظفون، تامناجم، قطاع الكهرباء، السكك الحديدية، الشيوخة، النظام الفلاحي، الصندوق العام لمتقاعدي الإدارة وكذا تعدد الوصاية، كتابة الدولة للشؤون الاجتماعية، وزارة الفلاحة والثورة الزراعية، وزارة المالية). أي تم تسيير هذه الفترة بناء على بقايا الإستعمار الفرنسي إلى أن جاء التحلي عن الأنظمة السابقة وتوحيدها بصدور القانون 83-12 المؤرخ في 02 يوليو 1983 والمتعلق بالتقاعد.

¹ www. cnr .g/ar/presentation vu le 15/02/2017 .

² نفس المرجع، ص 167

³ نفس المرجع، ص 167

ج. مرحلة ما بعد 1983:

لقد تقرر تطوير نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر بداية من سنة 1980 ليساير مختلف التوجات الاشتراكية التي انتهجتها البلاد آنذاك (التسيير الاشتراكي للمؤسسات العمومية وملكية وسائل الإنتاج جماعيا)، كذلك ليكون شاملا وقابلا للتطبيق على جميع العمال في القطاعين العام والخاص.

كان الهدف من اصدار هذه القوانين هو تعميم الضمان الاجتماعي وتوسيع قاعدة المستفيدين ليشمل جميع العمال والموظفين والمعوقين والمسنين.¹

وسنقوم بالتطرق لهذه المرحلة وقوانينها بالتفصيل من خلال حديثنا عن التقاعد بالجزائر.

- مرحلة التقاعد:

يختلف العلماء فيما بينهم في تحديد مفهوم التقاعد، وعليه يمكن تقسيم الشعور أو الإحساس بالتقاعد إلى ستة مراحل وهي كالآتي:

- المرحلة الأولى: وتسمى بمرحلة ما قبل التقاعد أو الوشوك على الدخول في التقاعد وتنقسم إلى مرحلتين فرعيتين:

* المرحلة البعيدة: وتبدأ من تاريخ أداء الفرد وممارسته لوظيفته الأولى وتنتهي حين يقترب من التقاعد، ولعل الإحساس بالتقاعد قد يسيطر على الشخص منذ اليوم الأول لتوليه العمل

* المرحلة القريبة من التقاعد: وتبدأ حين يبلغ الفرد من قبل رئيسته أن يستعد لإنهاء اجراءات القاعد ويتحدد بصورة جد عملية في هذه المرحلة إتجاه لبفرد نحو التقاعد إيجابيا أو سلبيا².

* المرحلة الثانية: مرحلة شهر العسل.

وهي بداية التقاعد، قد يفرح الشخص بتقاعده ويجدها فرصة لكي يتحرر من روتين الذهاب إلى العمل أو تنفيذ الأوامر والتعليمات كما يجد متسعا من الوقت لإنجاز بعض ما كان يتوق لتنفيذه

¹ الطيب سيماتي : مرجع سابق، ص 71

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 35

في أيام العمل لكنه لم يكن يجد الوقت الكافي لذلك، لهذا قد يقوم بزيارة بعض أفراد أسرته البعيدين أو يتجول كسائح أو حتى يجلس على المقاهي وبالتالي تحقيق رغبات كامنة بداخله¹.

*المرحلة الثالثة: مرحلة الإنسحاب.

وتبدأ هذه المرحلة حينما تنتهي مرحلة شهر العسل، وهنا ينظر المتقاعد لحياته نظرة تتسم بالسلبية والتشاؤم، وتتأثر هذه النظرة بعدة عوامل اقتصادية واجتماعية وصحية، فقد تبين أن أكثر المتقاعدين شعورا بالقلق يعانون من مشكلات مادية وصحية حادة².

*المرحلة الرابعة: مرحلة إعادة التوجيه.

و يتوقف نجاح هذه المرحلة على استخدام الشخص لخبراته لكي ينمو وبشكل واقعي وهذا بتبني نظرة أكثر واقعية من أجل خلق بدائل للمشاكل التي قد تعترضه أثناء حياته، وبالتالي يعمل على استطلاع آفاق جديدة من أجل التكيف مع أي موقف اجتماعي، فنجد بعض المسنون يمتهون مهنة من جديد إما بمقابل أو تطوعا³، كما يحتاج الفرد في هذه المرحلة إلى التوجيه والدعم من قبل أسرته وأصدقائه باعتبارهم مصدر رضاه وإحساسه بوجودهم.

*المرحلة الخامسة: مرحلة الإستقرار.

الإستقرار والثبات هنا لا يعني عدم وجود تغيير، ولكن يشير إلى كيفية التعامل مع التغيير حيث يستقر الفرد فيها على امكانياته وتوجهاته، ففي هذه المرحلة ينمو لدى المتقاعد عمل الإختيارات، ويسمح له بالتعامل مع الحياة بقدر معقول من الراحة والنظام.

وينتقل بعض الأشخاص إلى هذه المرحلة مباشرة بعد شهر العسل، وقد يصل إليها آخرون بعد الشعور بالألم والمعاناة، وقد لا يصل إليها آخرون بتاتا. ويعرف المتقاعد في هذه المرحلة حدوج امكانياته وطاقاته وما هو متوقع منه مما يولد لديه شعورا بالإكتفاء الذاتي⁴

¹ نفس المرجع، ص 36 .

² عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 18

³ سيد سلامة ابراهيم : مرجع سابق، ص 161

⁴ عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سابق، ص 18

*المرحلة السادسة: المرحلة النهائية.

و هي آخر مراحل التقاعد، حيث تدعى بمرحلة النهاية إذ قد يموت الأشخاص دزن أن يمروا بفترة طويلة من العجز أو المرض ويكون الموت بالنسبة لهؤلاء نهاية التقاعد، وقد يفقد بعضهم دور التقاعد بسبب المرض أو العجز المصاحب لتقدم السن فيصبحون عاجزين غير قادرين على التعامل أو العمل في بعض الأنشطة المنزلية البسيطة أو حتى رعاية نفسه، فهو إذن ينتقل من دور المتقاعد إلى دور المريض العاجز.

هذا ويتبين أن للتقاعد بوجه عام آثار سلبية والتي لخصها " كمنج " في ثلاثة جوانب هي: العزلة الاجتماعية وفقدان المكانة وفقدان الجماعة الخاصة¹.

يتضح إذن أن مواقف الأفراد تجاه التقاعد تتوقف على عدة عوامل مرتبطة بالمسنين أنفسهم وبيئتهم وهي الظروف الاقتصادية والصحية وكذا شخصية المسن.

كما أن التكيف مع التقاعد يكون صعباً لفئة المسنين الذين ليس لهم مدخرات أو دخل كافي في مرحلة التقاعد حيث غالباً ما ينشأ ما يسمى " بفقر ما بعد التقاعد " إذ غالباً ما ينجر عن التقاعد انخفاض محسوس في المستوى المعيشي خاصة بالنسبة للمسنين الذين تعد منحة التقاعد المصدر المادي الوحيد لهم، فينعكس كل هذا على الروح المعنوية ويؤدي إلى الإحباط والإكتئاب والعزلة خاصة في ظل تراجع الحالة الصحية أين تؤكد أغلب الدراسات أن هاذين العاملين (الوضعية الصحية والاقتصادية) هما أهم مؤشرات الرضا عن الحياة لدى المسنين المتقاعدين حيث أسفرت نتائج دراسة اجتماعية لفئة المتقاعدين في مدينة القاهرة من إعداد " فهمي السيد حامد " بعنوان " التوافق الاجتماعي للمسنين " عن عدة عوامل مهمة من شأنها تحقيق التوافق في مرحلة التقاعد منها قيام المسن بالعمل بعد تقاعده وسعة صلاته الاجتماعية وتمتعته بالصحة السليمة، وسعي المسن لشغل أوقات فراغه دوماً بكل ما هو مفيد².

¹ نفس المرجع، ص 18-19

² سالمة عبد الله حمد الشاعري : مرجع سابق، ص 38

3- الواقع الاقتصادي للمسنين:

حسب تقديرات منظمة العمل الدولية (ILO) لجميع البلدان العربية انحدرت معدلات العمل وسط السكان في سن 65 سنة فأكثر ببطء من سنة 2000 إلى سنة 2015 باستثناء الأردن وسوريا اللتين شهدتا انحدارا ملحوظا (من 8.6% إلى 2.5% في الأردن أما في سوريا من 29% إلى 10.4%) وهذا ما تبينه معطيات الجدول الموالي.

« وربما يجد هذا الإنحذار تفسيرا جزئيا في امتداد نظم المعاشات ووصول زمر جديدة من العاملين المتمتعين بنظان المعاشات هذا بالإضافة إلى معدلات البطابة والقروض المفروضة على وصول المسنين إلى سوق العمل¹.

وقدرت في سنة 2015 معدلات العمل لدى السكان في سن 65 سنة فأكثر ب 4.3% في الجزائر بعد أن كانت تقدر ب 5.8% في عام 2000 وب 5.5% في سنة 2010، في حين عرفت هذه النسبة ارتفاعا في البلدان الأقل نموا والمنخرطة في عملية التحديث كما هو الشأن في البلدان التي يحتل بها القطاع الزراعي أهمية ومكانة كبيرة كجزر القمر 44.4% وموريتانيا 31.6% والصومال 22.5% والسودان 32.9%. (أنظر معطيات الجدول رقم 12).

تنخفض مساهمة المسنين نسبيا في البلدان متوسطة الدخل حيث تتوفر تغطية لا بأس بها بنظام المعاشات كما هو الحال في الجزائر والأردن على التوالي (4.3% و 2.5%) وتقدر بحوالي 10% في كل من تونس ومصر وفلسطين لكن تعرف ارتفاعا نوعا ما في المغرب.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك فئة ثالثة من البلدان العربية ألا وهي بلدان النفط حيث تقدر معدلات العمل لدى السكان في سن 65 سنة فأكثر في كل من العراق والكويت ب 10% بالمقابل تشهد هذه النسبة ارتفاعا لتبلغ 36% في قطر والتي يمكن تفسيرها « بعامل حيوي مهم وهو الهجرة لأن غالبية المواطنين يستفيدون من إعادة توزيع الدخل الذي تشرف عليه الدولة »²

¹ نفس المرجع، ص 66

² نفس المرجع، ص 67

الجدول رقم 10: يبين معدلات العمل لدى المسنين في سن 65 سنة فأكثر 2000-2015

البلد	2000	2005	2010	2015
الجزائر	5.8	5.2	5.5	4.3
البحرين	18.6	13.3	13.3	14.2
جزر القمر	45.2	45	44.7	44.4
جيبوتي	11.6	11.4	11.2	10.9
مصر	12.5	8.9	10.1	10.2
العراق	12.2	11.6	11	10.8
الأردن	8.6	7.6	6.2	2.5
الكويت	11.6	11.5	12.2	11.8
لبنان	14.8	15.3	14.3	14.4
ليبيا	17.1	17.1	16.9	16.7
موريتانيا	32.5	32.1	31.8	31.6
المغرب	22.3	20.9	18.2	18.6
الأراضي الفلسطينية المحتلة	10.7	10.1	9.2	8.8
عمان	10.9	11.6	11.5	11.9
قطر	42.2	39	35.7	36.1
السعودية	23.1	15.3	13.8	15.5
الصومال	23.2	22.8	22.5	22.5
السودان	38.3	35.8	33.5	32.9
سوريا	29	17.7	11.1	10.4
تونس	17.1	14.2	10.5	10
الإمارات العربية المتحدة	18.2	17.8	19.4	20

المصدر: حافظ شقير وآخرون: فئة المسنين في المنطقة العربية، الإتجاهات الإحصائية ومنظور السيايات، المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة لسكان المنطقة العربية وجامعة الدول العربية، القاهرة، 2017، ص 66.

- الحالة العملية لكبار السن:

يمثل الدخل متغيرا هاما للمسنين في هذه المرحلة، حيث تساعد الحالة الاقتصادية للمسن على البحث عن أدوار مهنية جديدة قد تكون بديلة لأدواره السابقة التي افتقدها فتشعره بقيمة وأهمية

وجوده في الحياة وتحسن من توافقه الشخصي والاجتماعي.¹ وهذا ما تبينه معطيات الجدول الموالي والذي يوضح التوزيع النسبي لكبار السن حسب وضعيتهم العملية.

الجدول رقم 11: التوزيع النسبي لكبار السن حسب وضعيتهم العملية:

الخصائص	يشتغل حاليا	اشتغل في الماضي	لم يشتغل أبدا	غير مبين
فئات العمر				
64-60 سنة	13.7	39.0	47.9	0.0
69-65 سنة	6.8	47.3	45.9	0.0
74-70 سنة	6.2	47.2	46.4	0.2
79-75 سنة	4.0	58.9	37.1	0.0
80 سنة فأكثر	1.2	52.1	46.5	0.2
النوع				
رجال	13.9	82.0	4.0	0.1
نساء	1.9	11.7	86.4	0.0
حالة الإقامة				
يعيش لوحده/بمفرده	10.4	34.6	54.9	0.1
مع أفراد في منزله	9.0	52.4	38.5	0.1
مع أفراد في منزلهم	1.5	17.4	81.2	0.0
وسط الإقامة				
حضر	6.3	47.2	46.5	0.0
ريف	10.3	45.7	44.0	0.0
المجموع	7.9	46.6	45.5	0.1

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 178.

قدرت نسبة المسنين المشتغلين أثناء إجراء التحقيق 7.9% مقابل 46.6% اشتغلوا في الماضي و45.5% لم يشتغلوا أبدا يتوزعون بين 86.4% نساء و4.00% رجال ومرد ذلك إلى قلة اليد النسوية العاملة مقارنة بالرجال في حين يكثر عدد المسنين المشتغلين في الريف 10.3% مقارنة بالحضر 6.3%.

¹ مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 77

حيث أن المجتمعات الحديثة قد أهملت في فترة ما أدوار كبار السن في العمل والإنتاج وعلى النقيض فإن المجتمعات البسيطة والقروية مازالت تعطي كبار السن أدوار اجتماعية وتفسح أمامهم أوجه المشاركة التي تناسب مكانتهم، ومن هنا فإن فقدان كبار السن الدور والمكانة والعمل وانخفاض الدخل، وتضاؤل فرص الاتصالات الاجتماعية يزيد من شعورهم بالإحباط والعزلة مما يتطلب إيجاد ادوار بديلة تتناسب مع صحة المسن ومكاناته العقلية وخبراته السابقة¹ وتؤمن له مداخل وعلاقاته واتصالاته الاجتماعية.

إذ يرى عزت سيد اسماعيل أن توافق المسن يعود في جزء كبير منه إلى مستوى الدخل ومدى الإحساس بالأمن الاقتصادي فغالبا ما يواجه المسنون مشكلات اقتصادية صعبة تؤثر توافقهم خاصة مع التقاعد نتيجة انعدام موارد مالية إضافية تواجه الأعباء المادية الزائدة بسبب تدهور الحالة الصحية وارتفاع نفقات العلاج، الأمر الذي يصيب المسن بالقلق والخوف من المستقبل وعدم الرضا عن الحياة.²

- الإعالة ومصادر الدخل:

- الإعالة:

يتضح من معطيات الجدول رقم (12) أن تقريبا نصف كبار السن وما نسبته 48.3% يعولون أنفسهم وآخرين في آن واحد مقابل 13.7% فقط من يعولون أنفسهم فقط و37.9% معالون من قبل الغير، إلا أن نسبة الإعالة عرفت تباينا حسب السن حيث قدرت ب 39.4% في الفئة العمرية 60-64 سنة وارتفعت لتصل إلى 47.5% البالغين 80 سنة فأكثر، ومرد ذلك إلى النساء المسنات تعمرن أكثر من الرجال وغالبا ما لا يكون لهاته النسوة مدخول وبالتالي تكون معالة من طرف الآخرين، ومن جهة أخرى قد يمتهن المسنون أعمالا أخرى يكسب من خلالها مدخول إضافي يعول به نفسه والآخرين لكن ومع التقدم في السن وانتشار الأمراض والعجز يصبح محتاجا لمن يعيله ويتولى شؤونه المالية.

¹ عبيد عباس : مرجع سابق، ص 208

² مصطفى محمد أحمد الفقي : مرجع سابق، ص 78.

الجدول رقم 12: التوزيع النسبي لكبار السن حسب دورهم داخل الأسرة.

الخصائص	يعول نفسه	يعول نفسه ويعول آخرون	معال/معالاة	غيرمبين
فئات العمر				
64-60 سنة	11.4	49.1	39.4	0.1
69-65 سنة	12.9	50.7	36.3	0.0
74-70 سنة	13.1	49.3	37.4	0.2
79-75 سنة	22.1	48.1	29.5	0.3
80 سنة فأكثر	14.1	38.1	47.5	0.3
النوع				
رجال	14.4	75.9	9.4	0.3
نساء	13.0	21.0	66.0	0.0
الحالة الحياتية				
لديه أولاد أحياء	13.2	48.7	37.9	0.2
بدون أولاد أحياء	23.9	36.9	39.2	0.0
غير مبين	14.9	55.6	29.5	0.0
حالة الإقامة				
يعيش لوحده/ بمفرده	82.5	8.1	9.4	0.0
مع أحد أفراد أسرته في منزله	13.0	56.4	30.4	0.2
مع أحد أفراد أسرته في منزلهم	9.0	10.4	80.6	0.0
الحالة العملية				
يشتغل حاليا	8.0	88.4	3.6	0.0
اشتغل في الماضي	16.4	70.1	13.3	0.3
لم يشتغل أبدا	11.9	19.0	69.0	0.1
وسط الإقامة				
حضر	13.3	49.4	37.1	0.1
ريف	14.2	46.5	39.0	0.2
المجموع	13.7	48.3	37.9	0.2

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 182

وتوضح البيانات حسب الجنس أن أغلب المعالين من طرف الأسرة هم النساء المسنات حيث قدرت نسبتهن ب 66% في حين تمثل 75.5% نسبة الرجال، كما أغلب المسنين الذين يعولون أنفسهم وآخرون في آن واحد هم المسنين الذين يشتغلون أثناء اجراء التحقيق وذلك بنسبة 70.1%

في حين أغلب المسنين المعالون من قبل الغير هم بطالين الذين لم يسبق لهم أن اشتغلوا وقدرت نسبتهم بحوالي 70% وتجدر الإشارة أن البيانات لا تبدي اختلافا بين الريف والحضر فالنتائج متقاربة، فالشخص المسن يعول نفسه والآخرين في المنطقة الحضرية أو الريفية.

- مصادر الدخل:

الجدول رقم 13: التوزيع النسبي لكبار السن حسب مصدر دخلهم

الخصائص	تقاعد معاش	ضمان اجتماعي	مساعدة حكومية	مساعدة غير حكومية	مساعدة من الأبناء	يشتغل حاليا	دخل من أملاك خاصة	أخرى	دخل كافي
الفئة العمرية									
64-60 سنة	46.2	9.3	8.1	0.8	25.1	11.7	9.4	19.6	22.3
69-65 سنة	54.5	11.5	9.2	1.1	28.9	4.6	9.5	19.4	23.0
74-70 سنة	54.8	11.1	12.2	1.7	29.1	3.8	7.2	16.1	23.5
79-75 سنة	60.9	11.1	15.4	2.1	26.5	2.9	5.9	9.7	24.0
80 سنة فأكثر	50.6	10.4	16.6	1.3	31.7	0.6	7.0	11.3	26.4
النوع									
رجال	71.1	12.4	10.6	1.3	21.1	10.5	9.6	2.6	21.4
نساء	33.9	8.8	11.3	1.3	34.4	1.6	7.1	30.8	25.3
الحالة الحياتية									
لديه أولاد أحياء	52.5	10.7	10.7	1.2	28.9	6.0	8.1	16.5	23.3
بدون أولاد أحياء	49.2	7.8	15.6	2.0	4.6	5.6	11.9	25.0	22.9
غير مبين	39.4	0.0	0.0	0.0	6.7	14.9	29.8	30.8	32.7
حالة الإقامة									
يعيش لوحده/ بمفرده	61.2	12.2	19.3	0.0	14.6	10.1	4.6	11.8	40.3
مع أحد أفراد أسرته في منزله	56.6	11.3	10.8	1.3	26.1	6.8	8.9	14.5	21.9
مع أحد أفراد أسرته في منزلهم	29.2	6.9	10.8	1.3	38.5	1.1	5.8	29.5	29.0
وسط الإقامة									
حضر	54.6	11.0	9.6	0.9	28.0	5.0	4.8	18.4	24.1
ريف	48.9	10.0	13.0	1.7	27.4	7.5	13.7	14.4	22.2
المجموع	52.3	10.6	10.9	1.3	27.8	6.0	8.3	16.8	23.3

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح

الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 184.

توضح بيانات الجدول رقم (13) والذي يمثل التوزيع النسبي لكبار السن حسب مصدر دخلهم أن 52.3% من كبار السن مصدر دخلهم معاش تقاعدهم مقابل 27.8% صرحوا أنهم يتلقون مساعدات مالية من طرف الأبناء في حين لم تمثل المساعدات غير الحكومية سوى نسبة 1.3% كما أن نسبة قليلة فقط من المبحوثين والتي قدرت ب 23.3% هي من صرحت بأن دخلها كافي خاصة وأن أغلب المبحوثين مصدر دخلهم الرئيسي هو التقاعد وأغلبهم يعيل نفسه وآخرين ضف إلى ذلك تدهور الحالة الصحية وانتشار أمراض الشيخوخة كما يتضح من بيانات الجدول أن هناك تباين في مصادر الدخل حسب النوع إذ يصرح ما نسبته 71.1% من المسنين الرجال بأن مصدر دخلهم هو معاش تقاعدهم في حين أغلب المسنات مصدر دخلهن هو مساعدة الأبناء باعتبارهن لم تشتغلن وهم من الجيل الذي عاش في فترة الإستعمار الفرنسي أين كانت فرص تعليمهن ضئيلة وبالتالي فرص توظيفهن بعد الإستقلال ضعيفة أيضا هذا بالإضافة إلى أن اليد العاملة النسوية قليلة مقارنة بالرجال لعدة اعتبارات وقناعات وقيم ومبادئ عرفها المجتمع الجزائري آنذاك.

ويصرح 61.2% من المسنين المبحوثين أنهم يقيمون لوحدهم ويعتبر معاش التقاعد هم مصدر دخلهم وفي المقابل وفي المقابل يصرح 38.5% من المبحوثين بأنهم يقيمون مع أحد أفراد الأسرة في منزلهم وتعتبر مساعدة الأبناء لهم هي مصدر دخلهم ربما لأنهم لا يملكون تقاعد أو لأنهم لم يشتغلوا أبدا (كما هو حال المسنات) أو اشتغلوا في قطاعات غير رسمية حيث تتعدم تغطية الضمان الاجتماعي، الأمر الذي جعله دون تقاعد عند الكبر.

الملفت للإنتباه في هذه المعطيات هو تقارب النسب بين الريف والحضر، حيث يصرح 54.6% من المسنين في الحضر بأن معاش التقاعد هو مصدر دخلهم، وفي المقابل يصرح كذلك 48.9% من المسنين المقيمين بالريف بأن معاش التقاعد يعتبر مصدرا كذلك من مصادر دخلهم. كانت مساعدة الأبناء للأباء جد متقاربة بين الريف والحضر إذ قدرت ب 27.4% في الريف مقابل 28% في الحضر في حين يسجل التباين في المساعدات الحكومية أين تقدر ب 9% فقط في الحضر مقابل 13% في الريف وربما يعود ذلك إلى الحرمان وصعوبة الحياة الريفية ضف إلى ذلك قلة عددهم، ومؤخرا سياسة الدولة الجزائرية لإعادة تعمير الأرياف بالسكان والحد من الهجرة الداخلية التي عرفتها الجزائر نتيجة الظروف الأمنية غير المستقرية في العشرية السوداء.

إن أغلب المسنين القاطنين في الأرياف يستفيدون من دخل من أملاك خاصة وهذا حسب تصريح 13.7% منهم في حين لا تتعدى هذه النسبة 5% في المدن هذا بسبب تعقد الحياة الإقتصادية والاجتماعية في الحياة الحضرية وانتشار التقسيم الاجتماعي للعمل وسيادة المصلحة الفردية وانتشار الصناعة والآلات... عكس بسطة الحياة الريفية والعمل الجماعي في الأراضي الزراعية وتربية الحيوانات.

المطلب الثاني: التقدم في العمر والإضطرابات الصحية.

شهد القرن العشرين الكثير من التغيرات، ومن أهم التغيرات التي حدثت زيادة عمر الإنسان فأصبح العالم يزخر بزيادة كبيرة في أعدادا المسنين في مختلف الدول، وقد بلغ تعداد من تجاوز الثمانين عاما في العالم 50 مليون نسمة يعيش نصف هؤلاء المسنين في الدول المتقدمة ونصفهم الآخر في الدول النامية¹

لا يتم توزيع المرض عشوائيا بين السكان لكنه يتغير بدرجة كبيرة تبعا للسن والجنس والمكانة الاجتماعية والمسكن والعادات، ومع أن هناك تناقضات كبيرة فيما يخص الحالة الصحية لكل من الشباب والمسنين فإن العديد من الأبحاث تعتبر عامة وفي كل مرحلة:

- أن لكل الأمراض نتائج اجتماعية غير محببة لأنها مؤلمة للفرد وتعرقله على استخدام قدراته العقلية والبدنية لأداء أدواره الاجتماعية.

- كما تتسم الأمراض بالإختلاف في النوع والدرجة²

1- العوامل المسببة لأمراض المسنين:

لا يصاب كبار السن بالضرورة بأمراض الشيخوخة بمجرد بلوغهم سنا معينة ولكن توجد عوامل بيولوجية واجتماعية ونفسية تجعلهم يصلون إلى حالة العجز في أي سن، ويمكن القول أن أهم العوامل التي تتسبب في الهدم في جسم الإنسان تحدث عادة من خلال:

¹ عبير عباس : مرجع سابق، ص 232

² هدى محمد القناوي : مرجع سابق، ص 36

- الإفراط في تناول الأغذية:

مما لا شك فيه أن الإفراط في تناول الأغذية البروتينية والدهنية المركزة واتباع نظام غذائي غير صحي، من أقوى العوامل المؤدية إلى تولد المواد الحامضية والتي تعمل على انقاص قلوية الوسط السائل بالجسم مما يؤدي إلى تراكم النفايات والسموم الناتجة عن هضم وتكدس الأطعمة فوق بعضها البعض، دون أن يترك للجسم الفرصة الكافية ليعادل جميع النفايات في المواد الحامضية الناجمة عن هضم الطعام خاصة إذا كانت من النوع المركز أو غير المكتمل لشروط التغذية¹. وعند وصول الإنسان إلى سن الخمسين وأكثر وهو بنفس العادات الغذائية السيئة وفي ظل الغياب والحركة الجسمية الكافية للتخلص وحرق الطعام الزائد عن حاجته الجسمية، فإن هذا الإختلال في الهضم وسوء تمثيل الغذاء يؤدي إلى تراكم النفايات والسموم بالجسم، فيصاب بالحموضة وما يترتب من ذلك من متاعب صحية كالبول السكري وارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين وترسب الدهون على الأنسجة والشرايين ما يولد الإحساس بالوهن والضعف والخمول وغير ذلك من الأعراض التي قد يتعرض إليها الفرد في أعقاب كهولته وشيخوخته.²

- إمتصاص الجسم نواتج التخمر:

قد يمتص الجسم نواتج تخمر بعض أجزاء العام في الأمعاء، بسبب الإمساك وبقايا كتل البراز مدة طويلة في الأمعاء أكثر من المطلوب، وعندما تعجز الأمعاء عن هضم المواد السليولوزية في الطعام كثيرا ما يحدث الإمساك عند الإنسان بتقدم السن وبالتالي تبقى الكتلة البرازية مدة أطول في الأمعاء فيمتص منها الجيم بعض السموم فيضطرب الهضم ويبيدي الجسم أعراضا حيث يزول بريق العينين ويظهر على الوجه شحوبا وذبولا، ويؤدي تكرار هذا الإمساك إلى التهاب الزائدة الدودية³

- إمتصاص الجسم لبعض المفرزات السامة:

قد يحدث وأن يمتص الجسم أحيانا بعض النفايات الضارة التي قد تتولد عن هضم وتمثيل الأغذية والتي قد تنشأ عن هدم الأنسجة والخلايا بسبب الأعمال المستمرة التي قد يؤديها الإنسان

¹ نفس المرجع، ص 37

² حسن عبد السلام : نحن المعمرون، دار المعارف، القاهرة، 1952، ص ص 27 - 29

³ نفس المرجع، ص ص 49-50

في حياته، كما قد يمتص شيئاً من القيقح أو الصديد الذي قد تفرزه أنسجة مريضة أو ملتهبة في باطن الجسم كالثآليل المصابة أو الجرحات الباطنية¹.

وإذا كان المرء قويا وفي صحة جيدة بإمكانه أن يتخلص من تلك السموم تدريجيا ويمنع تراكمها في الدم، أما إذا كان مريضا أو متقدما في السن فإن عملية الحرق في جسمه تكون غير ناشطة وغير عاملة لا تقوى على حرق وأكسدة النفايات الضارة والتخلص منها، خاصة إذا كانت الأعمال التي يقوم بها المرء فوق طاقته أو إذا كان كثير الغضب أو القلق والحزن ودائم التفكير في المشاغل والهموم المعقدة².

- التسمم المزمن بالنيكوتين:

على العموم فإن النيكوتين أول ما يهاجم في أعضاء الجسم الجهاز العصبي ثم يمتد خط سم النيكوتين إلى الدماغ والشرايين المغذية له فتقل كمية الدم بداخلها مما يؤثر على المخ ويصيبه بالوهن كما يؤثر في أمراض القلب ويؤدي إلى نوبات الذبحة الصدرية وارتفاع ضغط الدم (وإن وجدت مسببات أخرى في حدوثه). يؤثر التسمم بالنيكوتين على الجهاز التنفسي كذلك لأنه أكثر الأجهزة تعرضا لأضرار التدخين فيؤدي إلى التهاب مزمن في الجلد المخاطي للقصبة الهوائية فيتهيج ويفرز طبقة مخاطية قد تمتد إلى الحنجرة والأوتار الصوتية فيصيبها بالعجز عن أداء وظائفها كما قد يصل هذا الإلتهاب إلى الرئة وينتج بذلك السعال الجاف أو المصحوب بقشع مخاطي...ضف إلى ذلك إصابة الكبد والبنكرياس وما إلى ذلك مما قد يصيب الفرد من آثار تقدم السن واستمراره في التدخين المزمن لفترات طويلة³.

ويتبين من خلال المسح الجزائري للأسرة سنة 2002 «أن هذه الشريحة هي من أكبر المستهلكين لهذه المادة وبكل أنواعها إذ أن 20.9% لا يزالون مواظبين على التدخين مقابل 14.4% قد تخلوا عنه لكن استهلكوه في الماضي»⁴، كما أن هذه الظاهرة ألا وهي التدخين تمس الرجال أكثر من النساء حيث قدرت نسبتهم 38.7% مقابل 3.5% فقط نساء، وأن ثلثي

¹ نفس المرجع، ص 35

² هدى القناوي: مرجع سابق، ص 38

³ نفس المرجع، ص 39

⁴ الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية : مرجع سابق ص 188

المسنين استهلكوه منذ أكثر من 25 سنة، من جهة أخرى قدر متوسط سنوات التدخين ب 34.1 سنة وترتفع لدى الأجيال الأكبر سنا، فقد دخن البالغين من العمر أكثر من ثمانين سنة في المتوسط 44 سنة مما يدل على أن التدخين ظاهرة قديمة تنمو معها الأجيال،¹ وهذا ما توضحه معطيات الجدول الموالي:

الجدول رقم 14: التوزيع النسبي للمسنين حسب مدة التدخين

مدة التدخين						دخن في الماضي	يدخن حاليا	الخصائص
متوسط عدد السنوات	غير مبيّن	لا يتذكر	منذ أكثر من 25 سنة	منذ 15-24 سنة	منذ 1-14 سنة			
الفئة العمرية								
30.6	1.5	9.3	57.6	20.8	10.7	13.7	21.2	64-60 سنة
31.9	0.3	12.0	58.8	18.0	10.9	13.9	20.1	69-65 سنة
35.2	1.8	8.2	62.9	16.7	10.4	15.9	18.2	74-70 سنة
37.2	0.9	12.4	63.9	10.9	11.9	15.3	26.3	79-75 سنة
44.0	0.6	14.2	69.5	7.6	8.0	13.6	21.5	80 سنة فأكثر
النوع								
34.3	0.9	10.9	61.9	16.4	10.0	28.0	38.7	رجال
30.6	3.7	9.8	48.1	18.8	19.6	0.9	3.5	نساء
وسط الإقامة								
32.7	1.1	10.1	58.4	18.5	12.0	14.7	19.8	حضر
36.2	1.0	11.9	64.9	13.6	8.6	13.8	22.6	ريف
34.1	1.1	10.8	61.0	16.5	10.6	14.4	20.9	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 189.

- العيش في جو غير صحي:

يعتبر العيش في بيئة غير صحية وبالتالي هواء غير نقي كجو المدن الصناعية والأماكن المكتظة من أهم عوامل التسمم في الجسم، فالجو الملوث الذي تخلفه مداخن المصانع والأفران

¹ نفس المرجع، ص 189

كغاز الكربونيك ورفائق الغبار تساهم كلها في نقص نقاء وشفاء السائل الدموي¹ وبالتالي يصبح الفرد عرضة للإصابة بمختلف الأمراض لا سيما الأمراض الصدرية والحساسية وفيما يلي سنقوم بعرض أهم الأمراض التي يمكن أن تصيب الأشخاص الكبار في السن مع التقدم في العمر.

2- أمراض المسنين:

تحدث مع الشيخوخة جملة من التغيرات التي تصيب الأعضاء والأنسجة المختلفة بالجسم، وقد سبق لنا التطرق لها، وكننتيجة لهذه التغيرات فإن أمراضا معينة يمكن أن تصيب المسنين وتجعلهم يفقدون الكثير من أدوارهم الاجتماعية وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي، وبالتالي تدهور مستوى توافقهم الاجتماعي والنفسي، وسنتطرق فيما يلي إلى أهم هذه الأمراض:

- أمراض القلب:

إن الأمراض التي تصيب الشرايين مسؤولة عن إحداث أمراض المسنين تفوق كافة الأمراض والعلل مجتمعة، فهي أساس غالبية أمراض القلب التي تحدث للمسنين، وهي سبب كل حالات السكتة الدماغية التي تصيبهم،² وسبب الكثير من حالات العلل الذهنية التي تصيبهم والمقصود هنا بالأخص هو مرض شرايين القلب التاجية، وهو السبب الأول لحالات الوفاة بين المسنين في العالم المتقدم، ويظهر تصلب الشرايين والذي يعني ترسبات الكوليستيرول تحت بطانة الشرايين مبكرا في الحياة، ويعيش معظم الناس كل حياتهم بلا أعراض، ويزداد مع التقدم في العمر، وتكون نسبة الرجال النساء في معظم المراحل العمرية حتى يتساوى الجنسين بعد السبعين من العمر.³

إن الفهم الجديد لكيفية حدوث أزمات القلب هو أن حتى الترسبات الصغيرة من الكوليستيرول في بطانة جدران الشرايين التاجية، يمكن أن تنفجر في أي وقت وتسبب جلطة تقوم بسد هذا الشريان تماما، وتسبب احتشاء في عضلة القلب، إذن فهذه الترسبات الصغيرة من الكوليستيرول هي مصدر خطر، لكن أصبح معلوما لأن هذا المرض يمكن تجنبه تماما في جميع مراحل العمر

¹ هدى محمد القناوي : مرجع سابق، ص 39

² محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 68

³ عبد المنعم عاشور : صحة المسنين (كيف يمكن رعايتها)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2009، ص 26

بأسلوب الحياة المناسب والصحي يشمل اختيار أنواع الطعام وأداء التمارين الرياضية، والبعد عن القلق والتدخين والسمنة¹.

و للحماية من أمراض القلب هناك تفاعل ثلاثي مهم بين الأعمار والمرض وأسلوب الحياة ولقد أمكن في السنوات الأخيرة من خلال ترشيد أسلوب الحياة أحداث أثر جيد على الصحة من خلال تراجع المرض بواسطة:

* **التمارين الرياضية:** تحسن التمرينات البدنية المتواصلة السعة الأيروبية للقلب (وتعني قدرة القلب على الإستجابة لبذل مجهود واستهلاك الأوكسجين)، وتعويض النقص الناشئ عن تقدم العمر، إذ يؤدي قلة النشاط إلى تقليل السعة والمرونة مما يؤدي إلى المزيد من العجز الجسمي والنفسي لدى المسنين، حيث لوحظ انخفاضاً بنسبة 50% من أزمات القلب بين الأشخاص الممارسين لنشاطاً ترويحياً²، إذن فالحياة الساكنة والخالية من أي نشاط تشكل خطراً كبيراً على القلب.

* **التغذية الصحية:** العناصر الغذائية المرتبطة بصحة القلب والشرايين هي الدهون والكوليستيرول والفيتامين (ب)، خاصة ب6 وب12 ومضادات الأوكسدة مثل الفيتامين (هـ)³

- **ارتفاع ضغط الدم:**

يزيد معدل انتشار ضغط الدم مع زيادة السن، ويعتبر الذكور أكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم قبل الخمسين من العمر، بينما تصبح النساء أكثر عرضة للإصابة بالمرض بعد سن اليأس وله نوعان: الإنقباضي والإنبساطي ويعتبر كلاهما من المشاكل الصحية الخطيرة الشائعة بين المسنين، ويعتبر ضغط الدم الإنبساطي أكثر انتشاراً بين المسنين والأخطر بالنسبة للقلب والذي يستمر ازدياده مع التقدم العمر⁴.

لا يوجد تعريف محدد لإرتفاع ضغط الدم بين المسنين، إلا أنه يمكن اعتبار المسن مصاباً بارتفاع ضغط الدم إذا تجاوزت درجة الضغط الإنقباضي (100) ميليمترات من الزئبق، ضف إلى

¹ نفس المرجع، ص 26

² نفس المرجع، ص ص 26 - 27

³ نفس المرجع، ص 28

⁴ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 97 .

ذلك أنه مرض كامن، فهو لا يكتشف إلا عند الفحص الروتيني عند الطبيب أو في إطار برنامج لتقصي المرض، باعتباره لا يبدي أعراضاً إلا إذا كان شديد الإرتفاع أو الإنخفاض كالصداع والدوخة وفتور الهمة¹

والمؤسف أن فرط ضغط الدم يكتشف عند الكثير من المرضى فقط عند حدوث إحدى مضاعفات الحالة كالسكتة الدماغية أو النوبة القلبية أو الفشل الكلوي أو العمى².

و لمواجهة ضغط ارتفاع ضغط الدم عند المسنين يجب تغيير أسلوب الحياة والمتمثل في ضبط الملح والتخلص من الوزن الزائد، والنشاط لمحااربة الكسل وتناول الأدوية المنصوحة من طرف الطبيب وخاصة المتابعة الطبية المنتظمة والمستمرة.

- أمراض الجهاز الحركي:

تكثر التقلصات بالعضلات لدى المسنين، وهناك يقتصر على المسنين فقط، وهو " التهاب العضلات المتعدد الروماتيزمي"، والذي ينشأ من التهاب روماتيزمي بشرايين العضلات أين يشكو فيه المريض من توعك، إضافة في ارتفاع درجة الحرارة وفقدان الوزن، وآلام في عدة عضلات من الجسم خاصة في الذراعين والكتفين والفخذين، وينجم عن هذا المرض ارتفاع شديد في سرعة ترسيب الدم³.

وهناك مرض التهاب المفاصل العظمي، وهو من أكبر أنواع الروماتيزم شيوعاً وهو السبب الرئيسي للألم والعجز والإنفاق الصحي لدى المسنين، ومن أعراضه الأساسية، ألم المفاصل والتيبس وفقد التوازن وكذلك ارتشاح في المفاصل وتشوه ثم فقد وظيفة المفصل تماماً، خاصة الفخذ والركبة، ولا يوجد حتى الآن علاج شاف لهذا المرض، وإنما هناك مجموعة من الإجراءات التي يمكن للمريض أن يلجأ إليها لتخفيف وتسكين الآلام الملازمة له طول الوقت وفي كل مكان⁴.

وتتمثل هذه الإجراءات في:

¹ عبد المنعم عاشور : مرجع سابق، ص 29

² ج ب الخوري : صحة المسنين (الدليل والمرجع الطبي)، مكتبة لبنان ناشرون، لبنان، ط1، 2014، ص 80

³ محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 69

⁴ عبد المنعم عاشور: مرجع سابق، ص 8

- وضع كيس ثلج على مفصل واحد، أو الجلوس في حمام دافئ مدة 20 دقيقة لتخفيف الآلام المنتشرة في كل المفاصل.

- على المريض مراعاة الوضع الصحي عند الجلوس على الكرسي أو في السيارة.

- يجب التخلص من الوزن الزائد.

- يجب الإكثار من تناول بعض الفيتامينات الموجودة في الخضر كالأطماطم والجزر والخس مثل أ،هـ، ج أو تناولها على شكل أقراص بوصفة أو باستشارة طبية.

- اتخاذ الوضع المريح والصحي في النوم، مع انثناء بسيط في المفصل واسترخاء في العضلات.¹

- هشاشة العظام:

يتكون النسيج العظمي من خلايا عظمية تملك القدرة على افراز مادة تسمى "بالماتركس" "Matrikse"، تتوزع هذه المادة بين الخلايا ومن خصائصها، القدرة على تحمل مختلف الضغوط، ولا يمض وقت طويل حتى تترسب أملاح الكالسيوم والفسفور في طوايا هذا النسيج العظمي، مما يمنحه الصلابة المطلوبة لتحمل ضغوط الحركة، والتي تؤدي بدورها إلى زيادة صلابة العظام وقوتها². ولكن ماذا يحدث مع التقدم في العمر؟

مع تقدم العمر يتغير تركيب النسيج العظمي فيقل ما به من عمليات البناء، بينما تزداد عمليات الهدم، وهذا كله جراء قلة الحركة الشخص وضعف قدرة العضلات على الإنقباض، مما ينتج عنه قلة صلابة العظام وفقدان قوتها بل وتصاب "بالنخر" أو ما يعرف "بوهن العظام"³.

هشاشة أو وهن العظام هو اللفظ الذي يطلق على العظام التي فقدت كثيرا من الكالسيوم ويمكن أن تسبب التشوه والإعاقة، وتنتشر كثيرا بين النساء بعد سن اليأس، وتزداد مع تقدم في العمر بين الرجال والنساء على السواء، ويختلف التعرض لهذا المرض من جنس لآخر ومن أسرة لأخرى ومن أسلوب حياة لآخر⁴.

¹ نفس المرجع، ص 9

² سامي محمود: لا للشيخوخة المبكرة، دار المصرية للنشر والإعلام، القاهرة، ط1، 1993، ص 61

³ نفس المرجع، ص 61

⁴ عبد المنعم عاشور: مرجع سابق، ص 46

تبدأ أعراض هذا المرض بآلام يشعر بها المسن في عدة مناطق من الجسم لكنها تتمركز في المناطق المعرضة للضغوط الزائدة كفقرات العمود الفقري أو عظام أعلى الفخذ، ويمكن أو يعقب هذه الآلام كسورا في العظام الهشة التي فقت الكثير من قوتها وصلابتها أو ما يعرف بانخفاض معدل كثافتها¹.

ويجب التفريق بين وهن العظام المصاحب للشيخوخة، وبين آلام المفاصل المصاحب أيضا لكبر السن ويمكن التأكد من ذلك من خلال التحاليل وصور الأشعة التي تبين بوضوح ما أصاب العظام من وهن وضمور.

تعتبر الأدوية احدى مراحل علاج وهن العظام المصاحب للشيخوخة ولكنها لا تكفي وحدها كوسيلة للعلاج، إذ هناك علاج غذائي وعلاج حركي أو طبيعي مصاحب للأدوية.

وتتمثل أهمية العلاج الدوائي في الحد أو التقليل من معدلات الهدم والرفع من عمليات البناء مما ينتج عنه زيادة تركيز الكالسيوم في النسيج العظمي، وهناك مجموعة من الأدوية يمكن أن تحقق هذا الهدف، أما العلاج الغذائي فيتمثل في زيادة تناول كبار السن الاغذية ذات التركيز العالي من البروتينات والكالسيوم والأملاح المعدنية كاللحوم والأجبان ولبيض والألبان...².

إن الحركة وممارسة الرياضة أثر هام في علاج هشاشة العظام المصاحب للشيخوخة حيث يبدأ المسن من ممارسة تمارين ساكنة أي يعمل على قبض وبسط العضلات دون اجهاها ودون تحريك المفصل، وبعدها يقوم بتحريك المفصل وتنشط معه بذلك حركة العضلات وبالتدريج يأخذ المريض في زيادة النشاط الحركي الذي يقوم به، فيبدأ بالمشي الذي تزداد مسافته وزمنه تدريجيا، وفي إطار ما تسمح به صحة المسن المصاب بمرض وهن أو هشاشة العظام³.

وفي الختام هناك خمس نصائح مهمة يمكن لكبار السن اتباعها لتقليل آثار وهن العظام وضعفها تتمثل في:

- يجب تناول كوب من الحليب يوميا بهدف توفير القدر اللازم من الكالسيوم.

¹ سامي محمود: مرجع سابق، ص 62

² نفس المرجع، ص 63

³ نفس المرجع، ص 64

- من الواجب كذلك تناول كميات وافرة من البروتينات كاللحوم والبيض والسّمك باعتبارها ضرورية لبناء خلايا الجسم العظمي وترسيب الكالسيوم عليه.

- يجب استهلاك كميات مناسبة من فيتامين "د" فهو يساعد على امتصاص الكالسيوم في الأمعاء وترسيبه في العظام.

- يجب تناول الهرمونات البناءة " كالمينوبولين " وغيرها تحت الإشراف الطبي.

- من الضروري جدا ممارسة أي نوع من الرياضات الخفيفة فتعتبر السباحة مثلا رياضة كاملة وأحسن الرياضات لمن يجيدها، إضافة للمشي فهو أفضل رياضة لكبار السن¹.

فالرياضة عموما تنشط الجسم وتجدد حيويته وتعمل على تنشيط الدورة الدموية وتقوية العضلات والعظام.

- الداء السكري (مرض السكر):

تزداد نسبة الإصابة بالسكر بين كبار السن، وذلك بسبب حدوث تغيرات في استجابة البنكرياس لإفراز الأنسولين عند زيادة الجلوكوز بالدم، ويعتبر ذلك أحد التغيرات الفيزيولوجية التي تصيب الأشخاص المسنين، وتؤدي للإصابة بمرض السكر، خاصة الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي لذلك²، رغم ذلك لا يجب استثناء تأثير العوامل البيئية الأخرى والمحيطية بالمرس مثل التغذية ونمط المعيشة، كما قد يعاني المسنين من أمراض أخرى يستدعي علاجها تناول بعض الأدوية والتي قد تؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، وينقسم مرض السكر إلى نوعين:

- **النوع الأول:** ويحدث فيه نقص شديد في إنتاج الأنسولين، ومن أهم أعراضه نقص الوزن

والتعرض لنوبات من ارتفاع حموضة الدم، ويعيش المصابون بهذا النوع عمرا طويلا ممن واطبوا على العلاج الصحيح وساروا على نصائح وارشادات الطبيب المعالج³

- **النوع الثاني:** وغالبا ما يكون صامتا دون أعراض واضحة أو بادية على المصاب به ويرتبط في أغلب الأحيان بالسمنة وزيادة الوزن وتحدث فيه مقاومة لفعل الأنسولين.

¹ نفس المرجع، ص ص 66 - 67

² سناء محمد سليمان : مرجع سابق، ص 66

³ عبد المنعم عاشور : مرجع سابق، ص ص 16-17

يعاني معظم كبار السن من النوع الثاني لمرض السكري وذلك بنسبة 92.96% وقد يكون هناك صعوبة في تشخيص هذا المرض لدى المسنين لأن العلامات أو المؤشرات المرضية قد لا تكون واضحة، إذ قد لا تفسر الأعراض الشائعة كفقدان الوزن أو كثرة التبول والتعب من قبل المريض أو الطبيب على أنها بسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم أو قد لا تظهر بتاتا، أو قد يشكو المريض من أعراض بسبب مضاعفات السكر مثل آلام القدمين أو ضمور في العضلات¹.

و تكمن أسباب الداء السكري في التفاعل من الأسباب الوراثية وأساليب الحياة ونمط المعيشة غير الصحية وقلة الحركة وعملية التقدم في السن والتشيخ والإضمحلال التدريجي في أعضاء الجسم.

- السرطان:

يعد السرطان مشكلة صحية كبيرة لاسيما في مرحلة الشيخوخة، فهو السبب الثاني لوفيات كبار السن حيث تقع 60% من السرطانات بعد الخامسة والستين والسرطان هو عبارة عن فشل ضبط قدرة الخلايا على الإنقسام مدى الحياة، فالكثير من خلايا الجسم تحتفظ بقدرتها على الإنقسام طول العمر لضمان الحياة تعويضا لما نفقده من خلايا بالإحتكاك والجرح والنزيف².

و عندما يغزو السرطان أي عضو من أعضاء الجسم يبدأ كنوع من الورم ثم يكبر على حساب خلايا العضو المصاب، ويظل ينمو حتى يتلف تماما نسيج العضو، ويضغط على الأنسجة المجاورة له، ثم يمتد إلى الأعضاء الأخرى عن طريق الأوعية الدموية التي ينتقل بواسطتها إلى الكبد أو الرئة أو العظام³.

و تختلف أعراض السرطان حسب مكان العضو المصاب ونوع الأنسجة والأعصاب والأوعية الدموية، إلا أن جميع أنواع السرطان تشترك في إحداث ضعف عام للجسم وشحوب في لون الوجه وهزال ونقص في وزن الجسم بسبب فقدان الشهية، إضافة لآلام شديدة جدا لا يمكن احتمالها إلا بالجوء إلى المسكنات القوية.

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 98

² عبد النعم عاشور : مرجع سابق، ص 10

³ نفس المرجع، ص 11

و تبين الدراسات الحديثة المتوفرة أن نسبة كبيرة من أمراض السرطان يمكن الوقاية منها بسبب امكانية تحديد عوامل مؤكدة تؤدي إلى حدوثها مثل التبغ والكيماويات والتعرض للملوثات البيئية لسنوات طويلة كأشعة الشمس المبهرة والضارة للجلد واتباع عادات وسلوكات غذائية خاطئة وغير صحية في إعداد وتحضير وتناول الأطعمة كالإفراط في تناول الدهون أو تلوث الأطعمة بمواد مسرطنة، أو الإفراط في تناول اللحوم المشوية والمدخنة وتقليل تناول الأطعمة الغنية بالألياف والفيتامينات والخضروات الطازجة.¹

إن الكشف الدوري ضروري خاصة لكبار السن، كما ينبغي الإنتباه لعلامات الإنذار المبكر عندما يكون السرطان في مراحله الأولى وفرص العلاج سانحة، وهي متعددة وأغلبها بصدد البحث، وأشهرها وأنجحها هي الإشعاع الذري والكيماوي، أو التدخل الجراحي والمقرر من طرف الطاقم الطبي.

- إنسداد الشعب الهوائية:

من الملاحظات العادية عند الشيخوخة، ضيق التنفس الذي يصاحب أي مجهود ولو بسيط والكحة (السعال) الجافة التي يرجع سببها إلى جفاف الحلق نتيجة ضمور غشائه المخاطي في حين يفسر الضيق في التنفس بانخفاض قدرة الرئتين على القيام بوظائفها نتيجة التغيرات التي تحدث في مرحلة الشيخوخة.²

ويعتبر التدخين وتلوث الهواء وبعض المهن غي الصحية، وتقدم العمر ونقص بعض الأنزيمات لأسباب وراثية من بين أهم مسببات انسداد الشعب الهوائية، والذي يعالج عن طريق الإمتناع الفوري عن التدخين والتطعيم ضد ميكروب الإلتهاب الرئوي وتناول موسعات الشعب والتغذية المناسبة والتمارين الرياضية والعلاج بالأكسجين.³ إن هذا الدعم الصحي يجب أن يكون مستمرا، وبالتالي فهو مكلف غير أنه حق كل مريض مصاب.

¹ سناء محمد سليمان : مرجع سابق، ص ص 72 - 73

² يحي مرسى عيد بدر : مرجع سابق، ص 70

³ عبد النعم عاشور : مرجع سابق، ص 55

- تضخم البروستات:

هم من أمراض الشيخوخة عند الرجال، والبروستات عبارة عن غدة تحيط بها عضلة وهي مركزة في الحوض الأسفل تحت المثانة مباشرة، ويمر من داخلها الأصيل الذي يخرج فيه البول من المثانة إلى الخارج، وتتضخم البروستات عند بعض الشيخوخة ويزداد حجمها تدريجياً، ويضيق مجرى البول في داخلها فيتعذر تفريغ المثانة عند التبول تفريغاً تاماً مما يؤدي إلى تبقي رواسب من البول في المثانة فيتعرض هذا الأخير إلى التلوث بالجراثيم ويلهب بطانة المثانة من الداخل مما قد يؤثر على الكلى وأداءها الجيد¹.

أما عن الأعراض التي يحس بها المصاب فهي الشعور بحصر البول، والصعوبة في انتفاخ المثانة عند بداية التبول، والإحساس بالحرقان أثناء التبول وبعده، ونزول البول دون اندفاع أو نزوله متقطعاً والشعور بحرقان في منطقة الشرج. وضغط مستمر عليه كضغط الغائط عن الشعور بالحاجة الملحة للتبرز².

ويعاني من هذه الحالة حوالي 70% من الرجال بين الأعمار (60 - 70) سنة وحوالي 90% أعمارهم تفوق 90 سنة³.

لذا ينصح ويؤكد الطب الحديث على ضرورة وأهمية خضوع معظم الأشخاص فوق الخمسين إلى فحص دوري وتحاليل دم من شأنها أن تثبت أو تقصي حالات هذا المرض، إضافة إلى اتباع نمط غذائي صحي وممارسة الرياضة.

- السلس أو التبول اللاإرادي:

تعتبر عدم القدرة على استمساك البول أو البراز أو كليهما، من المشكلات الصحية الشائعة والمهمة في مجتمع المسنين حيث تبلغ نسبة الإصابة 10% بين المسنين و30% عند المسنات⁴ وتكمن أهمية علاج وتشخيص هذه المشكلة في الأثر النفسي والاجتماعي الذي تخلفه هذه المشكلة عند المسن كالعزلة نتيجة الخوف والحرج والإصابة بالإكتئاب.

¹ هدى القناوي : مرجع سابق، ص 48

² نفس المرجع، ص 48

³ عكلة الزبيدي علي جاسم : سيكولوجيا الكبر والشيخوخة ، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009، ص 283

⁴ عبد النعم عاشور : مرجع سابق، ص 48

ولقد أثبت الطب الحديث أن حالات التبول اللاإرادي يمكن الشفاء منها لو خضعت للفحص الطبي والتمريضي والبيئي والاجتماعي المتكامل وذلك عن طريق:

- تحديد أولا الأسباب م هي كثيرة: بولية وعصبية ونفسية ووظيفية وغيرها....
- تحديد وتشخيص المرض إن كان عابرا أو دائما.
- تحديد نوع العلاج الملائم حسب الضرورة ويكون إما بممارسة الرياضة أو الأدوية أو اللجوء فقط لتعديل في البيئة...
- إدراج المسؤول عن المسن من خلال تدريبه على جزء من خطة العلاج.
- وأخيرا تحديد الهدف المراد من العلاج بالإجابة عن السؤالين التاليين هل الهدف هو الشفاء الكامل من هذا المرض أم الإكتفاء فقط بوضع الحالة تحت السيطرة الكاملة¹.

- فقر الدم:

يكثر فقر الدم بين المسنين، وقد يكون نتيجة نقص الحديد في الدم أو بسبب العادات الغذائية السيئة إذ كبيرا ما يتغذى المسنين على النواشف الفقيرة من الحديد، إما لأنهم لا يحبون أو لا يستطيعون اقتناء الأغذية الغنية بالحديد كاللحوم والكبد...، كما قد يصيب المسن قلة افراز حامض المعدة الذي يساعد على امتصاص الحديد من الطعام، ضف إلى ذلك إنتشار الأنيميا المصاحبة للأمراض المزمنة مثل الفشل الكلوي المزمن والسرطان أو ضمور النخاع الشوكي².

3- طرق الوقاية من أمراض المسنين:

أصبح للخدمات الطبية المختلفة العلاجية والوقائية أكثر تأثيرا وفعالا في تجنب كبار السن لمعوقات ومضاعفات الشيخوخة وما ينجر عنها من تدهور بدني أو عقلي أو عجز كان يصيب المسنين بكثرة.

و مما لا شك فيه أنه لا توجد وقاية تامة من الأمراض في مرحلة التقدم في العمر لأن هناك عوامل وراثية لا يمكن التحكم فيها حاليا تحدد مدى استعداد الشخص منذ ولادته للإصابة بالأمراض لكن يمكن تأجيل حدوثها لأطول فترة ممكنة، وكذلك تخفيف حدتها لدرجة محتملة، لأن

¹ نفس المرجع، ص 49

² محمد سيد فهمي : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 71

هناك عدة عوامل بيئية يمكن التحكم بها بغرض تأجيل حدوث المرض¹، وهي ما تدعى بالعوامل الوقائية.

وترتكز الوقاية بالإكتشاف المبكر والتدخل المبكر للإضطرابات الصحية المؤدية لأمراض الشيخوخة، والتي من شأنها أن تؤدي إلى شفاء المسن بسرعة دون أن يتطور المرض ويأخذ شكلا مزمنًا يصعب أو ربما يستحيل معالجته، وينعكس كل هذا على نفسية المسن وعلى توازنه الاجتماعي ويحدد مكانته بالأسرة.

وتجدر الإشارة أن الوقاية من أمراض الشيخوخة تبدأ قبل الوصول إلى مرحلة الشيخ من خلال تهيئة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى النفسية لتجعل من كبار السن أعضاء فاعلين وناشطين وأصحاء في المجتمع.

و يمكن تحديد طرق الوقاية من أمراض الشيخوخة من الناحية الشخصية في:

- الإهتمام بالصحة العامة منذ الصغر والعمل على علاج الأعراض المرضية قبل استفحالها
- التحذير من خلال وسائل الإعلام المختلفة من العادات السيئة وغير الصحية كتناول الطعام بإفراط والتدخين، وسوء تنظيم ساعات العمل اليومي وساعات الراحة والنوم.
- الإهتمام بالنشاط والحركة عامة وعلى رأسها الرياضة والعمل على نشرها في جميع المراحل العمرية.

- العمل على إبقاء والمحافظة على علاقة المسن بالمجتمع وذلك من خلال اشراكه في بعض الأنشطة الاجتماعية والنوادي وممارسة الهوايات...²

أما من ناحية الدولة والمجتمع فيمكن أن نلخص أهم الطرق التي من شأنها أن تساهم في الوقاية من أمراض الشيخوخة في:

- الأخذ بعين الإعتبار مرحلة كبار السن عند وضع وتخطيط الدولة سياستها الإقتصادية والاجتماعية والصحية بحيث يجب أن تستفيد هذه الفئة من وضع خاص وخدمات خاصة بهم لا سيما في مجال الرعاية الصحية ضف إلى ذلك تسهيل أو تأمين الإحتياجات المعيشة الضرورية

¹ عيبير عباس : مرجع سابق، ص 244

² نفس المرجع، ص 245

كالمأكل والملبس والمشرب والمسكن دون اهمال توفير رعاية لائقة سواء تعلق الأمر بالرعاية المؤسساتية في مراكز المسنين أو توفير رعاية منزلية منتظمة.

- يجب تحقيق دراسات ديمغرافية واقتصادية لتحديد معاش الشيوخ بحيث يستفيد منه كل من يبلغ سن معينة وليس له مصدر 'خر للدخل بهدف حفظ كرامة المسن¹.

- دراسة امكانية استمرار الإستفادة من خبرات كبار السن لضمان نشاطهم وحركتهم وتواصلهم مع المجتمع، ويتم ذلك إما برفع سن المعاش (مع دراسة مدى تأثير ذلك على سوق اعمل لصغار السن) وإما بالإستفادة منهم في صور أنشطة أخرى بالنوادي أو بدور العبادة أو في العديد من الأنشطة الاجتماعية الأخرى التي يحتاجها المجتمع.

- توفير الرعاية الطبية بدور المسنين إذ تقتصر الرعاية الطبية الحالية على زيارات دورية من طرف أحد الأطباء دون أي متابعة أو جراحة.

- العمل على إيجاد أنشطة في النوادي لخدمة كبار السن مع تنظيم عيادة لكل نادي مهمتها توفير الرعاية الصحية لمن يحتاجها من المسنين إضافة لتسطير برامج تأهيلية كالرياضة المناسبة لسن وصحة هذه الفئة تحت إشراف مختصين في الميدان².

¹ محمد سيد فهمي : رعاية المسنين، مرجع سابق، ص 89

² عبيد عباس: مرجع سابق، ص ص 245 - 246

المطلب الثالث: الواقع الصحي للمسنين بالجزائر

1- المسنين والأمراض المزمنة:

الجدول رقم 15: يبين نسب كبار السن (60 سنة فما فوق) حسب الأمراض مزمنة

نوع المرض	نسبة الذين يعانون من مرض			مرض مشخص من طرف طبيب			مرض غير مشخص		
	حضر	ريف	المجموع	حضر	ريف	المجموع	حضر	ريف	المجموع
ضغط الدم	31.1	25.5	28.9	96.2	94.9	94.7	3.5	4.8	4
السكري	12.8	9	11.3	96	99.1	97	3.2	0.9	2.5
قرحة المعدة	11	15.5	12.8	86.9	88	87.4	11.4	11.5	11.5
أمراض القلب	9	6.5	8	93.6	94.9	94	4.7	5.1	4.9
أمراض وآلام المفاصل	23.3	25.8	24.3	88.8	83.1	86.4	9.9	15.4	12.2
صداع مزمن	7.1	8.3	7.6	72.4	.7	71.4	24.7	27.6	26
إعتام عدسة العين	7.4	8.2	7.7	90.2	78.8	85.4	9	21.2	14.1
آلام مزمنة في الظهر	8.1	12.1	9.7	67.4	64.6	66	29.7	34.5	32.1

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 185.

توضح بيانات هذا الجدول أن أغلب المسنين يعانون على الأقل من مرض واحد حيث تمثل 28.9% نسبة المسنين الذين يعانون من ضغط الدم تليها أمراض وآلام المفاصل وذلك بنسبة 25.8% ثم أمراض القرحة المعدية بنسبة 12.8% وأخيرا الصداع المزمن والذي سجل أخفض نسبة قدرت ب 7.6% وتبدي النتائج تباينا واضحا حسب مكان الإقامة حيث تنتشر الأمراض المزمنة في الحضر مقارنة بالريف خاصة فيما يتعلق بضغط الدم (31.1%) في الحضر مقابل (25.5%) في الريف والداء السكري (12.8%) مقابل (9%) في الريف وأمراض القلب (9%) في الحضر مقابل (6.5%) في الريف في حين تنتشر أمراض وآلام المفاصل في الريف تقدر ب (25.8%) في الريف مقابل (23.3%) في الحضر، كما تنتشر القرحة المعدية في الريف وذلك بنسبة (15.5%) مقابل (11%) في الحضر. أما فيما يخص تشخيص الأمراض فإن أغلبها إن لم نقل كلها قد تم تشخيصها من طرف الطبيب فمثلا (96.2%) في الحضر من أمراض ضغط الدم مشخصة من طرف الطبيب مقابل (3.5%) فقط مرض غير مشخص.

2- المشكلات الصحية لدى المسنين:

سنتطرق هنا إلى أهم المشكلات الصحية التي يواجهها كبار السن والتي تحد من أنشطتهم اليومية إذ تبين من خلال معطيات المسح أن 26.5% من المسنين يواجهون مشكلة فعلية واحدة على الأقل، وقدرت هذه النسبة بـ 25.1% في المناطق الحضرية في حين قدرت بـ 28.5% في المناطق الريفية وتمثلت أهم المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين في ضعف النظر بنسبة 16.8% يليها ضعف السمع بنسبة 11.3% ثم ضعف الذاكرة بنسبة 9.8% فعدم القدرة على الحركة بنسبة 9.7% وهي عادة ما تكون هذه المشاكل الصحية مصاحبة للشيخوخة. والجدير بالذكر هو ارتفاع نسب هذه المشاكل الصحية في الريف مقارنة بالمدن (رغم أنه اختلاف طفيف) ربما يرجع ذلك إلى الظروف المعيشية القاسية والمتعبة المتواجدة بالريف لأن العمل الزراعي أو حتى تربية الحيوانات يتطلب جهدا ولباقة بنية كبيرة كما أن المسن أو المسنة في الريف يصل إلى سن متأخرة وهو لا يزال يعمل ويسير أمور وشؤون العائلة.

الجدول رقم 16: يبين أهم المشاكل الصحية التي يعاني منها كبار السن.

المجموع	الوسط		نوع المشكل الصحي
	ريف	حضر	
9.7	1.7	9.1	عدم القدرة على الحركة
2.8	2.7	2.9	صعوبة الكلام
9.8	10.9	9.1	ضعف الذاكرة
11.3	12.4	10.6	ضعف السمع
16.3	17.9	16	ضعف النظر
1.8	1.7	1.8	أخرى
26.5	28.5	25.1	واحد على الأقل من الإضطرابات

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على رسم بياني في المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، ص 18

– تقييم المسنين لحالتهم الصحية:

الجدول رقم 17: يبين توزيع المسنين حسب الحالة الصحية المتصورة والجنس

المجموع	الحالة الصحية			الجنس
	صحة سيئة	صحة مرضية	صحة جيدة	
100	33	49.2	17.8	رجال
100	42.2	47.9	9.9	نساء
100	37.6	48.6	13.8	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 190.

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول أن معظم المسنين يرون بأن حالتهم الصحية غير جيدة وذلك بنسبة 86.2% تتوزع لتقدر ب 48.6% يعتقدون بأن حالتهم الصحية مرضية و37.6% يصرحون بأن حالتهم الصحية سيئة بينما يصرح فقط 13.8% بأن حالتهم الصحية جيدة.

وعند ادخال متغير الجنس اتضح أن الحالة الصحية الجيدة هي من نصيب الرجال وذلك بنسبة 17.8% مقابل 9.9% نساء، في حين لم تسجل الحالة الصحية المرضية أية دلالة إحصائية حسب متغير الجنس، إذ نسجل تقارب في النسب بين الجنسين 49.2% رجال مقابل 47.9% نساء بينما صرحت 42.2% من النساء أن حالتهن الصحية سيئة مقابل 33% من الرجال ويمكن أن نفسر هذا بعدة عوامل نوجز أهمها في الحمل والولادة والرضاعة وتربية الأبناء والتي من شأنها أن تؤثر كثيرا على صحة المرأة، ضف إلى ذلك انقطاع الدورة الشهرية أو ما يعرف بسن اليأس وتخلفه هذه الفترة من اختلالات هرمونية تولد العديد من الأمراض لا سيما أمراض العظام والمفاصل و.... هذا من جهة ومن جهة أخرى أثبتت الإحصائيات أن النساء تعمرن أكثر من الرجال مما يجعلهن عرضة للأمراض أكثر من الرجال إذ كلما ارتفع السن انخفضت مناعة الشخص وبالتالي انتشار الأمراض هذا ما تؤكد معطيات الجدول الموالي حيث يصرح 47.5% من الرجال الذين يتجاوز سنهم 75 سنة بأن صحتهم سيئة في المقابل يعتقد 22.2% فقط من الرجال الذين يتراوح سنهم بين 60-64% بأن صحتهم سيئة ونفس الملاحظة تنطبق على الصحة الجيدة حيث يصرح 7.7% فقط من الرجال المبحوثين الذين تجاوز سنهم 75 سنة بأن صحتهم جيدة مقابل 25.9% يتراوح سنهم بين 60 و64 سنة وكان هذا التصريح مطابق لتصريحات

النساء حيث كلما ارتفع السن انخفضت أو تدهورت صحة المسنين حسب تقديراتهم أو تقييمهم لصحتهم.

الجدول رقم 18: يوضح توزيع المسنين حسب الحالة الصحية المتصورة والسن.

صحة سيئة		صحة مرضية		صحة جيدة		المتغيرات (السن)
رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	
34.4	22.2	54.1	51.9	11.5	25.9	64 – 6
40.3	29.1	48.2	51.5	11.5	19.4	69 – 65
42.2	35.7	46.7	47.5	11.1	16.8	74 – 70
56.6	47.5	39.3	44.8	4.1	7.7	75 فما فوق
42.2	33.00	47.9	49.2	9.9	17.8	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 191.

3- المرض والإستقلالية الوظيفية لكبار السن:

تعتبر الصحة في آخر الحياة أمرا مهما جدا لمعظم كبار السن، إذ أن الراجع في الوظائف البدنية، والتي ترافق الزيادة في العمر الزمني لا تعني بالضرورة أن جميع كبار السن سيعانون من الضعف والوهن والأمراض بتقدم العمر، فالوضع الصحي سواء كان جيدا أو سيئا هو قضية فردية في مجتمع كبار السن لأن هناك اختلاف وتباين كبير في الكيفية التي يتعرض فيها الأفراد للظروف المرضية الطارئة والمزمنة من فرد كبير لآخر.

إن قدرة الشخص المسن على الإحتفاظ بوظائفه المستقلة تعد دليلا مهما على نوع الحياة التي يعيشها وعلى وضعه الصحي « فكلما ارتفع حدوث الأمراض المزمنة والمفاجئة ارتفع احتمال تعرض الشخص الكبير في السن إلى قصور ومحدوديته في فعالياته وأنشطته اليومية، إذ يعاني

39% من الأشخاص بعمر 70 سنة فأكثر من قصور ومحدودية في أنشطتهم...»¹

والتساؤل المطروح هنا ماذا تعني الإستقلالية الوظيفية بالنسبة للأشخاص المسنين ؟

¹ علي جاسم عكلة الزبيدي : مرجع سابق، ص 290

وبناء على المركز القومي الأمريكي للإحصائيات الصحية لسنة 1984 يعاني كبار السن بمقدار ثلاث مرات من حيث الأنشطة المحدودة مقارنة بالأشخاص الأصغر سنا، وتتأثر هذه الفعالية المحدودة غالبا بالمشاكل الصحية، تتمثل أهم الظروف الصحية التي يمكن أن تؤثر في محدودية النشاط خاصة عند كبار السن في التهاب المفاصل، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب والعوق الصحي¹

فهناك إذاً علاقة طردية بين العمر ومحدودية النشاط بحيث كلما يرتفع السن ترتفع أو تزداد محدودية النشاط وترتفع معه الحاجة إلى العون والمساعدة. ويمكن أن نصنف القصور الوظيفي والمحدودية الوظيفية إلى: فعالية الحياة اليومية والفعاليات الوسيالية (الأداتية) للحياة اليومية حيث تتمثل الأولى في الإستحمام والتنقل للحمام وارتداء الملابس والنهوض للنوم... من الأمور اليومية البسيطة.

أما الفعاليات الوسيالية أو الأداتية للحياة اليومية، فهي نشاطات تتعلق بمهمات وسيالية للحياة كل يوم كإعداد الطعام والتسوق واستخدام المجتمع المحلي وإدارة الموارد المالية للشخص².

وتبدأ التقييدات على النشاط بالحدوث عندما يحتاج المسن إلى مساعدة جزئية أو كلية في واحدة أو أكثر من فعاليات الحياة اليومية أو الفعاليات الوسيالية أو الأداتية للحياة اليومية، إذن فحين يحتاج كبار السن للمساعدة في ثلاث أو أكثر من فعاليات الحياة اليومية فيمكن اعتبارهم عندئذ بأنهم غير قادرين على أداء معظم الفعاليات أو النشاطات المتعلقة أو المصاحبة للإستقلال الوظيفي³.

وتشير نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002 أن 73.1% من المسنين ليسوا بحاجة لأية مساعدة سواء كانت جزئية أو كلية من طرف أشخاص آخرين للقيام بمختلف النشاطات اليومية، لكن تتباين هذه النسبة حسب العمر حيث يصرح 14.6% فقط من المسنين المستجوبين في الفئة العمرية 60 - 64 سنة أنهم محتاجين للمساعدة مقابل 67.2% يحتاجون مساعدة ويبلغ سنهم 80 سنة فأكثر⁴.

¹ نفس المرجع، ص 291

² نفس المرجع، ص 291

³ نفس المرجع، ص ص 291 - 292

⁴ الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية : مرجع سابق ص 187

إذن تزداد الحاجة إلى المساعدة مع التقدم في السن وزيادة العجز وانتشار الأمراض. وتختلف الحاجة إلى المساعدة حسب طبيعة النشاط اليومي الذي يقوم به المسن حيث اتضح أن النشاطات التي يحتاج فيها كبار السن إلى المساعدة هي في غالب الأحيان جزئية وتتطلب جهدا جسميا كصعود ونزول السلم (13.8%) والمشي (11.6%) والإنحاء ورفع الأشياء من الأرض (10.5%) والاستحمام (9.1%) وتبقى النشاطات الأخرى لا سيما تناول الطعام واستخدام الحمام من النشاطات التي لا تتطلب مساعدة.

وأسفرت نتائج إحدى الدراسات أن حوالي 23% أي ما يعادل ستة ملايين من كبار السن يتعدى سنهم 65 سنة لديهم قصور وظيفي في الولايات المحددة الأمريكية، وتندرج هذه الصعوبات من فعاليات الرعاية الشخصية إلى الفعاليات الأداة للحياة مثل إدارة المنزل¹.

إن الصحة الجيدة عند كبار السن مهمة جدا لأنها تؤثر على الإستقلال الوظيفي، كما أن مساعدة كبار السن في المحافظة على صحتهم وتحسينها، سيساعدهم على قيادة أنماط حياة فعالة ومستقلة وظيفيا في الأعمار المتقدمة من الحياة.

¹ علي جاسم عكلة الزبيدي : مرجع سابق، ص 292

خلاصة

يتضح لنا من خلال هذا الفصل أن الأسرة بصفة عامة والأسرة الجزائرية بصفة خاصة قد تأثرت كثيرا بالتغيرات التاريخية والإقتصادية والإجتماعية وحتى السياسية هذا بالإضافة إلى عملية التحضر نتيجة الهجرة الداخلية بهدف البحث عن فرص العمل أو الأمن في مرحلة ما، قد أثر على الأسرة الجزائرية من حيث بنيتها وحجمها وأدوارها ومركز السلطة فيها. فلقد إنتقلت الأسرة الجزائرية من نمط العائلة الممتدة المتكونة من عدة أجيال تحت سقف واحد أين يملك كبير السن مطلق السلطة والصلاحية في تسيير أمور أسرته الإقتصادية والإجتماعية إلى نمط الأسرة النووية القائمة على الإستقلالية الإقتصادية والتي تتميز بإنحسار سلطة كبير السن ومكانته وتغير دوره إضافة لخروج المرأة للعمل فأصبحت تشارك في تحسين الوضعية الإقتصادية للأسرة وفي قراراتها، وفي ظل هذه الوضعية يجد كبير السن نفسه في عزلة إجتماعية نتيجة تقاعده عن العمل وفقدان أصدقائه لا يجد ما يفعل في نهاره الطويل فربما يظل طول النهار في المنزل دون رعاية وما قد يزيد وضعيته سوءا معاناته من بعض الأمراض التي قد تلازمه الفراش فتجده يفضل أن يلتحق بدور العجزة لعله يجد ونيسا وشخصا يقدم له الخدمة المأمولة.

الفصل الرابع: المسنين والرعاية الاجتماعية المؤسساتية

203.....	تمهيد
204.....	المبحث الأول: المسنين والخدمات الاجتماعية بدور العجزة.
204.....	المطلب الأول: دار العجزة كمؤسسة إجتماعية.
204.....	1- نشأة دُور العجزة.....
206.....	2- أهداف دار العجزة.....
207.....	3- المعايير الواجب توفرها في دور العجزة.....
208.....	4- عوامل ظهور دار العجزة.....
210.....	المطلب الثاني: الخدمة الاجتماعية وكبار السن.....
210.....	1- تعريف الخدمة الاجتماعية.....
211.....	2 - نشأة الخدمة الاجتماعية بمجال رعاية المسنين.....
212.....	3- أهداف الخدمة الاجتماعية عند المسنين.....
214.....	4- طرق الخدمة الاجتماعية مع المسنين.....
220.....	المبحث الثاني: نحو استراتيجية عامة للرعاية الاجتماعية للمسنين.....
220.....	المطلب الأول: كبار السن والرعاية الاجتماعية بدُور العجزة.....
220.....	1- مفهوم الرعاية الاجتماعية.....
222.....	2- خصائص الرعاية الاجتماعية.....
223.....	3- أهداف الرعاية الاجتماعية.....
225.....	4- أنواع الرعاية المقدمة للمسنين.....
231.....	المطلب الثاني: دور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين.....
232.....	1- مسؤولية الأسرة.....
233.....	2- مسؤولية المؤسسات الاجتماعية.....
234.....	3- مسؤولية أجهزة التعليم والبحث العلمي.....
235.....	4- مسؤولية الدولة.....
238.....	الخلاصة.....

تمهيد:

في هذا العصر الذي نحرص فيه على تجميع كل طاقاتنا البشرية في سبيل التقدم والبناء، تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تسترعي إهتمام المسؤولين وإنتباههم، والتي يجب أن ينادي بها العاملون في ميادين العلوم الاجتماعية عامة والخدمة الاجتماعية خاصة.

وتمثل مشكلة رعاية المسنين من أبرز المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع المعاصر نتيجة لمعالم التغيير الاجتماعي التي تواجه المجتمعات أيا كان نسقها ودرجة تحضرها. هذا ولا تخلوا أية أسرة خاصة في المجتمعات العربية والإسلامية من المسنين الأجداد والجدات وما يترتب عن ذلك من علاقات بين الجيلين مقابل ما يحتاجه المسنين من رعاية دائمة ومتواصلة نتيجة تقدم العمر والعجز الذي قد ينجر عن الشيخوخة.. فهل سيؤمن الأبناء والأحفاد الرعاية المرجوة؟

إن رعاية المجتمع لأفراده قديمة قدم المجتمع فهي تتضمن العديد من برامج الخدمات الاجتماعية الموجهة للفرد والأسرة، وإن كانت نظاما متخصصا فتحتل فيه مهنة الخدمة الاجتماعية المقدمة للمسنين مكان الصدارة بين المهمات الأخرى، وهذا بحكم الحاجة لأهمية التدخل التنظيمي والمؤسسي والتشريعي لرعاية وحماية وحفظ كرامة كبار السن لهذا الغرض قمنا بتقسيم هذا الفصل المعنون ب المسنين والرعاية الاجتماعية المؤسساتية إلى مبحثين تضمن كل مبحث مطلبين حيث تم الحديث في المبحث الأول عن المسنين والخدمة الاجتماعية بدور العجزة في حين خصص المبحث الثاني للحديث عن الإستراتيجية العامة للرعاية الاجتماعية لكبار السن ودور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين.

المبحث الأول: المسنين والخدمة الاجتماعية بدور العجزة

المطلب الأول: دار العجزة كمؤسسة اجتماعية

1- نشأة دور العجزة:

تعتبر دور العجزة أو دور الأشخاص المسنين كما يطلق عليها من طرف وزارة التضامن الوطني والأسرة ظاهرة جديدة على مجتمعنا وأسست هذه الدور لتأمين مكانة إقامة ورعاية للأشخاص المتقدمين في العمر دون روابط عائلية أو في ظروف صعبة رغم هذا تبقى ديار العجزة تثير حفيظة شريحة واسعة في مجتمعنا حيث يبندها الكثيرين معتبرينها شكلا من أشكال عقوق الوالدين اللذين تعبوا وسهروا وضحوا في سبيل رعاية وإسعاد أولادهم الذين حالت الظروف دون رد الجميل والعناية بأوليائهم عند الكبر والعجز. فما هي الظروف الاجتماعية التي أدت إلى إنشاء هذه الدور؟ وفيما تتمثل مهامها وأهدافها؟

بدأت فكرة "ديار المسنين" بإنشاء أماكن وبيوت الإحسان، ولقد أخذت أمريكا بنموذج "بيوت الإحسان" والذي يسمح بإقامة العجزة والمقعدين والشيخوخ، وتقوم بمنح إعانات في المناطق المحيطة، حيث أنشئ أول مجلس لتنسيق وتنظيم الإحسان عام 1863 في حين وضع أول منهج دراسي للأخصائيين الاجتماعيين يتبع تنظيم الإحسان سنة 1898 وكان ذلك في فترة الحرب الأهلية.¹

بينما بدأت فكرة إنشاء دور المسنين في أوروبا في القرن الخامس عشر كملاجئ لإيواء كبار السن، أنشأها النبلاء والعظماء بدافع التقاخر فكانت عبارة عن مجموعتين من المساكن التقليدية لا تتفق تصميماتها الداخلية والقدرات الصحية لقاطنيها من كبار السن.²

ومنذ سنة 1919م إهتمت إنجلترا بالمسنين وذلك من خلال إنشاء مساكن لهم في الأحياء المأهولة بالسكان حتى لا يشعر المسنين بأنهم في عزلة عن العالم، حيث تم إنشاء حوالي ثلاثين ألف مسكن للشيخوخ بعد الحربين العالميتين صممت بنماذج خاصة أعدها كبار المهندسين، كما أنشأت إنجلترا مساكن لإيواء الشيخوخ المحتاجين بأجور زهيدة أو مجانا وتضم كل منها حوالي أربعين شيخا وزودت هذه المساكن بكل ما يحتاج إليه المسنين بما في ذلك الخدم والمختصين

¹ سامية محمد فهمي وسميرحسن منصور: الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2004، ص63.

² عبيد عباس: مرجع سابق، ص72

الصحيين والإجتماعيين مهمتهم الإشراف على النزلاء وتوفير وسائل الراحة والترفيه، ولم تلبث هذه الأماكن "بيوت الإحسان" أن مسها التطور والتغيير وخصصت فيما بعد لدور العجزة والمسنين¹، وتعتبر إنجلترا أكثر الدول التي أولت إهتماما كبيرا بمشاكل المسنين الصحية والإجتماعية والإقتصادية.

أما على الصعيد الوطني فقد تأسست دور الأشخاص المسنين أو دور العجزة بالجزائر بعد الإستقلال وبالضبط في سنة 1980 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980 والمتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير دار الأشخاص و/أو المعوقين تحت وصاية وزارة الصحة ثم إنتقلت الوصاية إلى وزارة التضامن الوطني، فيما بعد سنت الدولة المرسوم التنفيذي رقم 12-113 المؤرخ في 14 ربيع الثاني 1433 الموافق ل07 مارس 2012 المحدد لشروط وضع المؤسسات المتخصصة وهيكل إستقبال الأشخاص المسنين وكذا مهامها وتنظيمها وسيرها وتم بموجب هذا القرار تغيير تسمية المراكز المتخصصة في رعاية المسنين بدور "الأشخاص المسنين" وهذا بناء على محتوى المادة (2) من القانون السالف الذكر². ولقد حددت شروط القبول والوضع (المسنين) في هذه المراكز في محتوى المادة (7) من القانون 12-113 حيث تنص على:

- يوضع في المؤسسات الأشخاص البالغين من العمر 65 سنة فما فوق ولاسيما منهم:

*الأشخاص المسنين المحرومين و/أو دون روابط أسرية

*الأشخاص المسنين في وضعية إجتماعية صعبة و/أو دون روابط أسرية.³

- مهام دور العجزة

ولقد سطرت الدولة لهذه المراكز مجموعة من المهام نظمت في مواد حيث تنص محتوى المادة (10) على:

- تتولى المؤسسات المتخصصة في رعاية الأشخاص المسنين مهمة التكفل المؤسساتي بكبار السن، لاسيما منهم أولئك المحرومين و/أو دون روابط أسرية وتتكفل بمايلي:

- إستقبال الأشخاص المسنين وضمان تكفل إجتماعي ونفسي ملائم

¹ سامية محمد فهمي وسميرحسن منصور : مرجع سابق، ص67

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، الجزائر، العدد 16، بتاريخ 21 مارس، 2012، ص 4-5

³ نفس المرجع، ص5.

- ضمان الإيواء والإطعام السليم والمتوازن
- تشجيع العلاقات مع الأسر ومحيط الأسرة
- إقترح كل النشاطات المشجعة على إعادة الإذماج العائلي للأشخاص المسنين في وضعية إهمال وضمان مرافقتهم
- إتخاذ كل المساعي والدعم لدى عائلات الإستقبال الراجعة في إستقبال الأشخاص المسنين ومرافقتهم في التكفل بهم
- المشاركة في تنظيم النشاطات الرامية إلى دعم الأشخاص المسنين السنقيلين وتوفير رفايتهم بالإتصال مع المؤسسات العمومية المعنية والحركة الجمعوية
- ضمان النشاطات المشغلة والهادفة إلى رفاية الأشخاص المسنين المتكفل بهم ولاسيما منها النشاطات الدينية والثقافية والرياضية والترفيهية المسلية¹.

2- أهداف دور العجزة

إن الهدف الرئيسي من إنشاء مراكز العجزة هو التكفل بالمسنين وتقديم الرعاية لهم وتحقيق متطلباتهم، ويتم هذا بالتعاون مع عمال المركز والمختصين فالمسن بقدمه لمركز أو دار العجزة فهو يبحث عن الراحة النفسية والإستقرار والأمن الإقتصادي والإجتماعي وتتمثل أهم أهداف دار العجزة أو المسنين في:

الأهداف الإجتماعية: تعمل المراكز على خلق أجواء إجتماعية يتمكن فيها المسن من خلق علاقات وأجواء إجتماعية جديدة وذلك للخروج من العزلة وإعادة إذماجه إجتماعيا بعدما فقد مكانته الإجتماعية.

الأهداف النفسية: الشيخوخة مرحلة حساسة فهي تحتاج إلى رعاية نفسية أكثر من الرعاية المادية، وتتمثل وظيفة النفسانيين بالمركز في مساعدة المسنين للخروج من حالة القلق والخوف والشعور باليأس إلى حالة من الطمأنينة والإستقرار النفسي وتقبل مرحلة الشيخوخة والتعايش معها².

¹ نفس المرجع، ص5

² محمد كمال البطريق ومحمد نجيب توفيق: مجالات الرعاية الإجتماعية وتنظيماتها، دار الحماية للطباعة، ط2، 1970، ص157

الأهداف الصحية: تعمل المراكز على التكفل الصحيح بالمسنين وذلك عن طريق متابعتهم من طرف الأطباء وكذلك عن طريق ضمان نظافة المسن ومكان إقامته والتغذية المتوازنة حتى لا تتدهور صحتهم وتزيد من معاناتهم ومشاكلهم.

الأهداف الثقافية: ويتم ذلك من خلال إقامة الحفلات وتنظيم برامج رياضية وتنمية المهارات الفنية والأدبية لدى الأعضاء من خلال تنمية هواية القراءة والإطلاع والإستفادة من المعلومات والمعرفة¹.

3- المعايير الواجب توفرها في دور العجزة

بما أن بعض المسنين لا تتوفر لديهم خدمات إلا في دور الرعاية والمؤسسات المتخصصة بذلك فإنه يقع على عاتق هذه المؤسسات وضع برامج خاصة ومتطورة لأداء هذه الخدمات على أكمل وجه ولأجل تحقيق ذلك يجب مراعاة مايلي:

- أن يكون حجم الدار صغيرا قدر الإمكان فكلما صغر الحجم إرتفع مستوى الخدمة.
- أن يتوفر بالمركز أو الدار فناء مناسب، يحتوي على أماكن للجلوس وتزرع أكبر مساحة منه بالمساحات الخضراء.
- أن يكون موقع المركز في مكان صحي وهادئ وسهل المواصلات وقريبا من الأماكن المعمورة.
- يراعي في تصميم المبنى تخصيص حجرة لكل مقيم أو لمجموعة قليلة من المقيمين وملحق به دورة مياه².
- تعطي الرعاية الطبية إهتماما خاصا في هذه المؤسسات بالإضافة إلى باقي أوجه الرعاية الأخرى وخاصة الثقافية.
- يراعى أن يكون الأثاث من النوع السائد في منازل النزلاء لتوفير الحياة العائلية قدر الإمكان.
- ضرورة إختيار العناصر العاملة بالمؤسسة ممن تتوفر فيهم صفات وخصائص معينة كتوفر القدرة على الإحتمال والسيطرة على النفس وأهم شئ هو الرغبة في القيام بهذه الخدمات.
- وضع برنامج يومي يلائم نزلاء المؤسسة طول اليوم.

¹ عبد الحق حميش: مرجع سابق، ص 283

² عبيد عباس: مرجع سابق، ص 75

- يجب أن يسمح للنزلاء بالخروج لزيارة الأسر بشرط إحترام المواعيد كما يسمح للأسرة بزيارة المنزل بالمؤسسة¹.

4- عوامل ظهور دار العجزة

لقد ظهرت الحاجة الملحة لدار العجزة كنتظيم إجتماعي نتيجة تراجع الوظيفة التقليدية للأسرة والمتمثلة في رعاية أفرادها المسنين وعدم قدرتها على تحقيق الإشباع الكافي للحاجات الخاصة بهذه الفئة، خاصة في حالة المسنين المرضى والعجزة والذين تتطلب حالاتهم رعاية مكثفة وطويلة المدى لمواجهة الأمراض الحادة والمستعصية.

وفي ظل قيم المجتمع التقليدي كان من الصعب على الأسر الشرقية أن تتخلى عن المسنين فقد كان إيداع المسنين في دور خاصة بهم سلوك مضاد للقيم والعادات والتقاليد السائدة، غير أنه تحت وطأة وصعوبات الحياة وإرتفاع تكاليف المعيشة وتزايد خروج المرأة للعمل وإنتشار الأسر النووية والتفكك الإجتماعي، أصبح هذا الإجراء يلقي قبولا لدى فئات متزايدة إلى حد المطالبة بضرورة التوسع في إنشاء دور خاصة بالمسنين على مستوى المجتمع ككل.²

ويمكن أن نلخص أهم أسباب إنتشار دور العجزة إلى عدة عوامل إجتماعية وتربوية وثقافية منها:

عولمة التحلل الأسري: ويتم ذلك بإتباع أنماط الأسر الغربية وتقليدها في إنفكاك أوأصرها وإنحلال ركائزها فنجد التكافل والتضامن بين أفراد الأسرة الواحدة صار يقل شيئا فشيئا مع توالي السنين بسبب تلاشي العاطفة التي كانت تجمع بين الأصول والفروع في نفس الأسرة إذ أضحي الشباب لا يفكر إلا في كيفية الحصول على لقمة العيش له ولزوجته وأبنائه أما والداه أو أجداده فلا يكثر لهم بل يزوج بهم في ديار العجزة في أحسن الأحوال³. رغم أن الله عزوجل قرن الإحسان بالوالدين بالتوحيد في أكثر من موضع.

إنعدام المأوى: يحدث عند بعض المسنين ألا يجدوا مأوى لهم يضمهم ولا بيتا أمنا يحميهم وهم في سن حرجة تحتاج أكثر من أي سن آخر إلى الرحمة بهم، وقد يعود السبب إلى إهمال أسرهم

¹ عبد الحق حميش : مرجع سابق، ص289

² عبيد عباس : مرجع سابق، ص86

³ عبد الحق حميش: مرجع سابق، ص281

لهم، أو لم يؤسسوا أسرا أو خروجهم من بيوتهم إلى وجهة مجهولة نتيجة خصام أو شجار بين أفراد الأسرة فيهميون في الشوارع والطرق، فتضطر السلطات إلى إلحاقهم بدور العجزة لحمايتهم من التشرذ و صون كرامتهم حيث يكون المسنين في الشوارع عرضة لأي مكروه ما.

الطلاق أو الترميل: تجبر هذه الأوضاع الإجتماعية المسن على الإلتحاق للعيش بدار العجزة بدلا من العيش وحيدا دون أنيس أو ونيس خاصة في ظل غياب الأبناء، فهو على الأقل في دار العجزة يجد أشخاصا في سنه كما أنهم يقاسمونه نفس المشاعر والأحاسيس التي تضطرم في صدره¹.

جحود وعقوق الأبناء: ومع تزايد جحود الأبناء وإنشغالهم في الحياة الخاصة وتباعد المسافات بينهم وبين آبائهم بعد الزواج، فتصبح دار المسنين هي الملاذ الآمن لكبار السن الذين أفنوا أعمارهم في تربية أجيال جديدة وخدمة الوطن².

وتتفاوت درجات العقوق من حالة لأخرى فهناك البنت أو الولد الذي يهمل والده أو جده إهمالا مما يؤدي بالمسن لتفضيل الإقامة بدار العجزة على أن يبقى في بيت لا يهتم به أحد، وهناك العقوق المتمثل في تفضيل الزوج لزوجته على والديه فينهرهما إرضاء لها فيؤثر هذا الوضع على المسن فنجده يفضل العيش بدار العجزة على العيش ذليلا بسبب تصرفات وسلوكات أقرب الناس إليه.

الأنماط المعقدة للحياة: كثيرا ما نسمع وما نقرأ، بل وتلقيت تصريحات من خلال دراستي الميدانية من آباء وأمهات أحضروا لهذه المراكز من طرف أبنائهم أو بناتهم، ومن أسباب ذلك ما يمر به المجتمع من تغيرات وتحولات أحدثت تغيرات في بنية الأسرة وفي وضع المرأة وإنخراطها في ركب الحياة الإجتماعية العملية حيث أصبحت تقضي كثيرا من الوقت خارج البيت أو في العمل، الأمر الذي يجعلها تشعر بالإستياء إذ قامت بخدمة والد أو والدة الزوج³.

النزعة الأنانية: إن نمط الحياة المدنية الحديثة والأسرة الصغيرة وإنهيار نموذج بيت العائلة وتحول مجتمع القرية تدريجيا إلى مجتمع الأسر الصغيرة، كل ذلك ساهم في إيجاد مشكلة التخلي

¹ نفس المرجع، ص 282

² عبيد عباس : مرجع سابق، ص 68

³ عبد الحق حميش: مرجع سابق، ص 282

عن كبار السن في مراكز الرعاية الاجتماعية أو دور العجزة¹، ضف إلى ذلك قلة الوازع الديني والإرتباط الشديد بالدنيا وسيادة النمط المادي، كل هذا أفرز النزعة الأنانية التي تجعل كل فرد يفكر في نفسه فقط مما أفضى إلى ظهور هذه المشكلة المخجلة ألا وهي التخلي عن ذويهم في مراكز العجزة.

المطلب الثاني: الخدمة الاجتماعية وكبار السن

إن أساليب رعاية المسنين كانت متعددة ومتنوعة منذ القديم لإعتبارات دينية وإجتماعية وثقافية، حيث تجلت بدايتها الأولى في شكل تقديم الصدقات من خلال الملاجئ إلى جانب رعاية الأسرة والعشائر، غير أن تزايد عدد المسنين نتيجة تطور الطب العلاجي والوقائي أفرز ضرورة وأهمية الرعاية المؤسساتية والنظام التشريعي لرعاية وخدمة هذه الفئة العمرية من السكان.

1- تعريف الخدمة الاجتماعية:

لقد اختلفت جهات النظر في تحديد تعريف مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ومن تلك التعاريف نورد:

أولاً: هي الأنشطة المهنية لمساعدة كبار السن كأفراد وأزواج وجماعات وكمجتمعات لتقوية أو إستعادة قدراتهم على الأداء الإجتماعي، وتحقيق علاقات مرضية في مختلف الخبرات الاجتماعية وتغيير الأوضاع البيئية التي يعيش فيها كبار السن بما يساعدهم على تنمية قدراتهم على الأداء الإجتماعي الذي يحقق لهم التكيف السوي².

ثانياً: الخدمة الاجتماعية هي تلك الجهود والإجراءات الفنية التي يمارسها الأخصائيون الإجتماعيون في مؤسسات رعاية المسنين لتحقيق أفضل تكيف ممكن لهم مع بيئاتهم الاجتماعية كأفراد أو جماعات أو أعضاء في المجتمع³

¹ نفس المرجع : ص 283

² طلعت مصطفى السروجي وماهر أبو المعاطي: مرجع سابق، ص 234

³ درويش يحي حسن : رعاية المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992، ص 27

ثالثا: هي مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية التي تتعامل مع كبار السن لإشباع احتياجاتهم ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم وتحقيق حياة أفضل لهم.¹

ويتضح من خلال التعاريف السالفة الذكر الخصائص المميزة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين وهي كالتالي:

- هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التي يمارسها الأخصائيون الاجتماعيون مع فئة المسنين من النساء والرجال على حد سواء.
- تستخدم المهنة طرقا متعددة للممارسة وأساليب للتدخل وفقا للموقف الذي يتعامل فيه الأخصائيون مع تلك الفئة على أساس من الأسس المعرفية والقيمية لممارسة الخدمة الاجتماعية بما يتوافق مع التعامل وهذه الفئة من السكان.
- تتنوع المؤسسات التي تمارس فيها الجهود المهنية لخدمة المسنين فقد تكون أهلية أو حكومية أو محلية أو قومية بما يتماشى مع هدف كل مؤسسة من تلك المؤسسات، ومنها مراكز علاج المسنين أو المؤسسات الإيوائية للمسنين.²
- تسعى المهنة من خلال التعامل في هذه المؤسسات على مساعدة المسنين لإشباع احتياجاتهم وحل مشاكلهم وتحقيق أفضل تكيف لهم مع بيئاتهم الاجتماعية.
- يمثل الأخصائيون الاجتماعيون أحد أعضاء فريق العمل لتقديم الخدمات المتكاملة للمسنين في مؤسسات رعايتهم، والتي من خلالها يتم مواجهة المشكلات الصحية والإقتصادية والاجتماعية والنفسية والعقلية بالنسبة للمسنين.³

2- نشأة الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين:

إن نشأة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين فهي ترجع إلى أعقاب الحرب العالمية الثانية أين برزت عدة أحداث وظواهر أدت إلى بروز مجال لرعاية المسنين كضرورة ملحة وتمثلت أهم هذه الأحداث فيما يلي:

¹ طلعت مصطفى السروجي وماهر أبو المعاطي : مرجع سابق، ص 234

² عبد العال سيد الفرسان حسن: تقويم خدمة المسنين، دار الثقافة، القاهرة، 1986، ص 13 .

³ نفس المرجع، ص 14

- تزايد عدد المسنين وتشردهم في الحدائق والطرق خاصة من فقدوا الأسر والأهل في الحروب المختلفة وأصبحوا دون عائل مقابل عجز المؤسسات القائمة على رعاية الأسرة والإيواء عن تأمين إحتياجات هذه الفئة في ظل تزايد حالات عتة أو خرف الشيخوخة بين المسنين الذين لا عائل لهم¹.
- عزوف أو رفض الأخصائيين العاملين بمؤسسات الرعاية المختلفة عن التعامل مع إحتياجات المسنين الكثيرة باعتبارها فئات تتسم بالتشتت الذهني والنفسي ويتطلب العمل معها الكثير من الجهد والإمكانيات.
- أدت الإكتشافات العلمية والتطور العلمي للعلوم الأخرى إلى إزدهار مكتشفات الطب النفسي حول أمراض الشيخوخة وبداية ظهور تخصص طب المسنين وإكتشافه للأمراض الخاصة بهم²
- الإهتمام العالمي بمشكلات المسنين والمتمثل في عقد عدة مؤتمرات والتي أكدت على ضرورة رعاية المسنين إلى جانب إعلان حقوق الإنسان عامة والمسنين خاصة.
- فكل العوامل السابقة الذكر وعوامل أخرى ساهمت في ظهور تخصص في مجال المسنين وتم إعتبار رعاية المسنين مجالاً متخصصاً للخدمة الإجتماعية للمسنين في الهيئة القومية للأخصائيين الإجتماعيين³.

3- أهداف الخدمة الإجتماعية عند المسنين:

- تسعى الخدمة الإجتماعية لتحقيق أهداف عديدة في مجال رعاية المسنين نورد أهمها في:
- المساهمة في تدعيم الخدمات التي تتضمنها اللوائح الداخلية لمؤسسات رعاية المسنين وتمكين المسنين وتمكين المسنين من الحصول عليها، وزيادة تجاوب تلك المؤسسات مع المسنين، وتطوير السياسات والإجراءات الخاصة بتقديم الخدمات للتأكد من أن الخدمات يتم تقديمها بطرق تراعي حق المسنين في الرعاية، إلى جانب التعرف على السلوكيات غير المرغوبة من

¹ عثمان عبد الفاتح السيد علي الدين : الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة الشيخوخة والمسنين ،عين الشمس، القاهرة ،1997

ص 123

² نفس المرجع، ص 124

³ نفس المرجع، ص 126

- جانب الجهاز الإداري والتي تعرقل إستفادة المسنين من خدمات وموارد تلك المؤسسات والعمل على تعديل تلك السلوكات لتتماشى مع تحقيق الأهداف¹.
- تحسين معاملة المسنين كمستفيدين من خدمات مؤسسات رعايتهم، ويتم ذلك بالعمل على صيانة كرامتهم ومساعدتهم على رفع معنوياتهم وإحساسهم بأنهم مازالوا قادرين على تقديم عمل مفيد ويتم ذلك بإشراكهم في بعض المشاريع بالمؤسسات أو بالبيئة المحيطة بهم.²
- مساعدة المسنين على مواجهة ضغوطات الحياة والمواقف التي يمر بها نتيجة إنتقاله إلى مرحلة الشيخوخة.
- ترشيد أساليب رعاية المسنين وتطوير إجراءات التقدم لطلب الخدمات لتيسير الإستفادة منها³.
- المساهمة في توعية أفراد المجتمع بإحتياجات المسنين ودورهم في تنمية مجتمعهم إلى جانب تدعيم العلاقات الإجتماعية بين المختصين العاملين بالمؤسسة وبين المسنين لزيادة فعالية الخدمات التي تقدم لهم⁴
- المساهمة في رسم السياسة الإجتماعية لرعاية كبار السن ووضع الخطط التي تحقق أهداف تلك السياسة في إطار السياسة العامة للمجتمع.
- المساهمة أو العمل على إعداد جيل من الإختصاصيين الإجتماعيين القادرين على ممارسة عملهم بعد التخرج بفاعلية في مجال رعاية المسنين.⁵ ولا يتم هذا إلا بالإحتكاك بهذه الفئة ومعرفة خصوصياتها وسماتها وطرق العمل معها وكل هذا من خلال سنوات التكوين الجامعي في إطار تربصات ميدانية يقيم كذلك من خلالها الطالب مدى قدرته لممارسة هذه المهنة مستقبلا مع هذه الفئة الحساسة من المجتمع، فكيف لمختص في علم الإجتماع أن يمارس مهنته بفاعلية في المجتمع وهو بعيدا عن المجتمع وخصوصياته؟

¹ طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي: مرجع سابق، ص 235

² نفس المرجع، ص 235

³ محمد سيد فهمي: الرعاية الإجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 207

⁴ طلعت مصطفى السروجي، ماهرأبوالمعاطي: مرجع سابق، ص 235

⁵ محمد سيد فهمي : الرعاية الإجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 208

- العمل على تصميم مجموعة من البرامج المتكاملة التي تراعي الإحتياجات الشخصية والإجتماعية والإقتصادية والترويحية للمسنين والتي تقع مسؤولية تنفيذها على مجموعة متخصصة من الممارسين لمهنة الخدمة الإجتماعية.
- القيام بالرصد المبكر لمشكلات المسنين وطبيعة العلاقات القائمة بينهم وبين البيئة المحيطة بهم وبالتالي التحرك لمواجهة هذه المشكلات قبل ظهورها " المدخل الوقائي " .
- التأكيد من خلال الإتصال بالأجهزة الإعلامية على أن المسنين قوة إنتاجية لا يمكن إهمالها، ولابد من رعايتها والإهتمام بها والعمل على رفع مستواها من كافة النواحي.¹

4- طرق الخدمة الإجتماعية مع المسنين:

إن الخدمة الإجتماعية كمهنة إنسانية يمكن أن تساهم بدور فعال في مجال رعاية المسنين من خلال طرقها الأساسية الثلاثة وهي: طريقة خدمة الفرد وطريقة خدمة الجماعة وطريقة تنظيم المجتمع.

- طريقة خدمة الفرد:

تعتبر خدمة الفرد إحدى الطرق التي تعمل مع المسنين، حيث تستهدف مساعدة المسن على إعادة تكيفه مع المجتمع وتنمية قدراته بما يساعده على التغلب عما يواجهه من مشكلات في أداء دوره الإجتماعي، ومن أهم ما يميز خدمة الفرد أنها تتعامل مع العميل وهو المسن بإعتباره فردا له ظروفه الخاصة المتميزة، وتتعاون مع المسن من خلال نظرة تتسم بالشمولية وتهدف إلى مساعدته على مواجهة الصعوبات التي تمر به مع هذه المرحلة². ويتطلب مساعدة الأخصائي الإجتماعي للمسنين مايلي:

- أن يكون قادرا على نقل المشاعر والأحاسيس الخاصة بالمسن مثل قدرته على نقل المعلومات المرتبطة بظروف المسن³.

- أن يكون واعيا بتأثير الجماعة التي يكون المسن عضوا فيها.

¹ نفس المرجع، ص 208

² نفس المرجع، ص 212

³ نفس المرجع ، ص 213

- أن يكون مطلعاً على التقلب في الرأي والمزاج بين أفراد المسنين.
- أن يكون مدركاً أن الجنس (من حيث ذكر أو أنثى) ومكانة المسن الاجتماعية تؤثران كثيراً في خبرة المسن.¹

ويعتمد الأخصائي الاجتماعي في ممارسته للخدمة الاجتماعية مع المسنين على ثلاث عمليات رئيسية هي:

أولاً - الدراسة الاجتماعية:

و يتطلب من الأخصائي الاجتماعي هنا إجراء مقابلة أو عدد من المقابلات مع المسنين ثم يطلع على ملف الحالة، وإذا دعى الأمر الإتصال بأحد من أفراد الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء وهذا بغرض جمع حقائق ومعلومات عن شخصية المسن وعن الظروف الاجتماعية التي كانت محيطة به، وبعد تصنيف هذه البيانات يمكن للأخصائي أن يكون صورة كاملة عن شخصية المسن من حيث:

- الناحية الجسمية: كالطول والبدانة أو النحافة، ملبسه وعنايته بنفسه، شحوب الوجه، العاهات الظاهرة، النزلات العصبية².

- الناحية النفسية: الإنفعالات الواضحة والمقننة والنمط المزاجي العام، مواقف الحيرة والتردد والسمة العامة للشخصية....

- من الناحية العقلية والمعرفية كالقدرة الإدراكية العامة وقدرة المسن على التركيز والانتباه ضعف إلى ذلك الربط والتسلل المنطقي في الحديث.....

- الحالة الاجتماعية السلوكية مثل أسلوب المسن في الحديث وهل هناك مظاهر التهويل والمبالغة أو التضليل في الحديث، ومعرفة مدى تمتع العميل (المسن) بالقيم الاجتماعية والصدق والأمانة وهل سلوكه به نوع من العدوانية وحب التسلط³.

¹ طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي: مرجع سابق، ص ص 235-236

² محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 210

³ نفس المرجع، 211

ويحصل الأخصائي الإجتماعي على كل هذه المعلومات من خلال إستخدام الأساليب الفنية في المقابلة مع المسن والمتمثلة في البداية في تهيئة الجو أو المناخ النفسي المناسب لتبادل أطراف الحديث والبوح بكل ما يخالجه بكل صراحة وراحة، أيضا إستخدام دقة الملاحظة والعمل على توظيف الإستقهام والإبتعاد عن الإستجواب الذي من شأنه أن يزرع في نفس المسن الضجر والملل والريب وبالتالي التكتم واللجوء إلى أسلوب المراوغة والتضليل هذا إلى جانب التعليقات الإيجابية وليس الثرثرة والتي تساعد الأخصائي على فتح مجال للمسن على إفراغ جعبته والحديث عن أدق تفاصيل حياته السابقة والإبتعاد عن الثرثرة وكثرة الحديث لكي لا يتحول المسن إلى مستمع والأخصائي إلى المتحدث وبالتالي يحدث تبادل في الأدوار ومنه لا تحقق المقابلة الأهداف المرجوة.

ثانيا: التشخيص الإجتماعي:

وهو الخطوة الثانية التي يتم فيها ربط الحقائق التي توصل إليه الأخصائي الإجتماعي -من خلال الدراسة الإجتماعية - ببعضها البعض لتفسير طبيعة المشكلة وأسبابها حتى يمكن وضع الخطة المناسبة للعلاج والتشخيص كعملية عقلية، تعتبر من أدق عمليات خدمة الفرد التي تتطلب كفاية مهنة وأسس دقيقة للقياس لأن السلوك الإنساني هو سلوك مركب وجد معقد¹.

ثالثا: العلاج الإجتماعي:

وهو مجموعة العمليات والخدمات التي تستهدف التأثير الإيجابي في المسن أو في ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل إستقرار يمكن لأوضاعه الإجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة والعلاج نوعان:

- علاج ذاتي ويركز على ذات المسن

- علاج بيئي يركز على الظروف المحيطة بالمسن².

ومن أهم أساليب العلاج الذاتي التي يمكن لأخصائي خدمة الفرد أن يستخدمها مع المسنين في مراكز أو مؤسسات الأشخاص المسنين هي:

¹ نفس المرجع، ص 211

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 215

- العلاقة المهنية:

تحتل العلاقة المهنية مركزاً متميزاً في العلاج فعن طريقها يتمكن الأخصائي الاجتماعي أن يزيل أو يخفف قلق ومخاوف المسن ويهيأ له الجو المريح أين يشعر فيه بالثقة في الأخصائي وتلك العلاقة مفيدة جداً للعمل مع المسنين إذ يحتاج المسن إلى شخص يرتاح إليه، ويشكو له مضايقاته. كما أن تلك العلاقة المهنية تعوض المسن ما فقده من علاقات، ومن الممكن أن تبدأ العلاقة المهنية من المقابلات الأولى إذ بإمكان الأخصائي الاجتماعي المتمرس تطبيق العديد من الأساليب المهنية اللازمة في تنمية العلاقة المهنية وتقديم الدعم النفسي والعاطفي¹.

- التعاطف:

وهو إتجاه من جانب الأخصائي الاجتماعي يهدف إلى أن يشعر المسن أن الأخصائي يقدر موقفه والظروف المؤلمة التي تعاني منها.

- أساليب التأثير المباشر:

ويهدف استخدام هذه الأساليب إلى قيام الأخصائي الاجتماعي بدور أكثر إيجابية في مساعدة المسن، وتتضمن نوعاً من التدخل المباشر في شؤون المسن كمساعدته مثلاً في الإختيار بين أمرين يتردد بينهما بما يجلب له المصلحة والتوافق أحسن².

- تكوين البصيرة:

وهو مساعدة المسن على فهم ذاته وحقيقة ما يتعرض له من مشكلات ويفيد هذا الأسلوب في توعية المسن بالظروف والتغيرات الفيزيولوجية والنفسية المصاحبة لمرحلة كبر السن وإقناعه أنها نتائج طبيعية لنمو الإنسان بهدف إقناع المسن بضرورة تغيير أو تعديل فقط سلوكه ليتلائم مع متطلبات المرحلة الجديدة التي يمر بها المسن³.

¹ نفس المرجع، ص 215

² نفس المرجع، ص 216

³ نفس المرجع، ص 216

- الخدمات المباشرة:

وتتمثل في الخدمات المادية الملموس والتي تقدم مباشرة للمسن عند الحاجة إليها كالمساعدات المالية وتقديم بعض الأجهزة الطبية التي يحتاج إليها كالنظارات أو الأدوية أو جهاز قياس السكر.....

- الخدمات غير المباشرة:

وتهدف إلى تعديل اتجاهات المحيطين بالمسن كالأبناء والأقارب والأهل وإقناعهم بضرورة زيادة المسن بالمركز أو بدار العجزة والمسنين والإهتمام برعايته دوريا أوحثى إقناع الأبناء أو أحد الأقارب المسؤولين عنه بضرورة الإستمرار في الإنفاق على أحد الوالدين المقيمين بالدار¹. ولم لا ؟ إستضافته في البيت أحيانا أو حتى في المناسبات أو في العطل لأن هذا من شأنه أن يرفع كثيرا من معنوياته وينقص من إكتئابه ومن إحساسه بأنه غير مرغوب فيه في كنف أسرته التي أفنى (ت) حياته في رعايتها والإحسان إليها.

- طريقة خدمة الجماعة:

وهي إحدى الطرق الأساسية لمهنة الخدمة الإجتماعية التي تستخدم العلاقات الإجتماعية بين أعضاء الجماعة وتوجيه هذه العلاقات بما يساعد على تنمية شخصياتهم وتحقيق الأغراض المشتركة للجماعة ككل².

ويمكن أن يكون لخدمة الجماعة في مجال رعاية المسنين أثرا عظيما في حياة المسنين إذ يمكن عن طريق تكوين جماعات صغيرة من المسنين مع مراعاة بعض العوامل كالسن والجنس والحالة الإجتماعية والإقتصادية والهوايات.... أن تحقق الأهداف التالية:

- إتاحة الفرصة للأعضاء لتكوين علاقات إجتماعية جديدة.

- إتاحة فرصة تحمل المسؤولية والقيادة التي شعر بفقدائها بعد كبر سنه

- التنفيس عن مشاعر المسن في حرية وصراحة³.

¹ نفس المرجع، ص 217

² شمس الدين أحمد محمد: العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الإجتماعية، مؤسسة يوم المستشفيات، القاهرة، 1981، ص16

³ محمد سيد فهمي: الرعاية الإجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص ص 212-213 .

- شغل وقت الفراغ بطريقة إيجابية وجماعية.
- تقوية وتحسين العلاقات الاجتماعية بين المسنين إذ يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يجعل من إجتماع الجماعة فرصة لإجراء المناقشات الودية وتبادل الحديث مما يدخل السعادة في نفوس المسنين ويزيد من ترابطهم مع بعضهم البعض.
- إشباع الإحتياجات العاطفية لدى المسنين وتعويض ما افتقدوه من صداقة ومكانة وإحترام.¹
- ولكي تتحقق هذه الأهداف فإن خدمة الجماعة تعتمد في ذلك على مجموعة من البرامج والأنشطة التي يقوم بإعدادها أخصائي خدمة الجماعة بمشاركة من المسنين أنفسهم.

- طريقة تنظيم المجتمع:

ظهر تنظيم المجتمع كطريقة من طرف الخدمة الاجتماعية مع مطلع القرن العشرين يهدف لتحقيق نفس الأهداف التي تسعى إليها مهنة الخدمة الاجتماعية عامة وهي مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على علاج ما يواجهونه من مشاكل بالإعتماد على قدراتهم وإمكاناتهم " فإذا كانت خدمة الفرد تنظر إلى المشكلة الاجتماعية في إطار العميل وكانت خدمة الجماعة تجعل من الجماعات الصغيرة وحدة الخدمة، فإستكمالاً لهذه السلسلة من الحلقات ظهر تنظيم المجتمع بإعتباره أداة علمية للعمل مع المجتمعات المحلية على إدخال تغير مقصود في حياتها..."². لذا فإن طريقة تنظيم المجتمع تلعب دوراً هاماً وفعالاً في مجال رعاية المسنين بإعتبارهم يمثلون قطاعاً من قطاعات المجتمع لهم مشاكلهم وإحتياجاتهم لهذا فإن تعاون الجماهير مع الحكومة في رعاية المسنين تتطلب تنوير الناس بمشكلات المسنين وأمراضهم وأسلوب التعامل معهم....³

وتتمثل أهم أهداف طريقة تنظيم المجتمع في مجال خدمة المسنين على النحو التالي:

1. إجراء البحوث الميدانية الدورية والتي يمكن من خلالها تحديد حجم مجتمع المسنين
2. توعية الجماهير بأساليب التعامل مع كبار السن لخلق رأي عام مؤيد لقضايا المسنين.

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 217

² محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، مرجع سابق، ص 214

³ نفس المرجع، ص 215

3. الإستفادة من طاقات وخبرات المسنين للعمل أو التطوع في الجمعيات والمؤسسات الخاصة خاصة لأصحاب الخبرة كذلك إقامة دورات تدريبية لنقل خبرات المسنين¹.
4. عقد ندوات ومؤتمرات لمناقشة مشكلات كبار السن وكيفية علاجها مع تحديد أفضل الأساليب لتأمين إستفادتهم من الخدمات الضرورية لهم.
5. إعداد البرامج التدريبية لتأهيل وإعداد أخصائيين يعملون في هذا الميدان².

ختاماً يمكن القول أن برامج الخدمة الاجتماعية هي برامج مهنية منظمة ومخصصة تهدف إلى تقديم خدمات اجتماعية يحتاج إليها كبار السن سواء كأفراد أو كجماعات صغيرة داخل مؤسسة الرعاية أو إعتبارهم فئة ذات مصالح مشتركة داخل المجتمع، لذا فلا يمكن لهذه البرامج أو الخدمات أن تنجح إلا إذا أخضعت إلى منهج علمي يقوم بتنفيذ هذا الأخير أخصائون إجتماعيون أعدوا مهنيا للقيام بهذه المهمة في مجال رعاية المسنين موظفين في ذلك طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية وهي طريقة خدمة الفرد وطريقة خدمة الجماعة وطريقة تنظيم المجتمع معتمدين على مبادئ وقيم وأهداف مهنة الخدمة الاجتماعية.

المبحث الثاني: نحو استراتيجية عامة للرعاية الاجتماعية للمسنين

المطلب الأول: كبار السن والرعاية الاجتماعية بدور المسنين

1- مفهوم الرعاية الاجتماعية:

تعددت التعاريف المحددة لمفهوم الرعاية الاجتماعية، فلم يتفق العلماء إلى اليوم على تعريف موحد لهذا المفهوم، وقد يرجع ذلك إلى أنه يتسم بالإتساع من ناحية وتعدد منطلقات بلورته خلال مراحل تطوره التاريخي من ناحية أخرى، وسنحاول تقديم التعريف للرعاية الاجتماعية تعرف الرعاية الاجتماعية بأنها تلك الخدمات العامة التي تقدمها الدولة بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية الأهلية والتي تنشأ بدافع من المجتمع نفسه أو بعض أفرادها بغرض خدمة أفراد المجتمع أو جماعاته أو المجتمع كله³.

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 220

² نفس المرجع، ص 221

³ سماح سالم وآخرون: مرجع سابق، ص 52

ويعرفها إدوارد ليندمان بأنها « مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة نحو فئات معينة من الأفراد أو الجماعات ممن يحتاجون إلى ضروريات الحياة الأساسية أو يحتاجون إلى الحماية سواء كانوا أفراداً أو أسراً، وخاصة من يشكل سلوكهم تهديداً لرفاهية المجتمع».¹

في حين يعرفها هوارد رسل بأنها مجال المسؤولية الحكومية التي تمارس لتحقيق الأمن والحماية وتحقيق فرص التكيف الاجتماعي الناجح للشعب، أي لكل من الأسرة والفرد لإشباع الحاجات التي لا تقوم هيئات أخرى بإشباعها بما في ذلك المساعدات المالية للمحتاج وحماية الضعيف والعاجز عن الإستغلال الاجتماعي وتوفير الخدمات العلاجية والإسكان.²

يرى رسل أن الرعاية الاجتماعية تشتمل على كل أنواع المساعدات بما في ذلك المساعدات الوقائية والعلاجية للفئات الخاصة والمساعدات العامة كالخدمات العلاجية والإسكان.

ويتفق "هارولد ولنسكي" مع الآراء المؤيدة للمسؤولية الحكومية عن برامج الرعاية الاجتماعية فحدد أنها مجموعة البرامج والهيئات والمؤسسات الاجتماعية ذات التنظيم الرسمي التي تعمل على إيجاد وتنمية وتطوير الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع.³

كما تعرف الأمم المتحدة الرعاية الاجتماعية على أنها « ذلك النسق المنظم من الهيئات والمؤسسات والبرامج التي تهدف إلى دعم أو تحسين الظروف الاقتصادية أو الصحية أو القدرات الشخصية المتبادلة لمجموع السكان ».

ويمثل تعريف الأمم المتحدة الأنشطة الموجهة لمساعدة الأفراد أو المجتمعات لمقابلة إحتياجاتهم الأساسية والإرتقاء بهم لما يتفق مع إهتمامات أسرهم ومجتمعاتهم.⁴

و تعرف الهيئة القومية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين الرعاية الاجتماعية بأنها « مجموعة الأنشطة المنظمة التي تمارس من خلال هيئات حكومية وغير حكومية بهدف توفير الحماية

¹ طاهر بن غالب: الخدمة الاجتماعية، مفهوم شامل، دار حامد، عمان، ط1، 2014، ص40

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 202

³ نفس المرجع: ص203

⁴ محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، مرجع سابق، ص 23

والوقاية لأفراد المجتمع، وعلاج ما يواجههم من مشكلات والعمل على تحسين مستوى معيشتهم من خلال جهود الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والمدرسين»¹.

ومن الإسهامات العربية التي قدمت في هذا المجال تعريف محمود حسن يقول فيه أن الرعاية الاجتماعية هي مجموعة الجهود التي تبذلها الدولة من خلال مؤسساتها ومن خلال جهود أفراد المجتمع التطوعيين لتحقيق الرفاهية الاجتماعية ويتضمن ذلك برامج الإسكان، الضمان الاجتماعي ورعاية الطفولة والصحة والتعليم والترويج...².

ويؤكد هذا المعنى أحمد كمال في تعريفه للرعاية الاجتماعية بأنها "مجموعة الجهود والخدمات والبرامج المنظمة التي تساعد أفراد المجتمع الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية لمواجهة هذه الاحتياجات وتحقيق النمو والتفاعل الإيجابي فيما بينهم وتحقيق أقصى توافق بينهم وبين البيئة الاجتماعية المحيطة بهم"³.

وفي إطار ماسبق الإشارة إليه فإن الرعاية الاجتماعية تمس حياة الفرد والجماعة وتتعلق بالحاجات الأساسية البيولوجية للفرد وهي الغذاء والكساء والسكن كما تتضمن الحاجات الأساسية للحياة في المجتمع وهي التعليم والرعاية الصحية والتأمين الاجتماعي.

2- خصائص الرعاية الاجتماعية

تتمثل أهم الخصائص التي تميز الرعاية الاجتماعية في العصر الحديث والمعاصر فيما يلي:

- **التنظيم:** يتضح من التعاريف السابقة أن خدمات الرعاية الاجتماعية منظمة وأن المؤسسات التي تقدم هذه الخدمات تتمتع ببنية رسمية وتخضع أنشطتها لقواعد ومعايير تنظيمية. لذا فالعلاقة بين المؤسسة المقدمة للخدمات والشخص المستقبل لهذه الخدمات هي علاقة موضوعية وليست ذاتية تحيزية مما يجعل من المساعدات والإحسان الفردي بين الأصدقاء والجيران لا يعتبر من ضمن مفهوم الرعاية الاجتماعية.

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 48 .

² محمود حسن : الرعاية الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1963، ص 21.

³ رشاد أحمد عبد اللطيف : مرجع سابق، ص 47.

- **تجنب الربح المادي:** والمقصود بذلك أن النشاطات التجارية التي تدخل في إطار البيع والإنتاج والإستهلاك وتهدف إلى تحقيق المنفعة والربح المادي لا تدخل ضمن مفهوم الرعاية الاجتماعية لأن خدمات هذه الأخيرة هي حق من حقوق المواطن.

- **المسؤولية الاجتماعية** وهي مسؤولية مشتركة وليست مسؤولية حكومية أو خاصة فقط وإنما هي مسؤولية الجانبين معا.

- **المردود الاجتماعي والإقتصادي:** لا يقاس العمل الاجتماعي ولا خدمات الرعاية الاجتماعية بمقياس مادي ملموس إذ أن إشباع حاجات الأفراد وتنمية قدراتهم ومساعدتهم هي عملية إستثمارية بعيدة المدى وليست شكلا من أشكال الإستهلاك المادي¹.

- **تغطي أنشطة وخدمات وبرامج الرعاية الاجتماعية** جوانب مختلفة من الحياة الاجتماعية (المسكن، التعليم، الدخل الإقتصادي...) كما تشمل نوعيات مختلفة من المستفيدين (عمال، فلاحين، طلاب، معاقين...) كما تشمل مجالات أخرى متعددة مثل حماية البيئة والتأهيل المهني، الترويح وشغل وقت الفراغ²

3- أهداف الرعاية الاجتماعية:

- **أهداف علاجية:** وتتمثل في الجهود والبرامج التي تستهدف مواجهة مشكلات سوء التكيف الاجتماعي (كالبطالة والانحراف وغيرها)، وذلك من خلال التعرف على الطرق المؤدية لها والعمل على الحد من تطورها بالصورة التي تخل بتوازن المجتمع، وكذلك من خلال تهيئة الأجواء للفئات التي تعاني من تلك المشكلات وذلك لمساعدتها على الإنخراط في الحياة بعد التغلب على مشكلاتها من خلال إستثمار قدراتها وإمكانياتها وأفكارها بما يفيد هذه الفئات ومجتمعاتهم³.

¹ غباري محمد سلامة وآخرون: مدخل في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، المكتب التجاري الحديث، الإسكندرية، 1988، ص 7-10

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 57

³ سماح سالم سالم: مرجع سابق، ص 55-56

- **أهداف وقائية:** ويشمل هذا الجانب توفير مختلف الخدمات التي يمكن أن تشكل إجراءات وقائية للحيلولة دون وقوع المشكلات والأزمات التي يمكن أن تعيق أداء أنشطة الأفراد والجماعات من الناحية الاجتماعية أو التقليل من تلك المشكلات قدر المستطاع¹.

ويمكن تنفيذ تلك الأنشطة عبر محاور عديدة يمكن تلخيصها فيمايلي:

- إعداد برامج مختصة في التأهيل الاجتماعي والمهني لفئات المجتمع التي تحتاج إلى المساعدة.

- تأهيل أفراد المجتمع بالدرجة التي تمكنهم من تفعيل كل ما من شأنه أن يشبع حاجاتهم ويلبي تطلعاتهم الأساسية.

- العمل على شغل أوقات أفراد المجتمع بما هو مفيد.

- العمل على إكساب أفراد المجتمع إتجاهات إيجابية وتنمية الروح الإنتاجية لديهم²

- **أهداف تنموية:** وتتمثل في الأنشطة التربوية والتدريب والتوعية وتنمية قدرات الأفراد والجماعات ليكونوا أكثر فاعلية في تنمية أنفسهم ومجتمعاتهم كما من شأن هذه الجهود أن تؤدي إلى التأقلم والتكيف مع المتغيرات التي يمكن أن تحدث بما فيها المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي قد ترفع من درجة وعي ومستوى أفراد المجتمع وصولاً إلى أهداف التغيير³.

ومن أهم أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين نورد مايلي:

- توفير البرامج والأنشطة الثرية والمتنوعة والتي من شأنها أن تساعد المسن على شغل أوقات الفراغ بصورة إيجابية.

- توفير فرص الرعاية الصحية للمسن بمختلف الطرق سواء كان ذلك في صورة تقديم أدوية لأمراض تم تشخيصها من طرف الطبيب المعالج أو توفير علاج طبي أو طبيعي عن طريق التأهيل العلاجي.

¹ طاهر بن غالب: مرجع سابق، ص 54

² نفس المرجع ، ص 54

³ نفس المرجع ، ص 55

- السعي وراء توفير التأهيل النفسي للمسن خاصة في المرحلة الحرجة من حياته وهي مرحلة الإحالة على التقاعد.
- تسهيل الإجراءات ليتمكن المسن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية بكل أنواعها.
- العمل على تشجيع البحوث والدراسة العلمية في مجال رعاية المسنين حتى تتم عملية مواجهة مشكلات المسنين بناء على إستراتيجيات علمية.
- توفير الخدمات الإجتماعية والإقتصادية المختلفة والتي تساعد كثيرا على إستقرار حياة المسن وإحساسه بالأمن والطمأنينة.
- إنشاء مؤسسات إجتماعية خاصة بالمسنين مهمتها توفير كافة خدمات الرعاية الإجتماعية التي يتعذر على أسر المسنين توفيرها لهم.
- توعية أسر المسنين بطرق وكيفيات التعامل مع كبار السن وذلك من خلال وسائل التوعية المختلفة كبرامج إذاعية أو تلفزيونية، دورات تكوينية، مقابلات شخصية مع مختصين في المجال¹.

4- أنواع الرعاية المقدمة للمسنين:

يحتاج المسنون إلى رعاية تلائم قدراتهم ورغباتهم فهم بحاجة إلى عناية دائمة لما يصاحب هذه المرحلة من أمراض جسمية ونفسية وعقلية لذا تحتاج هذه الفئة لعدة أنواع من الرعاية نورد أهمها فيمايلي:

- الرعاية الصحية للمسنين:

و تعتبر على قمة أوجه الرعاية المقدمة لفئة المسنين لأن هذا النوع من الرعاية يتطلب الكشف الدوري والعلاج المناسب والسريع لفئة كبار السن لكي يتمكنوا من العيش بطريقة طبيعية عن طريق تقليل آثار الشيخوخة على الصحة العامة ولأجل ذلك يجب توفير عدد كبير من الأطباء المختصين بأمراض الشيخوخة كذلك توفير عدد من المختصين في العلاج الطبيعي والذي يعتبر من أهم العلاجات الناجحة في هذه المرحلة ضف إلى ذلك توفير عدد من الممرضين الذين تم

¹ نفس المرجع، ص 57

تدريبهم على كيفية التعامل مع هذه الفئة الحساسة من المجتمع دون أن ننسى الإشراف على الوجبات الغذائية المقدمة لهم فهي عنصر هام للتمتع بالصحة الجيدة¹.

والواقع تتمثل أوجه الرعاية الصحية للمسنين في:

- الفحص الشامل الدوري: ويجب أن يشتمل على تحليل الدم والأشعة وإفراز الغدة الدرقية وتحاليل البول عموماً لابد أن يشمل هذا الفحص جميع أجهزة الجسم بهدف إكتشاف الأمراض مبكراً وبالتالي التدخل العلاجي السريع

- العلاج الطبي: ويتضمن جميع الحالات المرضية التي تم إكتشافها سواءا كانت بدنية أو نفسية أو ذهنية بالإضافة إلى علاج الأعراض المرضية المقلقة التي يشكو منها المريض وكلما كان تقديم العلاج مبكراً ساعد ذلك على شفاء المسن.

- التأهيل الطبي الشامل: يوجه للإعاقات البدنية الموجودة ويتم ذلك بإستعمال الأجهزة التعويضية والعلاج بالعمل والتأهيل النفسي وكل ما من شأنه الإرتقاء بالمسنين والحفاظ عليهم.

- الإجراءات الوقائية: يجب أن تشمل أوجه الرعاية الصحية للمسنين على جميع الإجراءات الوقائية التي تمنع تدهور حالة المريض الصحية أو تعرضه للحوادث بكافة أنواعها².

إذن يجب توفير رعاية طبية وصحية وإشراف طبي كامل للمسنين سواء في مؤسسات الإيواء (دور المسنين) أو في محيط أسرهم الطبيعية، ووضع برنامج منتظم يكفل إستمرار هذه الرعاية الطبية التي تقترن في نفس الوقت ببرنامج الرعاية الإجتماعية.

- الرعاية الإجتماعية:

هناك أنواع كثيرة من أوجه رعاية المسنين إجتماعيا وتختلف من قطر لآخر تبعا للأوضاع الإجتماعية السائدة وتبعا للعادات والتقاليد المتوارثة والتي تختلف من شعب لآخر غير أن جميع أوجه الرعاية الإجتماعية تضع في مقدمتها تمتع المسنين بحقوقهم ومحاولة إزماجهم في المجتمع والإستفادة من خبراتهم تجاربهم مع إيجاد نوع من التوازن بين المسنين والأسرة والمجتمع³.

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعرى : مرجع سابق، ص 211

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق ، ص 172

³ نفس المرجع، ص 189

وتشتمل الرعاية الاجتماعية على ثلاث جوانب أساسية هي الجانب الوقائي والعلاجي والجانب الإنشائي، وتهدف الرعاية الاجتماعية في مجال رعاية المسنين إلى صيانة كرامة كبار السن وذلك بتقوية الروابط الاجتماعية والشعور بالانتماء لهم، كما أنها تهدف إلى تنمية الوازع الديني والخلقي وذلك بتقديم الإرشاد والتوجيه ليكون الوازع الديني خير ضمان لإستمرارية وديناميكية الرعاية¹.

فتمنح الأسرة المسن إذن الشعور بالراحة النفسية والطمأنينة كما تشعره بأهميته وقيمته مما يساعده ذلك على الإستقرار والتكيف ويرى البعض أنه من المستحسن توفير وسائل وبرامج رعاية إجتماعية تقدم للمسنين وهم في أسرههم الأصلية» حيث دلت بعض الدراسات التي أجريت على المسنين المودعين بالمؤسسات الإيوائية لاسيما دراسة "بلينكر" إرتفاع معدل وفاة المسنين خلال السنة الأولى من الإيداع خاصة في الثلاثة أشهر الأولى من معيشتهم في المؤسسات الإيوائية»².

يمكن للمسن أن يمارس حق تقرير المصير في أسرته وهذا لا يتوفر في مؤسسات أو مراكز الأشخاص المسنين فهو لا يمكن أن يخرج من المركز للإستجمام إلا بتصريح ممضي من طرف مدير المركز مما يحد من حريته وتنقلاته لذا نجد معظم الإجتماعات والندوات تنادي بأهمية الرعاية والعناية الأسرية بالمسنين.

- الرعاية الإقتصادية:

هناك مجموعة من الأسباب التي تدعو إلى رعاية المسنين إقتصاديا والإهتمام بهم ماديا نلخص أهمها في إحالة الموظف على التقاعد عند بلوغه السن القانونية وبالتالي سيحصل على معاش ثابت غير قابل للزيادة السنوية أو الشهرية كما يحدث للموظفين الذين قد ترتفع مرتباتهم نتيجة الترقيات أو العلاوات وفي المقابل يضاف إلى الأعباء المادية للمسنين المتقاعدين عبئ العلاج والدواء.³

وبما أن الدولة هي المسؤولة عن جميع الفئات العمرية بالمجتمع دون إستثناء فهي مسؤولة عن رعاية وحفظ كرامة المسنين من خلال الرعاية الإقتصادية والمتمثلة فيمايلي:

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص 214

² نفس المرجع، ص 215

³ محمد يسري دعبس: الحياة الإقتصادية للمسنين، مرجع سابق، ص 190

- توفير عمل أو شغل يتناسب وقدرات المسنين: هناك نظرة خاطئة مفادها أن كل المسنين وهم الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن الستين عاما عاجزين وغير قادرين عن العمل والعطاء والتعلم بل بالعكس فأغليبتهم على درجة جيدة من الصحة والقوة الجسمية¹، فيمكن للدولة أن تستفيد من خبرة وتجربة هذه الفئة المنضبطة في العمل كما أن العمل من شأنه أن يساعد المسنين نفسيا وإجتماعيا وإقتصاديا.

- توسيع قاعدة المجانية فيما يتعلق بالمسنين: ويتم ذلك في:

* مجال العلاج والدواء: فيمكن الإتفاق مع الكثير من الأطباء في شتى التخصصات على توقيع الكشف الطبي بالمجان على عدد معين من المسنين وهذه المسألة إلى جانب دعم الدولة تحتاج إلى حث الأطباء ووضع حافز مادي ومعنوي لهم².

* مجال النقل والمواصلات: أقل ما يمكن أن تقدمه الدولة لهذه الفئة هو الترحيب بهم بالركوب في وسائل النقل بالمجان أو بتخفيضات كبيرة على الأقل. والواقع أن مثل هذا الإمتياز سوف لا يكلف الدولة كثيرا لأن الغالبية من المسنين تركز إلى البيت وقليل ما تستخدم وسائل النقل المختلفة³.

- الرعاية النفسية:

إن الكثير من الأمراض النفسية والعقلية التي تنتاب المسنين يكون مصدرها ما يمكن أن يكون قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية، فالمسن الذي إعتاد شغل أوقات فراغه في القراءة والمطالعة ثم يصاب بضعف الإبصار فيعجز عن مواصلة هذه الهواية فيجد نفسه دون شك إزاء مشكلة نفسية خطيرة تجعله ساخطا على الناس والحياة فيبدأ بإظهار بعض الإنحرافات السلوكية كأن يفعل لأنفه الأسباب أو يقضي معظم وقته عابسا ومكتئبا⁴. ونفس السلوك قد يسلكه من ضعف سمعه فتجده جالسا لا يتمكن من مشاركة ولا فهم من حوله فينصرفون عنه أو ينصرف هو عنهم ويعيش حالة من القلق والحزن وقد يقع فريسة الإكتئاب فيعتدي أحيانا على من حوله بالسب أو الشتم أو الضرب.

¹ نفس المرجع، ص 190

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 175

³ سالمة عبد الله حمد الشاعر: مرجع سابق، ص 218

⁴ رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 177

إن الكثير من الإنحرافات العقلية والنفسية التي قد تصيب المسنين ترجع أساساً إلى ما قد يصيب المخ من تلف أو ضمور وفي بعض الأحيان حالات الشيخوخة المتأخرة فيصاب الفرد في عقله فيتحول إلى طفل يسلك سلوكياتهم وتستثيره أئقهُ الأمور¹.

رغم أن الرعاية النفسية للمسنين مطلباً ضرورياً إلا أنها تواجه العديد من الصعاب التي تقلل من فعاليتها وتحول دون تحقيق أهدافها مثل:

- يتسم المسن بالجمود النفسي، ويفتقر إلى المرونة النفسية التي تجعله قابلاً لتغيير السلوك الذي إنخرط فيه.

- إختلاط الأغراض النفسية بالأغراض الأخلاقية مثل حالات السرقة المرضية.

- أن المسن ينخرط في إطار مجموعة عمرية يصعب رعايتها شأنها في ذلك شأن الطفولة².
ولحل هذه المصاعب يجب القيام بمايلي:

- التوعية بظروف مرحلة الشيخوخة ومشكلاتها للأفراد المتعاملين والقريبين من المسنين.

- إنشاء نوادي وقاعات الترفيه داخل المؤسسات التي يقيم بها المسنين بهدف قضاء وقت الفراغ بصورة ممتعة عن طريق ممارسة الهوايات والنشاطات الإجتماعية التي يرغبون فيها³.

- الرعاية الدينية أو الروحية:

يحتل الإهتمام بالمسائل الدينية مع تقدم السن مكان الصدارة ضمن إهتمامات المسنين، ويتضح ذلك من خلال حبهم وسعيهم لتفهم أمور الدين ومناقشتها للإستفادة منها ومحاولة تطبيقها هذا بالإضافة إلى رغبتهم الشديدة والملحة على أداء فريضة الحج ومرد ذلك إلى إحساس المسن بكبر سنه وإقتراب نهايته وحاجته إلى الأمن الروحي « فيعيش في طمأنينة العابد وسكينة المؤمن ويتسامى بنفسه إلى آفاقها الروحية ومجالها الصوفي وهناك يقف من بعيد لينظر إلى الحياة كلها نظرة موسومة بالخير والتسامح لا إلتواء فيها ولا تكليف »⁴.

¹ نفس المرجع : ص 178

² سالمة عبد الله حمد الشاعرى: مرجع سابق، ص 219

³ نفس المرجع، ص 220

⁴ أسعد يوسف ميخائيل: مرجع سابق، ص 225

وتتمثل الرعاية الروحية للمسنين في العمل على تنظيم حلقات الوعظ الديني والإرشاد وإقامة الندوات الدينية وتوفير الكتب والمجلات الدينية بمكتبات المؤسسات وكذلك تيسير أداء العمرة وفريضة الحج.¹

- الرعاية الترويحية للمسنين:

إن الرعاية الترويحية أسلوب يمكن أن يساعد المسنين على استثمار أوقات فراغهم سواء في بيئاتهم الطبيعية ألا وهي الأسرة أو مؤسسات الرعاية الخاصة بالمسنين.

يلاحظ أن كثيرا من الأفراد يتركون بعد التقاعد ويهملون، فالمجتمع لا يثمن قدراتهم الإنتاجية ويشعر بأنها قلت، ومن ثم يتركون، ولا بد أن يلم الشخص الذي يعمل في مجال الترويح بمجموعة من الأسس أهمها:

- الحاجة إلى الإلمام ببعض الجوانب المتصلة بعملية التقدم في السن وأنواع الأنشطة التي تثبت فعاليتها بالنسبة للأشخاص المسنين.

- معرفة طرق وأدوات تنظيم النشاط الترويحي ومناسبتها للأشخاص²

ويستطيع الأخصائي أن يفهم مشكلات المسنين، ويوفر على أساسها الأنشطة التي تناسب حاجات المسنين ويبعث فيهم الرضا ومن أنسب الطرق والأساليب لممارسة الأنشطة الترويحية يكون من خلال الإهتمام والتركيز على العمل في جماعات تحت توجيه الأخصائي الإجتماعي³.

وأهم ما تشتمل عليه الرعاية الترويحية للمسنين مايلي:

- إعداد برامج للرحلات وفقا للمناسبات والفصول كالبحرفي الصيف والحمامات والغابات والجبال في فصلي الشتاء والربيع أما المناسبات فيتم إحيائها خاصة الدينية بالمركز بحضور كل المقيمين وتحضير مستلزمات ذلك كتحضير الحلويات في عيد الفطر والأضاحي في عيد الأضحى.....

- تنظيم زيارات لأماكن سياحية وأثرية.

¹ نفس المرجع، ص 225

² رشاد أحمد عبد اللطيف: مرجع سابق، ص 182

³ نفس المرجع، ص 183

* معلومات تم الحصول عليها من إدارة المراكز الثلاثة محل الدراسة الميدانية إضافة إلى مقابلاتنا مع المقيمين بالمراكز من المسنين.

- تنظيم حفلات داخل المركز دون أية مناسبة للترفيه عن كبار السن.
- ويؤكد هذا من طرف "نجيب محمد توفيق" من خلال وضع أهم ما يجب أن تشتمل عليه الرعاية الترويحية للمسنين:
- إعداد برامج للرحلات إلى الحدائق.
- إقامة معسكرات صيفية.
- تنظيم حفلات للترفيه عن كبار السن
- تنظيم زيارات للأماكن السياحية.
- توثيق الصلة وتبادل المعونة بين مؤسسات رعاية المسنين وغيرها من المؤسسات الاجتماعية في المجتمع.
- الاستفادة من تجارب الدول الأخرى في مجال مؤسسات رعاية المسنين.
- تغيير نظرة كبار السن من حياة خالية من النشاط والحركة إلى حياة متفائلة ونشيطة وملئة بالأمل.
- العمل على تقوية أحاسيس المسنين بأهميتهم في المجتمع وأنهم مازالوا يملكون القدرة على الحياة.¹

فيمكن القول إذن أنه لا يمكن التفكير في مشكل وقت فراغ المسنين في مجتمع يعاني مسنيه من سداد المتطلبات الأساسية لحياته من مأكّل ومشرب وملبس، فالظروف الاقتصادية المتدهورة والحرمان الذي يعيشه المسنون لابد أن يجعلهم قلقين حول واقعهم ومعطيات حياتهم ولا تسمح لهم في التفكير أبداً في وقت فراغهم ولا في كيفية استثماره.

المطلب الثاني: دور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين.

يجب تحديد مسؤولية رعاية المسنين والتكفل بهم، لأن تحديد هذه المسؤولية كفيل بالطمأنينة على مستقبل هذه الفئة العمرية، ومما لا شك فيه أن مسألة الرعاية تحتاج إلى تضافر مجموعة من الجهود والإمكانات على جميع المستويات بهدف تأمين الرعاية الإيجابية والفعالة لمساعدة هذه

¹ نجيب توفيق محمود: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، المؤتمر الدولي الخامس للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث، القاهرة 1980، ص ص 16-17

الفئة العمرية لذا فرعاية المسنين تتطلب تعاون كل من الأسرة والهيئات الحكومية والجامعات والمعاهد، إضافة إلى مساعدات الدولة، وسنتطرق في البداية إلى مسؤولية الأسرة باعتبارها أهم تلك الهيئات من حيث المسؤوليات المتعددة على عاتقها.

1- مسؤولية الأسرة:

لقد كانت الأسرة في المجتمع العربي أشد حرصا وتقديرا للمسن فكانت تعتبر وجوده بينها رحمة وبركة، وخير دليل على ذلك أن حياته ورفاهيته كانت هدفا يسعى جميع أفراد الأسرة إلى تحقيقه، ويبدلون قصارى جهدهم للتخفيف عنه، ولا يتخذون قرارات دون الرجوع إليه، ولعل بقايا هذه الصورة لاتزال قائمة سوى في الريف العربي حيث يملك المسنون أراضيهم ومواشيهم، فتعتبر الأسرة المسن مالكا مجازيا لوسائل الإنتاج، هذا بالإضافة إلى العامل الديني الذي يكون تأثيره قويا في المجتمعات الريفية التي لا تضيق بالمسنين¹، إلا أن تطور العصر أثر على شبكة العلاقات الاجتماعية في المجتمعات العربية فظهرت الأسرة الزوجية (أو ما تعرف بالأسرة النووية)، بدلا من الأسرة الممتدة وبات فيها الآباء يضيقون بتحمل مسؤوليات الأبناء بعد إستقلالهم وإعتمادهم على أنفسهم وكذلك الأبناء لم يتمكنوا من الإلتزام بتأدية كافة المسؤوليات تجاه آبائهم وأمهاتهم وأجدادهم، رغم صلة الدم التي تربطهم ببعضهم إلا أن هذه الأخيرة وحدها لا تكفي أن تكون أداة ناجعة ونافعة في رعاية كبار السن².

لذا يمكن أن نحدد مسؤولية الأبناء في رعاية آبائهم من المسنين كالآتي:

- يقع على عاتق الأبناء العبئ الكبير في توفير الرعاية النفسية والعاطفية لأبائهم وأمهاتهم المسنين ذلك لأن سعادة وطمأنينة وراحة الآباء والأمهات المسنين تكمن في البر والتكفل والحرص والحب والراحة النفسية التي يبذلها الأبناء تجاه آبائهم المسنين فمهما قدم للمسنيين من أنواع الحب والمودة والرعاية فإنهم لا يستطيعون الإستغناء عن عطف وحنان أبنائه وبناته.
- يجب على الأبناء العمل على راحة آبائهم وأمهاتهم المسنين وذلك بتوفير الجو النفسي والاجتماعي والصحي المناسب داخل الأسرة وخارجها.

¹ عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد: مرجع سابق ، ص69

² نفس المرجع، ص 69.

- يتوجب على الأبناء التطوع لخدمة المسنين في دور الرعاية الخاصة بهم بما يتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم والأوقات المناسبة لذلك¹

2- مسؤولية المؤسسات الاجتماعية:

تتجلى مسؤولية المؤسسات الاجتماعية الخاصة نحو رعاية المسنين في المجتمع من خلال مايلي:

- يجب التركيز على عدم مركزية هذه المؤسسات وإنما العمل على توسعها وإنتشارها في مختلف المدن.

- من المستحسن أن تحمل تلك المؤسسات أسماء تعكس أهدافها الإنسانية،و ذلك بالإبتعاد عن التسميات التقليدية كمؤسسات رعاية المسنين أو ملاجئ المسنين أو دور الإيداع للمسنين وتغييرها" بدار التكريم لكبار السن" أو "دار ضيافة كبار السن".²

- يجب أن تزود تلك المؤسسات بالعاملين والمتخصصين في مختلف المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية ممن لهم الخبرة في مجال العمل مع المسنين إضافة إلى إخضاعهم لدورات تدريبية منتظمة من شأنها أن تكسبهم مهارات وآليات التعامل مع هذه الفئة الحساسة.³

- يجب أن تمتد خدمات تلك المؤسسات ليستفيد منها المسنين غير المقيمين وذلك بأن يلحق بكل مؤسسة نادي إجتماعي يتردد عليه مسنين من المجتمع المحلي الذي توجد فيه المؤسسة، وبالتالي دخول المسنين في علاقات إجتماعية جديدة ومتنوعة.

- عدم مغالاة تلك المؤسسات في تحديد قيمة الإشتراكات التي يدفعها المسنون مقابل الإلتحاق بها.

- يستحسن مراعاة الإحتياجات والإمكانات الجسمية والنفسية للمسنين عند إنشاء تلك المؤسسات الاجتماعية⁴.

¹ عبد الحق : مرجع سابق ، ص 192

² عبد الحميد عبد المحسن: مرجع سابق ، ص 72

³ نفس المرجع، ص 73

⁴ نفس المرجع، ص 73

3- مسؤولية أجهزة التعليم والبحث العلمي:

تتمتع الجامعات ومعاهد العلم بإمكانيات مادية وفنية كبيرة من شأنها أن تساهم إيجابيات في مجال رعاية والتكفل الإجتماعي المسنين ويتجلى ذلك من خلال الإجراءات التالية:

- يتعرض المسن تدريجيا مع تطور العمر إلى مجموعة من التغيرات الفيزيولوجية كضعف الحواس وصعوبة السير وقلة الحركة وضعف الإمكانيات عامة لذلك أصبح من الضروري إقامة أو توفير مركز طبي خاص بالمسنين لما لأمرض الشيخوخة من سمات خاصة يتطلب علاجها تكوين وتخصص معين¹.

- القيام بدراسات خاصة في علم الشيخوخة على مستوى الجامعات والدراسات العليا.

- يجب إتاحة فرصة مشاوره الأشخاص كبارالسن في إختيار البرامج التعليمية.²

- إنشاء معهد خاص يتولى تعليم وتدريب وتكوين وإعداد متخصصين في مجال رعاية

- وتأهيل المسنين إجتماعيا ونفسيا ومهنيا من شأنه أن يزود المؤسسات الإجتماعية ودور المسنين بالكوادر والكفاءات البشرية المدربة.

- ضرورة إدراج دروس مستقاة من تراثنا الإسلامي وقيمنا العربية الأصلية ضمن مناهج وبرامج التعليم في مراحل المختلفة مما يساهم في تدعيم صورة الموقف الرحيم بين المسن وأسرته وتمسك النشئ بتلك القيم والأصالة³.

- دور المدرسة في إحترام وتقدير ورعاية كبار السن:

- إن التربية بعملياتها وأهدافها ومؤسساتها المختلفة لها الدور البارز في الإهتمام بالمسنين وبإعتبار المدرسة هي بيئة أساسية ومهمة لنمو الطالب وتنمية قدراته الفكرية والتربوية على تقدير وإحترام كبار السن ولأجل ذلك يجب إتباع منهج يتناسب مع رعاية المسنين من خلال:

- إعداد البرامج والخطط والمناهج الدراسية بحيث تتضمن:

- علم الشيخوخة كمبحث عام لطلبة التعليم.

¹ محمد سيد فهمي: رعاية المسنين، مرجع سابق، ص 74

² عبد الحميد عبد المحسن : مرجع سابق، ص 84

³ محمد سيد فهمي: رعاية المسنين ، مرجع سابق، ص 74

- علم الشيخوخة كجزء من خطة دراسية ضمن التخصصات الأخرى التي لها علاقة أو هي قريبة من هذا العلم.

- تنظيم برامج لوقت كامل أو جزء منه لإلحاق الطلاب بالبرامج الإنسانية المتعلقة برعاية المسنين.

- إنشاء تخصص في المرحلة الثانوية يعد الطالب له من هذه المرحلة الدراسية¹.

إن الدور الذي يقع على عاتق المدرسة في تنشئة أفضل الأبناء تراعي إحترام المسنين يتطلب الكثير من القائمين على التخطيط للمدارس والمناهج التعليمية ويستلزم تحقيق ذاك أهدافا واقعية يبنى عليها وقيم عليا تطبق عمليا وميدانيا.

4- مسؤولية الدولة:

إن الشعور بالطمأنينة والأمان في مرحلة الشيخوخة وتقدم العمر هي مسؤولية الأسرة إلى جانب مسؤولية الدولة، وذلك من خلال ماتساهم به أجهزتها المختلفة في تدعيم القيم الأصيلة التي تميز مجتمعاتنا المسلمة ومحاولة مواجهة التيار الجارف من القيم الغربية والتي لا تتماشى مع عاداتنا وتقاليدنا.

- دور أجهزة الإعلام:

تستطيع أجهزة الإعلام (الإذاعة- التلفزيون- الصحافة المكتوبة) تقديم العون الكبير للأسرة من خلال التوعية بالدور الهام الذي يجب أن يتولاه أفرادها من الأبناء تجاه مسنبيهم من الآباء والأمهات، مع توضيح مدى عمق هذا الموقف الإنساني التبادلي بين شباب الأسرة ومسنبيها² ويتم ذلك من خلال:

- توعية المسنين أنفسهم بضرورة الإستجابة لما يطرأ على حياتهم بصفة عامة مع تقدم العمر، من تغيرات جسمية ونفسية، كذلك التغيرات الإجتماعية مثل الإحالة على التقاعد وعدم القدرة على المشاركة في العمل والإنتاج.

¹ عبد الحق حميش: مرجع سابق، ص 229

² محمد سيد فهمي : رعاية المسنين، مرجع سابق، ص 72

- مساهمة الإعلام في حل المشكلة التي تواجه الأسرة ومسنيا حين تضيق الحلقة على كليهما ولا يكون المخرج سوى دار المسنين، التي يقل إنتشارها في عدة مدن، هنا يقوم الإعلام بدوره من خلال توجيه رسالة بضرورة العناية أكثر بهذا الدور، وربما محاولة إقناع المسنين أنفسهم بتقبل فكرة الإنتقال إليها- دور المسنين- إذا اقتضت الضرورة ذلك¹، كعجز الأسرة عن تأمين الأدوية الضرورية أو العلاج الطبيعي الناجم عن كسر ما أو حتى إنعدام من يقوم على رعاية كبير السن أو كبيرة السن ربما لعدم تكوينهم أسر أو لعدم الإنجاب.....

- التوعية من خلال بث برامج تحت إشراف مختصين، كما يشارك في إعدادها وتقديمها المسنين أنفسهم بما لهم من خبرات طويلة في شتى المجالات ونترك لهم فرصة تحديد وإبراز المشاكل والصعاب التي يعانون منها².

- أجهزة الدولة المسؤولة عن الخدمات:

إن أفراد أسرة المسن (الذين كونوا أسرا) هم الأبناء والأحفاد والأقارب ممن هم في سن العمل والإنتاج، فلا بد من تقديم يد العون لهؤلاء الأفراد في رعايتهم لذويهم من المسنين، وذلك بتقديم المساعدات من طرف أجهزة الدولة المسؤولة عن الخدمات كوزارة التضامن مثلا والتي من شأنها أن تخفف مشقة توفير متطلباتهم المعيشية ومتطلبات آباءهم وامهاتهم المسنين من غذاء وكساء ودواء عند الحاجة ويمكن أن تساعد الدولة المسنين وأسره المعوزة كمايلي:

- تخصيص بطاقات خاصة وأماكن معينة ومواعيد محددة للمسنين تيسر لهم قضاء مطالبهم وتعفيهم من الوقوف طويلا في صفوف الإنتظار عند إقتناء لوازمهم.

- توفير بطاقات مخفضة لركوب وسائل النقل المختلفة، وتخصيص أماكن للمسنين في مركبات المواصلات العامة.

- تخفيض أجرة دخولهم لمراكز الترفيه ودور العرض والملاعب³.

¹ نفس المرجع، ص 74

² نفس المرجع، ص 74

³ عبد الحق حميش : مرجع سابق، ص 194

- دور المسجد والمواعظ في رعاية كبار السن:

إن المسجد والخطباء والمفكرين والكتاب والمعلمين مسؤولية تبصير المجتمع بوجوب رعاية كبار السن والإحسان لهم وتبيان سلبيات عقوق الوالدين وفضل البر بهما ورعايتهما والعناية بهما وإلى كل الأرحام والأقارب عموماً¹، ويتم ذلك من خلال معالجة مثل هذه المواضيع المهمة في حلقات ذكر بين الصلوات تنظم من طرف الإمام في المسجد بين الصلوات أو من خلال خطب الجمعة حيث يستقطب هذا اليوم العديد من المصلين بإعتباره يوم عيد للمسلمين.

إن المسجد هو المنارة التي يسترشد بها المؤمن في حياته، ومنه يستمد مقومات دينه ويعرف أصوله ومبادئه، إذ كان المسجد منذ أن أسسه المصطفى صلى الله عليه وسلم، المدرسة والمعهد والجامعة والمجلس، وكل ما يحتاج إليه المسلم يجده في المسجد، فهو الملاذ والحضن في تنظيم شؤون الأفراد والجماعات².

للمسجد رسالة كبيرة في تنمية المجتمع والمحافظة على تماسكه وعلى قوته وإستمراره ويتم ذلك بإستقطاب وإستحواذ الفرد وبناءه وتصحيح مفاهيمه منذ الصغر ومواصلة مراقبته وسقل أفكاره في مرحلة المراهقة فحتما سيكون شخصا صالحا مستقيما مؤمنا بارا بوالديه محسنا إليهما عند كبرهما.

¹ نفس المرجع، ص 231

² نفس المرجع، ص 231

خلاصة

إن مسألة رعاية المسنين أصبحت من موضوعات الساعة بسبب زيادة أعدادهم جراء تطور الطب الوقائي والعلاجي والقضاء على مختلف الأمراض التي كانت تؤدي بحياة المسنين مبكراً. ومن أهم أسباب نشأة الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين هو تزايد أعدادهم في المقابل عجز المؤسسات القائمة عن مواجهة إحتياجاتهم إضافة للاكتشافات العلمية والإهتمام العالمي بمشاكلهم. يقوم الأساس النظري للخدمة الاجتماعية على فكرة أساسية مفادها أن الكائن الانساني يحاول بشكل مستمر أن يشبع إحتياجاته وينمي خبراته ومهاراته، ويحقق التوازن في التفاعل مع المجتمع بأنساقه المختلفة هذا لأن الانسان يعتبر جزءاً أساسياً من البيئة التي يعيش فيها وهو في تفاعل مستمر معها، يؤثر ويتأثر بهامن خلال تعاملاته مع الأفراد والجماعات الموجودة في المجتمع بعلاقات إنسانية تتميز بالتعقيد والتشعب والتداخل، والتي قد تحول دون إشباع المسن حاجاته الضرورية في الوسط الأسري نتيجة تعقد العلاقات وتضارب المصالح، هذا مايجعل من البحث عن خدمة أو رعاية بديلة لهذه الفئة العمرية حتمية فرضتها التغيرات الاجتماعية والإقتصادية والثقافية التي عرفها النسق الأسري والمجتمع عامة.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية وخصائص مجتمع الدراسة

- 240.....تمهيد
- 241.....المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية للمبحوثين
- 241.....المطلب الأول: توزيع المبحوثين حسب السن
- 241.....المطلب الثاني: توزيع مجتمع البحث حسب الجنس
- 242.....المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمركز
- 243المبحث الثاني: الخصائص الإجتماعية للمبحوثين
- 243المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب المستوى التعليمي
- 244المطلب الثاني: توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية
- 245المطلب الثالث: توزيع مجتمع البحث حسب عدد الأبناء
- 246.....المبحث الثالث: الخصائص الإقتصادية للمبحوثين
- 246المطلب الأول: توزيع المبحوثين حسب الوضعية المهنية السابقة
- 247.....المطلب الثاني: توزيع المبحوثين حسب نوع المهنة
- 248.....المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب المدخول الشهري
- 248.....المبحث الرابع: الخصائص الصحية للمبحوثين
- 248.....المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب معاناتهم من المرض
- 249.....المطلب الثاني: توزيع مجتمع البحث حسب التقييم الصحي الذاتي
- 250.....المطلب الثالث: توزيع مجتمع البحث حسب نوع المرض

تمهيد

تحدثنا في الفصل الثاني من الجانب النظري لهذا البحث عن الشخوخة من الناحية النظرية والديموغرافية بينما خصص الفصل الثالث للحديث عن وضعية المسنين الاقتصادية والصحية في ظل التغيرات الاجتماعية وتطرقنا في الفصل الرابع للرعاية الاجتماعية المؤسساتية، إلا أنه لا يمكن لأي إجتهد نظري أن يحظى بالموضوعية إلا من خلال التحقيق الميداني وتوظيف تقنيات جمع المعطيات الميدانية، حيث قمنا بجمع معطياتنا الميدانية عن طريق الاستمارة بالمقابلة أين دخلنا في حوار مباشر مع مجموعة من المسنين المقيمين بالمركز والسالمين من جميع الاعاقات الذهنية والعقلية، وتمّ وبعد ذلك تفريغ وتبويب ومعالجة المعطيات الميدانية إحصائياً ثم تصنيفها في جداول إحصائية بسيطة وأخرى مركبة ووضعنا فيما بعد محاور تحت كل فرضية من فرضيات البحث التي تم بناؤها في الجانب المنهجي من البحث، وسنحاول في هذا الباب تقديم أو تحليل مدلول كل هذه الجداول من خلال قراءة إحصائية ثم التأويل والتحليل السوسولوجي، بهدف توضيح العلاقة بين المتغيرات والوصول إلى النتائج المرجوة من أي بحث علمي.

المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية للمبحوثين

المطلب الأول: توزيع المبحوثين حسب السن

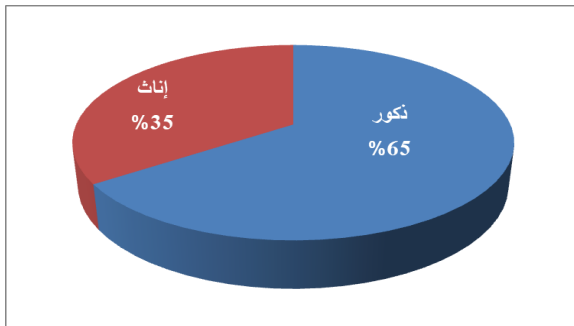
الجدول رقم 19: توزيع المبحوثين حسب السن

السن	التكرارات (ك)	(%) النسبة
65-60	77	50,3
70-65	39	25,5
75-70	22	14,4
80-75	11	7,2
80 فأكثر	4	2,6
المجموع	153	100

يتبين لنا من معطيات هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين ينتمون إلى الفئة العمرية 60-65 سنة وذلك بنسبة 50,3 %، مما يدل على أن أغلب المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز هم في بداية شيخوختهم، في حين تمثل 25,5 % نسبة المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 65-70 سنة بينما قدرت نسبة المسنين المبحوثين والمقيمين بمركز العجزة في الفئتين العمريتين 70-75 سنة و75-80 نسبيتي 14,4 % و7,2 % على التوالي، أي كلما ارتفعت الفئة العمرية إنخفض عدد المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز والملفت للانتباه هو نسبة 2,6 % والتي تمثل نسبة المسنين الذين يفوق سنهم 80 سنة والمقيمين بمركز العجزة فرغم ضآلتها فهي تحمل دلالة سوسيولوجية كبيرة.

المطلب الثاني: توزيع المبحوثين حسب الجنس

الجدول رقم 20: يبين توزيع المبحوثين حسب الجنس



الجنس	التكرارات (ك)	النسبة (%)
ذكور	100	65,4
إناث	53	34,6
المجموع	153	100

الشكل رقم 2: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الجنس

بتضح من خلال الأرقام الإحصائية الواردة في هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين هم من جنس الذكور بنسبة قدرت ب 65,4 % وهو منوال مجتمع بحثنا في المقابل قدرت نسبة النساء المبحوثات

والمقيّمات في المركز ب 34,6% فقط، وهذا راجع إلى عدة إعتبارات اجتماعية وثقافية وحتى الصحية، فالمرأة هي أقل حرية من الرجل في مجتمعنا إذ بإمكان الرجل أن يتحكم في حياته وإن ضاقت به الدنيا وصعب عليه تحمل المشاكل بإمكانه التنقل للعيش في أي مكان حتى ولو كانت دار العجزة عكس المرأة التي تمنعها العادات والتقاليد من أن تسلك مثل هذا السلوك دون قرار أو مشورة أهلها لذا يمكن أن نجد نساء مسنات في وضعيات جد صعبة ولكنهن في أسرهن بإعتبار المجتمع سيعيب وينبذ هذا السلوك كما أنه بإمكان المرأة أن تعمل على خدمة نفسها داخل البيت، وبالتالي لا تلجأ إلى هذه المراكز إلا في الحالات القاهرة عكس الرجل الأرملة أو المطلقة أو الذي لم يؤسس أسرة فيجد نفسه خاصة مع تقدم العمر بحاجة لمن يقوم بخدمته والعناية به داخل المنزل، كما أن نسبة كبيرة من المسنات المقيّمات في المراكز المتواجدة بالجزائر العاصمة خاصة مركز المسنات بدالي ابراهيم صحتهن العقلية لا تؤهلن للتجاوب معنا، هذا بالإضافة لرفض بعضهن الحديث أو التصريح بحجة أن مشاكلهن وحياتهن هي خاصة لا يمكن نشرها أمام الجميع.

المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمركز

الجدول رقم 21: توزيع المسنين المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمركز

النسبة (%)	التكرارات (ك)	مدة الإقامة (السنوات)
40,5	62	5-0
34,0	52	10-5
17,0	26	15-10
8,5	13	15 فأكثر
100	153	المجموع

يتبين من خلال القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن المبحوثين إلتحقوا مؤخرًا بالمركز وهذا بنسبة 40.5% وهذا خلال السنوات الخمس الأخيرة مقابل 34% كان إلتحاقهم في مدة 5-10 سنوات الأخيرة أما 8.5% فهي تمثل نسبة المسنين الذين طالت مدة إقامتهم بدار المسنين حيث تفوق 15 سنة.

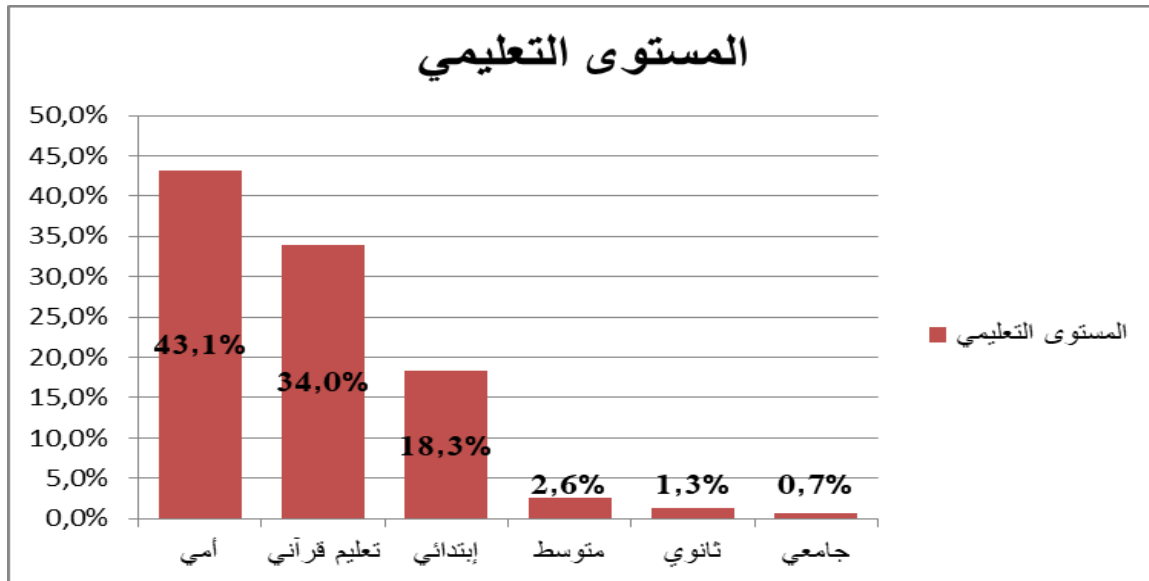
المبحث الثاني: الخصائص الاجتماعية

المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم 22: توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي

النسبة (%)	التكرارات	المستوى التعليمي
43,1	66	أمي
34,0	52	تعليم قرآني
18,3	28	إبتدائي
2,6	4	متوسط
1,3	2	ثانوي
0,7	1	جامعي
100	153	المجموع

الشكل رقم 3: أعمدة بيانية توضح توزيع مجتمع البحث حسب المستوى التعليمي

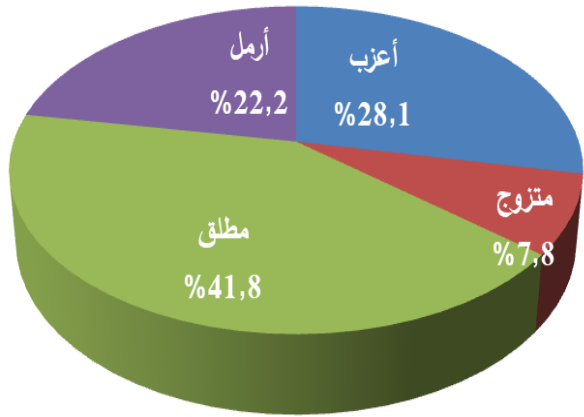


يتبين من خلال القراءة الاحصائية لمعطيات هذا الجدول أن أغلب المسنين المبحوثين المتواجدين في المركز هم أميين وذلك بنسبة 43,1% وهو منوال مجتمع بحثنا، تليها نسبة 34% والتي تمثل نسبة المبحوثين الذين صرحوا أنهم تلقوا تعليماً قرآنياً في حين تمثل 18,3% نسبة المسنين المبحوثين المصرحين أن لديهم مستوى تعليمي إبتدائي أما نسبة 2,6% فهي تمثل نسبة المسنين الذين تلقوا تعليم متوسط وكانت أضعف نسبة من نصيب المسنين الذين حصلوا على

تعليم ثانوي حيث قدرت ب 0,7% بينما قدرت نسبة المسنين المصرحين بأنهم حاملين لشهادات جامعية أو تلقوا تعليم جامعي فهي الأخرى ضعيفة إذ قدرت ب 1,3%، إذن يمكننا القول أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي إنخفضت نسبة المسنين الحاملين لهذا المستوى (ثانوي وجامعي)، ويمكننا تسيير هذه العلاقة العكسية بأن معظم المسنين قد عاشوا في فترة الاستعمار الفرنسي والذي عمل بكل الوسائل على طمس الشخصية الجزائرية وتجهيل الشعب الجزائري ونشر الأمية بينهم ليتمكن من السيطرة عليهم، هذا بالإضافة إلى حرمان المرأة من الخروج للتعليم، - خاصة في الأرياف والمناطق النائية- حفاظا على شرفها وشرف العائلة من إعتداءات المستعمر الفرنسي الغاشم، ضف إلى ذلك التنشئة الاجتماعية للمرأة والتي توجه أساسا نحو القيام بالأعمال المنزلية والزواج والإنجاب والإهتمام ورعاية الزوج والأبناء، لذا كان التعليم من نصيب فئة قليلة فقط من الرجال، كما أن الوظيفة التقليدية للأسرة الجزائرية كانت تتركز أساسا على الزراعة وخدمة الأرض، والتي لم تكن تتطلب مستويات تعليمية كبيرة وإنما كانت تورث من الأب أو الجد إلى الإبن.

المطلب الثاني: توزيع مجتمع الدراسة حسب الحالة المدنية

الجدول رقم 23: توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية



الحالة المدنية	التكرارات (ك)	النسبة (%)
أعزب	43	28,1
متزوج	12	7,8
مطلق	64	41,8
أرمل	34	22,2
المجموع	153	100

الشكل رقم 4: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية

توضح معطيات الجدول أعلاه أن أغلب المسنين المبحوثين والمقيمين بدور العجزة الثلاثة المتواجدة بالجزائر العاصمة (دالي ابراهيم، سيدي موسى وباب الزوار) يعيشون حالة اللإستقرار الأسري إذ فشل أغلبهم في بناء أسر أو لم يكونوا أسرا أصلا، إذ تمثل 41,8% نسبة المسنين المبحوثين المقيمين بالمركز والمصرحين بأنهم مطلقين وهو منوال مجتمع البحث مقابل 28,1%.

هم عزاب لم يكونوا أسرا بينما تمثل 22,2% نسبة المسنين المبحوثين الأرامل وكانت أضعف نسبة والمقدرة ب 7,2% من نصيب المسنين المتزوجين والمقيمين بدار العجزة بالجزائر العاصمة هذا ما جعلنا نتساءل عن الأسباب الحقيقية الخفية التي جعلت هذه الفئة تلتحق بهذا النوع من المراكز .

المطلب الثالث: توزيع مجتمع الدراسة حسب عدد الأبناء

الجدول رقم 24: توزيع المبحوثين حسب عدد الأبناء

عدد الأبناء	التكرارات (ك)	النسبة (%)
دون أبناء	78	51,0
3-1	44	28,8
6-4	23	15,0
7 أكثر	8	5,2
المجموع	153	100

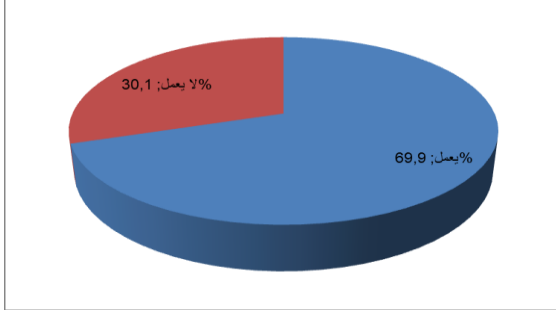
تشير بيانات هذا الجدول أن أغلب المبحوثين المستجوبين والمقيمون بالمركز ليس لديهم أولاد وذلك بنسبة 51,0% مقابل 5,2% من المسنين المبحوثين صرحوا أن لديهم أكثر من 7 أبناء في حين تمثل النسبتين 28,8% و 15% نسبة المسنين المبحوثين والمقيمين بدار العجزة والذين صرحوا بأن لديهم بين 3-1 أبناء وما بين 6-4 أبناء على التوالي.

ويمكن أن نفسر تواجد هذه الفئة في مثل هذه المراكز بعيدا عن حنان ودفء العائلة بحالة عدم الإستقرار العائلي إذ صرح 41,8% من المبحوثين أنهم مطلقي تليها 28,8% والتي تمثل نسبة المبحوثين العزاب من الجنسين ونحن هنا نتحدث عن فئة المسنين الذين تجاوز سنهم 60 سنة والتساؤل المطروح هنا أحقا لا يوجد أي فرد من أفراد العائلة كالأخوة أو الأعمام أو الأخوال لتقديم العناية والرعاية لهذه الفئة التي هي في أمس الحاجة إليها؟

المبحث الثالث: الخصائص الاقتصادية للمبحوثين

المطلب الأول: توزيع مجتمع البحث حسب الوضعية المهنية السابقة

الجدول رقم 25: توزيع المبحوثين حسب الوضعية المهنية السابقة



الوضعية المهنية	التكرارات (ك)	النسبة (%)
يعمل	107	69.9
لا يعمل	46	30.1
المجموع	153	100

الشكل رقم 5: دائرة نسبية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب وضعيتهم المهنية السابقة

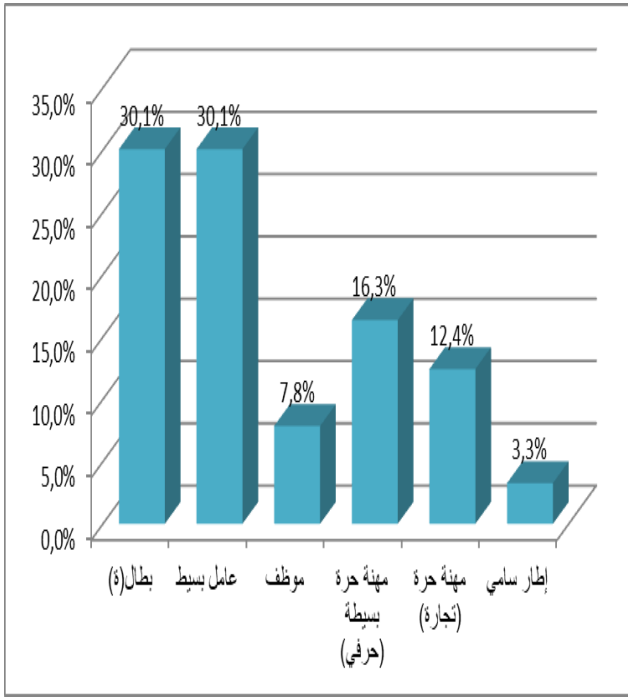
توضح معطيات الجدول أعلاه أن نسبة 69.9% من المبحوثين المقيمين بالمركز مارسوا نشاطا مهنيا خلال سنوات حياتهم مقابل 30.1% لم يمارسو أي نشاط مهني حسب تصريحاتهم، مما جعلهم في ضائقة مالية رغم ممارستهم لعمل ما إذ صرح 20.9% من المسنين المبحوثين والمقيمين بديار العجزة أنهم لا يملكون منحة تقاعد لأنهم كانوا يعملون دون تأمين إجتماعي (كما تبينه معطيات الجدول الموالي) مما جعلهم الآن عاجزين عن تأمين متطلباتهم المادية وبالتالي يعانون من التبعية الاقتصادية لمحيطهم الأسري إن وجدوا.

الجدول رقم 26: المبحوثين حسب امتلاك منحة التقاعد

إمتلاك منحة تقاعد	التكرارات (ك)	النسبة (%)
أملك	32	20.9
لا أملك	121	79.1
المجموع	153	100

المطلب الثاني: توزيع مجتمع الدراسة حسب نوع المهنة

الجدول رقم 27: توزيع المسنين حسب المهنة الممارسة قبل التقاعد



المهنة	التكرارات (ك)	النسبة (%)
بطال (ة)	46	30.1
عامل بسيط	46	30.1
موظف	12	7.8
مهنة حرة بسيطة (حرفي)	25	16.3
مهنة حرة (تجارة)	19	12.4
إطار سامي	5	3.3
المجموع	153	100

الشكل رقم 6: أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب نوع المهنة

توضح لنا بيانات هذا الجدول والذي يمثل توزيع أفراد مجتمع البحث حسب المهنة الممارسة قبل التقاعد، أن أغلبهم كانوا عمال بسطاء أو حرفيين وذلك بنسبة 30.1% و 16.3%، تليها نسبة 12.4% والتي تمثل نسبة المبحوثين الذين كانوا يمارسون التجارة قبل تقاعدهم، في حين قدرت نسبة المسنين المبحوثين الذين كانوا موظفين ب 7.8%، بينما قدرت نسبة المسنين المقيمين بالمركز والذين كانوا يشغلون منصب إطار ب 3,3% فقط وهي نسبة قليلة جداً، وهذا طبيعي لأن هذا المنصب يتطلب مؤهلات وكفاءات علمية تفتقر إليها هذه الفئة بإعتبارها عاشت في فترة الإستعمار الفرنسي الذي عمد على تجهيلها وإستغلالها كما سبق الإشارة إليه، وهذا ما تؤكد معطيات الجدول الموالي والذي يبين توزيع أفراد مجتمع البحث حسب مدخولهم الشهري التقديري.

المطلب الثالث: توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري

الجدول رقم 28: توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المدخول الشهري التقديري

المدخول الشهري (دج)	التكرارات (ك)	النسبة (%)
دون دخل	87	56.9
أقل من 18000	29	19.0
18000 - 28000	18	11.8
28000 - 38000	11	7.2
أكثر من 38000	8	5.2
المجموع	153	100

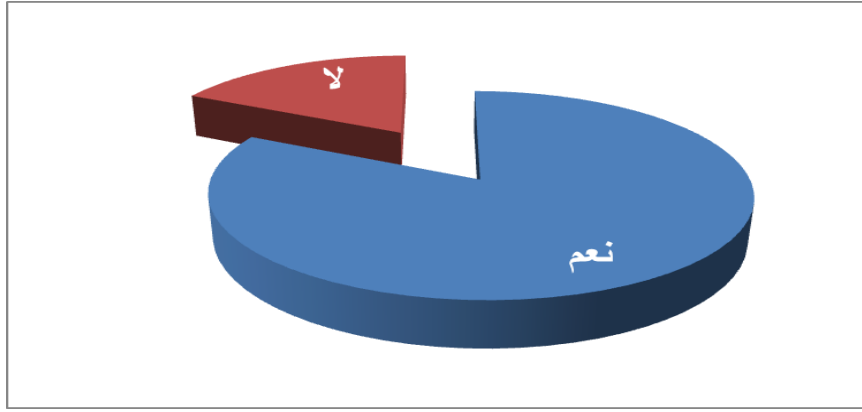
تبين القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أن لأغلب المسنين المقيمين في المركز وضعية مادية منخفضة أو ضعيفة حيث كلما إرتفعت قيمة منحة التقاعد إنخفض عدد المتحصلين عليها من المسنين المبحوثين إذ تمثل 19 % (وهي أكبر نسبة) نسبة المسنين الذين يتقاضون شهريا منحة تقاعد أقل من الحد الأدنى للأجر القاعدي المعمول به في الجزائر تليها نسبة 11.8% وهي نسبة المسنين الذين يتقاضون كذلك منحة تقاعد ضئيلة حسب تصريحاتهم والتي تتراوح بين 18000 و28000 دج بينما صرح 5.2% فقط من المسنين المقيمين بالمركز أنهم يستفدون من منحة تقاعد تفوق 38000 دج وعادة تكون هذه القيمة من نصيب المسنين الذين شغوا مناصب عليا (إطارات) والذين كان عددهم قليل أو الذين مارسوا مهنة التجارة وكانوا مؤمنين.

المبحث الرابع: الخصائص الصحية للمبحوثين

المطلب الأول: توزيع مجتمع الدراسة حسب المرض

الجدول رقم 29: توزيع مجتمع البحث حسب معاناتهم من المرض

المعاناة من المرض	التكرارات (ك)	النسبة (%)
نعم	126	82.4
لا	27	17.6
المجموع	153	100

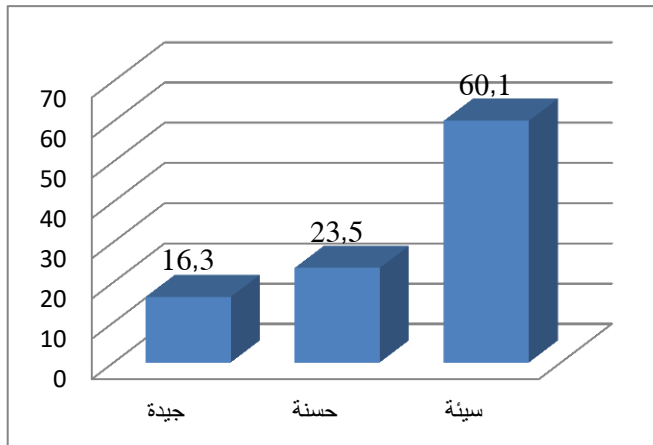


الشكل رقم 7: دائرة نسبية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب معاناتهم من المرض

يتضح وبناءا على تصريحات المسنين المبحوثين والمقيمين بديار العجزة أن أغلبهم يعانون من مرض ما وذلك بنسبة 82.4% مقابل 17.6% فقط صرحوا أنهم في صحة جيدة ولا يعانون من أي مرض عضوي، ويمكن أن نفسر هذا الإرتفاع بتظافر عدة أسباب أهمها الكبر والتقدم في العمر وما يصاحبه من تراجع في الأداء الوظيفي للأجهزة العضوية للجسم ضف إلى ذلك نمط الحياة المتبع والذي يجب أن يرتكز أساسا على النشاط البدني والحركة كممارسة الرياضة أو المشي دون أن ننسى التغذية الصحية والمتوازنة والسليمة.

المطلب الثاني: توزيع مجتمع الدراسة حسب التقييم الصحي الذاتي للمسنين

الجدول رقم 30: توزيع المبحوثين حسب تقييمهم لوضعيتهم الصحية



النسبة (%)	التكرارات (ك)	تقييم المبحوثين لوضعيتهم الصحية
16,3	25	حسنة
23,5	36	متوسطة
60,1	92	سيئة
100	153	المجموع

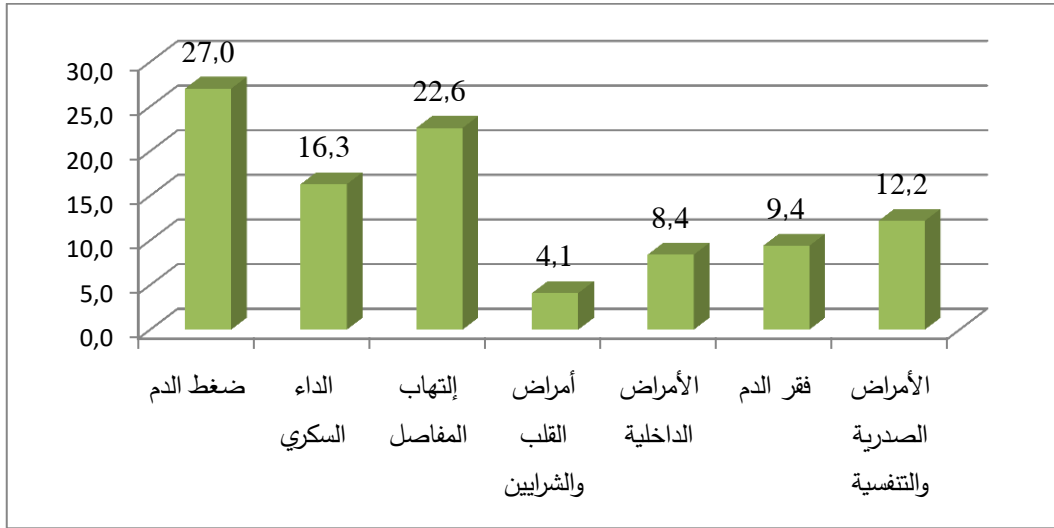
الشكل رقم 8: أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب التقييم الصحي الذاتي للمسنين

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن أغلب المبحوثين المقيمين بمركز العجزة يعتقدون أن حالتهم أو وضعيتهم الصحية سيئة وذلك بنسبة 60,1% في المقابل يصرح 16,3% من المسنين بأن حالتهم الصحية هي حسنة، في حين يقيم 23,5% من المسنين المستجوبين وضعيتهم الصحية بالمتوسطة ويمكن أن نفسر هذه التصريحات علمياً بأنها حالة طبيعية في هذه المرحلة العمرية المتقدمة والتي تتسم بتراجع القدرات الصحية والبدنية للأشخاص، أما نفسياً فيزداد في هذه المرحلة العمرية تخوف الأشخاص من الموت وبالتالي الإصابة بأي مرض من شأنه أن يقرب الساعة والنهاية حسب إعتقادهم، كما أن هناك من التحقوا بالمركز بنية تأمين التكفل الصحي بعد أن راودهم إحساس أنهم يثقلون على من حولهم إما من أبناءهم أو أقاربهم، خاصة إذا كانوا يعانون من العجز المادي والصحي (خاصة العجز الحركي).

المطلب الثالث: توزيع مجتمع الدراسة حسب نوع المرض

الجدول رقم 31: يوضح توزيع المبحوثين حسب أنواع الأمراض

النسبة (%)	التكرارات (ك)	المرض
27,0	106	ضغط الدم
16,3	64	الداء السكري
22,6	89	إلتهاب المفاصل
4,1	16	أمراض القلب والشرايين
8,4	33	الأمراض الداخلية
9,4	37	فقر الدم
12,2	48	الأمراض الصدرية والتنفسية
100	393	المجموع



الشكل رقم 9: أعمدة بيانية تبين توزيع مجتمع الدراسة حسب أنواع الأمراض

تبين معطيات الجدول التالي أهم الأمراض المنتشرة بين المبحوثين حسب تصريحاتهم، إذ سجلنا أكثر من 153 إصابة وبالضبط 393 مما يدل أن هناك من المبحوثين من يعاني من أكثر من مرض.

إن ضغط الدم تصدر قائمة الأمراض الأكثر إنتشارا بين المسنين، إذ صرح 27% من المسنين أنهم يعانون من هذا المرض، يليه مباشرة إلتهاب المفاصل بنسبة 22,6 % ثم الداء السكري بنسبة 16,3% وتعتبر هذه الأمراض من أكثر الأمراض إنتشارا بين هذه الفئة ألا وهي فئة المسنين ، كما تمثل 12,2% نسبة المسنين المقيمين بدار العجزة والمصرحين يعانون من مشكل الأمراض الصدرية والتنفسية، في حين صرح 9,4% من المسنين بأنهم يعانون من فقر الدم، ولم يسلم المسنين حسب تصريحاتهم من الأمراض الداخلية، إذ صرح 8,4% من المسنين أنهم يعانون من واحد أو أكثر من هذه الأمراض الداخلية بينما أضعف نسبة قدرت ب 4,1% والتي تمثل المسنين الذين يعانون من أمراض القلب والشرايين.

الفصل السادس: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي

وعامل السلطة

- 253.....تمهيد
- 254.....المبحث الأول: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي
- 254.....1- إختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للمسنين على التحاقهم بدور العجزة
- 265.....2- تأثير الوضعية المهنية للمسنين على التحاقهم بدور العجزة
- 275.....المبحث الثاني: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري بناء على عامل السلطة
- 275.....1- إختبار أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري على التحاقهم بدور المسنين
- 285.....2- إختبار تأثير سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية على التحاقهم بدور المسنين
- 294.....إستنتاج الفرضية الأولى

تمهيد:

الفرضية الأولى: يؤدي تهميش مكانة المسنين في الوسط الأسري إلى إلتحاقهم بدور العجزة

سنحاول في هذه الفرضية الأولى توضيح تأثير المكانة التي يتمتع بها المسنين المبحوثين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي والمتمثل في المستوى التعليمي للمسنين والمكانة المهنية والمتمثلة في الوضعية المهنية والمنصب الذي كان يشغله المبحوث، وكذلك من خلال عامل السلطة والمتمثل في أهمية قرارات المبحوثين في الأسرة ودورهم في حل الخلافات والنزاعات الأسرية وتأثير هذا على إلتحاقهم بدور العجزة.

لذا تمثل المتغير المستقل في مكانة المسنين في الأسرة وتمثلت أهم المؤشرات في:

- المستوى التعليمي للمسنين.
- المنصب أو المهنة التي كان يمارسها المبحوثين قبل إلتحاقهم بالدار.
- أهمية قرارات المسنين في الأسرة.
- دور المسنين في حل الخلافات الأسرية.
- بينما تمثلت مؤشرات المتغير التابع في:
- علاقة المبحوثين بأفراد الأسرة.
- كيفية إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- موقف المسنين من الإلتحاق بدور العجزة.
- مدى شعور المبحوثين بالإندماج في دور العجزة.
- مدى تلقي المبحوثين الزيارات من الأهل.

المبحث الأول: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال المركز الاجتماعي (التمثل في المستوى التعليمي والمكانة السوسيو-مهنية) وتأثيره على إلتحاقهم بدور المسنين.

1- اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للمسنين على إلتحاقهم بدور المسنين.

الجدول رقم 32: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بنمط العلاقة في الوسط الأسري.

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		نمط العلاقة المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	48.5	32	30.3	20	12.1	8	9.1	6	أمي
100	52	61.5	32	25.0	13	11.5	6	1.9	1	تعليم قرآني
100	28	60.7	17	25.0	7	10.7	3	3.6	1	ابتدائي
100	4	0	0	25.0	1	75.0	3	0	0	متوسط
100	2	0	0	0	0	100	2	0	0	ثانوي
100	1	0	0	0	0	100	1	0	0	جامعي
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول إلى إرتفاع عدد المسنين الذين كانت علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم وهذا بنسبة 52.9% مقابل 26.8% كانت علاقتهم غير مستقرة في حين قدرت نسبة المسنين الذين كانت علاقتهم محدودة مع المحيط الذي كانوا يقيمون فيه بـ 15.0%، أما 5.2% فهي تمثل نسبة المسنين الذين كانت علاقتهم حسنة مع محيطهم الأسري.

وعند محاولة البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك، قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي فتبين أن هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي للمبحوثين ونوع العلاقة السائدة في المحيط الأسري، إذ كلما انخفض المستوى التعليمي للمسنين ساءت علاقتهم بأفراد أسرهم، إذ صرح 48.5% من المبحوثين الأميين أن علاقتهم سيئة، كما صرح 61.5% من المسنين الذين لديهم تعليم قرآني أن علاقتهم كانت سيئة مع محيطهم الأسري وصرح 60.7% من المبحوثين الحاصلين على مستوى تعليمي ابتدائي أن علاقتهم سيئة كذلك مع أفراد أسرهم، ثم يتغير الإتجاه مع إرتفاع المستوى التعليمي أين صرح 75.0% من المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز والحاصلين على مستوى تعليمي متوسط بأن علاقتهم كانت محدودة مع أفراد الوسط الذي كانوا يقيمون به قبل إلتحاقهم بدور المسنين كما أكد 100% من المسنين الحاملين لمستوى تعليمي ثانوي وجامعي أن علاقتهم كانت محدودة مع أفراد أسرهم.

إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثين ونوع العلاقة السائدة على وسطهم الاجتماعي، وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² والذي قدر بـ 34.808 عند درجة حرية 15 ومستوى دلالة 5%، في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ: 25، وهذا دليل على وجود فرق جوهريه جعلنا نرفض الفرضية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بأن هناك علاقة بين المتغيرين.

ويمكن أن نفسر هذه المعطيات بالمكانة السوسيو- مهنية المرموقة التي تؤهل المسن بأن يشغل منصبا عاليا وبالتالي مدخول جيد أو بالأحرى تقاعد يحقق من خلاله الاستقلالية الاقتصادية والمالية مما يكسبه مكانة وهيبة ووقار في الأسرة، هذا لأن معايير المكانة تغيرت في الوقت الحالي إذ لم تعد التجربة ولا السن وإنما ما قد تقدمه أو ما يحققه الشخص من فائدة نظير رعايتك والإهتمام بك، وهذا ما يفسر سوء علاقات المسنين الذين لديهم مستوى تعليمي منخفض مع أفراد أسرهم، لأنهم كانوا يمارسون بحكم مستواهم التعليمي مهن بسيطة وأحيانا دون تأمين مما جعل أغلبية المبحوثين دون منحة تقاعد هذا ما شكل لديهم تبعية اقتصادية لأفراد أسرهم.

وعن الأسباب التي جعلت المسنين الحاملين لمستوى تعليمي متوسط فأكثر ترك وسطهم الطبيعي ألا وهو الأسرة والولوج إلى دار العجزة فقد صرح أكثر من 70% (75% من المبحوثين والحاملين لمستوى تعليمي متوسط و100% من المسنين الحاملين لمستوى تعليمي ثانوي وجامعي) من المسنين أن تدهور حالتهم الصحية التي تستدعي العناية والرعاية المنتظمة والتي افتقدوها في وسطهم الأسري هي سبب إلتحاقهم خاصة في ظل غياب الزوج (ة)، وهو الشخص المخول للعناية والاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع والتي تحتاج إلى عناية خاصة على جميع المستويات كلما تقدمت في العمر.

وتجدر الإشارة ان هناك إدخار أسري يتمثل في العلاقات الأسرية التي وفرها الشخص لنفسه في شبابه، وخاصة فيما يتعلق بالزوجة والأبناء الذين أنجبهم إذ يرى المسن في مرحلة شيخوخته ثمار زرع، الذي غرس في شبابه ويجد حصيلة العلاقات الأسرية التي ظل يرويها بالحب قد أثمرت حبا في قلوب كل فرد من أفراد أسرته، فيجد أن كل واحد منهم حريصا على راحته ومسرعا إلى تلبية إحتياجاته " ولا نبالغ إذ قلنا ان ما نقوم بزرعه وغرسه من علاقات أسرية في صدر

شبابنا نحصد في شيخوختنا¹ وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال معطيات الجدول الموالي والذي يربط العلاقة بين المستوى التعليمي للمسنين وكيفية التحاقهم بدار العجزة.

الجدول رقم 33: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بكيفية الالتحاق بدار المسنين

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الالتحاق بالدار المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	10.6	7	47.0	31	42.4	28	أمي
100	52	19.2	10	46.2	24	34.6	18	تعليم قرآني
100	28	25.0	7	10.7	3	64.3	18	ابتدائي
100	4	25.0	1	0	0	75.0	3	متوسط
100	2	0	0	0	0	100	2	ثانوي
100	1	0	0	0	0	100	1	جامعي
100	153	16.3	25	37.9	58	45.8	70	المجموع

يشير الاتجاه العام لهذا الجدول إلى إرتفاع المسنين المبحوثين الذين التحقوا بدور المسنين بمفردهم، وهذا بنسبة 45.8% مقابل 37.9% التحقوا بالدار عن طريق العائلة، بينما صرح 16,3% من المسنين المبحوثين أنهم التحقوا بدار العجزة عن طريق رجال الشرطة، الذين وجدوهم يفتشون الأرض في الساحات والأماكن العمومية والحدائق أو يجولون الشوارع دون مأوى (أي يعيشون حياة التشرد).

وللاستفسار عن الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي للمبحوثين، فتبين أن هناك علاقة عكسية بين كيفية التحاق المسنين بالمركز والمستوى التعليمي للمبحوثين إذ ترتفع نسبة التحاق المسنين بالمركز عن طريق العائلة بانخفاض المستوى التعليمي للمبحوثين حيث صرح 47.0% من المبحوثين الأميين أنهم التحقوا بمركز المسنين برفقة العائلة كما صرح 46.2% من المبحوثين الذين لديهم تعليم قرآني بنفس التصريح وهو إلتحاقهم كان عن طريق العائلة، بينما يتغير الاتجاه بارتفاع المستوى التعليمي للمسنين إذ صرح 64,3% من المبحوثين الحاملين لمستوى تعليم ابتدائي أن إلتحاقهم بدار المسنين كان بمفردهم مقابل 10.7% التحقوا عن طريق العائلة كما صرح 75% و 100% من المبحوثين الحاملين على مستوى تعليمي متوسط

¹ يوسف ميخائيل اسعد: مرجع سابق، صفحة 34.

وثانوي وجامعي على التوالي أنهم التحق بدار المسنين بمفردهم في المقابل إنعدام المسنين المصرحين أنهم التحقوا بالمركز عن طريق العائلة.

إذاً يتبين لنا من خلال هذا التحليل أن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² هو الذي قدر ب 20.380 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5% حيث قدرت كا² الجدولية ب 18.31، إذن هناك فروق تجعلنا نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة والقائلة أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمسنين وكيفية الالتحاق بدار العجزة.

وسنحاول من خلال معطيات الجدول الموالي البحث عن مدى تأثير المستوى التعليمي على قرار الالتحاق بمركز المسنين.

الجدول رقم 34: علاقة المستوى التعليمي للمسنين بقرار الالتحاق بالمركز

المجموع		قرار مشترك		قرار عائلي		قرار شخصي		قرار الالتحاق بالدار المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	15.2	10	57.6	38	27.3	18	أمي
100	52	7.7	4	57.7	30	34.6	18	تعليم قرآني
100	28	7.1	2	25.0	7	67.9	19	ابتدائي
100	4	25.0	1	0	0	75.0	3	متوسط
100	2	0	0	0	0	100	2	ثانوي
100	1	100	1	0	0	0	0	جامعي
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول والذي يربط العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثين وقرار الالتحاق بدار المسنين أن 49.0% من المسنين المبحوثين التحقوا بدار المسنين بقرار عائلي مقابل 39.2% كان قرار إلتحاقهم بالدار شخصي أو فردي بينما التحق 11.8% من المسنين المبحوثين بدار المسنين بقرار مشترك بينهم وبين أفراد أسرهم.

وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي بهدف البحث عن العوامل الكامنة وراء ذلك إتضح أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمبحوثين إرتفع حق تقرير المصير وإتخاذ القرار والتخطيط لحياته في الأسرة، بدليل صرح 57.6% من المسنين الأميمين أن قرار إلتحاقهم بالدار كان عائليا محضاً، كما قدرت نسبة المسنين الذين التحقوا بالمركز بقرار عائلي ولديهم مستوى تعليمي بسيط وهو تعليم قرآني ب 57.7%، في حين حافظ أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي

فما فوق على الإتجاه العام للجدول (وتجد الاشارة أن المستوى تعليم الابتدائي كان في فترة ما بعد الاستقلال مؤهل يسمح لصاحبه الظفر بوظيفة جيدة باعتبار الجزائر خرجت من الاستعمار الفرنسي مهدمة ومحطمة على جميع المستويات الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية...)، حيث صرح 67.9% من المسنين المبحوثين أنهم التحقوا بالمركز بقرار منهم كما صرح 75 % من المبحوثين الحاصلين على مؤهل علمي متوسط انهم التحقوا بمركز المسنين بقرار فردي، وتمثل 100% نسبة المسنين المقيمين بالمركز والحاملين لمستوى تعليمي ثانوي أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان شخصيا بينما صرح 100% (والذي يمثل شخص واحد حامل لمستوى تعليمي جامعي) أما قرار إلتحاقهم بالمركز كان قرارا مشتركا بينه وبين أفراد أسرته، لأنه على حسب تعبيره لم يعد قادرا على العطاء والتدبير والتكفل بشؤون الأسرة كما عهدوه بسبب تدهور وتراجع حالته الصحية بل وأصبح عاجزا حتى على خدمة نفسه.

إذا" يبدو وبوضوح العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² والذي قدر ب: 29.965 في حين كان مقدار كا² الجدولية 18.31 مما يدل على أن كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية عند مستوى ثقة 5% ومنه رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة والقائلة انه توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمسنين وقرار إلتحاقهم بدار العجزة والمسنين.

وبغرض تفسير هذه النتائج قمنا بتقديم مقارنة بسيطة بين المسنين في المجتمعات التقليدية والمعاصرة أين كان يحظى المسن في المجتمعات الجزائرية التقليدية بمكانه مرموقة وعالية حيث كان ينظم العلاقات بين الأفراد بالإضافة إلى تسوية النزاعات والخلافات بين المتخاصمين، كما كانت له مسؤولية إختيار الأزواج ضف إلى ذلك أنه كان بمثابة المعلم الذي يقتدى به في تربية وتنشئة الأبناء والأحفاد، وهذا ما تؤكد لوسات جازروس قائلة " لقد كان المسن في العائلة الجزائرية التقليدية يوزع الأعمال ويدير الأموال، ويتصرف في الأشخاص حيث يختار لهم الأزواج ويتم تنشئة الطفل على الطاعة والإحترام الكامل لحد التسليم الكامل حتى الشباب".¹

كما كانت الجدة في هذه المجتمعات تلعب دور الراوي، حيث كانت تجمع أحفادها لتروي لهم قصصا تحمل في طياتها معاني وعبر تمرر لهم من خلالها قيما أخلاقية وعادات وتقاليد يرتكز

¹ Lucette Jarzos, Op Cit, p 04.

عليها المجتمع التقليدي، بينما جلبت المدينة والتحضر والتطور الصناعي المزيد من التغيرات الاجتماعية والتي أثرت بطريقة مباشرة على وضعية المسنين بسبب تلاشي العلاقات الأسرية خاصة بعد زواج الأبناء وإنسلاخهم عن الأسرة الممتدة وتشكيلهم أسرا زواجية وتملصهم من المسؤولية، فيجد المسن نفسه في موضع إختيار بين العيش بمفرده في منزله إن وجد، إذ صرح أكثر من (50%) نصف المبحوثين قائلين " لو كان عندي السكنة نهار ما نقعدوش هنا " عرضة للوحدة والمخاطر ربما عاجزا عن خدمة نفسه أو إختيار العيش مع أحد الأبناء مستعدا لما قد يخلفه هذا القرار من مشاكل التعامل مع أفراد الأسرة أو بسبب عجزه الصحي أو التبعية الاقتصادية مع احتمال الصراع بينه وبين أولاده أو أحفاده نتيجة تباين الثقافات والأفكار والأدوار والمكانات في الاسرة.

الجدول رقم 35: المستوى التعليمي وعلاقته بموقف المسنين من الالتحاق بدار العجزة

المجموع		لم استشار		مضطر		معارض		موافق		موقف المسن من الالتحاق بالدار المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	22.7	15	37.9	25	31.8	21	7.6	5	أمي
100	52	26.9	14	40.4	21	23.1	12	9.6	5	تعليم قرآني
100	28	3.6	1	57.1	16	32.1	9	7.1	2	ابتدائي
100	4	0	0	50	2	25.0	1	25.0	1	متوسط
100	2	0	0	100	2	0	0	0	0	ثانوي
100	1	0	0	100	1	0	0	0	0	جامعي
100	153	19.6	30	43.8	61	28.1	43	8.5	13	المجموع

يبين لنا هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين المستوى التعليمي للمسنين المبحوثين وموقفهم من الالتحاق بدار المسنين، أن الاتجاه العام هو نحو المسنين الذين التحقوا بالمركز مضطرين، وهذا بالنسبة 43,8% مقابل 28.1% كانوا معارضين إنتقالهم للعيش بدار المسنين، بينما صرح 19.6% من المسنين المبحوثين أنهم لم يستشاروا قبل إلتحاقهم بالمركز، أما 8.5% فهي تمثل نسبة المسنين الذين كانوا موافقين للانتقال للعيش بدار العجزة.

وعند إدخال متغير المستوى التعليمي للمسنين من أجل معرفة تأثير هذا الأخير على موقف المسنين من الالتحاق بالدار، تبين أنه مهما كان المستوى التعليمي للمسنين فإن إلتحاقهم بدار

المسنين لم يكن إختياريا وإنما إجباريا نتيجة ظروف إقتصادية، وإجتماعية، وصحية، إضطرتهم على ترك وسطهم الطبيعي ألا وهو الأسرة والالتحاق للعيش أو الإقامة في دار من ديار العجزة الثلاثة المتواجدة بالعاصمة والتي تمت بها دراستنا الميدانية (دالي ابراهيم - سيدي موسى - باب الزوار) حيث صرح 37.9% من المبحوثين الأميين و40.4% من المبحوثين أصحاب التعليم القرآني أنهم إلتحقوا بالمركز مضطرين مقابل 7.6% و9.6% على التوالي كانوا موافقين، وأدلى بنفس التصريح 57.1% و50% من المسنين الحاصلين على مستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط، كما أكد 100% (مبحوثين اثنين ثانوي ومبحوث واحد جامعي) كل من المبحوثين الحاصلين على مستوى تعليمي ثانوي وجامعي ان إلتحاقهم بدار المسنين كان إجباريا بسبب ظروف قاهرة إجتماعية واقتصادية وثقافية وصحية.

وتجدر الإشارة أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوثين إنعدم عدد المبحوثين المصرحين بأنه تم إلتحاقهم بدور المسنين دون استشارتهم من طرف اهاليهم وهذا يدل على أهمية المستوى التعليمي في الحفاظ على حق التقرير واتخاذ القرارات الشخصية، وهذا ما يؤكد تصريحات المسنين في الجداول السابقة إذ قرار الالتهاق بالمركز كان شخصيا وحضور هذه الفئة إلى المركز كان فرديا كلما ارتفع مستواهم التعليمي ومكانتهم السوسيو-مهنية، غير أن هذا القرار مدفوع حسب تصريحاتهم من سلوكيات بعض أفراد أسرهم الذين أصبحوا يتذمرون من خدمتهم ورعايتهم بعد تدهور حالتهم الصحية، عكس تصريحات 22.7% و26.9% من المبحوثين الأميين وأصحاب التعليم القرآني ومفاده أن إلتحاقهم بدار العجزة كان دون إستشارتهم من أهاليهم، وهذا دليل على تراجع وتدهور مكانة المسن في الأسرة الجزائرية، ويمكن أن يفسر هذا بناء على مبدأ النظرية التبادلية والتي تنص على "من أجل أن يأخذ الفرد شيئا يجب أن يكون ملزما بتقديم شيء مماثل في القيمة لما يأخذه، إنها نظرية تبادل المصالح والمنافع"¹

وفي هذا الإطار فإن المسنين المتقاعدين أو عديمي الدخل لا يملكون ما يساومون به مقابل إلتحاقهم ورعايتهم وخدمتهم سوى إدعاء التبادلية من الذين سهروا على رعايتهم وتنشئتهم وهم في حال ضعف وهم الأبناء وأحيانا الإخوة والأخوات.

¹ سالمة عبد الله محمد الشاعري: مرجع سابق، ص 184.

الجدول رقم 36: المستوى التعليمي وعلاقته بتلقي المسنين الزيارات من طرف أهاليهم

المجموع		لا		نعم		تلقي الزيارات المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	78.8	52	21.2	14	أمي
100	52	78.8	41	21.2	11	تعليم قرآني
100	28	75.0	21	25.0	7	ابتدائي
100	4	0	0	100	4	متوسط
100	2	0	0	100	2	ثانوي
100	1	0	0	100	1	جامعي
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

تبين القراءة الاحصائية لمعطيات هذا الجدول أن أغلب المسنين صلتهم منقطعة مع أهاليهم إذ صرح 74.5% من المسنين المبحوثين المقيمين بدار العجزة أنهم لا يتلقون زيارات أبداً من طرف ذوهم منذ إلتحاقهم بالمركز في المقابل صرح 25.5% من المقيمين أنهم يتلقون زيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم ومعارفهم.

وبغرض البحث عن أسباب هذا التباين قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تأثير هذا الأخير على الزيارات فتبين أن هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي وتلقي المسنين الزيارات من طرف أهاليهم، إذ كلما إنخفض المستوى التعليمي للمسنين تراجعت الزيارات وبالتالي قل الإلتصال بين المقيمين وأهاليهم مما يولد الملل واللااستقرار وعدم التوافق الاجتماعي والنفسي داخل النسق الاجتماعي الذي يقيم به المسن إلا وهو المركز إذ صرح 78.8% من المسنين أميين أنهم لم يتلقون زيارات أبداً من طرف أهاليهم منذ ولوجهم لدار المسنين مقابل 21.2% فقط يتلقون الزيارات كما صرح 78.8% من المبحوثين الذين لديهم تعليم قرآني أنهم هم الآخرون لم يتلقوا زيارات أبداً من طرف أهاليهم منذ إقامتهم بالدار، ولم يسلم أيضاً المبحوثين الحاصلين على مستوى تعليمي ابتدائي من إهمال ولا مبالاة وجفاء أهاليهم نحوهم إذ صرح 75.0% بأنهم لم يتلقوا أية زيارة منذ إلتحاقهم بالمركز.

ولقد إلتسنا من خلال حديثنا مع المسنين المقيمين خاصة جنس الإناث إلى شوق ورغبة كبيرة في زيارة أو استقبال أحد من أهاليهم، والتي غالباً ما كانوا يحاولون إخفاؤه ويختلقون لهم الأعذار التي هم في صميم فؤادهم غير مقتنعين بها، أما جنس الذكور فكانوا يكبحون مشاعرهم ويتظاهرون

بالقوة وعدم حاجتهم لمثل هؤلاء الأهل والأولاد والأقارب. بينما يتلقى المسنين المبحوثين بالمركز الزيارات إما بانتظام أو ظرفيا حسب الأعياد والمناسبات كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوثين إذ صرح 100% من المسنين المبحوثين الحائزين على مستوى تعليمي متوسط فاكثر أنهم على إتصال مع ذوهم من خلال تلقي الزيارات التي تكون أحيانا ظرفية وأحيانا اخرى بانتظام حسب ظروف الأهل أي كلما تيسرت أمورهم وكانوا بإمكانهم وضعهم ضمن مخططاتهم الأسبوعية أو الشهرية أو السنوية حسب تصريحات بعض المسنين.

إذن يظهر وبوضوح وجود علاقة بين المتغيرين وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² حيث كانت قيمة كا² المحسوبة تقدر ب: 21.616 عند درجة حرية 5 ومستوى ثقة 5% في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية ب: 11.07 مما يدل ان هناك فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية فرضية العدم ونقبل الفريضة البديلة والقائلة أن هناك علاقة بين متغير المستوى التعليمي للمسنين وتلقي الزيارات من طرف الأهل.

وفي إطار تقصي الحقيقة ولاشباع فضولنا العلمي قمنا بسؤال المبحوثين عن السبب الذي جعل أهلهم وذوهم يتخلون عنهم ولا يبادلونهم الزيارات منذ إلتحاقهم بالدار فصرح 55.6% من المبحوثين أن لا فائدة منهم وأنهم يشكلون عبئ ثقيل عليهم باعتبارهم لا يملكون منحة التقاعد ولا مورد مالي يساعدون به أو حتى يقدمونه لهم من أجل تلبية متطلباتهم من أكل ولباس وخاصة الدواء، إذ صرح 72.7% من المبحوثين الأميين أنهم لا يملكون مورد مالي و57.7% أيضا من المسنين الذين لهم تعليم قرآني، هذا لأنهم اشتغلوا طيلة حياتهم دون ضمان أو تأمين إجتماعي بينما كانوا يعملون لتأمين دخل لهم ولكن مع تقدمهم في السن وتدهور حالتهم الصحية توقفوا عن العمل هذا ما جعلهم يشكلون عبئا ماديا وصحيا على أفراد أسرهم حسب تصريحاتهم، بينما صرح 100% من المسنين الحاصلين على مستوى تعليمي متوسط فما فوق أنهم يملكون مورد مالي والمتمثل في منحة تقاعد والتي كانوا يؤمنون من خلالها مصاريفهم ومصاريف أهاليهم اليومية والعلاجية وان إلتحاقهم كان بسبب تلقي العلاج والرعاية الصحية لا غير، ويمكن أن نفسر هذا بانتشار الأناية والنزعة الفردية وانعدام التضامن والتكافل بين أفراد الأسرة الواحدة فتغيرت قيم ومبادئ الأسرة الجزائرية والتي اصبحت تعتمد على فكرة التبادل.

والملفت للانتباه أن حتى المقيمين الذين يتلقون زيارة من طرف أهاليهم هم ليسوا بأحسن حال إذ صرح 46.2% أنهم يشعرون بالقهر والتحسر بعد تلقي الزيارات كما صرح 33.3% من المبحوثين أنهم لا يشعرون بشيء بينما صرح 20.5% أنهم يشعرون بالفرح والسعادة رغم هذا أكد 58.2% أنهم يتمنون العودة إلى المنزل مقابل 41,8% لا يرغبون بالعودة للعيش وسط الأسرة التي تخلت عنهم وهم في أمس الحاجة إليها.

2- تأثير الوضعية المهنية للمسنين على إتحاقهم بدور المسنين

الجدول رقم 37: علاقة مهنة المسنين بنمط العلاقة في الوسط الأسري

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		نمط العلاقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	67.4	31	21.7	10	8.7	4	2.2	1	بطل (ة)
100	46	50.0	23	28.3	13	10.9	5	10.9	5	عامل بسيط
100	12	33.3	4	25.0	3	41.7	5	-	-	موظف
100	25	48.0	12	36.0	9	12.0	3	4.0	1	مهنة حرة بسيطة (حرفي)
100	19	57.9	11	26.3	5	10.5	2	5.3	1	مهنة حرة عالية (تجارة)
100	05	0	0	20.00	1	80.00	4	0	0	إطار
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يتجه الإتجاه العام لهذا الجدول نحو المسنين المبحوثين الذين تربطهم علاقة سيئة مع أفراد أسرهم، وهذا بالنسبة 52.9% مقابل 26.8% علاقتهم غير مستقرة أي متوترة تتنابها المشاكل والخلافات، في حين تمثل 15.0% نسبة المسنين الذين علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم، بينما قدرت نسبة المسنين الذين تجمعهم علاقة حسنة مع أفراد أسرهم بـ 5.2% وهي نسبة ضئيلة جدا. وفي إطار البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك قمنا بإدخال متغير نوع العمل الذي كان يمارسه المبحوث في فترته الإنتاجية، فتبين ان لهذا الأخير - نوع العمل - تأثير كبير بحيث تسوء العلاقة بين المبحوثين المسنين وأفراد أسرهم كلما كانت مهنة المسنين بسيطة ومتواضعة. إذ صرح 67.4% من المسنين الذين لم يمارسوا اي نشاط مهني خلال فتره شبابهم أي البطالين أن علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم، كما صرح 50.0% من المسنين الذين كانوا يمتنون مهنة بسيطة كالعامل في الفلاحة والتنظيف والبناء... أن علاقتهم كذلك سيئة مع أفراد أسرهم مقابل 10.9% علاقتهم

حسنة، وتمثل 48.0% نسبة المسنين الذين كانوا يمتنون مهن حرة بسيطة (حرفيين) وعلاقتهم سيئة كذلك مقابل 4.0% علاقاتهم حسنة، كما أكد 57.9% من المسنين المبحوثين الذين كانوا تجارا أن علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم مقابل 6.3% علاقتهم حسنة، هذا لأنهم حسب تصريحاتهم لا يملكون دخل لانهم إشتغلوا دون تأمين مما جعلهم لا يستفيدون من منحة تقاعد، بينما يتغير الاتجاه كلما إرتقى وإرتفع المبحوث في المهنة إذا صرح 41.7% من المبحوثين الذين كانوا موظفين في فترتهم الانتاجية أن علاقتهم مع محيطهم الأسري محدودة وصرح أيضا 80.0% من المبحوثين الذين كانوا يشغلون مناصب عليا قبل تقاعدهم ان علاقتهم كانت محدودة كذلك مع أفراد أسرهم.

إذن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا اختبار كا² عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 15 أين قدرت كا² المحسوبة ب: 31.906 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية ب: 25 مما يدل ان هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة والقائلة أن هناك علاقة بين نوع العمل او المنصب وعلاقة المسنين مع محيطهم الاسري.

من هنا يتبين أو يظهر وبوضوح أهمية المنصب والمهنة أو نوع العمل الذي كان يمارسه المسن في فترته الإنتاجية إذ توفر المهنة للمسن هيبة ومكانة داخل وخارج الأسرة، والمبحوثين أصحاب الوظائف العليا هم أكثر حظا في العلاقات المستقرة لأن وظائفهم تفرض وتجلب لهم الاحترام والوقار داخل الأسرة وخارجها، هذا زيادة على أن أفراد الأسرة يعتزون أكثر بمسنيهم من الأباء والأخوة وبمناصبهم العليا ويتجلى ذلك في إحترامهم والأخذ بنصائحهم ومشورتهم أكثر، في المقابل تتناقص بل تسوء العلاقات عند المسنين أصحاب الوظائف البسيطة والبطالين، مما يدل أن الوظيفة تمثل عاملا مهما في تحديد مكانة المسن داخل الأسرة حتى بعد تقاعده، وهذا ليس حديثا وإنما كان يحتل المسن في القديم مكانة مرموقة من خلال منصبه العالي الذي كان يقوم به في إدارة الحياة الاقتصادية للأسرة، التي كانت تعتبر مؤسسة واحدة يسيرها المسن باعتباره رب الأسرة ورب العمل وكانت تجلب له هذه الوظيفة الاحترام والمكانة والوقار من طرف أعضاء الأسرة بينما لم يبقى لهذا النوع من الأسرة الاقتصادية الكثير من الوجود في مجتمعاتنا العصرية والحديثة، وإنما هناك مناصب مقابلة أخرى تتطلب مستويات تعليمية ومعارف علمية أخرى فرضتها علينا العصرية والتطورات التكنولوجية الحديثة، والتي يكتسب من خلالها المسن المكانة السوسيو-مهنية دورا فعالا

ومهما في الحفاظ على المكانة الاجتماعية والاقتصادية في الأسرة، وسنحاول من خلال معطيات الجدول الموالي معرفة تأثير نوع العمل على إلتحاق المسنين بدور العجزة.

الجدول رقم 38: مهنة المسنين وعلاقتها بكيفية إلتحاقهم بدار المسنين

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار مهنة المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	6.5	3	67.4	31	26.1	12	بطل (ة)
100	46	17.4	8	32.6	15	50.0	23	عامل بسيط
100	12	33.3	4	8.3	1	58.3	7	موظف
100	25	20.0	5	24.0	6	56.0	14	مهنة حرة بسيطة (حرفي)
100	19	21.1	4	26.3	5	52.6	10	مهنة حرة عالية (تجارة)
100	05	20.0	1	0	0	80.0	4	إطار
100	153	16.3	25	37.9	58	45.8	70	المجموع

توضح بيانات الجدول اعلاه ارتفاع نسبة المسنين الذين التحقوا بدار العجزة بمفردهم، وهذا بنسبة 45.8% مقابل 37.9% تم إلتحاقهم بالدار عن طريق العائلة في حين تمثل 16.3% نسبة المسنين الذين التحقوا بالدار عن طريق الشرطة الذين وجدوهم في الشوارع دون مأوى.

وللبحث عن العوامل والاسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال نوع العمل او المهنة التي كان يمارسها المسنين اثناء فترتهم الإنتاجية فتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² الذي قدر بـ: 29.409 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 10 في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ: 18.31 مما يدل ان هناك فروق جوهرية وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة.

إذ صرح 67.4% من المسنين الذين لم يمارسو أي نشاط مهني طيلة حياتهم وبالتالي لا يملكون أي مصدر دخل أنه تم اصطحابهم إلى المركز من طرف العائلة مقابل 26.1% حضروا بمفردهم، ويتغير الاتجاه كلما كان للمسنيين نشاطا مهنيا يقتاتون منه حتى إن كان بسيطا أين صرح 58.3% من المسنيين الذين كانوا موظفين أنهم التحقوا بدار المسنيين بمفردهم كذلك صرح 50.0% و 56.0% من المبحوثين الذين كانوا عمال بسطاء او كانوا يمتهنون مهن حرة بسيطة كالحرفيين مثلا ان إلتحاقهم بدار المسنيين كانوا بمفردهم كما تمثل 52.6% و 80.0% نسبة

المسنين المبحوثين الذين كانوا يمارسون التجارة والذين كانوا يشغلون مناصب عليا في الدولة على التوالي وصرحوا ايضا انهم التحقوا بدار المسنين بمفردهم.

يبدو من خلال معطيات هذا الجدول أن المسنين إلتحقوا بمفردهم إلى دار المسنين، لكن وبناء على تصريحاتهم لم يلتحقوا بالمركز عن قناعة وإنما نتيجة تظافر مجموعة من العوامل على رأسها الوضعية المالية المنخفضة خاصة في ظل غياب مورد مالي كالتقاعد مثلا أو العمل من أجل تأمين مصاريفه هذا ما يجعله عرضة للمشاكل والتأفف من طرف أفراد أسرته، أما العامل الثاني فهو التفكك الأسري ومخلفاته، فأغلب المبحوثين فشلوا في تأسيس أسرة او لم يؤسسوا أسرا إذ يتوزع المبحوثين بين 41.8% مطلقين و28.1% عزاب، كما أن 51% من المبحوثين ليس لديهم اولاد، ونسبة كبيرة تقدر بـ: 45.1% كانوا يقيمون مع الاخوة في المنزل العائلي، إلا أن عجز او وفاة خاصة وفاة أحد الوالدين أو كليهما يجعل من المشاكل تنشب بين الإخوة حول الميراث، وفي مقدمته المنزل العائلي خاصة إذا صاحب كل هذا تدهور في الحالة الصحية للمبحوث (ة)، مما يولد كثرة المشاكل والمشاحنات والصراعات بين أفراد الأسرة ولن يتردد في ظل هذه الظروف أفراد الأسرة في النزج بالمسنة أو المسن العاجز في ديار العجزة وليس للمسن الذي لا يملك مسكنا خيارا آخر سوى الالتحاق بدار المسنين فبناء على تصريحات 68% من المبحوثين الذين لا يملكون مسكنا أن معضلتهم الحقيقية هي صعوبة تأمين المسكن إما بالشراء او الكراء، الأمر الذي جعلهم يلتحقون بالدار كحل أخير رغم أن هذه الديار لا يمكن أن تعوض الأسرة إذ توفر الرعاية الأسرية للمسنين الدفاء العائلي والروحي والإحساس بالأمن كما تؤمن له فرصة التفاعل الطبيعي مع الأبناء والأحفاد والأقارب ومنه تحقيق المكانة الاجتماعية وإحترام الذات وتكوين علاقات متعددة وقوية داخل الأسرة وخارجها، كما يشعر المسن بمكانته كعضو في الأسرة، في حين قدر تتضاءل هذه المكانة أو تتلاشى كليا داخل مراكز العجزة، مهما كانت وضعيته المهنية والاجتماعية، وإلتحاق المسنين بالدور بمفردهم يجعلنا نتساءل عن صاحب القرار، والنتائج المتحصل عليها مدونة في معطيات الجدول الموالي.

الجدول رقم 39: تأثير مهنة المسنين على قرار إلتحاقهم بالمركز

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي (بمفردي)		قرار الالتحاق بالدار
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مهنة المسنين
100	46	15.2	7	60.9	28	23.9	11	بطل (ة)
100	46	13.0	8	45.7	21	41.3	19	عامل بسيط
100	12	8.3	1	16.7	2	75.0	9	موظف
100	25	12.0	3	64.0	16	24.0	6	مهنة حرة بسيطة (حرفي)
100	19	0	0	42.1	8	57.9	11	مهنة حرة (تجارة)
100	05	20.0	1	0	0	80.0	4	إطار سامي
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول ان أغلب المسنين التحقوا بدار العجزة بقرار عائلي، وهذا بنسبة 49.0% مقابل 39.2% التحقوا بالمركز عن طريق قرار فردي أو شخصي في حين صرح 11.8% من المسنين أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان مشتركاً.

وعند إدخالنا لمتغير نوع المهنة أو المهنة الممارسة من طرف المبحوثين إتضح أن هناك علاقة طردية بين مهنة المسنين وقرار إلتحاقهم للعيش بدار العجزة، إذ كلما ارتفعت المكانة السوسيو-مهنية للمسنيين إرتفعت مكانتهم وتعززت قراراتهم في الأسرة وبالتالي قل تهميشهم، حيث صرح 60.9% من المسنيين الذين لم يمارسوا أي نشاط مهني أن قرار إلتحاقهم بدار المسنيين كان قراراً عائلياً، وأدلى 45.7% من المسنيين الذين كانوا يمتنون مهنة بسيطة بنفس التصريح وهو أنه تم إلتحاقهم بدار المسنيين بقرار عائلي كما صرح أيضاً 64.0% من المسنيين الذين كانوا يمارسون مهنة حرة بسيطة كالحرفيين أن إلتحاقهم بدار المسنيين كان بقرار عائلي محظ، في حين يتغير الإتجاه كلما إرتقى المسن في السلم المهني إذ صرح 75.0% من المسنيين الذين كانوا موظفين أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان شخصياً وتمثل 57.9% و 80.0% نسبة المسنيين الذين يلتحقوا بدار العجزة بمحض إرادتهم أي بقرار شخصي وكانوا يمارسون مهنة حرة عالية كالتجار مثلاً أو كانوا يشغلون مناصب عليا (اطارات) على التوالي، ويمكن أن نفسر هذا بالعامل المادي، إذ يعتبر عاملاً مهماً في حفظ مكانة المسنيين، فأصحاب المهن العالية هم كذلك من أصحاب الدخل الجيد مما يجعلهم في موقف قوة نوعاً ما، باعتبارهم قادرين على توفير متطلباتهم ومصاريفهم اليومية

والعلاج، هذا بالإضافة إلى أنهم يقدمون المساعدات المالية للآخرين لاسيما أفراد أسرهم فهم بذلك يحققون الاستقلالية المالية التي تمكنهم من صنع القرار في المحيط الأسري، وهذا ما تؤكد نتائجه الجدول التديمي رقم (9) في الملحق رقم (1) أين صرح 78.3% من المسنين العاطلين عن العمل انهم لا يعبرون عن رأيهم بحرية في الأسرة كما أكد 68.9% من المبحوثين الذين كانوا يمارسون مهن بسيطة أنهم لا يعبرون كذلك عن آرائهم وأفكارهم بحرية في الوسط الأسري في حين صرح 80.0% من المسنين الذين كانوا يشغلون مناصب عليا أنهم كانوا يمتلكون حرية التعبير عن آرائهم في الأسرة لأنهم ذوي علم ومال وبالتالي قادرين على صنع القرار والتعبير عن آرائهم وتسير شؤونهم وبالتالي يستمد المسن مكانته في وسطه الأسري من مكانته السوسيو-مهنية وبالتالي من دخله المرتفع والمنتظم، في هذا الصدد " يرى اسماعيل عزت أن توافق المسن في جزء كبير منه يعود إلى مستوى الدخل ومدى الاحساس بالأمن الاقتصادي".¹

إذن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما بينه حسابنا لاختبار الاستقلالية كما² والذي قدر بـ 22,946 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 10 في المقابل قدرت قيمة كما² الجدولية بـ 18,31 مما يدل أن هناك فروق وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة والقائلة أن هناك علاقة بين نوع العمل وقرار إلحاق المسنين بدور العجزة.

وبهذا يمكن القول أن إندماج وتوافق المسن قد يرتبط بتقلص موارده المالية، إلا أن هذا التوافق يتوقف على مدى إسهام بعض المتغيرات الأخرى كالحالة الصحية ومدى قدرته على العمل وأنماط الرعاية التي يتلقاها المسن في وسطه الأسري، وهذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال معطيات الجدول الموالي

¹ مصطفى محمد أحمد النقي: مرجع سابق، ص 78.

الجدول رقم 40: مهنة المسنين وتأثيرها على موقفهم من الالتحاق بالمركز

المجموع		لم استشار		مضطر		معارض		موافق		الموقف من الالتحاق الدار مهنة المسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	41.3	19	34.8	16	21.7	10	2.2	1	بطل (ة)
100	46	10.9	5	43.5	20	37.0	17	8.7	4	عامل بسيط
100	12	0	0	50.0	6	33.3	4	16.7	2	موظف
100	25	12.0	3	56.0	14	24.0	6	8.0	2	مهنة حرة بسيطة (حرفي)
100	19	15.8	3	36.8	7	26.3	5	21.1	4	مهنة حرة (تجارة)
100	05	0	0	80.0	4	20.0	1	0	0	إطار سامي
100	153	19.6	30	43.8	67	28.1	43	8.5	13	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن اتجاهه العام هو نحو المسنين الذين إلتحقوا بدار العجزة مضطرين بنسبة 43.8% مقابل 28.1% صرحوا انهم كانوا معارضين إلتحاقهم بالمركز، في حين أكد 19.6% أنهم لم يستشاروا بينما صرح 8.5% فقط من المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز أنهم كانوا موافقين على إلتحاقهم للإقامة بدار أو مركز المسنين.

وعند إدخال نوع مهنة المسنين لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على الموقف من الالتحاق بالمركز تبين ان المسنين البطالين لم يتم إستشارتهم من طرف أسرهم في هذا الأمر المصيري المتعلق بهم ألا وهو إلتحاقهم بدار المسنين وهذا حسب تصريحات 41.3% في المقابل صرح 2.2% فقط والموافق لشخص واحد فقط أنه كان موافقا على إلتحاقه بدار المسنين بينما حافظ على الاتجاه العام للجدول كل المبحوثين مهما كانت المهنة الممارسة من طرفهم خلال فتره نشاطهم أو شبابهم حيث صرح 43.5% و 50.0% من المبحوثين الذين كانوا عمال بسطاء والموظفين والذين كانوا يمارسون مهنة حرة بسيطة على التوالي انهم إلتحقوا بدار المسنين مضطرين كما صرح 36.8% و 80% من المسنين المبحوثين الذين كانوا يمارسون التجارة والذين كانوا يشغلون مناصب عليا بأنهم إلتحقوا كذلك بالدار مضطرين أي نتيجة ظروف اجتماعية واقتصادية قاهرة أدت إلى ذلك، وحاولنا من خلال دراستنا الميدانية وتبادل أطراف الحديث مع المبحوثين المسنين أن نتعرف على بعض هذه الظروف القاهرة التي إضطرتهم لتترك وسطهم الطبيعي -الأسرة- والالتحاق بدار الاشخاص المسنين، فاستتبطننا (او توصلنا) إلى حقيقة مهمة جدا ألا وهي ان المشكل لا يكمن في العمل او حتى في تحقيق الاكتفاء الذاتي وانما في استمرارية هذه الاستقلالية إلى سن متقدمة من

عمر الانسان، وهذا ما لم يحظى به عددا معتبرا من المبحوثين المقيمين بالمركز والذين تم استجوابهم خلال بحثنا الميداني إذ اكد لنا 80% من المسنين المبحوثين الذين كانوا حرفيين انهم لا يملكون منحة تقاعد هذا لانهم عملوا طيلة سنوات حياتهم دون ضمان إجتماعي ولم يصبحوا مع تقدم العمر قادرين على العمل الأمر الذي جعلهم يقعون فريسة شباك العوز والاحتياج، هذا ما جعل محيطهم الاسري يتدمرون من وجودهم بينهم، ويؤمنون لهم مصاريفهم واحتياجاتهم ويعملون على خدمتهم ورعايتهم خاصة إذا صاحب كل هذا تدهور في الحالة الصحية والبدنية، الامر الذي يجعل افراد اسارهم يقررون وحتى دون استشارتهم الزج بهم في مراكز المسنين يعانون الوحدة والاكتئاب والاغتراب في عالم لم يألفوه ولم يتصورونه يوما ما. إذ يظهر وبوضوح تأثير نوع المهنة على قرارات ومكانة المسنين بالأسرة وخير دليل على ذلك النتائج التي توصلنا إليها من خلال حسابنا لاختبار كا² للاستقلالية عند درجة حرية 15 ودرجة ثقة 5% اين قدرت كا² المحسوبة بـ: 29.981 في حين قدرت كا²، الجدولية بـ: 25 مما يدل أن هناك فروق جوهرية تجعلنا نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم 41: مهنة المسنين وعلاقتها بتلقي الزيارات من طرف الأهل

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات مهنة المسنين
		%	ك	%	ك	
100	46	84.8	39	15.2	7	بطل (ة)
100	46	76.1	35	23.9	11	عامل
100	12	41.7	5	58.3	7	موظف
100	25	76.0	19	24.0	6	مهنة حرة بسيطة (حرفي)
100	19	84.2	16	15.8	3	مهنة حرة عالية (تجارة)
100	05	0	0	100	5	إطار
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

تبين معطيات هذا الجدول الذي نهدف من خلاله لتبيان هل فعلا تم التخلي عن المسنين في دور العجزة أم هناك ظروف أخرى قاهرة حالت دون بقاءهم في مكانهم الطبيعي وهو الأسرة. أن أغلب المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم، وهذا بنسبة 74.5% تمثلها أكبر نسبة، المسنين البطالين وهذا بنسبة 84.8% مقابل 25.5% فقط من يتلقون

زيارات من طرف أفراد أسرهم، تمثلها أكبر نسبة المسنين الذين كانوا يشغلون مناصب عليا خلال فترة نشاطهم أي قبل تقاعدهم.

ولمعرفة أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير المهنة أو الوظيفة التي كان يشغلها المسنين قبل إحالتهم على التقاعد أو توقفهم عن العمل، فتبين أن هناك علاقة طردية بين نوع الوظيفة وتلقي المسنين الزيارات من طرف ذوهم، إذ تتعدم وتراجع الزيارات التي يتلقاها المسنين المبحوثين، بتدني الوظيفة التي كان يشغلها المسنين والعكس صحيح حيث صرح 84.8% من المبحوثين الذين كانوا بطالين طيلة حياتهم، أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أحد من أفراد أسرهم كما صرح 76.1% من المسنين الذين كانوا يمتنون مهنة بسيطة أنهم لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم، وصرح أيضا 76.0% و 84.2% من المسنين الذين كانوا حرفيين والذين كانوا يشتغلون بالتجارة خلال فترة نشاطهم على التوالي أنهم لا يتلقون زيارات أبدا من طرف أهاليهم بينما صرح 14.7% من المسنين الذين كانوا موظفين أنهم يتلقون زيارات من طرف أفراد أسرهم لكنها ظرفية كما صرح 100% من المسنين الذين كانوا يشغلون مناصب عليا أنهم يتلقون زيارات من طرف أهاليهم وأسرهم، هذا هو السؤال الذي تبادر إلى أذهاننا ولم يتسنى لنا طرحه على المبحوثين لأنهم سرعان ما كانوا يجيبون عنه بتحسر بأنهم دون فائدة ولماذا يقومون بزيارتهم وهم لا يملكون المال، فهم كانوا بالكاد يؤمنون مصاريفهم الضرورية (الأساسية)، هنا يتجلى لنا وبوضوح تغير قيم ومعايير المجتمع فأصبح يقيم الفرد بمقدار المنفعة التي يمكن تحقيقها أو جنيها من خلال التفاعلات والتعاملات الاجتماعية معه ، حتى ولو كان الآباء أو الأمهات والإخوة أو الأخوات... وسنحاول من خلال الجداول الموالية إختبار تأثير مكانة المسنين في الوسط الأسري من خلال عامل السلطة في إتخاذ القرارات .

المبحث الثاني: دراسة مكانة المسنين في الوسط الأسري بناء على عامل السلطة

1- اختبار أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور المسنين

الجدول رقم 42: أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على علاقتهم بأفراد أسرهم

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		نمط العلاقة في الأسرة أهمية قرارات المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	05	0	0	40.0	2	0	0	60.0	3	أنا صاحب القرار
100	17	5.9	1	17.6	3	47.1	8	29.4	5	استشار احيانا
100	131	61.1	80	27.5	36	11.5	15	0	0	قراراتي متجاهلة تماما
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يشير الاتجاه العام لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وطبيعة العلاقات السائدة فيه إلى إرتفاع نسبة المسنين الذين علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم حيث قدرت بـ 52.9% تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين قراراتهم متجاهلة تماما وهذا بنسبة 61.1%، وفي المقابل تمثل 5.2% نسبة المسنين الذين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم، تمثلها أكبر نسبة تقدر بـ 60% وهي فئة المسنين أصحاب القرار في الوسط الأسري حسب تصريحاتهم مقارنة بـ 40.0% علاقتهم غير مستقرة.

إذن نلاحظ أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يبينه حسابنا لاختبار كا² الذي قدر بـ 80.291 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 6 في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 12.59 مما يدل أن هناك فروق جوهرية وبالتالي نرفض فرضية العدم، وتقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين، إذ تؤثر أهمية قرارات المسنين على نوع العلاقة التي تربطهم بوسطهم الأسري، بحيث يكون المسن صاحب القرار في الأسرة كلما كانت علاقته حسنة، في حين يلجأ أفراد الأسرة أحيانا لإستشارته - المسن - كلما كانت علاقته محدودة، بينما يتم تجاهل قرارات المسن من طرف أفراد أسرته كلما كانت علاقته سيئة معهم، مما يدل أن هناك تهميش وتدني لمكانة المسن في الأسرة، ويمكن أن نفسر هذا بتراجع منظومة المبادئ والقيم نتيجة التغيرات الاجتماعية والثقافية التي عرفتتها المجتمعات، إذ نتج عن إنهيار نموذج العائلة وظهور الحياة المدنية والأسرة الصغيرة النووية وإنتشار التعليم والعمل المأجور إلى تغيير نظام التقييم الاجتماعي فظهرت معايير جديدة لتحديد المكانة الاجتماعية، فأصبح الفرد يقيم بناء على مستواه التعليمي

ومكانته السوسيو- مهنية، ومقدار دخله، أي إنتشار النظرة النفعية التي تغطي على الفكر الغربي من خلال النظرية النفعية، وإنتشرت هذه المعايير على جميع فئات المجتمع لتطول الفئة الأكثر هشاشة والتي تستدعي الرعاية والعناية ألا وهي فئة المسنين أو كبار السن، وهذا ما تؤكد معطياتنا الميدانية في الجدول التديمي رقم (1) بالملحق رقم (1) رقم إذ صرح 100% من المسنين أصحاب القرار في المنزل أنهم يملكون منحة تقاعد، بينما صرح 58.8% أن أفراد أسرهم يتجاهلون قراراتهم لأنهم لا يملكون مصدر دخل فهم بذلك يشكون من العوز المالي الذي يحد من سلطاتهم وقراراتهم في الأسرة ولا يمكنهم التدخل أو إتخاذ أي قرار بما فيها حياتهم الخاصة.

الجدول رقم 43: علاقة أهمية قرارات المسنين بكيفية إلتحاقهم بدار المسنين

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار أهمية قرارات المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	05	0	0	20.0	1	80.0	4	أنا صاحب القرار
100	17	11.8	2	11.8	2	76.5	13	استشار احيانا
100	131	17.6	23	42.0	55	40.5	53	قراراتي متجاهلة تماما
100	153	16.3	25	37.9	58	45.8	70	المجموع

تشير هذه البيانات إلى إتجاه الجدول نحو المسنين الذين إلتحقوا بدار المسنين بمفردهم، وهذا بنسبة 45.8% مقابل 37.9% تم إلتحاقهم عن طريق العائلة، بينما إلتحق 16.3% من المسنين المبحوثين والمقيمين بدار العجزة عن طريق الشرطة.

وللبحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير الخلافات الأسرية فتبين ان لتهميش المسن ومنزلته في الأسرة تأثير على إلتحاقه بدار المسنين وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² أين قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 10.806 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 4 في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 9.49% مما يدل أن هناك فروق تجعلنا نقبل الفرضية البديلة. إذ صرح 80% من المسنين أنهم يقومون ببسط سلطتهم ويوقفون الخلافات والنزاعات الأسرية وأن إلتحاقهم بدار المسنين كان بمفردهم كما صرح 76.5% من المبحوثين الذين يستشارون أحيانا فقط أنهم إلتحقوا بدار المسنين بمفردهم كذلك في حين صرح 42.0% من المسنين الذين قراراتهم متجاهلة أنهم إلتحقوا بدار المسنين عن طريق العائلة.

ويمكن أن نفسر هذا بفقدان المسن للرعاية بكل أنواعها أو وجود خلافات مع الأبناء أو أحد أفراد الأسرة أو سكنهم في أماكن نائية أو عدم تكوين أسرة، إنما هي من ضمن الأسباب التي تدفع المسن للإقامة بدور العجزة. ويمكن اعتبار هذه الأسباب كلها نتيجة للتغير في بناء الأسرة من الممتدة إلى النووية التي أصبحت تفتقد للأدوار التقليدية في رعاية المسنين تحت شعار العصرية والتحضر وخروج المرأة للعمل والتي أصبحت منصرمة عن خدمة غيرها فهي تعود للمنزل متعبة بالكاد تقوم بخدمة زوجها وأبنائها في إطاره الضيق " ولقد أظهرت الدراسات التي دارت حول قضايا الكبر والمسنين أن اتجاه المجتمعات الحضرية في البلاد الصناعية إلى الإعتماد على المؤسسات الإيوائية لرعاية المسنين قد أسفرت عن الكثير من العيوب والمآسي الإنسانية وأخلت بالتماسك بين الفئات العمرية لأفراد المجتمع ".¹

الجدول رقم 44: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بقرار إلتحاقهم بالمركز

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي		قرار الإلتحاق بالمركز أهمية قرارات المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	05	0	0	20.0	1	80.0	4	أنا صاحب القرار
100	17	17.6	3	5.9	1	76.5	13	استشار احيانا
100	131	11.5	15	55.7	73	32.8	43	قراراتي متجاهلة تماما
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

يتجه الاتجاه العام لهذا الجدول نحو المسنين الذين إلتحقوا بدار العجزة بقرار عائلي، وهذا بنسبة 49.0% مقابل 39.2% إلتحقوا بقرار شخصي، في حين قدرت نسبة المسنين الذين إلتحقوا للإقامة بدار العجزة بقرار مشترك بـ 11.8%.

ولأجل البحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير أهمية قرار المسنين في الوسط الأسري، فإتضح لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين إذ صرح 80% من المسنين أنهم إلتحقوا بالدار بقرار شخصي وأنهم أصحاب القرار في المنزل مقارنة بـ 20% إلتحقوا بالمركز بقرار عائلي، في المقابل صرح أيضا 76.5% من المسنين الذين يستشاروا احيانا من طرف أفراد أسرهم أن إلتحاقهم بالمركز كان بقرار شخصي أيضا مقارنة بـ 5.9% إلتحقوا بقرار عائلي في حين صرح 55.7% من المسنين المقيمين أن قرار إلتحاقهم بدور العجزة كان عائليا محظا (وهناك فئة

¹ سالمة عبد الله حمد الشاعري: مرجع سابق، ص 249.

صرحت أنها لم تستشار حتى في الأمر) وأن قراراتهم لا تنفذ وإنما يتم تجاهلها تماما من طرف أفراد الأسرة.

إذاً يظهر وبوضوح تدني وتهميش مكانة المسن في الأسرة الحضري التي إنسلخت عن قيمها ومبادئها، وحتى أدوارها نتيجة التغيرات الاجتماعية التي أحدثت تعديل جوهرى في الأدوار والمكانات بما فيها مكانة المسن، فبعد أن كان - المسن - يحتل دورا مهما في العائلة الجزائرية التقليدية، حيث كان ينظم العلاقة بين الأفراد بالإضافة إلى تسوية النزاعات والخلافات بين الأفراد المتخاصمين، وكان المسؤول عن تربية وتنشئة الأحفاد، فلقد كان المثل الذي ينقل النماذج الثقافية بكل حيثياتها للأجيال الصاعدة أصبح اليوم يكمل حياته في دار المسنين حيث الصداقات المتأخرة، بعد ان أصابه الكبر والعجز والوهن بسبب التقدم في السن وتراجع الأداء الوظيفي لأجهزة جسمه، ضف إلى ذلك تغير مزاجه وطبعه بسبب كبر سنه. وكل هذا بسبب التحولات الاجتماعية والثقافية التي غيرت من وضع المسن في الأسرة بسبب تراجع الرعاية التي يتلقاها في وسطه الأسري مما دعا أسرهم للبحث عن وسيلة رعاية بديلة في ظل تملصهم من أداء مسؤولياتهم تجاه مسنينهم، أو حتى المسن نفسه أصبح يشعر بالحاجة إلى رعاية بديلة بعيدة عن رعاية الأبناء والأقارب تخفيفا للعبء الذي يلقيه المسن على أسرته إذ أكد بعض المسنين الذين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم أنهم إلتحقوا بدار المسنين لأنهم يشعرون أنهم يشكلون عبئ على أفراد الأسرة خاصة وفاة الزوج (ة) مما يتضح ان للشريك دور كبير في الحفاظ وتعزيز مكانة المسن في الأسرة.

إذاً هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما يؤكد حسابنا الاختبار كا² والذي قدر بـ 19.115 عند درجة حرية 4 ومستوى ثقة 5% بينما قدرت كا² الجدولية بـ 9.49 وبالتالي كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم 45: أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وعلاقته بموقفهم من الالتحاق بالدار

موقف من الالتحاق		موافق		معارض		مضطرب		لم استشار		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
2	40.0	3	60.0	0	0	0	0	0	0	05	100
2	11.8	3	17.6	12	70.6	0	0	0	0	17	100
9	6.9	37	28.2	55	42.0	30	22.9	30	22.9	131	100
13	8.5	43	28.1	67	43.8	30	19.6	30	19.6	153	100

توضح القراءة الإحصائية للمعطيات أن 43.8% من المسنين إلتحقوا بديار العجزة مضطربين مقابل 28.1% عارضوا إلتحاقهم بدار المسنين في حين صرح 19.6% من المبحوثين المقيمين بالمركز أنه لم يتم إستشارتهم من أحد أفراد الأسرة عن إلتحاقهم بدار المسنين أما 8.5% فهي تمثل نسبة المسنين الذين أبدوا موافقتهم على ترك منازلهم ووسطهم وإلتحاق للعيش بدار العجزة. ولتفسير تباين هذه النسب قمنا بإدخال متغير أهمية قرارات المسن في الوسط الأسري، فصرح 60% من المسنين أنهم عارضوا إلتحاقهم بدار المسنين رغم أنهم كانوا أصحاب القرار في الوسط الأسري حسب تصريحاتهم مقابل 40% صرحوا أنهم كانوا موافقين، بينما صرح 70.6% من المسنين المبحوثين ان إنتقالهم للإقامة بدار المسنين كان نتيجة ظروف أي مضطربين وأن أفراد الاسرة احيانا ما كانوا يلجؤون لاستشارتهم والأخذ بأرائهم وقراراتهم مقابل 11.8% موافقين على إنتقالهم للعيش بدار العجزة، كما صرح 42.0% من المسنين الذين قراراتهم متجاهلة تماما ولا تنفذ وأن إلتحاقهم بالدار كان نتيجة ظروف دفعتهم إلى ذلك (أي مضطربين) وإلا لما فكروا يوما في ترك منازلهم وأسرهم وإكمال حياتهم في دار العجزة مقابل 6.9% صرحوا أنهم موافقين.

إذن يبدو وبوضوح العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 19.047 عند درجة حرية 6 مستوى معنوية 5% بينما قدرت قيمة كا²، الجدولية بـ 12.59 وبالتالي هناك فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة. إذ يجبر تهميش المسن وقراراته في الوسط الأسري إلى التخلي عن وسطه الطبيعي والالتحاق للعيش بدار المسنين نتيجة تظافر مجموعة من الظروف والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية أين صرح 80% من المبحوثين أصحاب القرار في القرار في المنزل أنهم إلتحقوا بدار العجزة لأنهم كانوا يشعرون بأنهم عبئا على أفراد الأسرة بسبب تدهور حالتهم الصحية

علما أن المسنين المبحوثين من الجنسين والمقيمين بالدار يعانون من عدم الإستقرار الأسري (41.8% من المسنين مطلقيين و28.1% هم عزاب و22.2% هم أرامل في حين 7.8% هم المتزوجين) كما ان أغلب المبحوثين يقيمون في المنزل العائلي مع الإخوة (سواء إناث او ذكورا) المتزوجين والعزاب والتساؤل المطروح هنا هل ستعمل زوجة الأخ أو الأخت إن وجدوا في المنزل العائلي على خدمة هذا المسن الذي يعاني من مشاكل صحية تستدعي عناية صحية مكثفة قد تؤدي به أحيانا إلى عجز حركي يضطره لملازمة الفراش إلا أن وجود شريك(ة) يجعل من مهمة الإعتناء والرعاية أمرا ضروريا، أما العزاب وبعض الأرامل والمطلقين فكثيرا ما كانوا يرددون عبارة " لو كان عرفت الزمان يدور عليا لكان عاودت بنيت حياتي " مما يدل على تأسفهم وتحسرههم وندمهم على قرارات أتخذت في حياتهم جعلتهم يدفعون ثمنها في نهاية حياتهم وفي كبرهم وعجزهم خاصة وأن المسنين في هذه المرحلة العمرية يحتاجون إلى العطف والحنان والرعاية أكثر من إحتياجهم للأكل والشرب والكساء، كما صرح 47.1% من المسنين الذين يتم إستشارتهم أحيانا من طرف أفراد أسرهم أن إلتحاقهم بدار العجزة كان نتيجة تدهور حالتهم الصحية وفي المقابل عدم توفر الرعاية المرجوة من الوسط الأسري، (انظر معطيات الجدول التديعي رقم (5) في الملحق رقم (1)) في حين صرح 57.3% من المبحوثين الذين يتم تجاهل قراراتهم دائما أن سبب إلتحاقهم بدار العجزة كان ماديا محظ لاسيما مشاكل الميراث والمسكن، فكثيرا ما كان يتحايل الأخوة على الأخوات المسنات اللاتي لم تأسسن أسرا أو المطلقات أو الأرامل والاستيلاء على المال والمسكن بعد وفاة الوالدين وإلحاقهن بدور العجزة إذ صرح 87.6% من المبحوثين أنهم كانوا يشعرون أنهم عبئا على أفراد أسرهم وإنتابهم هذا الشعور بعد وفاة والديهم، مما يدل أن وجود الشريك والوالدين من شأنه أن يعزز مكانة وبالتالي قرارات وأدوار المسنين في الوسط الأسري، هذا عن مكانة المسنين في الوسط الأسري.

أما عن رضا المسنين عن حياتهم في دار العجزة فالنتائج المتحصل عليها قمنا بتدوينها في الجدول الموالي.

الجدول رقم 46: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بتلقيهم زيارات

المجموع		لا		نعم		تلقي الزيارات أهمية قرارات المسن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	05	20.0	1	80.0	4	أنا صاحب القرار
100	17	17.6	3	82.4	14	استشار أحيانا
100	131	84.0	110	16.0	21	قراراتي متجاهلة تماما
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

تبين بيانات هذا الجدول أن أغلبية المسنين المقيمين بدار المسنين لا يتلقون الزيارات، وهذا بالنسبة 74.5% مقابل 25.5% يتلقون الزيارات من طرف أقاربهم وأسرهم. وعند إدخال متغير أهمية قرارات المسنين لاحظنا أن فئة المسنين الذين يتجاهلون قراراتهم دائما في الوسط الأسري قد حافظت على الإتجاه العام للجدول، إذ صرح 84% (110 مبحوثين) من المسنين أنه لا توجد صلة بينهم وبين ذوهم حتى من خلال الزيارات (وتجدر الإشارة إن هناك بعض المسنين الذين يرفضون زيارات أو حتى لقاء أحد من أهاليهم هذا ما لم يصرح به أحد من المسنين وإنما أكد المعلومة عمال المركز) في حين صرح 82.4% (وهم 14 مسن فقط) من المسنين الذين يستشارون أحيانا أنهم يتلقون الزيارات كما صرح 80.0% (وعدددهم 4 مسنين فقط) من فئة المسنين الذين كانوا أصحاب القرار في المنزل أنهم يتلقون الزيارات من طرف أسرهم وأقاربهم.

ويمكن أن نفسر هذا بالعلاقات التي كانت تربط المسنين مع أفراد أسرهم فكلما ساءت علاقتهم تملص أفراد الأسرة من أداء واجباتهم ومسئولياتهم إتجاه المسنين المقيمين بالمركز على غرار الزيارات أو حتى إستقبالهم بالمنزل في الأفراح والمناسبات. هذا بالإضافة إلى أن الفئة من المسنين الذين تتجاهلون قراراتهم في الأسرة تم إلتحاقهم بدار العجزة بقرار عائلي، ودون إستشارتهم في كثير من الأحيان حسب تصريحات المسنين المبحوثين عكس الفئتين الأخرتين اللتين صرحتا أن علاقتهم حسنة ومحدودة مع أفراد أسرهم كما أن إلتحاقهم بالمركز كان بقرار شخصي أو فردي بسبب ظروف قاهرة إضطرتهم لإتخاذ هذا القرار.

إذا" تهميش المسن في الوسط الأسري سببا من أسباب إلتحاقه بدور المسنين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 2 أين كانت قيمة كا² المحسوبة 42,936 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 5.99 مما يبدو وبوضوح أن هناك فروق جوهرية وبالتالي

نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية الجدولية ونقول أن هناك علاقة بين مكانة المسن في الوسط الأسري من خلال قراراته وإلتحاقه بدار العجزة. وللتعمق أكثر في الحالة النفسية والوجدانية للمبحوثين قمنا بسؤالهم عن الشعور الذي ينتابهم بعد تلقي الزيارة من طرف أهاليهم وعددهم 39 مسن فقط من أصل مجتمع البحث المقدر بـ 153 مبحوث وقمنا بتدوين نتائج البحث في الجدول الموالي.

الجدول رقم 47: علاقة أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري بشعورهم بعد الزيارات

المجموع		الفرح والسعادة		لا شيء		القهر والتحسر		الشعور بعد الزيارات أهمية قرارات المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	4	25.0	1	50.0	2	25.0	1	أنا صاحب القرار
100	14	14.3	2	64.3	9	214	3	استشار أحيانا
100	21	23.8	5	9.5	2	66.7	14	قراراتي متجاهلة تماما
100	39	20.5	8	33.3	13	46.2	18	المجموع

يتجه الإتجاه العام لهذا الجدول نحو المسنين الذين يشعرون بالقهر والتحسر بعد تلقيهم زيارة من طرف أقاربهم وأهاليهم وهذا بالنسبة 46.2% مقابل 33.3% لا يشعرون بشيء في حين يشعر 20.5% بالفرح والسعادة بعد الزيارة.

ولمعرفة الأسباب الكامنة وراء تباين هذه النسب قمنا بإدخال متغير أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري فصرح 50.0% من المسنين الذين كانوا يتخذون القرارات في الأسرة أنهم لا يشعرون بشيء كما صرح 64.3% من المسنين الذين كانوا يستشارون أحيانا من طرف أفراد الأسرة بنفس التصريح وهو أنهم لا يشعرون بشيء، ولهذه العبارة دلالة سوسيولوجية كبيرة وهي أن البناء الأسري متصدع كثيرا ولقد ساهم هذا الأخير في تجريد هؤلاء المسنين من المشاعر والأحاسيس، ولقد كانوا يعبرون بالصريح العبارة "قلبي طاب" خاصة المسنات كان يبدو عليهن القهر والمرارة والدهشة... في حين صرح 66.7% من المسنين الذين لا تؤخذ ولا تنفذ قراراتهم من طرف أفراد أسرهم أنهم يشعرون بالقهر والتحسر بعد كل زيارة.

وما لفت إنتباهي آنذاك هو طريقة إجابة بعضهم وملامح وجوههم التي كانت أكثر تعبيراً من كلماتهم وحتى نبرة صوتهم التي كانت تحمل الكثير من المآسي وتتهدهم في كل مرة وغالبا مكانة دموعهم تغلب تصريحاتهم خاصة فئة النساء وهن ترددن عبارة "يا شاري داله"، وهم يتمنون أن

يعيش المتسبب في وصولهم إلى دار العجزة نفس وضعيتهم وتجربتهم فالكثير من المسنات خاصة أدخلن إلى هناك من طرف الأخوة بحجة أنها إقامة مؤقتة ثم يتم إسترجاعهن ولكن طال إنتظارهن دون جدوى حسب تصريحاتهن.

إذن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 12,5 عند درجة حرية 4 ومستوى ثقة 5% في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 9,49 إذن هناك فروق وبالتالي نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين متغيري أهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري وشعور المسنين المبحوثين والمقيمين بدار العجزة بعد تلقيهم الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم.

2- إختبار تأثير سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية على إلتحاقهم بدور المسنين

الجدول رقم 48: تأثير سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية على علاقتهم بأفراد أسرهم

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الاسرة الخلافات الاسرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	0	0	37.5	3	12.5	1	50.0	4	أفرض سلطتي وأوقف الخلافات
100	24	12.5	3	20.3	5	50.0	12	16.7	4	أتدخل عند الضرورة
100	121	64.5	78	27.3	33	8.3	10	0	0	لا أتدخل أبدا
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن إتجاهه العام هو نحو المبحوثين الذين صرحوا أن علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم، وهذا بنسبة 52.9% تمثلها أكبر نسبة المسنين الذين صرحوا أنهم لا يتدخلون في حل المشاكل والنزاعات الأسرية وإنما يكتفون بالمراقبة أو الإنصراف إلى مكان آخر، وهذا بنسبة 64.5% بالمقارنة مع 12.5% من المسنين صرحوا أنهم يتدخلون عند الضرورة فقط في المقابل صرح 5.2% من المسنين أن علاقتهم حسنة مع أسرهم تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين التي كانت تفرض سلطتها وتوقف النزاعات في الوسط الأسري وهذا بنسبة 50% مقارنة بـ 16.7% تتدخل عند الضرورة فقط.

إذاً "نلاحظ وبوضوح ان هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما أسفرت عنه نتائج حسابنا لإختبار كا² إذ قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 81.597 عند درجة حرية 6 ومستوى ثقة 5% بينما

قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 12.59 مما يدل على وجود فروق جوهرية ومنه نقبل الفرضية البديلة والقائلة أن هناك بين دور المسن في حل الخلافات والنزاعات الأسرية ونمط العلاقة السائد بين المسنين وأفراد أسرهم.

لذا كلما تراجع وتقهقر دورهم في حل النزاعات والمناوشات التي كانت تحدث في محيطهم، ساءت العلاقة بين المسن وأفراد أسرته ويمكن أن نفسر هذا بتراخي وتراجع سلطة المسن في الأسرة نتيجة تغير أساليب الأباء في التعامل مع الأبناء بسبب العديد من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي عرفها المجتمع، والتي تركت تأثيرات كثيرة على الوحدات الاجتماعية الأساسية خاصة على البناء الأسري، والذي إنعكس على مراكز وأدوار أفرادها عامة والمسنين خاصة كنتيجة حتمية للتحضر والتطور والتغير الاجتماعي الذي عرفه مجتمعنا، وما خلفه من تغير في القيم والعادات والتقاليد، هذا ما أفرز وظائف جديدة للمسنين وأكسبهم مراكز جديدة مختلفة عن المراكز والمكانات التي ألفوها في نمط الأسرة الممتدة التي لا نجد آثارها وبقاياها سوى في المجتمعات الريفية.

وتجدر الإشارة أن التغيير الذي عرفته الأسرة الجزائرية مس كذلك مراكز الأم والأبناء إذ يرى البروفيسور مصطفى بوتقنوش أن الأم في البنية الاقتصادية المنزلية التقليدية تلعب دورا أكثر إنعزالا من الأب، فلم تكن تلعب أي دور إقتصادي أو دور خاص بالمقام الاجتماعي في حين "الأم في العائلة المبسطة الزوجية، تمتاز بوضعية إقتصادية مهمة أكثر إذ تشتغل في إدارة ما وتأتي بموارد مالية إلى البيت، وإذ لم تقم بأي واحد من الدورين فأنها تسير الميزانية العائلية أكثر فأكثر، لهذا فدورها الاقتصادي أعظم كما أن مكانتها العائلية مطبوعة أكثر، إما بمستواها الثقافي أو بمشاركتها في إتخاذ القرارات المتعلقة بمصير العائلة".¹

في حين إستمد الأبناء مكانتهم الجديدة من خلال مستواهم التعليمي الذي عادة ما يفوق المستوى التعليمي لأبائهم، مما يؤهلهم لشغل مراكز مهنية عالية تكسبهم مداخيل جيدة تجعلهم يشاركون آبائهم في سلطتهم، فيصبح الأب في تعاملاته مع أبنائه أكثر تفهما وتسامحا فيتحول من أب تسلطي إلى أب ديمقراطي على حد تعبير البروفيسور مصطفى بوتقنوش قائلا: "تحول الأب

¹ مصطفى بوتقنوش: العائلة الجزائرية، مرجع سابق، ص 260

الجزائري من سيطرة العائلة إلى أن أصبح في وضع يتميز بعدالة أكبر وتساوي أكبر مع أبنائه وتحول من رئيس تسلطي إلى رئيس ديمقراطي مدفوع في نفس الوقت من الأحداث الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الخارجة عن عائلته، كما تأثر بالوضع الجديد الذي بلغه أبنائه الأكبر...¹ إذاً تلعب العلاقة الأسرية دوراً كبيراً في اتخاذ القرارات في المنزل.

الجدول رقم 49: سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وتأثيرها على كيفية إلتحاقهم بالدار

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الالتحاق بالدار الخلافات الأسرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	0	0	12.5	1	87.5	7	أفرض سلطتي وأوقف الخلافات
100	24	8.3	2	20.8	5	70.8	17	أنتدخ عند الضرورة
100	121	19.0	23	43.0	52	38.0	46	لا أنتدخ أبداً
100	153	16.3	25	37.9	58	45.8	70	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول إلى أن المسنين المبحوثين التحقوا بدار العجزة بمفردهم وهذا بالنسبة 45.8% مقابل 37.9% التحقوا عن طريق العائلة بينما إلتحق 16.3% من المسنين بالدار عن طريق الشرطة، والتي عادة ما كانت تجدهم يجولون الشوارع أو يفترشون الأرض في الأماكن والساحات العمومية فتقوم بإحضارهم وإلحاقهم بدار المسنين. وللبحث عن أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير دور المسنين في حل النزاعات والخلافات التي كانت تحدث في الأسرة، فأتضح أن هناك علاقة بين دور وقرار المسن في حل الخلافات والنزاعات الأسرية وكيفية التحاقه بالمركز بحيث كلما كان للمسن مركز ومكانة وقرار في الأسرة كلما كان التحاقه بالمركز بمفرده إذ صرح 87.5% من المسنين الذين كانوا يوقفون الخلافات بين أفراد أسرهم ببسط سلطتهم أنهم التحقوا إلى المركز بمفردهم كما صرح 70.8% من المسنين الذين يتجنبون التدخل في حل المشاكل وإنما يتدخلون عند الضرورة فقط أي عندما يصل الوضع حسب تصريحاتهم إلى العنف البدني، أن إلتحاقهم بدار العجزة كان بمفردهم كذلك بينما صرح 43.0% من المسنين أنهم لا يتدخلون أبداً في حل المشاكل التي كانت تحدث في وسطهم الأسري وأن إلتحاقهم بدار العجزة كان عن طريق العائلة، إذا يظهر وبوضوح العلاقة بين تهميش المسن في الأسرة وإلتحاقه بدار المسنين

¹ نفس المرجع، صفحه 256

إذ صرح 121 مسن من أصل مجتمع الدراسة المقدر بـ 153 مسن لا يتدخلون في حل أي مشكل مهما كانت حدته في الوسط الأسري هذا بالإضافة إلى أن الأسرة هي من قامت بأخذه وإحاقه بالدار. وهذا ما يؤكد حسابنا لاختبار كا² اين قدرت كا² المحسوبة بـ 14,734 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 4 في المقابل قدرت كا² الجدولية بـ 9.49 ومنه كا² المحسوبة أكبر من الجدولية وبالتالي نقبل الفرضية البديلة.

ويمكن أن نفسر هذه المعطيات بتدهور وتهميش مكانة المسن في الوسط الأسري حيث تستمد هذه المكانة من عدة اعتبارات منها الوضعية الأسرية أغلب المبحوثين يعانون من عدم الاستقرار الأسري فهم يتوزعون بين المطلقين 41.8% والعزاب 28.1% وأغلبهم لا يملكون أبناء (51%) وبالتالي نسبة كبيرة تقدر بـ 43.1% يقيمون مع الأخوة في المنزل العائلي إما بسبب الطلاق أو الترمل أو لأنهم لم يتزوجوا ولم يؤسسوا أسرا (سواء كانوا ذكورا أو إناثا أي مسنين أو مسنات)، ومع تقدم العمر وتدهور الحالة الصحية يصبح يشكل هذا المسن(ة) عبئا على أفراد الأسرة خاصة إذا صاحبه ضعف في الوضعية الاقتصادية إذ صرحت 66% من المبحوثات أنه تم اصطحابهن من طرف العائلة للإقامة بمركز العجزة في حين صرح 55% من المبحوثين أنهم حضروا بمفردهم إلى المركز بسبب تدهور حالتهم الصحية ولم يجدوا من يقوم على رعايتهم لأنهم فشلوا في تأسيس أسرة كما أن بعضهم يعانون من تدهور الوضعية المادية لأنهم توقفوا عن العمل مع تقدم العمر وتدهور حالتهم الصحية فإنتابهم إحساس أنهم يشكلون عبئا على أفراد الأسرة فقرروا الالتحاق بالمركز في ظل غياب التضامن والتكافل الاجتماعي لم يجد المسنين من يعارض التحاقهم بالدار وفي هذا الصدد تقول عبير عباس " عادة ما يعيش المسن تحت تأثير الخوف من إنتزاعه من بيته، وقد يعمل الأهل أو الجيران على إيداعه في إحدى دور المسنين بدافع القلق على حالته والرغبة في مساعدته، مع هذا قد تكون أحيانا رغبة خفية في التخلص من المسن للإستحواذ على مسكنه أو لأن رعايته والتكفل به يشكل عبئا ثقيلًا على الآخرين"¹.

¹ عبير عباس: مرجع سابق، ص 206

الجدول رقم 50: سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وعلاقتها بقرار إلتحاقهم بدور العجزة

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي		قرار الالتحاق بالمركز الخلافات الاسرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	0	0	12.5	1	87.5	7	أفرض سلطتي وأوقف الخلافات
100	24	16.7	4	29.2	7	54.2	13	أتدخل عند الضرورة
100	121	11.6	14	55.4	67	33.1	40	لا أتدخل أبدا
100	153	11.8	18	49	75	39.2	60	المجموع

يتبين من خلال قراءة معطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين دور المسنين في حل النزاعات الأسرية وقرار إلتحاقهم بدور العجزة، أن إلتحاق الكثير من المسنين بدار العجزة كان بقرار عائلي وهذا بنسبة 49% مقابل 39.2% إلتحقوا بقرار شخصي بينما إشتراك 11.8% من المسنين مع أفراد أسرهم في قرار الالتحاق بالدار.

وفي إطار البحث عن أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير دور المسنين في حل الخلافات والنزاعات التي كانت تحدث بين أفراد الأسرة، فتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين إذ صرح 87.5% من المسنين الذين يفرضون سلطاتهم ويعملون على إيقاف النزاعات أن قرار إلتحاقهم بمركز المسنين كان شخصيا مقارنة بـ 12.5% صرحوا أن قرار إلتحاقهم كان عائليا، بينما صرح 54.2% من المسنين أنهم لا يتدخلون في حل الخلافات والنزاعات الأسرية إلا إذا اقتضت الضرورة وإشتدت النزاعات وأن قرار إلتحاقهم بالمركز كان فرديا مقارنة بـ 16.7% كان قرار إلتحاقهم مشتركا، أما 55.4% فهي تمثل نسبة المسنين الذين لا يتدخلون أبدا في حل الخلافات حسب تصريحاتهم وإنما يكتفون بالمراقبة أو الانصراف وكان إلتحاقهم بدار المسنين بقرار عائلي مقارنة بـ 11.6% إلتحقوا بقرار مشترك.

إذاً يظهر وبوضوح تأثير قرارات ومكانة المسنين على إلتحاقهم بدار العجزة إذ كلما تراجعت مكانة ومركز المسنين في الوسط الأسري إرتفع إحتمال إلتحاقهم بدار المسنين وبقرار من أسرهم وعند سؤالهم لماذا لا تتدخلون فكانت تصريحات أغلب المسنين تنصب في " راني نشري العافية " أو " ولا أحد سيسمع مني " أي أن المسن أصبح لا يشعر بانتمائه وفقد كيانه بالوسط الأسري بدليل صرح 68% من المسنين أنهم لا يعبرون عن رأيهم في الأسرة بحرية لأنهم فقدوا سلطتهم الأسرية

بفقدانهم لسلطاتهم الاقتصادية بعد إحالتهم على التقاعد ولعدم إحتكامهم على دخل جيد ما أفقدهم دورهم كمولين إقتصاديين رئيسيين في الأسرة مما أضعف سلطتهم ومكانتهم في الوسط الاسري وكل هذا جعلهم يتجنبون التدخل في حل المشاكل والنزاعات الأسرية وإنما يكتفون بالتدخل عند الضرورة فقط وهي حال نشوب مشاكل وصراعات قد تولد عنف بدني يستوجب تدخل مستعجل، وكل هذا يخلق لدى المسن شعور بالمرارة وعدم النفع ما قد يؤدي ببعضهم إلى الانسحاب من النسق الأسري كفاعلين فيه والالتحاق بدار المسنين أين هي بداية النهاية. وعن موقف المسنين من الالتحاق بدار العجزة سنحاول التطرق إليها من خلال بيانات الجدول الموالي.

الجدول رقم 51: سلطة المسنين في حل الخلافات الاسرية وتأثيرها على موقفهم من الالتحاق بالمركز

الموقف من الالتحاق بالمركز		موافق		معارض		مضطر		لم استشار		المجموع	
الخلافات الأسرية		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
أفرض سلطتي وأوقف الخلافات		25.0	2	50.0	4	25.0	2	0	0	100	8
أتدخل عند الضرورة		16.7	4	16.7	4	58.3	14	8.3	2	100	24
لا أتدخل أبدا		5.8	7	28.9	35	42.1	51	23.1	28	100	121
المجموع		8.5	13	50.0	43	43.8	67	19.6	30	100	153

يتضح من خلال الاتجاه العام لهذا الجدول أن المسنين التحقوا بدار العجزة مضطرين أي بسبب ظروف اقتصادية واجتماعية وثقافية وهذا بنسبة 43.8% مقابل 28.1% عارضوا التحاقهم بالمركز في حين تمثل 19.6% نسبة المسنين الذين لم يستشاروا عن التحاقهم بدور المسنين بينما أبدى 8.5% تأييدهم وموافقتهم على الانتقال للعيش بدار المسنين.

ولمعرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال دور المسنين في حل الخلافات والنزاعات والمشاكل الأسرية فصرح 50% من المبحوثين الذين يفرضون سلطتهم ويوقفون الخلافات التي كانت تحدث في وسطهم الأسري أنهم عارضوا التحاقهم بمركز المسنين وإنما التحقوا بهدف تلقي العلاج في ظل غياب الرعاية المرجوة من طرف أفراد الأسرة وأنهم هم من قاموا بإقناعهم للالتحاق بدار العجزة بهدف تلقي العلاج خاصة وأن أفراد هذه الفئة يتوزعون بين العزاب والأرامل (22.2 أرامل) و(28.1 عزاب) و100% هم من جنس الذكور في حين صرح 58.3% من المسنين الذين يتدخلون عند الضرورة فقط لحل المشاكل الأسرية أنهم التحقوا بالمركز مضطرين أو مجبرين

على ذلك لأنهم يعانون من مشاكل مادية كثيرة وعلى رأسها غياب المسكن أين صرح 66.7% منهم أنهم لا يملكون مسكناً وأغلبهم فشلوا في بناء أسرة (أي مطلّقين) ويقيمون في المنزل العائلي مع الإخوة المتزوجين والذين لديهم أولاد هم الآخريين متزوجين مما يؤدي إلى نشوب الكثير من المشاكل والصراعات عن المصاريف المنزلية وعن الأعمال المنزلية، وعمامة إشتكى المبحوثين كثيراً من عدم الاستقرار والافتقار للهدوء والسكينة وحتى للقبولة بسبب كل تلك المشاكل والمناوشات التي كانوا يعيشونها في الوسط الأسري رغم ذلك كانوا معارضين قرار التحاقهم بدار المسنين إذ أكد الكثير من المقيمين بالمركز أن مشكلتهم في تأمين السكن مصرحين قائلين "مشكلتي السكنة لو كان يعطولي السكنة من غدوة نخرج واللّمة سهلة واحد ما مات بالجوع الرزاق ربي".

كما صرح 42.1% من المسنين الذين لا يتدخلون أبداً مهما كان حجم المشكل الذي يحدث في الأسرة وإن التحاقهم بدار المسنين كان نتيجة ظروف قاهرة أجبرتهم واضطرتهم لذلك على رأسها الظروف المالية حيث صرح 57.9% من مبحوثي هذه الفئة أنهم لا يملكون منحة تقاعد ولا مصدر دخل إما لأنهن مسنات لم تشتغلن أبداً أم لأنهم مسنين اشتغلوا طيلة فترتهم الإنتاجية دون تأمين ما جعلهم يقعون في شباك العوز والإحتياج في شيخوختهم ومما زاد الوضع سوءاً هو عدم ملكهم لمسكن وإنما 69.4% كانوا يقيمون في مسكن ملك للعائلة كما أن وضعيتهم العائلية غير مستقرة 44.6% مطلّقين. من هنا يظهر وبوضوح أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما أسفرت عليه نتائج حسابنا لإختبار كا² أين قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 13.781 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 6 حين كانت قيمة كا² الجدولية تقدر بـ 12.59 ومنه كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة.

إذاً هناك تراجع وتدهور في مكانة ودور المسنين وتهميشهم في الوسط الأسري بتراجع وضعيتهم المالية والصحية وهي المعايير الجديدة لتقييم الأشخاص والتي أفرزها التغير الاجتماعي وتغير المبادئ والقيم والمعايير التي يسير عليها المجتمع كنتيجة للتحضر والتطور التكنولوجي والتي تعتبر بمثابة ضريبة يدفعها المسنين لمواكبة هذا العصر.

الجدول رقم 52: علاقة سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية بتلقي الزيارات بالمركز

المجموع		لا		نعم		تلقي الزيارات الخلافات الأسرية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	12.5	1	87.5	7	أفرض سلطتي وأوقف الخلافات
100	24	41.7	10	58.3	14	أتدخل عند الضرورة
100	121	85.1	103	14.9	18	لا أتدخل أبدا
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

توضح القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول المسنين لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم أو أقاربهم، وهذا بنسبة 74.5% مقابل 25.5% يتلقون الزيارات.

وقمنا بإدخال متغير دور المسن في حل النزاعات والمشاكل الأسرية لمعرفة تأثير هذا الأخير على تلقي الزيارات، فتبين لنا أنه كلما كانت المكانة التي يتمتع بها المسن ضمن أسرته مهمة كان إقبال أفراد أسرته على زيارته كبيرا والعكس صحيح تتناقص وتتضاءل الزيارات التي يتلقاها المسن كلما كان دوره ومكانته متواضعة في الأسرة حيث تم قياس المكانة بسلطة المسنين في حل النزاعات والخلافات الأسرية حيث صرح 87.5% من المسنين الذين يفرضون سلطتهم ويوقعون النزاعات أنهم يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم مقابل 12.5% فقط لا يتلقون الزيارات كما صرح 58.3% من المسنين الذين يتدخلون عند الضرورة فقط أنهم يتلقون الزيارات بينما صرح 85.1% من المسنين الذين لا يتدخلون في حل المشاكل الأسرية مهما كانت حدتها أنهم لا يتلقون أبدا الزيارات من أي أحد من أفراد الأسرة مقابل 14.9% فقط من صرحوا أنهم يتلقون الزيارات.

وبالتالي هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما تبينه نتائج حسابنا لاختبار كا² اين قدرت قيمه كا² المحسوبة بـ 37.005 عند مستوى ثقة 5% ودرجة حرية 2 بينما قدرت قيمه كا² الجدولية بـ 5.99 مما يدل أن هناك فروق جوهرية تجعلنا نقبل الفرضية البديلة ونقول أن هناك علاقة بين دور المسن في حل المشاكل والنزاعات الأسرية وتلقيه الزيارات من طرف الأسرة.

ويمكن أن نفسر هذا بالتغير الاجتماعي وما أفرزه من تغير في القيم والعادات والتقاليد وانتشار الأنانية والفردانية وسيطرت النظرة النفعية على المجتمع عامة والأسرة خاصة فأصبح الابناء ينشغلون بأمور الحياة وبأسرهم الصغيرة، ويرون في أوليائهم الذين سهرروا على راحتهم عثرة تحول دون تقدمهم إلى الأمام خاصة في ظل إرتفاع المستوى التعليمي للمحيط الأسري دون إستثناء الأب

والأم وحتى الأبناء وبالتالي تغير في الأدوار والمكانات، فأصبحت المرأة ترى في خروجها للعمل حق لها لأن لها مؤهلات وأن الأسرة أصبحت في ظل غلاء المعيشة في حاجة ماسة لمساهمتها الاقتصادية مما يولد تصادم بين أفكار المسنين الذين عاشوا وعاشوا حقبة تاريخية معينة وجيل اليوم الذي إكتسب تنشئة إجتماعية وقيم وأفكار جديدة باعتباره نشأ في بيئة مغايرة عن البيئة التي نشأ فيها أباه أو جده ويؤدي هذا الصراع إلى إنسحاب إحدى الأطراف إما إراديا أو لإراديا ليكمل حياته في بيئة هي الأخرى مغايرة عن البيئة التي أُلها فما مدى تأثير هذه التغيرات على حالة المسنين النفسية والبدنية، وهو في مرحلة يحتاج فيها إلى الاستقرار والسكينة والمودة والرحمة؟

إستنتاج الفرضية الأولى:

قمنا في هذ الفصل باختبار الفرضية الأولى وهي مكانة المسنين في الوسط الأسري وتأثيره على التحاقهم بدور المسنين، وذلك من خلال تحديد أبعاد هذه الفرضية والتي تم تفكيكها فيما بعد إلى مؤشرات حيث تمثل البعد الأول في المركز الاجتماعي للمسنين والذي قمنا بالإستدلال به عن طريق مؤشرات تمثلت في المستوى التعليمي والمكانة السوسيو- مهنية للمسنين والذي عملنا على ربطه بعدة مؤشرات خاصة بالمتغير التابع كعلاقة المسنين بالوسط الأسري وكيفية إلتحاقهم بالدار، قرار إلتحاقهم وموقفهم من الإلتحاق بدار العجزة ومدى إستقرارهم بالدار وعلاقتهم بأفراد أسرهم من خلال تلقيهم الزيارات.

*في البداية قمنا بالبحث عن علاقة المستوى التعليمي للمبحوثين وتأثيره على علاقة المسنين بأفراد أسرهم والتي توصلنا من خلال هذه العلاقة الارتباطية أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمسنين ساءت علاقتهم مع أفراد أسرهم وهذا بنسبة 48.5% بالنسبة للأمين في حين تتغير علاقة المسنين مع الوسط الأسري كلما ارتفع مستواهم التعليمي لتصبح محدودة بنسبة 100% بالنسبة للمسنين الحاملين لمستوى تعليمي ثانوي وجامعي.

*وللتعمق أكثر في العوامل المؤثرة في إلتحاق المسنين بدور الرعاية قمنا بالبحث من خلال هذه العلاقة الارتباطية المتمثلة في تأثير المستوى التعليمي للمسنين وكيفية التحاقهم بالمركز فنتبين أنه كلما انخفض مستواهم التعليمي كان التحاقهم عن طريق أفراد أسرهم وبقرار من أسرهم وهذا بنسبة 58% من الأميين.

* لم يؤثر المستوى التعليمي للمبحوثين على موقفهم من الالتحاق بالدار إذ مهما كان مستواهم التعليمي فإن التحاقهم بالدار كان نتيجة ظروف اقتصادية واجتماعية اضطرتهم لذلك وهذا بنسبة 38% أميين و100% ثانويين وجامعيين. وقمنا باضافة بعض المؤشرات والتي حاولنا من خلالها معرفة مدى تلقي المسنين الزيارات بالمركز فأتضح أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين إرتفع إحتمال تلقيهم الزيارات من طرف أفراد أسرهم وهذا بنسبة 100% بالنسبة للمسنين الحاصلين على مستوى تعليمي ثانوي وجامعي في لا تقوم الاسر بزيارة المسنين الاميين والحاملين لمستوى تعليمي ابتدائي وهذا حسب النسب 75%، 78%.

* ومن أجل التعمق أكثر في الموضوع قمنا بربط مؤشرات المكانة السوسيو- مهنية للمسنين بمؤشرات المتغير التابع والذي إفتتحناه بتأثير نوع المهنة على علاقة المسنين بأفراد أسرهم والذي أظهر وبوضوح أهمية المهنة على استقرار علاقات المسنين بالوسط الأسري إذ أن المبحوثين الذين كانوا يشغلون مناصب عليا هم الأكثر حظا في العلاقات المستقرة نوعا ما وهذا بنسبة 80% من الاطارات علاقاتهم محدودة، والعكس تسوء علاقات المسنين بأفراد أسرهم كلما كان المسن يشغل منصبا بسيطا أو بطالا وهذا بنسبة 67.4% بطالين و50% يشغون منصبا بسيطا.

* تبين لنا تأثير نوع المهنة على قرار انتقال المبحوثين للإقامة بالمركز إذ كلما ارتفعت المكانة السوسيو- مهنية للمسنين أرتفعت مكانتهم في الأسرة وتعززت قراراتهم والعكس كلما كان المسن يشغل منصبا بسيطا كان قرار إنتقاله لدار المسنين عائليا وهذا بنسبة بنسبة 61%.

* أسفرت نتائج العلاقة الإرتباطية بين نوع المهنة وموقفهم من الالتحاق للعيش بالدار على نتيجة مهمة أنه كلما كان المسن يعاني من التبعية المالية ارتفع احتمال الحاقه بدار المسنين دون استشارته وهذا بنسبة 41% تبين من خلال محاولة معرفة تأثير نوع المهنة مع مدى تلقي المسنين الزيارات ان هناك علاقة طردية إذ كلما كانت وظيفة المسنين بسيطة تراجعت أو إنعدمت جسور التواصل بين المسنين وأفراد أسرهم هذا بنسبة 85%.

* وإرتأينا من خلال البعد الثاني دراسة مكانة المسنين بناء على عامل السلطة وهذا لمعرفة تأثيرها على تهميش مكانة المسنين بالوسط الأسري ومنه إلتحاقه بالمركزو لأجل ذلك قمنا بربط مؤشر أهمية قرارات المسنين بعلاقتهم مع أفراد اسرهم والتي أفرزت علاقة مفادها أن قرارات

المسنين في الوسط الأسري مقرونة بنمط العلاقة بينهما إذ كلما كانت علاقتهم حسنة كانت قراراتهم مستجابة وهذا بنسبة 60% والعكس يتم تجاهل قرارات المسنين كلما كانت علاقتهم سيئة، ويتم انتقال المسنين للإقامة بالمركز بقرار فردي كلما كان المسن صاحب قرار في الأسرة وهذا بنسبة 80% في المقابل يكون التحاقهم بقرار عائلي كلما كانت قراراته متجاهلة تماما في الوسط الأسري هذا بنسبة 57.0% ويمكن للمسن أن يعارض إنتقاله للدار 60% كلما كان صاحب القرار في الأسرة، ولق كان لأهمية قرارات المسنين في الوسط الأسري تأثيرا بحيث تتعدم وتتقلص الزيارات بتراجع قرارات المسنين في الوسط الأسري وهذا بنسبة 74.5%.

* ومن أجل التحليل المعمق قمنا بربط مؤشر آخر وهو دور المسنين في حل الخلافات التي كانت تحدث في الوسط الأسري وتأثيرها على إلتحاقهم بالمركز حيث بينت نتائج العلاقة الارتباطية بين الخلافات الأسرية بعلاقة المسنين بأفراد أسرهم أنه كلما تراجع دور المسنين في حل الخلافات والنزاعات الأسرية ساءت العلاقة بين المسنين وأسرهم بنسبة 64.5%. وأتضح أن قرار الإلتحاق بالدار مرتبط بتراجع وتقهر مكانة ومركز المسنين في الوسط الأسري بحيث يرتفع احتمال إلتحاق المسنين بالمركز بقرار عائلي كلما لم كان غائبا ومتملصا عن حل الخلافات الأسرية بنسبة 55.4%، لقد أفرزت العلاقة الإرتباطية بين سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية وتلقي الزيارات نتيجة أنه كلما كانت سلطة المسنين في حل الخلافات الأسرية في الوسط الأسري ضعيفة ودون فعالية تتضاءل أو تتعدم الزيارات بالمركز من طرف الاسرة وهذا بنسبة 85% مما يؤكد على العلاقات النفعية التي أصبحت تغزو كل المعاملات الاجتماعية بين جميع فئات المجتمع لتطول الآن فئة المسنين التي تستحق كل التقدير والإهتمام نظير ما قدمته ولتزال تقدمه من خدمات وتجارب. ويمكن القول من خلال هذه النتائج أن تهميش مكانة ودور المسن في الوسط الأسري يؤثر في إلتحاقه بدور العجزة كبدايل عن الأسر.

الفصل السابع : دراسة المستوى المعيشي للمسنين من خلال الدخل ومستويات الانفاق

تمهيد

المبحث الأول: تأثير الدخل ومصادره على التحاق المسنين بدور العجزة.....299

1- تأثير قيمة الدخل الشهري للمسنين على التحاقهم بدور العجزة299

2- تأثير مصادر دخل المسنين على التحاقهم بدور العجزة.....308

المبحث الثاني: اختبار تأثير الإعاقة ومستويات إنفاق المسنين على التحاقهم بدورالعجزة...316

1- تأثير مصدر الإعاقة في الأسرة على التحاق المسنين بدور العجزة.....316

2- تأثير الإدخار والإستدانة على التحاقهم بدور المسنين.....325

إستنتاج الفرضية الثانية.....333

تمهيد:

الفرضية الثانية : لإنخفاض المستوى المعيشي للمسنين تأثير على إلتحاقهم بدور العجزة

يعتبر المستوى المعيشي للمسنين من أهم المحددات التي يمكن من خلالها معرفة الوضعية المادية الحقيقية للمسنين المبحوثين، أي هل هم يعانون من التبعية الاقتصادية أم لا؟ وما تأثير ذلك على إلتحاق المسنين بدور العجزة.ولهذا الغرض سنحاول إختبار هذا المتغير من خلال بعدي الدخل ومصادر الإعالة ومستويات إنفاق المبحوثين بغرض تحديد مستواهم المادي وتأثيره على إلتحاقهم بدور العجزة كبدائل عن الأسر.

وتشمل مؤشرات المتغير المستقل والمتمثل في المستوى المعيشي في:

- الدخل الشهري التقديري
- مصادر دخل المسنين.
- مسؤولية الإعالة في الأسرة.
- مستويات إنفاق المسنين.
- أما مؤشرات المتغير التابع فتمثلت في:
- علاقة المبحوثين بأفراد الأسرة.
- كيفية إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- موقف المسنين من الإلتحاق بدور العجزة.
- مدى تلقي المبحوثين الزيارات من الأهل

المبحث الأول: تأثير الدخل ومصادره على التحاق المسنين بدار العجزة

1- تأثير قيمة الدخل الشهري للمسنين على التحاقهم بدار العجزة

الجدول رقم 53: تأثير قيمة الدخل الشهري للمسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		الدخل الشهري للمسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	87	66.7	58	25.3	22	5.7	5	2.3	2	دون دخل
100	29	51.7	15	34.5	10	10.3	3	3.4	1	اقل من 18000 دج
100	18	27.8	5	22.2	4	33.3	6	16.7	3	18000-28000 دج
100	11	18.2	2	27.3	3	45.5	5	9.1	1	28000-38000 دج
100	8	12.5	1	26.0	2	50.0	4	12.5	1	أكثر من 38000 دج
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يتجه الاتجاه العام لهذا الجدول نحو المسنين الذين علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم، وهذا بنسبة 52.9% مقابل 5.2% علاقتهم حسنة.

وقمنا بإدخال متغير الدخل الشهري للمسنين بغرض البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك، فتبين لنا أن علاقة المسنين بأفراد أسرهم تسوء كلما إنخفض دخلهم الشهري، إذ صرح 66.7% من المبحوثين عديمي الدخل أن علاقتهم سيئة مقابل 2.3% فقط علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم، كما صرح 51.7% من المسنين الذين دخلهم أقل من الأجر القاعدي المعمول به في الجزائر أي أقل من 18000 دج أن علاقتهم سيئة مقابل 3.4% علاقتهم حسنة، بينما يتغير الاتجاه العام للجدول كلما إرتفع دخل المسنين، فتصبح علاقة المسن بأفراد أسرته محدودة إذ صرح 33.3% من المسنين الذين يتراوح دخلهم بين 18000 - 28000 دج أن علاقتهم محدودة وصرح 45.5% من المسنين الذين يتراوح دخلهم بين 28000 - 38000 دج أن علاقتهم محدودة وتمثل 50% نسبة المسنين الذين صرحوا أن دخلهم يفوق 38000 دج وعلاقتهم مع أفراد أسرهم هي علاقة محدودة لا تتعدى الحديث عن الأمور ضرورية.

وتبين إذن من خلال هذا التحليل أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² والذي قدر ب 41.037 عند درجة حرية 12 ومستوى ثقة 5% بينما قدرت قيمة كا² الجدولية ب 21.03 وبالتالي هناك فروق جوهرية تجعلنا نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة والقائلة

أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للمسنين وعلاقتهم بأفراد أسرهم. ويمكن أن نفسر هذا بتراجع منظومة القيم والمبادئ وسيطرة النزعة المادية وانتشار الفردية في الوسط الأسري إذ يرجع سوء العلاقات بين المسنين عديمي الدخل والذين دخلهم أقل من 18000 دج إلى التبعية الاقتصادية التي يعاني منها أغلب المسنين المقيمين بالمركز، وتجدر الإشارة أن أغلب المسنين عديمي الدخل هم من جنس الاناث ومن العازبات والمطلقات والأرامل واللاتي لم يسبق لهن أن إشتغلن مما يجعلهن معالات من طرف أفراد الأسرة، وهذا ما يشكل عبئاً بالنسبة لهم من الناحية المادية فقرروا الالتحاق بالمركز، إلا أن هذه الوضعية تتغير بتغير الوضعية المادية فالعلاقات بين المسنين وأفراد الأسرة لا ترتقي لتصبح حسنة وإنما تكون محدودة هذا لأن المسن في هذه الحالة قادر على التكفل بمصاريفه ومتطلباته وحتى تقديم مساعدات لأفراد الأسرة تجعله قادراً على تنظيم أموره وعلاقاته مع أفراد أسرته بالطريقة التي تريحه، إلا أن عددهم قليل لذا يمكننا القول أنه كلما انخفضت الوضعية المادية للمسنين ساءت علاقتهم مع أفراد أسرهم وارتفع احتمال التحاقهم بدار العجزة. وللتعمق أكثر في التحليل سنتطرق في الجدول الموالي إلى تأثير الدخل الشهري للمسنين على كيفية التحاقهم بدار العجزة أي هل إلتحقوا بمفردهم أم أحضرتهم العائلة ؟

الجدول رقم 54: الدخل الشهري للمسنين وعلاقته بكيفية التحاقهم بالدار

الدخل الشهري للمسنين		بمفردك		العائلة		الشرطة		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دون دخل	34	39.1	40	46.2	13	14.9	87	100	
اقل من 18000 دج	11	37.9	13	44.8	5	17.2	29	100	
18000-28000 دج	12	66.7	4	22.2	2	11.1	18	100	
28000-38000 دج	8	72.7	1	9.1	2	18.2	11	100	
أكثر من 38000 دج	5	62.5	0	0	3	37.5	8	100	
المجموع	70	45.8	58	37.9	25	16.3	153	100	

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول إرتفاع المسنين الذين التحقوا بدار المسنين بمفردهم وهذا بنسبة 45.8% مقابل 37.9% التحقوا عن طريق العائلة، في حين صرح 16.3% من المسنين أن التحاقهم بدار العجزة كان عن طريق الشرطة.

ولتفسير تباين هذه النسب قمنا بإدخال متغير الدخل الشهري للمسنين لمعرفة تأثير هذا الأخير على كيفية إلتحاق المسنين بدار العجزة فأتضح أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للمسنين

وكيفية التحاقهم بدار المسنين، إذ كلما إنخفض الدخل الشهري للمسنين كان التحاقهم بالدار عن طريق العائلة أين صرح 46.0% من المسنين المبحوثين دون دخل شهري أنه تم إحضارهم إلى الدار من طرف العائلة كما صرح حوالي 45% من المبحوثين الذين يقل دخلهم الشهري عن 18000 دج أنه تم إحضارهم إلى المركز من طرف العائلة، هذا ما يفسر وبوضوح أن الأسرة أصبحت تفتقر لمبدأ التكافل الاجتماعي الذي لطالما كان الركيزة الأساسية لاستمرارية الأسرة في المجتمعات التقليدية كوحدة إقتصادية واحدة، في حين حافظ أصحاب الدخل المرتفع على الإتجاه العام للجدول إذ كلما إرتفع دخل المسنين كان التحاقهم بدور المسنين بمفردهم مما يدل ويؤكد أهمية الاستقلالية الاقتصادية في تقرير وتسيير الأمور بالنسبة للمسنين إذ صرح 66.7% من المسنين الذين يتراوح دخلهم الشهري بين 18000 - 28000 دج أن التحاقهم بدار المسنين كان فرديا وأكد 72.7% من المسنين الذين يتراوح دخلهم بين 28000 - 38000 دج أن التحاقهم كان بمفردهم كذلك مقارنة ب 9.1% تم التحاقهم بدار المسنين عن طريق العائلة وتمثل أيضا 62.5% نسبة المسنين الذين يفوق دخلهم الشهري 38000 دج صرحوا أنهم التحقوا بدار المسنين بمفردهم.

ويمكن أن نفسر هذا بنظرية التبادل (النظرية التبادلية) والتي تركز على مبدأ التبادل، أي من أجل أن يأخذ الفرد شيئا يجب أن يكون ملزما بتقديم شيء مماثلا في القيمة لما يأخذه إنها نظرية تبادل المصالح والمنافع. ولعل هذا المبدأ ينطبق على كل فرد في تفاعله مع الآخرين لاسيما فئة المسنين، وبناء على مبدأ هذه النظرية أي تبادل المصالح والمنافع، فهذه الفئة - المسنين - لا تملك المدخول المادي أو ربما تملك القليل لمنحه للآخرين نظير الإهتمام والعناية بهم، أي أنهم لا يملكون ما يساومون به مقابل العناية بهم وإحترامهم والترحيب بهم وسط أبنائهم وأحفادهم سوى ما قدمه هؤلاء الأباء من رعاية وإهتمام لأبنائهم منذ ولادتهم إلى أن وصلوا سن العمل والإنتاج.

وهذا ما أكده عدد كبير من المسنين من خلال قولهم "وليت نحس بروحي راني ثقيل عليهم خاصة ملي حبست الخدمة ومدخولي ولا قليل والبعض الآخر يصرح وليت تحت الرحمة تاعهم ودائما يفكرونني بلي راهم يصرفوا عليا". هذا ماجعلنا نتساءل عن المسؤول عن قرار إلتحاق المسنين بالمركز والمعطيات المتحصل عليها مدونة في الجدول الموالي.

الجدول رقم 55: تأثير الدخل الشهري للمسنين على قرار إلتحاقهم بالمركز

المجموع		قرار مشترك		قرار عائلي		قرار شخصي		قرار الالتحاق بالدار
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الدخل الشهري للمسن
100	87	9.2	8	62.1	54	28.7	25	دون دخل
100	29	20.7	6	55.2	16	24.1	7	اقل من 18000 دج
100	18	11.1	2	16.7	3	72.2	13	18000-28000 دج
100	11	9.1	1	18.2	2	72.7	8	28000-38000 دج
100	8	12.5	1	0	0	87.5	7	أكثر من 38000 دج
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لبيانات هذا الجدول أن 49.0% من المبحوثين التحقوا بدار المسنين بقرار عائلي مقابل 39.2% التحقوا بقرار شخصي أو فردي أو شخصي، في حين صرح 11.8% من المسنين أنهم التحقوا بالدار عن طريق قرار مشترك بينهم وبين أفراد أسرهم.

ولأجل معرفة الأسباب المؤدية إلى هذا التباين أدخلنا متغير الدخل الشهري للمسنين لمعرفة تأثيره على قرار التحاقهم بدار العجزة، فتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين إذ كلما إرتفع الدخل الشهري للمسنين المبحوثين كان قرار التحاقهم بدار المسنين شخصياً، والعكس كلما إنخفض الدخل الشهري للمسنين كان قرار التحاقهم بمركز العجزة عائلياً حيث صرح 62.5% من المسنين دون دخل أن التحاقهم بالمركز كان بقرار عائلي أي أن العائلة هي التي قررت دون إستشارتهم في بعض الأحيان (حسب تصريحاتهم) في المقابل نجد 28.7% فقط من كان قرار التحاقهم فردياً وهم دون دخل، كما صرح 55.2% من المسنين الذين يقل دخلهم عن 18000 دج أن قرار التحاقهم بدار المسنين كان عائلياً محظ هذا لأن المصدر الأساسي ل 18000 دج هو أجرة عمل غير دائم إما يومي أو أسبوعي أو منحة التضامن الاجتماعي (الشيخوخة) التي تقدر 3000 دج والتي لا تؤمن أدنى مصاريف المسنين وبالتالي يكونون معالين من طرف أفراد أسرهم والذين قاموا بإلحاقهم بدور العجزة دون إستشارتهم أحياناً.

في حين غير أصحاب الدخل المرتفع الإتجاه العام للجدول إذ صرح 72.2% من المبحوثين الذين يتراوح دخلهم الشهري بين 18000 - 28000 دج أن قرار التحاقهم بالدار كان شخصياً في المقابل صرح 18.2% فقط أنه تم التحاقهم بدار المسنين بقرار عائلي، كما صرح 87.5% من المسنين المقيمين بالمركز والذين يفوق دخلهم الشهري 38000 دج أن قرار التحاقهم بالمركز كان

فرديا في المقابل إنعدام الأشخاص المصرحين في هذه الفئة بأنهم إتحقوا عن طريق العائلة بالمركز 0%.

إذا" يظهر وبوضوح تأثير الوضعية المادية للمسنين على صنع القرار في المنزل وهذا ما يؤكد تحليلنا للفرضية الاولى، ومنه التحاقهم بدار المسنين وهذا ما أثبتته حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت كا² المحسوبة ب 32.698 عند درجة حرية 8 ومستوى ثقة 5% في حين قدرت كا² الجدولية ب 15.51 مما يدل أن هناك فروق تجعلنا نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

ويمكن أن نفسر هذا بانعدام المسكن إذ صرح 66.0% من المسنين المقيمين بالمركز أنهم لا يملكون مسكنا وبالضبط صرح أغلبهم أنهم يعانون من مشاكل مادية مع أهاليهم بسبب الميراث، وعلى رأسها المسكن، إذ عادة ما كانت تحدث مشاكل ونزاعات بين الإخوة بعد وفاة الوالدين بسبب المسكن فيضطر الأضعف ماديا وصحيا من المسنين والمسنات إلى الرضوخ أو الإنسحاب إجباريا. وتجدر الإشارة أن للسند الأسري أي وجود الزوج والأبناء وحتى الأحفاد دورا هاما وكبيرا في تعزيز قوة ومكانة وحقوق المسنين لاسيما المسنات في المحيط الأسري، وهذا ما لا يتوفر لدى أغلب المسنين المقيمين بالمركز والذين يتوزعون بين المطلقين والعزاب.

وهذا ما يدفعهم أو يضطرهم إلى الإنسحاب بعد أن تشتد عليهم المشاكل ونزاعات والصراعات التي قد تصل الى المشادات وتبادل الضربات أي الى غاية العنف البدني على حد تعبير بعض المبحوثين، فيجد المسنين في هذه الوضعية دار المسنين الملاذ الأخير الذي يكملون فيه بقية حياتهم رغم أن العبارة التي كثيرا ما ترددت على مسامعي من خلال محادثتي معهم هي " لو كان عندي الدار دقيقة ما نقعدهاش هنا... يضيفون قائلون الخبزة سهله الرزق على ربي نطلبها من المؤمنين وندخل لداري..". وتبين معطيات الجدول الموالي موقف المسنين من الالتحاق بالمركز.

الجدول رقم 56: الدخل الشهري الفردي للمسنين وعلاقته بموقفهم من الالتحاق بالدار

المجموع		لم استشار		مضطر		معارض		موافق		الموقف من الإلتحاق بالدار
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الدخل الشهري للمسنين
100	87	31	27	37.9	33	24.1	21	6.9	6	دون دخل
100	29	10.3	3	41.4	12	37.9	11	10.3	3	اقل من 18000 دج
100	18	0	0	55.6	10	27.8	5	16.7	3	18000-28000 دج
100	11	0	0	63.6	7	27.3	3	9.1	1	28000-38000 دج
100	8	0	0	62.5	5	37.5	2	0	0	أكثر من 38000 دج
100	153	19.6	30	43.8	67	28.1	43	8.5	13	المجموع

يتجه الاتجاه العام لهذا الجدول نحو المسنين الذين التحقوا بدار العجزة مضطرين أي نتيجة ظروف اقتصادية واجتماعية، وهذا بنسبة 43.8% مقابل 28.1% كانوا معارضين التحاقهم بالمركز بينما تمثل 19.6% نسبة المسنين الذين لم يستشاروا من طرف أفراد أسرهم عن التحاقهم بدار العجزة في حين صرح 8.5% من المسنين أنهم موافقين على التحاقهم بالمركز.

قمنا بإدخال متغير الدخل الشهري للمسنين، لمعرفة تأثيره على موقف المسنين من الإلتحاق بدار العجزة، فتبين لنا أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين إذ مهما كان الدخل الشهري الفردي للمسنين فإن إلتحاقهم بدار المسنين إجباريا نتيجة ظروف اقتصادية اجتماعية وثقافية دفعتهم لترك وسطهم الطبيعي ألا وهو الأسرة للالتحاق بالمركز وتتمثل أهمها في الظروف المادية إذ تعتبر الاستقلالية الاقتصادية للمسنين سلاح ذو حدين، فهو يزود المسنين بالقوة والمكانة والقدرة على تسيير وتدبير أموره على جميع الأصعدة في الأسرة غير أن هناك حالات يصبح مصدر إزعاج ومشاكل ونزاعات عندما يحاول أفراد الأسرة أو أحدهم السيطرة أو التصرف في هذا المدخول، ما قد يؤدي إلى حرمان المسن من حقه في تحقيق وتأمين متطلباته وربما محاولة الإستيلاء حتى على حقه في المنزل إما بالتحايل على المسن أو تزوير الوثائق ثم يزج به في مراكز الأشخاص المسنين (ولا أبالغ إن قلت أن أغلب المسنين وأخص بالذكر المسنات هذا هو السبب الرئيسي لإلتحاقهم بدور المسنين وهو الاستيلاء على حقهن في المنزل وهو وراث من أبائهن لأنهن لم تتزوجن أو لأنهن طلقن أو تزلمن وعدن للعيش في المنزل العائلي) وقد تكون أحيانا كثرة الضغوطات المادية التي يعيشها المسنين في وسطهم الأسري تجعلهم يطلبون من الأسرة إلتحاقهم بدار العجزة لعلمهم يخلدون للراحة والهروب من المشاكل والنزاعات والصراعات التي أصبحت

تؤثر على صحتهم البدنية والنفسية مع تقدمهم في العمر، هذا ماسنحاول معالجته من خلال معطيات الجدول الموالي.

الجدول رقم 57: علاقة الدخل الشهري للمسنين بتلقي الزيارات بدار العجزة

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات الدخل الشهري للمسنين
%	ك	%	ك	%	ك	
100	87	85.1	74	14.9	13	دون دخل
100	29	79.3	23	20.7	6	اقل من 18000 دج
100	18	55.6	10	44.4	8	18000-28000 دج
100	11	45.5	5	54.5	6	28000-38000 دج
100	8	25.0	2	75.0	6	أكثر من 38000 دج
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

يشير الاتجاه العام للجدول أن أغلب المسنين المبحوثين لا يتلقون زيارات من طرف أفراد أسرهم، وهذا بنسبة 74.5% تمثلها أكبر نسبة المسنين الذين لا يملكون دخل ب 85.1% مقابل 25.5% يتلقون زيارات من طرف أهاليهم تمثلها أكبر نسبة المسنين الذين يملكون دخل شهري يفوق 38000 دج إذن يظهر وبوضوح العلاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا للاختبار كا² والذي قدرت فيه قيمة كا² المحسوبة ب 24.084 عند درجة حرية 4 ومستوى ثقة 5% في حين قدرت قيمه كا² الجدولية ب 9.49، مما يدل على وجود فروق جوهرية تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية، وتقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين الدخل الشهري للمسنين وتلقيهم الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم. ومنه كلما ارتفع الدخل الشهري تلقي المسنين الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم مما يجعلنا نؤكد في كل مرة أن قيم ومبادئ وعلاقات المجتمع أصبحت مبنية على المنفعة والمصلحة حيث صرح 85.2% من المسنين دون دخل شهري أنهم لا يتلقون زيارات من طرف أي فرد من أفراد أسرهم منذ إلتحاقهم بدار المسنين كما أدلى بنفس التصريح 79.3% من المسنين الذين دخلهم الشهري أدنى من الأجر القاعدي المعمول به في الجزائر المقدر ب 18000 دج كما صرح أيضا 55.6% من المسنين الذين يتراوح دخلهم الشهري بين 18000-28000 دج أنهم لا يتلقون زيارات من طرف أي أحد من أفراد أسرهم منذ أن وطأت أقدامهم دار المسنين، بينما تغير الاتجاه مع إرتفاع الدخل الشهري للمسنين أين صرح 54.5% من المسنين الذين يتقاضون دخل شهري يتراوح بين 28000-38000 دج و 75.0% من المسنين الذين يفوق

دخلهم الشهري 38000 ج أنهم يتلقون زيارات من طرف أفراد أسرهم، إذ أكد بعض المسنين أنهم يتلقون زيارات شهرية فقط من أجل ترخيص للمسن عن طريق الولي للخروج من الدار لوقت محدد وتكون الوجهة مركز البريد أو البنك من أجل الحصول على مدخوله الشهري ثم يقومون بالاستيلاء عنه أو جزء منه ويقومون بارجاعه الى الدار، هذا بناء على تصريحات بعض المسنين، في حين صرح البعض الآخر أن تدهور حالتهم الصحية هي من أجبرتهم على الإلتحاق بالدار من أجل تلقي العلاج والعناية هناك خاصة إذا كان المسن يعاني من عجز حركي يستوجب العناية المستمرة والدائمة والتي إفتقدوها في المحيط الأسري. إذن يظهر وبوضوح تأثير إنخفاض الوضعية المادية للمسنين على إلتحاقهم بمركز العجزة كبديل عن الأسرة.

2- تأثير مصادر الدخل على إلتحاق المسنين بدور العجزة

الجدول رقم 58: تأثير مصدر دخل المسنين على علاقتهم بأفراد أسرهم

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بالأسرة مصدر دخل المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	32	25.0	8	25.0	8	34.4	11	15.6	5	معاش تقاعد
100	12	25.0	3	33.3	4	41.7	5	0.00	0	أجرة عمل
100	17	52.9	9	29.4	5	11.8	2	5.9	1	منحة حكومية
100	5	60.0	3	40.0	2	0	0	0	0	منحة شهرية (من الزوج أو الأب المتوفى)
100	87	66.7	58	25.3	22	5.7	5	2.3	2	دون دخل
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول أن المسنين المقيمين بالمركز علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم وهذا بنسبة 53% مقابل 27% علاقتهم كانت غير مستقرة، بينما 15% من المسنين كانت علاقاتهم محدودة مع أفراد أسرهم، في حين صرح 5.2% من المسنين أن علاقتهم كانت حسنة مع أفراد عائلاتهم.

وقمنا بإدخال متغير مصدر دخل المسنين لمعرفة تأثير هذا الأخير على علاقة المسنين بأفراد الوسط الأسري الذي كان يقطن فيه المسن قبل التحاقه بالمركز، فتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا ل ك² أين قدرت قيمة ك² المحسوبة ب 38.739 عند درجة حرية 12 ونسبه ثقة 0.05 في المقابل قدرت قيمة ك² الجدولية ب 21.03 مما يدل على وجود

هناك فروق جوهرية تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

إذا" تسوء علاقة المسنين بأفراد أسرهم كلما قل أو إنعدم دخلهم حيث صرح 34.4% من المسنين المبحوثين الذين يملكون معاش تقاعد أن علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم لأنهم عاجزين عن إعالة أنفسهم وعن تأمين مصاريفهم ومتطلباتهم بأنفسهم دون الإعتماد على أفراد الأسرة، كما صرح حوالي 42% من المبحوثين الذين يسترزقون من أجرة عمل يمارسونه من أجل تغطية مصاريفهم ومتطلباتهم خاصة العلاجية منها وأن علاقتهم مع أفراد أسرهم تغطي عليها صفة المحدودية، في حين حافظ على الإتجاه العام، المسنين الذين لا يملكون سوى منحة حكومية تقدر ب 3000 دج شهريا تقدم من طرف مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن أين صرح 53% من المسنين أن علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم وأكد ذلك 60% من المبحوثين الذين يملكون منحة شهرية من الزوج أو الأب المتوفي و66.7% من المبحوثين الذين لا يملكون أي مصدر للدخل، إما لأنهم اشتغلوا في فترة شبابهم دون تأمين أو لأنهن نساء مسنات لم يسبق لهن أن إشتغلن وبالتالي فهم دون مصدر للدخل سوى الأسرة من الأب أو الأم إذ كن عازبات أو الإخوة أو الأبناء إن كن مطلقات أو أرامل خاصة وأن أغلب المسنين يعانون كما سبق الإشارة إليه من عدم الاستقرار الأسري حيث يتوزع المسنين المبحوثين بالمركز بين العزاب والمطلقين.

الجدول رقم 59: علاقة مصدر دخل المسنين بقرار لإلتحاقهم بالمركز

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي		قرار الإلتحاق بالدار مصدر دخل المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	32	6.2	2	15.6	5	78.1	25	معاش تقاعد
100	12	16.7	2	58.3	7	25.0	3	أجرة عمل
100	17	29.4	5	47.1	8	23.5	4	منحة حكومية
100	5	20.0	1	20.0	1	60.0	3	منحة شهرية (من الزوج أو الأب المتوفى)
100	87	9.2	8	62.1	54	28.7	25	دون دخل
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول إلى أن 49% من المسنين المبحوثين إلتحقوا بدار المسنين بقرار عائلي مقابل 39.2% إلتحقوا بالمركز بقرار شخصي في حين صرح 11.8% من المسنين أن إلتحاقهم بدار المسنين كان عن طريق قرار مشترك بينهم وبين أفراد أسرهم.

قمنا بإدخال متغير مصدر دخل المسنين بغرض معرفة أهم العوامل المؤدية إلى ذلك، فتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما أكدته حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت كا² المحسوبة ب 34.762 عند درجة حرية 8 ومستوى ثقة 5% لكن في المقابل كانت قيمة كا² الجدولية تقدر ب 15.51 مما يدل على وجود فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين. حيث صرح 78.0% من المسنين الذين يعتمدون على معاش التقاعد في تدبير وتأمين أمورهم المادية وأن قرار إلتحاقهم بالدار كان شخصيا، أما 58.0% فهي تمثل نسبة المسنين الذين يؤمنون متطلباتهم وإحتياجاتهم بالإعتماد أجرة عمل يمتنونونه أحيانا بسبب الحاجة والعوز وأن قرار إلتحاقهم بدار المسنين كان عائليا محظ ولقد أدلى بنفس التصريح كل من المسنين منعدمي الدخل والذين يعتمدون على منحة حكومية لا تتعدى 3000 دج على التوالي 62.0% و 47%، في حين صرح 60.0% من المسنين الذين يملكون منحة شهرية تتمثل في مبلغ مالي شهري عائد من الزوج أو الأب المتوفي أن قرار إلتحاقهم بدار المسنين كان شخصيا، هذا لأن أفراد الأسرة يحاولون بشتى الطرق الإستيلاء على مالهم خاصة وأنهن مسنات وعازبات أو أرامل أو مطلقات هذا ما أثر كثيرا على علاقتهم مع محيطهم الأسري وجعلها من سيئة إلى أسوء.

إذا" يظهر وبوضوح تأثير الدخل الأسري على إلتحاق المسنين بدار العجزة، اذ حينما يفقد الفرد المسن عمله فإنه ينتقل من الحياة النشطة إلى الفراغ ومن الإستقلال إلى الإعتماد على الآخرين وهذا ما يخلف أثرا سلبيا جدا على المسن ووضعيته في الأسرة، فيجد نفسه في موقف صعب هو إنخفاض الدخل وفي المقابل إرتفاع أو تزايد الأعباء المالية خاصة إذا رافقه عجز أو ظهور بعض الأمراض، وعدم توفر مصادر إضافية للدخل سوى معاش التقاعد إن وجد، وفي المقابل لا يمكن للمسن العودة الى سوق العمل إما بسبب الكبر أو المرض أو تفضيل الطاقات الشابة. هذا ما يعمق الشعور لدى المسن بعدم الأمن الاقتصادي في مواجهة تحديات المستقبل ما قد يدفعه إلى تخفيض نفقاته وبالتالي حرمانه من إشباع بعض حاجاته الضرورية، أو البحث عن مصادر أخرى لتأمينها هذا ما قد يثير سخط المحيطين به من أولاده أو أحفاده لأنه أصبح يشكل عبئا اقتصاديا

إضافياً للأسره فتنتابه -المسن- الحيرة بأن يطلب المساعدة من الأبناء أو أن يعيش وحيدا في ظل غياب وتناقص موارده المالية أو العيش مع من يرضى به من الأبناء أو الأحفاد أو الإنتقال للعيش في مؤسسات ودور المسنين ولكل مشاكله وصعوباته، وينتهي في نهاية المطاف إجباريا أو إختياريا إلى الانتقال للعيش في دار العجزة. وتلخص معطيات الجدول الموالي موقف المسنين من الانتقال للإقامة بدار العجزة.

الجدول رقم 60: علاقة مصدر دخل المسنين بموقفهم من الإلتحاق بدار العجزة

المجموع		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق		موقف المسن من الدار
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مصدر دخل المسن
100	32	0.00	0	53.1	17	34.4	11	12.5	4	معاش تقاعد
100	12	16.7	2	41.7	5	33.3	4	8.3	1	أجرة عمل
100	17	5.9	1	47.1	8	35.3	6	11.8	2	منحة حكومية
100	5	0	0	80.0	4	20.0	1	0	0	منحة شهرية (من الزوج أو الأب المتوفى)
100	87	31.0	27	37.9	33	24.1	21	6.9	6	دون دخل
100	153	19.6	30	43.8	67	28.1	43	8.5	13	المجموع

يتضح من خلال قراءة معطيات هذا الجدول أن المسنين المبحوثين إلتحقوا بالمركز مضطرين وهذا بالنسبة 44% تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين يملكون منحة شهرية من الزوج أو الأب المتوفى في المقابل صرح 8.5% من المسنين أنهم موافقين على إلتحاقهم بالمركز تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين يملكون معاش تقاعد.

ولمعرفة أهم العوامل المؤدية إلى تباين هذه النسب قمنا بإدخال متغير مصدر دخل المسنين، فتبين لنا أنه لا علاقة بين المتغيرين، بحيث مهما كانت الوضعية المالية للمسنين فصرحوا أنهم إلتحقوا بالمركز مضطرين أي أنهم لم يبدو إرتياحهم ولا موافقتهم على إنتقالهم للإقامة بدار المسنين وفعلا فالمسن في هذه المرحلة المتأخرة من العمر يحتاج أكثر إلى الحنان والعطف والرأفة والمساعدة والاهتمام والرعاية ولن تتوفر كل هذه المتطلبات إلا في كنف أسرة تحنو عليهم وترأف بهم وتعمل وتلتزم بتعاليم الدين الحنيف حيث صرح 53.1% من المسنين الذين لديهم معاش تقاعد (رغم قلة عددهم 32 مسن اصل 153 مبحوث) و41.7% و47.1% و80.0% و37.9% من المسنين على التوالي الذين لديهم أجره عمل ومنحة حكومية ومنحة شهرية (من

الأب أو الزوج المتوفى) والمسنين الذين لا يملكون أي مصدر دخل صرحوا بعبارة مضطرين تدل على وجود ظروف اقتصادية واجتماعية وصحية قاهرة دفعت بهم للالتحاق بدار العجزة حيث بداية النهاية فالمسنين الذين لديهم معاش تقاعد يعانون من مشكل المسكن حيث كان أغلبهم يقيمون في بيوت مستأجرة ومنهم من كان يعتمد على أجرة عمل. فهل يمكن للمسن أن يعمل وهو في هذه السن المتأخرة من العمر إن لم تدفعه لذلك الحاجة ؟ بالإضافة لشعوره بأنه مصدر إزعاج وثقل على من هم حوله من أفراد الأسرة، أما الأشخاص الذين لا يملكون سوى منحة حكومية تقدم لهم من مديرية النشاط الاجتماعي والمقدره ب 3000 دج في الشهر والتي لا تكفي حتى لأجرة نقل ومراجعة طبية واحدة. ويشعر أفراد الوسط الأسري المسنين أنهم يتقلون عليهم بمتطلباتهم ومصاريفهم خاصة إذا رافقه عجز صحي ومراجعات طبية منتظمة أما فئة المسنين أو بالأحرى المسنات اللواتي تمتلكن منحة شهرية من الأب أو الزوج المتوفى فغالبا ما تكون هذه المنحة مصدر إزعاج وطمع من الإخوة وأبنائهم وحتى من الأبناء والأحفاد فيحاولون بجميع الطرق الإستحواذ عليها من خلال كثرة الشكاوي من غلاء المعيشة هذا ما يجعلهن تحاولن التملص منهم وهناك من الأمهات المسنات من أخبرتني أن ربيها (أي ابن الزوج المتوفى) كان يهددها بالقتل عندما تمتنع عن إعطائه المال الذي لا يكف عن طلبه منها بإستمرار، وكانت تخاف منه كثيرا لهذا فضلت الانتقال للعيش بالدار بعد وفاة زوجها بحثا عن الأمان. أما فئة المسنين الذين لا يملكون دخل وما أكثرهم فهم يمثلون أكبر نسبة من المبحوثين والمقيمين بالمركز (87 مبحوث من أصل 153 مبحوث) فهم يتوزعون بين المضطرين 38% وبين الذين لم يستشاروا بسبب ضعفهم المادي وإنعدام المسكن إذ أغلب المسنسن كانوا يقيمون بمسكن هو ملك عائلي كما ستبينه معطيات الجدول الموالي

الجدول رقم 61: يبين وضعية إقامة المسنين

النسبة %	التكرارات (ك)	وضعية إقامة المسنين
63,4	97	منزل ملك عائلي
12,4	19	منزل شخصي
24,2	37	منزل مستأجر
100	153	المجموع

يتضح من قراءة معطيات هذا الجدول أن 63,4 % من المسنين المبحوثين كانوا يقيمون في منازل هي ملك عائلي (أي لجميع الورثة)، مقابل 24,2% من المسنين المبحوثين كانوا يسكنون في منازل مستأجرة، أما 12% فهي تمثل نسبة المسنين الذين كانوا يسكنون في منازل يمتلكونها (ملك شخصي)

إذا " تؤثر تدني الوضعية المادية للمسنين على إلتحاقهم بالمركز، بسبب عدم إمتلاك مسكن ومنه اللجوء إلى إستئجار منازل والتي كانت تستنزف أكبر قسط من مدخول المسنين والمتمثل أساسا في منحة التقاعد البسيط الذي لا يتماشى وغلاء المعيشة وارتفاع الأسعار، ويجب الإشارة هنا الى أن هناك نسبة كبيرة من المسنين والمقدرة ب 86.7% صرحوا أنهم كانوا يعملون بعد التقاعد مهن بسيطة تقاديا للوقوع في شباك الحاجة والعوز المادي، وهذا ما قد يؤثر على نفسية وصحة المسنين ويشعرهم بالاحباط والقلق والخوف من المستقبل. وتقول في هذا الصدد سالمة عبد الله حمد الشاعري " أدى ثبات المعاش الشهري وعدم زيادته بنسبة تتماشى مع تصاعد وإرتفاع الأسعار في زيادة حدة المشكلات الاقتصادية لدى المسنين وشعورهم بعدم الأمن الاقتصادي، بسبب إنخفاض مستوى ظروفهم الحالية عما كانت عليه في السابق أثناء نشاطهم"¹

من جهة أخرى هناك العديد من المشكلات الاقتصادية التي تعاني منها كل فئات المجتمع لاسيما المسنين وهي مشكلة السكن، إذ تنعكس هذه المشكلة على المسنين عندما يقرر أحد أبنائهم أو أحفادهم الزواج ويعجز عن تأمينه فأول مع يتبادر إلى الأذهان هو الزواج في السكن العائلي، خاصة وأن الدراسات الحديثة أثبتت عودة نمط الأسرة الممتدة -المعدلة- في الوسط الحضري كانعكاس مباشر لإستفحال مشكل السكن أمام طالبي الزواج من الشباب، وهنا تبدأ معاناة المسنين من هذا الوضع الجديد مما ينجر عنه المشكلات كثيرة لاسيما مشكل التعامل بين الحماة والكنة، ومشكل توفير وتأمين الرعاية الاقتصادية والصحية والنفسية، وقد يصل الوضع الى إستحاله العيش معا. خاصة إذا لازم أحدهما أو كليهما المرض، فيتجه الأبناء إلى التخلي عن الأب أو الأم والإستيلاء على المسكن، أو بالتحايل عليهم من أجل التنازل على المنزل ومنه إلتحاقهم بدار من دور العجزة .

¹ نفس المرجع، ص 103

الجدول رقم 62: مصدر دخل المسنين وعلاقته بتلقيهم الزيارات من طرف أقاربهم

المجموع		لا		نعم		تلقي المسن الزيارات مصدر دخل المسنين
%	ك	%	ك	%	ك	
100	32	37.5	12	62.5	20	معاش تقاعد
100	12	83.3	10	16.7	2	أجرة عمل
100	17	82.4	14	17.6	3	منحة حكومية
100	5	80.00	4	20.0	1	منحة شهرية (من الزوج أو الأب المتوفى)
100	87	85.1	74	14.9	13	دون دخل
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول أن المسنين لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم في فترة إقامتهم بالدار وهذا بنسبة 74.5% تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين لا يملكون دخل يؤمنون به إحتياجاتهم مقابل 25.5% يتلقون زيارات من طرف أهاليهم أسرهم تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين يملكون معاش تقاعد باعتبارهم كانوا يمارسون نشاطا مهنيا قانونيا جعلهم يستفيدون من معاش التقاعد في مرحلة كبر سنهم إذن هناك علاقة بين المتغيرين إذ أكد كل المسنين المبحوثين مهما كانت مصادر دخلهم أنهم لا يتلقون زيارات ولا توجد إتصالات بينهم وبين أهاليهم باستثناء فئة المسنين الذين يملكون معاش تقاعد، حيث صرح 62.5% من المسنين الذين يملكون معاش تقاعد أنهم يتلقون زيارات من طرف أهاليهم في حين أكد 83.3% من المسنين الذين يعتمدون على أجرة عمل في تأمين مصاريفهم أنهم لا يتلقون زيارات وأن علاقاتهم منقطعة مع أهاليهم كما أن 82.4% من المسنين المستفيدين من منحة حكومية لا يتلقون زيارات كذلك من طرف أسرهم بناء على تصريحاتهم هذا بالإضافة إلى أن 85.0% من المسنين الذين لا يملكون أي مصدر للدخل لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم ولا أسرهم، أي أن هذه الفئة من المسنين إشتغلوا في فترة شبابهم دون تأمين الأمر الذي جعلهم يقعون في شباك العوز والإحتياج في شيخوختهم أو لأنهن مسنات لم يسبق لهن ان إشتغلن وبالتالي فهن معالات من طرف أفراد أسرهن، والتي بدأ أفرادها يتملصون من أداء واجباتهم والتمثلة في تأمين الرعاية الأسرية والتكفل الإقتصادي لفئة كبار السن بحجة العمل أو ضيق المسكن حيث أصبحت الأسرة النووية منسلخة على مبادئها وقيمها ومقوماتها لاسيما التكافل الاجتماعي والاقتصادي وهي سمة من سمات الأسرة الممتدة التي لا نجد

لها آثارا الآن إلا في الأرياف "حيث يتحقق الإمتداد المادي في هذه الأسر أين يبقى منزل الوالدين هو الأساس وقد تضاف مجموعة من الغرف في حديقة المنزل ليسكن فيها الأولاد الذكور وزوجاتهم، ويعمل الأولاد والأحفاد متعاونين في العمل الصناعي أو الزراعي تحت قيادة الجد الذي يشارك في الإشراف والخبرة والتوجيه".¹

أما فئة المسنين الذين لا يعانون من مشكل التبعية الاقتصادية وهي فئة المسنين الذين يملكون معاش تقاعد فيرجع سبب التحاقهم بدار العجزة إلى أن معاش التقاعد لا يكفي لتأمين كل متطلباتهم وكذلك لإنعدام ولغياب الرعاية والاهتمام خاصة وأن عدد كبير من هذه الفئة كان يعاني من عدم الإستقرار الأسري (إما عزاب أو مطلقين أو أرامل) هذا بالإضافة إلى أنهم كانوا يسكنون في منازل مستأجرة كانت تستحوذ على قسط كبير من مداخلهم حسب تصريحاتهم ضف إلى ذلك عجزهم مع تقدم العمر عن رعاية أنفسهم في ظل غياب الزوج (ة) والأبناء الأمر الذي جعلهم يفكرون في البحث عن رعاية اجتماعية متكاملة وبديلة والتي إستقرت في النهاية على دار العجزة. إذن يظهر وبوضوح تأثير إنخفاض الوضعية المادية لكبار السن وإنعدام المسكن على التحاقهم بدار المسنين وهذا ما يؤكد حسابنا ل كا² حيث قدرت كا² المحسوبة ب 29.296 عند درجة حرية 4 ومستوى الثقة 5% في حين قدرت قيمه كا² الجدولية ب9.49 مما يدل على وجود فروق جوهرية تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين.

ولقد انتابنا الفضول العلمي لمعرفة الأحاسيس والمشاعر التي يحس بها المسنين بعد أن تلقي الزيارات من طرف أحد أفراد أسرهم أو معارفهم فكانت التصريحات تدعو للدهشة والقلق وتتطلب التدخل المستعجل لإنقاذ هذه الفئة العمرية الهشة من المجتمع والتي دفعت بعجلة التنمية في الماضي القريب فقط، إذ صرح 46.0% من المسنين أنهم يشعرون بالقهر والتحسر على حالهم بعد كل زيارة يلتقي بها المسن مع أحد من أفراد أسرته أما 33.3% من المسنين صرحوا بأنهم لا يشعرون بشيء وهذا الشعور هو كذلك خطير فقط تحجرت مشاعر المسنين نتيجة القسوة والجفاء الذي قوبلوا به من طرف الأزواج أو الأبناء أو الأحفاد أو من طرف أي فرد من أفراد العائلة.

¹ وعد الشيخ: مرجع سابق، ص176

أما المسنين الذين صرحوا بأنهم يشعرون بالفرح والسعادة عند تلقي الزيارة من طرف أهاليهم فنسبتهم قليلة تقدر ب 20.5% فقط وهي عادة النساء المسنات اللواتي تحاولن بحكم عواطفهن الجياشة إلى إلتماس الأعذار لأفراد أسرهن الذين تخلوا عنهن في ديار العجزة.

المبحث الثاني: إختبار تأثير الإعالة ومستويات إنفاق المسنين على إلتحاقهم بدار المسنين

1- تأثير مسؤولية الإعالة في الأسرة على إلتحاق المسنين بدار العجزة

الجدول رقم 63: تأثير مسؤولية الإعالة على علاقة المسنين بأفراد الأسرة

المجموع		سيئة		غير مسقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الأسرة مصدر الإعالة في الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	23.1	3	38.5	5	30.8	4	7.7	1	يعول نفسه
100	107	63.6	68	27.1	29	7.5	8	1.9	2	معال(ة) من طرف الآخرين
100	33	30.3	10	21.2	7	33.3	11	15.2	5	إعالة مشتركة
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يشير الاتجاه العام لهذا الجدول إلى أن المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم وهذا بنسبة 52.9% تمثلها أعلى نسبة المسنين المعالين من طرف ذوهم بنسبة 63.6% مقابل 26.8% من المسنين علاقتهم كانت غير مستقرة مع أفراد أسرهم تمثلها أعلى نسبة المسنين الذين يعولون أنفسهم فقط. أما 15% فهي تمثل نسبة المسنين الذين كانت علاقاتهم محدودة مع أفراد أسرهم تمثلها أعلى نسبة المسنين الذين يعتمدون على إعالة مشتركة في تأمين المتطلبات المادية للأسرة، في حين صرح 5.2% من المسنين الذين علاقتهم حسنة مع ذوهم تمثلها أكبر نسبة فئة المسنين الذين يساهمون في متطلبات ومصاريف الأسرة من خلال إعتمادهم على مبدأ المشاركة في تسيير ميزانية الأسرة وهذا بنسبة 15.2%، إذ تسوء علاقة المسنين مع محيطهم الأسري كلما كان المسنين معالين من طرف أفراد الأسرة وتتحسن وتكون محدودة كلما كان المسنين أفراد فعالين إقتصاديا في الوسط الأسري من خلال المساهمة في ميزانية ومصاريف الأسرة، في حين تميل علاقات المسنين مع أفراد أسرهم إلى عدم الاستقرار أين تتخللها بعض المناوشات كلما كان المسن يقوم بإعالة نفسه فقط مما يجعل أفراد الأسرة يئزجون ويرفضون الوضع ويودون الإستيلاء على مدخول المسن بوجه غلاء المعيشة وضرورة المساهمة في مصاريف البيت من خلال تقديم منحة تقاعد لأنه فرد مقيم ومستهلك في الأسرة. إذ أن انخفاض

الدخل الذي يصاحب التقاعد غالباً ما يحد من الفرص المتاحة لدى الفرد المسن، حيث يصبح عاجزاً على تلبية رغباته واحتياجاته، وما يزيد من حدة المشكلة الاقتصادية لدى المسنين، أن هناك عبء إضافي جديد يضاف هو عبء العلاج والدواء جراء الأمراض التي عادة ما تلازم هذه المرحلة العمرية.

كل هذا يعمق الشعور لدى المسنين بعدم الأمن الاقتصادي في مواجهة تحسبات المستقبل ويجعل المسن يعاني من القلق والحيرة وربما العصبية الزائدة ويجبره على تخفيض نفقاته إلى أقصى حد ممكن وربما يحرمه من فرص إشباع بعض حاجاته التي إعتاد على إشباعها في الماضي القريب فقط. هذا ما يؤدي إلى عدم التفاهم ومنه سوء العلاقات الاجتماعية بين المسنين وأفراد أسرهم ويولد عدم الإستقرار واللا تفاهم بين أفراد العائلة الواحدة ينتهي المطاف بكبار السن إلى مواصلة ما تبقى من حياتهم في دار العجزة حيث الصدقات المتأخرة.

إذاً يظهر تأثير إنخفاض الوضعية المادية على التحاق كبار السن بدور المسنين كبداية عن الأسر، ويتأكد هذا إحصائياً من خلال حسابنا لإختبار كا² أين قدرت قيمة كا² المحسوبة ب 30.940 عند درجة حرية 6 ومستوى ثقة 0.05 في حين كانت تقدر كا² الجدولية ب 12.59 مما يدل على وجود فروق جوهرية تجعلنا نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين مسؤولية الإعالة في الأسرة ونمط العلاقة السائد في الوسط الأسري.

الجدول رقم 64: علاقة مسؤولية الإعالة في الأسرة بكيفية إلتحاق المسنين بالمركز

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية إلتحاق المسن بالدار مصدر الإعالة في الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	30.8	4	23.1	3	46.2	6	يعول نفسه
100	107	15.0	16	45.8	49	39.3	42	معال(ة) من طرف الآخرين
100	33	15.2	05	18.2	6	66.7	22	إعالة مشتركة
100	153	16.3	25	37.9	58	45.8	70	المجموع

يتبين من خلال معطيات هذا الجدول الذي يربط بين مسؤولية الإعالة في الأسرة وكيفية إلتحاق المسنين بدار العجزة، أن 45.8 % من المسنين إلتحقوا بالمركز بمفردهم مقابل 37.9% تم إلتحاقهم بدار المسنين عن طريق العائلة بينما كان إلتحاق 16.3% من المسنين بالمبجوثين عن طريق الشرطة

وبغرض البحث عن أهم الأسباب الخفية المؤدية الى ذلك قمنا بادخال متغير مسؤولية الإعاقة في الأسرة لمعرفة تأثير هذا الأخير على إلتحاق المسنين بالمركز، فتبين لنا أن هناك بين المتغيرين، إذ صرح 46.2% من المسنين الذين يقومون باعالة أنفسهم فقط أنهم يلتحقوا بدار المسنين بمفردهم كما صرح 66.7% من المسنين الذين يعتمدون على الاعالة المشتركة في الأسرة أنهم التحقوا أيضا بالدار بمفردهم بينما صرح 45.3% من المسنين المعالين من طرف الآخرين إما الأولاد أو الإخوة ممن كانوا يقيمون معهم المسنين أن إلتحاقهم بدار المسنين كان عن طريق عائلاتهم.

ويمكن أن نفسر هذا بأهمية الملكية المالية وتحقيق الاستقلالية الاقتصادية للمسنين في الحفاظ على المكانة والدور في الأسرة. إذ لم تكن مكانة المسنين في المجتمع التقليدي وفي عائلته التقليدية موضع خلاف أبدا، لأن القوانين والأعراف قد حددت هذه المسائل، كما أن النمط المعيشي الجماعي والعملية الاقتصادية المشتركة تحت قيادة رب العائلة والذي غالبا ما تسند للمسنين كانت تساعد وتساهم كثيرا في ترابط العائلة. وهذا ما يؤكد في هذا الصدد محمد السويدي قائلا "إن السلطة في العائلة التقليدية ترتبط بالقيم والتقاليد وغالبا ما تتركز في أيدي كبار السن".¹ إلا أن الحياة الصناعية الحديثة أجبرت أفراد الأسرة على السعي للعمل خارج محيط الأسرة التي كانت تعتبر فيما مضى وحدة اقتصادية متكاملة " وبعد أن كان كل أفراد الأسرة يعملون في نفس الحرفة أو المهنة تغيرت الصورة في المجتمع الصناعي حيث إنتشر أفراد الأسرة في أماكن عديدة لتحقيق الإستقلال الإقتصادي فانتشرت بذلك الروح الفردية"،² وانتشرت لتطول الأباء والأمهات الذين لطالما تعبوا من أجل أبنائهم الذين تخلوا عنهم في دور لرعاية الأشخاص المسنين إما لأنهم غير قادرين على رعايتهم ماديا وإما لأنهم سافروا من أجل العمل الى مكان آخر، وأدى عجزهم المادي والصحي وعدم قدرتهم على خدمة أنفسهم إلى التحاقهم هم شخصا وبمفردهم بأحد دور العجزة لعلهم يجدون الرعاية التي افتقدوها من أقرب الناس إليهم في وسطهم الطبيعي وهو الأسرة.

¹ محمد السويدي، مرجع سابق، ص 90

² محمود حسن: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص 13

إذا" التغيير الاجتماعي ومخلفاته من تغيير في العلاقات الاجتماعية والاقتصادية وتدني الحالة المادية للمسنين كلها عوامل تعجل بالتحاقهم بدور العجزة كبدايل عن الأسر.

الجدول رقم 65: تأثير مصدر الإعالة في الأسرة على قرار إلتحاق المسنين بالدار

المجموع		قرار مشترك		قرار عائلي		شخصي		قرار إلتحاق المسنين بالدار مصدر الاعالة في الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	7.7	1	38.5	5	53.8	7	يعول نفسه
100	107	10.3	11	61.7	66	28.0	30	معال(ة) من طرف الآخرين
100	33	18.2	6	12.1	4	69.7	23	إعالة مشتركة
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

يشير الاتجاه العام للجدول أن إلتحاق المسنين بدار العجزة كان بقرار عائلي، وهذا بنسبة 49 % مقابل 39.2% التحقوا بقرار شخصي في حين كان إلتحاق 11.8% من المسنين بالمركز عن طريق قرار مشترك بين المسنين وأفراد أسرهم.

وقمنا بادخال متغير مصدر الإعالة في الأسرة لمعرفة تأثيره على قرار إلتحاق المسنين بدار العجزة، فتبين لنا أن هناك علاقة بين متغير مسؤولية الإعالة في الأسرة وقرار التحاق المسنين بالدار، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² أين قدرت قيمة كا² الجدولية عند درجة حرية 4 ومستوى ثقة 0.05 ب 26.437 أما كا² الجدولية فقد قدرت ب 9.49 إذن هناك فروق جوهرية تجعلنا نقبل الفرضية البديلة والتي تقر بوجود علاقة بين المتغيرين، حيث صرح 53.8% من المسنين الذين يتكفلون بكل مصاريفهم أي يعولون أنفسهم أن قرار التحاقهم بالمركز كان شخصيا محظ نتيجة تظافر مجموعة من المشاكل الاقتصادية والصحية وحتى الثقافية كما صرح 69.7% من المبحوثين الذين يتشاركون مع أفراد أسرهم مصاريف البيت أن قرار التحاقهم بالمركز كان من طرفهم أي قرار شخصي لأنهم سئموا من إتكالية واستغلال أفراد أسرهم لهم مصرحا أحد المبحوثين قائلا : " خدمت عليهم في صغرهم ونزید في كبرهم أنا عيبت" رغم أن أغلب المسنين لا يملكون مدخولا ماليا وإن وجد فهو ضئيل لا يتجاوز 3000 دج وهي منحة الشيوخوخة، بينما صرح 61.7% من المبحوثين المعالين من طرف أفراد الأسرة أن التحاقهم بدار المسنين كان بقرار عائلي.

ويمكن أن نفسر هذا بناء على النظرية التبادلية والتي تركز على تبادل المصالح والمنافع فالمسن المعال من طرف أسرته لا يملك ما يقدمه نظير تقبله ورعايته والاهتمام به وإعالته في الوسط الأسري. فالأهل لا يحققون منفعة مقابل خدمتهم ورعايتهم لهذا الشخص المسن الذي لطالما قدم (ت) من أجل الآخرين، وبهذا يمكن " تفسير مركز كبار السن في المجتمع، تفسيراً جزئياً بأنه يفتقر إلى القيمة التبادلية، فهم لا يملكون شيئاً يقدمونه في مقابل الرعاية والاحترام إلا إهداء التبادلية من الذين قدموا لهم الرعاية منذ ان ولدوا وكانوا عديمي الحول والقوة." ¹

إذاً يظهر وبوضوح أهمية توفر المورد المالي في تعزيز مكانة المسن وصنع القرار في الأسرة التي عرفت تغييراً جذرياً في شكلها ووظائفها في مجتمع طغت النظرة المادية على تفاعلاته الاجتماعية وتغيرت معايير التقييم في كل فئات المجتمع لتطول فئة كبار السن أو المسنين والتي تستحق كل الاجلال والتكريم وكيف لا؟ وقد قال الله عز وجل في كتابه العزيز الحكيم " وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً... " (سورة الاسراء الآية 23)، إلا أن الواقع يبين عكس ذلك وخير دليل على ذلك معاناة هذه الفئة في مراكز العجزة وما هو إلا صورة مصغرة عن وضعية المسنين في المجتمع، إذ هناك مسنون يعيشون نفس المعاناة ولكن في منازلهم حيث لا يظهرون للعيان. وقمنا من خلال معطيات الجدول الموالي عرض موقف المسنين من التحاقهم بدور العجزة.

الجدول رقم 66: مصدر الإعالة في الأسرة وعلاقتها بموقف المسنين من الإلتحاق بالدار

موقف المسن من الدار		موافق		معارض		مضطر		لم اسشار		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يعول نفسه	0	0	0	3	23.1	10	76.9	0	0	13	100
معال(ة) من طرف الآخرين	9	8.4	29	27.1	39	36.4	30	28.0	107	100	
إعالة مشتركة	4	12.1	11	33.3	18	54.5	0	0	33	100	
المجموع	13	8.5	43	28.1	67	43.8	30	19.6	153	100	

تبين القراءة الاحصائية إتجاه الجدول نحو المسنين الذين التحقوا بدار المسنين مضطرين، وهذا بنسبة 43.8% مقابل 28.1% منهم كانوا معارضين إلتحاقهم بالدار بينما أكد 19.6% من

¹ سالمة عبد الله محمد الشاعري : مرجع سابق، ص 197

المسنين أنهم لم يستشاروا قبل التحاقهم بالمركز، في حين تمثل 8.5% نسبة المسنين الذين كانوا موافقين على قرار إلتحاقهم بدار المسنين.

وقمنا بادخال متغير مصدر الإعالة في الأسرة بهدف البحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك فتبين لنا أنه مهما كان المسؤول عن الإعالة في الأسرة فالمسنين المبحوثين إلتحقوا بدار العجزة مضطرين، أي نتيجة ظروف اجتماعية او اقتصادية او صحية قاهرة، أين صرح حوالي 77% من المسنين الذين كانوا يتكفلون بجميع مصاريفهم ومتطلباتهم أي يقومون باعالة أنفسهم أنهم التحقوا بدار العجزة مضطرين، كما صرح 54.5% من المسنين الذين كانوا يعتمدون على مبدأ المشاركة الاقتصادية في تسيير ميزانية الأسرة أنهم التحقوا بمركز العجزة مضطرين كذلك، في حين صرح 36.4% من المسنين الذين كانوا يعتمدون على أفراد الأسرة في تأمين مصاريفهم وإحتياجاتهم أنهم التحقوا بدار المسنين مضطرين كذلك، والملفت للإنتباه هو نسبة 28% والتي تمثل المسنين المعالين من طرف الآخرين والذين تم إلتحاقهم بالدار دون إستشارتهم في هذ القرار المصيري المتعلق بسيرورة حياتهم وهم في هذه الفترة العمرية المتقدمة في أمس الحاجة إلى الرعاية والاهتمام والجو والدفئ العائلي الذي من شأنه أن يدلل مصاعب ومتاعب الشيخوخة وما يصاحبها من مشاكل وأمراض نفسية واجتماعية وبدنية زيادة على عوامل الفقد، الشريك (ة) وما يخلفه هذا الوضع من مشاكل نفسية عصبية على المسنين هذا بالإضافة الى فقد الأدوار الأسرية التي إعتاد المسنين القيام بها بفقدانهم لدورهم المهني واحالتهم على التقاعد، إن التقاعد هو أسهل بالنسبة للمرأة المسنة مقارنة بالمرأة، فالمرأة إعتادت خلال فترات حياتها على القيام بأدوار مختلفة كفتاة ثم كزوجة وكأم وكجدة... وبهذا فهي تشارك في نشاطات مختلفة داخل وخارج الأسرة بينما يعتمد المسن على الكسب المادي في التمتع بالمركز والمكانة الاجتماعية، وفي التمتع بممارسة السلطة في الأسرة، لذا يعد الانتقال من حالة العمل والسلطة والكسب الى حالة التقاعد والرتابة مسألة صعبة بالنسبة للمسن هذا ما يجعله في صراع دائما مع أفراد الأسرة إما الزوجة أو الكنة أو زوجة الأخ (إذ أكثر من نصف المسنين المبحوثين كانوا يقيمون مع الإخوة في المنزل العائلي) عن إحتلال المجال في الأسرة، فهم لم يعتادوا على وجوده المستمر في المنزل وتدخله في تسيير الأمور الداخلية للأسرة خاصة إذا كان هذا المسن يعاني من اللاستقرار الأسري (التفكك الأسري) أي أنه لم يؤسس أسرة (العزوبة) أو فشل في تأسيسها وكان مصيرها الإنفصال أو الطلاق هذا ما

يضعف سلطته وقراراته (ها) في الوسط الأسري ويسرع التحاقه بدار المسنين كوسيلة للتخلص منه ومن التزاماته المادية والصحية، وهذا ما جعل أغلب المبحوثين يصرحون بأنهم التحقوا بالمركز مضطرين. وهذا ما تؤكدته سالمة حمد شاعري "إن المسن يحس وبشكل بالغ القسوة، تقلص منظومة المكانة وفقدانه لغالبية الأدوار التي كانت (...). جل إهتمامه، هذا التقلص يولد عند المسن شعورا بعدم الأمن الاجتماعي مما يدفعه إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية وضعف القدرة على التكيف والشعور بالاغتراب، وتزيد هذه الأعراض خاصة في المجتمعات والثقافات التي لا تعطي للمسنين مكانة موروثة " مثل ما هو الحال في المجتمعات الريفية. إذن يظهر جليا تأثير الوضعية الاقتصادية والتبعية الاقتصادية على إضعاف سلطة المسنين ومكانتهم والتخلي عنهم في مراكز العجزة. وللتعمق أكثر في البحث والتحليل سنحاول من خلال معطيات الجدول الموالي معالجة أو إختبار علاقة مصدر الإعاقة في الأسرة بمدى إندماج المسنين بدور العجزة.

الجدول رقم 67: تأثير مصدر الإعاقة في الأسرة على تلقي المسنين الزيارات

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات مصدر الإعاقة في الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	76.9	10	23.1	3	يعول نفسه
100	107	83.2	89	16.8	18	معال(ة) من طرف الآخرين
100	33	45.5	15	54.5	18	إعاقة مشتركة
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

يتضح من خلال هذا الجدول أن أغلب المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم، وهذا بنسبة 74.5% مقابل 25.5% يتلقون الزيارات.

وبغية البحث عن العوامل المؤدية إلى هذا التباين قمنا بادخال متغير مصدر الإعاقة في الأسرة لمعرفة تأثير هذا الأخير على تلقي المسنين الزيارات من طرف ذويهم، فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين حيث صرح حوالي 77% من المسنين الذين كانوا يعيلون أنفسهم في الأسرة قبل إلحاقهم بالمركز أنهم لا يتلقون الزيارات من العائلة أو الأقارب، كما حافظ المسنين المعالين من طرف الآخرين على الإتجاه العام للجدول أين صرح 83% من المسنين المبحوثين أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وأسرهم، بينما صرح 54.5% من المسنين الذين كانوا يساهمون

بالمصاريف الشهرية في الأسرة وفق مبدأ المشاركة بين أفراد الأسرة الناشطين إقتصاديا أنهم يتلقون الزيارات من طرف أفراد أسرهم وأهاليهم.

ويمكن أن نفسر هذا بسيادة النزعة الفردية والمصلحة في الوسط الأسري مؤخرًا نتيجة التغير الاجتماعي والثقافي، وتغير المكانات والأدوار وحتى معايير التقييم اختلفت كثيرا أين أصبح الشخص يقيم بقيمة ما قد يحققه من منفعة ومصلحة من خلال مصاحبته واحترامه أو حتى الاهتمام به، وإنتشارها المذهل لتطول كل فئات المجتمع حتى الفئات الهشة، ألا وهي فئة المسنين، إذ أن المسنين الذين اعتادوا مشاركة أفراد الأسرة في مصاريف البيت هم من يتلقون الزيارات هذا لأن أفراد أسرهم يحققون منفعة ومصلحة وفائدة من خلال هذه الزيارة (اذ تستحضرنى مقولة عمي أحمد وهو مسن يقيم في دار المسنين يفوق 80 سنة أكد بأنه يتلقى الزيارات بانتظام مرة كل شهر وركز عليها كثيرا وهذا ما جعلني أتساءل عن سبب الانتظام فأخبرني بأنهم يقومون بتشييد وبناء فيلات لأبنائهم فيأتون لأخذ المال لأنه متقاعد وله منحة من بلد أجنبي إلا أنه يعاني من عجز حركي). وتجدر الإشارة إلى أن أغلب مسني هذه الفئة يعانون من عجز صحي (خاصه الحركي) فهم بهذا يشكلون عبئا في الرعاية والخدمة المستمرة في أبسط الأشياء (حتى كوب ماء) ما يجعل أهاليهم يقنعونهم بالتوجه الى دار العجزة، ويوهمونهم بالعلاج والتكفل صحي هناك ثم يعيدونهم الى المنزل كما في السابق، وفي هذه المدة يستغلونهم ويقومون بالاستيلاء على أموالهم ومنه تحقيق أكبر منفعة ممكنة دون أي مجهود، عكس الفئتين الأخرتين والذين لا يحظى مسنيها بالزيارة لأنه لا يمكن تحقيق أو حصد أي مصلحة أو منفعة من خلال تلك الزيارات.

2- تأثير الإيداع والإستدانة على إتحاق المسنين بدار العجزة

الجدول رقم 68: تأثير مستويات إنفاق المسنين على علاقتهم بأفراد أسرهم

المجموع		سيئة		غير مسقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الأسرة مستويات إنفاق المسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	9	22.2	2	11.1	1	66.7	6	0.00	0	يدخر ولا يستدين
100	17	5.9	1	41.2	7	29.4	5	23.5	4	لا يدخر ولا يستدين
100	40	50.0	20	27.5	11	17.5	7	5.00	2	لا يدخر ويستدين
100	87	66.7	58	25.3	22	5.7	5	2.3	2	دون دخل
100	153	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8	المجموع

يشير الاتجاه العام للجدول أن علاقة المسنين مع أسرهم سيئة، وهذا بنسبة 52.9% مقابل 26.8% علاقتهم غير مستقرة في حين تمثل 15% نسبة المسنين الذين علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم، أما 5.2% فهي تمثل نسبة المسنين الذين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم.

قمنا بادخال متغير مستويات الإنفاق لمعرفة تأثير هذا الأخير على علاقة المسنين بأفراد أسرهم فأتضح أن هناك علاقة بين المتغيرين (مستويات إنفاق المسنين وعلاقتهم مع أفراد أسرهم) حيث صرح 66.7% من المسنين المبحوثين الذين كان وضعهم المادي مقبولا حيث كانوا يدخرون ولا يستندون أن علاقتهم محدودة مع أفراد الوسط الذي كانوا يقيمون فيه وهذا دليل على أن المسن بإمكانه أن يتكفل ويؤمن احتياجاته المادية بنفسه مما جعله يتحاشى أن يدخل في صراعات ونقاشات مع أفراد أسرته من أولاده وأحفاده وحتى إخوته، لأنه يملك مدخولا جيدا وبالتالي فهو يحتل مكانة سوسيو- مهنية راقية وهو بهذا لا يعيل أحدا من أسرته، هذا ما يثير إزعاج الوسط الأسري لأنهم يودون الاستفادة من مداخله.

إن لجوء هذه الفئة من المسنين -رغم قلتها- (تقدر ب 9 مبحوثين فقط من أصل 153 مسن) للإدخار دليل على أنهم لا يشعرون بالأمن الاقتصادي ومتخوفون من المستقبل ومن الوقوع في شباك العوز هذا ما جعلهم يسلكون هذا السلوك ألا وهو الإدخار، في حين صرح 41% من المبحوثين الذين لا يدخرون ولا يستندون أن علاقتهم غير مستقرة مع أفراد أسرهم أي علاقة تتخللها بعض المشاكل والمشاحنات والتي من شأنها أن تجعل المسنين لا ينعمون بالراحة والسكينة في كنف العائلة لأنهم يعجزون أحيانا عن تأمين متطلباتهم ومصاريفهم وتضطر بذلك الأسرة لتأمينها، ومرد هذا لضعف المدخول الشهري الذي يقابله إرتفاع المصاريف خاصة إذا صاحبه ضعف وتدهور في البنية الصحية والتي تستوجب المراجعات والمعاینات الطبية وتأمين الأدوية والأكل الصحي، هذا ما يجعل أفراد الأسرة ينظرون إلى المسن بأنه عبء عليهم فيلحقونه أو يلتحق بدار العجزة، لأنه بكل بساطة لا يملك ما يقدم مقابل الاهتمام به ورعايته.

أما 50% فهي تمثل نسبة المسنين الذين وضعهم المادي سيء حيث لا يدخرون وفي المقابل يستندون وأن علاقتهم مع أفراد أسرهم سيئة هذا ما يجعلهم يلجؤون أحيانا للاستدانة وبالتالي تضطر الأسرة لتلبية متطلباتهم المادية خاصة الضرورية منها كالأدوية والمأكول والملبس هذا ما يدخلهم في صراعات ومشاكل ومناوشات سرعان ما تؤدي إلى سوء العلاقة بينهم فيشعر المسن

بهذا أنه يشكل عبئا على أفراد الأسرة فيلتحق إجباريا أو إختياريا بدار العجزة لعله يجد الراحة والسكينة والطمأنينة التي إفتقدها في وسطه الأسري.

إذا" يظهر وبوضوح تأثير الوضعية المادية للمسنين على إلتحاقهم بدور العجزة في ظل غياب وتدهور منظومة القيم والعادات والتقاليد والتعاليم الدينية التي تحترم صغيرنا وتوفر كبيرنا، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² أين قدرت قيمة كا² المحسوبة ب 50.340 عند مستوى ثقة 0.05 ودرجة حرية 9 في المقابل كانت قيمة كا² الجدولية 16.92 ومنه هناك فروق جوهرية هذا ما يجعلنا نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين مستويات إنفاق المسنين ونمط أو نوع العلاقة التي كانت تجمعهم مع أفراد أسرهم.

الجدول رقم 69: تأثير مستويات الإنفاق على قرار إلتحاق المسنين بالمركز

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي		قرار إلتحاق المسن بالدار مستويات إنفاق المسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	9	111	1	11.1	1	77.8	7	يدخر ولا يستدين
100	17	23.5	4	11.8	2	64.7	11	لا يدخر ولا يستدين
100	40	12.5	5	45.0	18	42.5	17	لا يدخر ويستدين
100	87	9.2	8	62.1	54	28.7	25	دون دخل
100	153	11.8	18	49.0	75	39.2	60	المجموع

تبين القراءة الاحصائية لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مستويات إنفاق المسنين وقرار الإلتحاق بالمركز أن 49% من المسنين إلتحقوا بالمركز بقرار إلتحقته العائلة في المقابل صرح 39.2% أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان شخصيا بينما إلتحق 11.8% من المسنين المبحوثين بالمركز عن طريق قرار مشترك أأخذ بينهم وبين أفراد أسرهم.

وقمنا بادخال متغير مستويات إنفاق وإستهلاك المسنين لمعرفة تأثير وضعيتهم المادية على إلتحاقهم بدار المسنين فاتضح أن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكدته الحسابات الإحصائية حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة ب 21.892 عند درجة حرية 6 ومستوى ثقة 0.05 بينما كانت تقدر قيمة كا² الجدولية ب 12.59 مما يدل ان هناك فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

أين أكد 77.8% من المسنين الذين يدخرون ولا يستندون وهذا دليل على أن وضعيتهم المادية مقبولة أن قرار التحاقهم بالمركز كان فردياً أو شخصياً كما أدلى بنفس التصريح حوالي 65% من المسنين الذين لا يدخرون ولا يستندون أن إلتحاقهم بدار المسنين كان بقرار شخصي دون تدخل أي أطراف أخرى من الوسط الأسري، بينما صرح 45% من المسنين الذين لا يدخرون ولكن يلجؤون في المقابل إلى الإستدانة أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان عائلياً محظ. إذن كلما إنخفضت الوضعية المادية للمسنين إرتفع إحتمال إلتحاقهم بدار العجزة عن طريق العائلة بهدف التخلص منهم لأنهم يعانون من التبعية المادية والعجز عن تأمين مصاريفهم ومتطلباتهم، خاصة إذا رافقه عجز عن تسديد الديون في ظل غلاء المعيشة وإرتفاع الأسعار ومنه العجز عن الإدخار، هذا ما يجعل أفراد الأسرة يرون فيه عبئاً يضاف إلى مصاريف العائلة خاصة اذا صاحب كل هذا تدهور وعجز الصحي. وما يؤكد كل هذا التحليل تصريح 62% من المبحوثين منعدمي الدخل أي الذين لا يملكون مصدر للدخل أن قرار إلتحاقهم بالمركز كان من طرف العائلة لأنهم لا يملكون ما يقدمونه مقابل إستقبالهم وسط الأسرة مما يدل أن بؤادر النظرة الغربية بدأت تعرف نزوحاً إلى مجتمعنا وتهدد أهم كيان في المجتمع ألا وهو الأسرة والتي تعتبر المؤسسة الأولى المسؤولة عن رعاية والاهتمام والتكفل بهذه الفئة التي دفعت بعجلة التنمية في الماضي القريب فقط.

الجدول رقم 70: مستويات إنفاق المسنين وتأثيره على موقفهم من الإلتحاق بالدار

المجموع		موقف المسنين من الإلتحاق بدار المسنين								مدى كفاية الدخل	مستويات إنفاق المسن
		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	6	0	0	50	3	50	3	0	0	يكفي	يدخر ولا يستدين
100	3	0	0	100	3	0	0	0	0	لا يكفي	
100	9	0	0	66.7	6	33.3	3	0	0	المجموع	
100	5	0	0	40.0	2	40.0	2	20.0	1	يكفي	لا يدخر ولا يستدين
100	12	0	0	58.3	7	25.0	3	16.7	2	لا يكفي	
100	17	0	0	52.9	9	29.4	5	17.6	3	المجموع	
100	5	0	0	40.0	2	40.0	2	20.0	1	يكفي	لا يدخر ويستدين
100	35	8.6	3	48.6	17	34.3	12	8.6	3	لا يكفي	
100	40	7.5	3	47.5	19	35.0	14	10.0	4	المجموع	
100	87	31.0	27	37.9	33	24.1	21	6.9	6	دون دخل	دون دخل
100	17	0	0	41.2	7	47.1	8	11.8	2	يكفي	المجموع
100	49	61	3	55.1	27	28.6	14	10.2	5	لا يكفي	
100	87	31.0	27	37.9	33	24.1	21	6.9	6	المجموع	
100	153	19.6	30	43.8	67	28.1	43	8.5	13	المجموع العام	

يبين الاتجاه العام للجدول أن المسنين إلتحقوا بدار العجزة مضطرين، وهذا بنسبة 43.8% مقابل 28.1% كانوا معارضين، أما 19.6% فهم لم يستشاروا بينما تمثل 8.5% نسبة المسنين الذين كانوا موافقين على إلتحاقهم بالمركز كبديل عن الأسرة.

وقمنا بإدخال متغير مستويات إستهلاك وإنفاق المسنين لمعرفة تأثير هذا الأخير على موقف المسنين من الإلتحاق بالمركز، فتبين لنا أنه مهما كانت مستويات إستهلاك وإنفاق المسنين فإن إلتحاقهم بدار المسنين كان نتيجة ظروف اقتصادية واجتماعية قاهرة حيث صرح 66.7% من المسنين الذين يدخرون ولا يستدنون أنهم إلتحقوا بالمركز مضطرين كما صرح 52.9% من المسنين الذين لا يدخرون وفي المقابل لا يستدنون أنهم التحقوا كذلك بالدار مضطرين وصرح أيضا 47.5% من المسنين الذين لا يدخرون ويقومون في المقابل بالاستدانة أنهم التحقوا بدار العجزة مضطرين.

ولتفكيك هذه العلاقة قمنا بإدخال متغيرا ثالثا وسيطا وهو مدى كفاية الدخل بالنسبة للمسنين، والذي أظهر علاقة جديدة، وهي أن كل المسنين الذين وضعيتهم المادية مقبولة نوعا ما أي الذين يدخرون ولا يستدنون صرحوا أنهم إلتحقوا بمركز المسنين مضطرين لأن دخلهم لا يكفي لتلبية كل مصاريفهم وهذا بالنسبة 100% ويلجؤون للإدخار خوفا من المستقبل. أما فئة المسنين الذين لا يدخرون ولا يستدنون فقد صرح 58.3% أنهم إلتحقوا بالمركز مضطرين بسبب عدم كفاية الدخل لتأمين كل متطلباتهم ومصاريفهم. كما أكد 49% من المسنين الذين يعانون من سوء في الوضعية المادية أي الذين لا يدخرون ويستدنون في المقابل أنهم التحقوا بدار المسنين مضطرين نتيجة عجزهم المادي في التكفل بمصاريفهم ومتطلباتهم الأمر الذي يجعلهم يلجؤون إلى الإستدانة.

إذا" يظهر وبوضوح تأثير تدني الوضعية المادية والعجز المادي على التحاق المسنين بدار العجزة رغم إستفادتهم من معاش تقاعد أو مداخيل، فهم غير قادرين على تلبية وتأمين كل مصاريفهم وحاجاتهم المادية "وتتمثل هذه الحاجات في المسكن والطعام والملبس، ويستوجب توفير هذه الحاجات القدرة المالية لدى المسن، وهنا يصطدم أغلب كبار السن وخاصة المتقاعدين عن العمل بمشكلة ثبات المعاش في الوقت الذي تتزايد فيه الأعباء وتتزايد أسعار السلع والخدمات."¹

¹ عبير عباس مرجع سابق، ص 130

الجدول رقم 71: تأثير مستويات إنفاق المسنين على تلقيهم الزيارات في الدار

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات مستويات إنفاق المسنين
%	ك	%	ك	%	ك	
100	9	66.7	6	33.3	3	يدخر ولا يستدين
100	17	41.2	7	58.8	10	لا يدخر ولا يستدين
100	40	67.5	27	32.5	13	لا يدخر ويستدين
100	87	85.1	74	14.9	13	دون دخل
100	153	74.5	114	25.5	39	المجموع

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول أن أغلب المسنين لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم، وهذا بنسبة 74.5 % مقابل 25.5% يتلقون الزيارات، وبغية البحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير مستويات إنفاق المسنين لمعرفة تأثير هذا الأخير على مدى تلقي المسنين المقيمين بالدار الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم، فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإحتمال χ^2 حيث قدرت قيمة χ^2 المحسوبة ب 16.368 عند مستوى ثقة 0.05 ودرجة حرية 3 في حين قدرت قيمة χ^2 الجدولية ب 7.81، حيث صرح 66.7% من المسنين الذين يدخرون ولا يستدنون أنهم لا يتلقون زيارات من طرف أهاليهم، أما 58.8% من المسنين الذين لا يدخرون ولا يلجؤون إلى الإستدانة فهم يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم في حين حافظ على الإتجاه العام فئة المسنين الذين يعانون من تدني الوضعية المادية والمتمثلة في فئة المسنين الذين لا يدخرون وفي المقابل يستدنون وفئة المسنين الذين لا يملكون أي دخل مادي وبالتالي هم يعانون من التبعية الاقتصادية وهذا حسب النسب التالية % 67.5 و 85.1%. إذن يظهر وبوضوح أنه كلما إنخفضت الوضعية المادية للمسن في الأسرة إنخفضت مكانته وانقطعت صلته بأسرته "إذ يتميز غالبية المسنين بالإهتمام بالناحية المادية، ولا يرجع ذلك إلى رغبته في المزيد من الممتلكات المادية، بل إلى تناقص الدخل بعد التقاعد وإلى رغبة المسنين في حياة المال لتحقيق الإستقلال عن الآخرين ليعيش حيثما وكيف ما يشاء بعد أن أصبح ضعيفا غير قادرا عن العمل".¹ في المقابل لا يلجأ الأهل إلى زيارة فئة المسنين التي لا يمكن أن يحقق من خلالها منفعة مادية وهي فئة المسنين الذين لا يملكون مصدرا للدخل.

¹ عبير عباس: مرجع سابق، ص 128

إستنتاج الفرضية الثانية :

حاولنا في هذا الفصل ومن خلال الجداول الإرتباطية إختبار فرضية تأثير المستوى المعيشي للمسنين على التحاقهم بدور العجزة وذلك من خلال بُعدين، تمثل البعد الأول في تأثير الدخل ومصادره على انتقال المسنين للإقامة بدور العجزة مرتكزين في ذلك على مؤشري قيمة الدخل الشهري الفردي للمسنين ومصادره على التحاقهم بدور المسنين والتي أسفرت النتائج التالية :

* كلما إنخفضت الوضعية المادية للمسنين ساءت علاقتهم بأفراد أسرهم بسبب التبعية الإقتصادية ومنه التحاقهم بدار المسنين وهذا بنسبة 66.7% بالنسبة للمسنين الذين لا يملكون دخل و51.7% بالنسبة للذين يقل دخلهم عن 18000 دج.

* يلتحق المسنين بالدار بقرار شخصي كلما ارتفع دخلهم الشهري الفردي 87.5% لفئة المسنين الذين تفوق منحة تقاعدهم الشهرية 38000 دج.

* لم يكن للدخل الشهري الفردي للمسنين المبحوثين أي تأثير موقف المسنين من الإلتحاق بالمركز حيث مهما كانت قيمة الدخل فالمسنين التحقوا بالمركز مضطرين لكن بنسب متفاوتة 37.9% فئة المسنين الذين لا يملكون دخل وذلك بنسبة 62.5% بالنسبة للمسنين الذين يفوق دخلهم 38000 دج.

* لم تبين العلاقة الإرتباطية بين قيمة الدخل الشهري الفردي للمسنين أي دلالة بحيث مهما كانت قيمة دخلهم فهم لا يشعرون بالإستقرار سوى فئتي الدخل المرتفع بتصريحاتهم نوعا ما بنسبة 54.5% و50% نظرا لإنعدام تأطير وبرامج الدخل المهني من شأنها أن تساعد التفاعل الإجتماعي بين المسنين (المقيمين).

* كان للدخل الشهري للمسنين تأثير واضح على تلقي المسنين الزيارات من طرف أهاليهم بحيث يحظر المسنين المبحوثين والمقيمين بالدار بالزيارات كلما ارتفع دخلهم الشهري وهذا بنسبة 75% للمسنين الذين يفوق دخلهم 38000 دج والعكس حيث لا يتلقى 85.1% من المسنين الذين لا يملكون دخل الزيارات.

أما المؤشر الثاني فتمثل - كما سبق الإشارة إليه - في مصادر دخل المسنين والتي بينت من خلال الربط الإحصائي في جداول إحصائية في النتائج التالية:

* تسوء علاقة المسنين بأفراد أسرهم كلما كان مصدر الدخل ضعيفا وغير دائم، حيث صرح 66.7% من المسنين الذين لا يملكون دخل أن علاقتهم سيئة كذلك 52.9% من فئة المسنين الذين لا يملكون منحة حكومية وهي منحة الشيخوخة التي تقدر ب 3000 دج.

* أثبتت العلاقة الارتباطية بين مصدر دخل المسنين وقرار الإلتحاق وجود علاقة حيث كان يعاني المسن من التبعية الاقتصادية من خلال انعدام ثابت وكافي للدخل بإرتفاع إحتمال إلتحاقه بدار المسنين عن طريق قرار عائلي وهذا بنسبة 62.1% بالنسبة للمسنين عديمي الدخل، في حين تمثل 78% مسنين انتقلوا للإقامة بدار المسنين بقرار شخصي وهم يملكون معاش تقاعد.

* أسفرت العلاقة الارتباطية مصدر دخل المسنين وموقفهم من الإلتحاق بالمركز بنتيجة ان المسنين لذين يملكون دخل ولو ضعيف فلقد التحقوا بالدار مضطرين وهذا بنسبة 80% بالنسبة للمنحة الشهرية، 53.1% بالنسبة للمسنين الذين لديهم معاش التقاعد في حين فئة المسنين الذين لا يملكون دخل لم يتم استشارتهم وهذا بنسبة 31% مما يدل على أهمية الدخل الأسري في تعزيز مكانة وقرارات المسنين بالاسرة مما يحول دون التحاقهم بالمركز.

* تبين من خلال علاقة مصدر دخل المسنين بالوضعية الإقامية ان هناك علاقة بحيث التحق المسنين بالمركز لانهم لا يملكون مسكنا وانما كانوا يقيمون بمسكن هو ملك لجميع العائلة وهذا بنسبة 78% لمنعدي الدخل و60% لفئة المسنين التي لديها منحة حكومية، أما التي تحتكم على معاش تقاعد فإن 50% منهم كانوا يسكنون في منازل مستأجرة هذا ما جعلهم يقصدون المركز من أجل تلقي العلاج هناك.

تمثل البعد الثاني في تحليل هذه الفرضية في الاعالة ومستويات إنفاق المسنين وتأثيره على التحاقهم بدور المسنين والذي تضمن مؤشرين مسؤولية الاعالة في الاسرة ومستويات إنفاقه، وتبين من خلال العلاقة الارتباطية بين مسؤولية الاعالة بعلاقة المسنين مع أفراد أسرهم حيث تسوع علاقتهم كلما كانوا معالين من طرف أفراد أسرهم وهذا بنسبة 64%.

* أثبتت العلاقة الارتباطية بين مسؤولية الاعالة في الأسرة وقرار إلتحاق المسنين بالمركز أن إحتمال إلتحاق المسن من المبحوثين عن طريق العائلة يرتفع كلما كان المبحوث معال(ة) من طرف أفراد الأسرة

* لم يثبت إرتباط مسؤولية الإعالة في الأسرة بموقف المسنين من الإلتحاق بالمركز أي علاقة بحيث مهما كان مصدر الإعالة في الأسرة فإن المسنين إلتحقوا بالمركز مضطرين.

* إتضح من خلال العلاقة الإرتباطية بين مسؤولية الإعالة في الأسرة ومدى تلقي المسنين الزيارات، أن هناك علاقة حيث يحظى المسنين الذين كانوا يساهمون في مصاريف البيت وبالتالي يعتمدون على مبدأ الإعالة المشتركة في الأسرة بالزيارات، وهذا بنسبة 74.5% هذا ما يؤكد مبدأ العلاقات النفعية في حين لا يتلقى المسنين المعالين الزيارات وهذا بنسبة 83.2%.

أما المؤشر الثاني فتمثل في الإدخار والإستدانة وتأثيره على إلتحاق المسنين بدور الرعاية، حيث أثبتت العلاقة الإرتباطية بين مستويات إنفاق المسنين وعلاقتهم بأفراد أسرهم نتيجة مهمة وهي تسوء علاقات المسنين بأفراد أسرهم كلما كان المسن يعاني من ضعف القدرة الشرائية أي أنه لا يدخر ولايستدين مما يجعله عرضة للوقوع في الإحتياج وبالتالي تضطر الأسرة لتأمين مصاريفه ومستلزماته وهذا بنسبة 50%، هذا ما يجعل إلتحاقه بدار المسنين عن طريق قرار عائلي وهذا بنسبة 45%. أكد 49% من المسنين الذين يعانون من سوء الوضعية المادية أي الذين لايدخرون ويستدنون أنهم إنتقلوا للعيش بدار المسنين مضطرين بسبب عجزهم المادي في التكفل بمصاريفهم ومتطلباتهم، الأمر الذي جعلهم يلجؤون إلى الإستدانة.

* وعن إستقرار المسنين بالمركز قمنا بربط علاقة إرتباطية ثلاثية المتغيرات والتي أفرزت نتيجة مفادها هي أن إستقرار المسنين بالمركز مرتبط إلى حد كبير بنمط العلاقة التي تربط المقيمين بعمال المركز ولا علاقة لها بمستويات إنفاق المسنين.

* تبرز العلاقة الإرتباطية بين مستويات إنفاق المسنين وتلقي الزيارات نتيجة وهي كلما كانت الوضعية المادية للمسنين سيئة أي انهم لا يدخرون ولايستدنون لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وهذا بنسبة 85% للذين لا يملكون دخلا.

إذن كلما إنخفضت الوضعية المادية للمسنين وإرتفعت التبعية المالية للمسنين إرتفع إحتمال إنتقالهم للإقامة بدور الرعاية الاجتماعية الخاصة بالمسنين.

الفصل الثامن: دراسة الرعاية الصحية للمسنين في الوسط الأسري من خلال الوضعية

الصحية والتكاليف العلاجية للمسنين

تمهيد.....338

المبحث الأول: الوضعية الصحية للمسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور المسنين.....339

1- التقييم الصحي الذاتي للمسنين وتأثيره على التحاقهم بدور المسنين.....339

2- أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور المسنين....347

المبحث الثاني: التكاليف الصحية العلاجية للمسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على

التحاقهم بدور العجزة.....357

1- المتابعة الصحية (الطبية) للمسنين وتأثيرها على التحاقهم بدورالعجزة.....357

2- تأثير مصدر تأمين دواء المسنين في الوسط الأسري وعلاقته بالتحاقهم العجزة.....377

إستنتاج الفرضية الثالثة.....373

تمهيد:

الفرضية الثالثة: يرجع إلتحاق المسنين بدور العجزة إلى غياب الرعاية الصحية في المحيط الأسري

الرعاية الصحية للمسنين هي مجموعة من الخدمات الصحية التي توفرها الأسرة لكبار السن من أجل تخفيف نتائج الأمراض الناجمة عن الشيخوخة والكبر، ويتوقف هذا على وضعيتهم الصحية والتكفل الصحي والعلاجي المقدم للمبحوثين في الأسرة، و لهذا الغرض قمنا بتحديد مؤشرات المتغير المستقل والمتمثل في الرعاية الصحية للمبحوثين في المحيط الأسري، وهذا من خلال الوضعية الصحية للمسنين والتكاليف الصحية العلاجية للمبحوثين (التكفل الصحي) بالإعتماد على:

- التقييم الصحي الذاتي للمبحوثين.
- أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين.
- المتابعة والكشف الطبي الدوري (المنتظم).
- مصدر توفير الدواء للمبحوثين وتأثير كل هذا على إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- أما مؤشرات المتغير التابع فتمثلت في:
- علاقة المبحوثين بأفراد الأسرة.
- كيفية إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة.
- موقف المسنين من الإلتحاق بدور العجزة.
- مدى تلقي المبحوثين الزيارات من الأهل

المبحث الأول: الوضعية الصحية للمسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور العجزة

1- التقييم الصحي الذاتي للمسنين وتأثيره على إلتحاقهم بدور العجزة

الجدول رقم 72: تأثير التقييم الصحي الذاتي على علاقة المسنين بأفراد أسرهم

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الأسرة التقييم الصحي الذاتي للمسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	33,3	8	54,2	13	4,2	1	8.3	2	حسنة
100	42	81,0	34	4,8	2	9,5	4	4,8	2	متوسطة
100	87	44,8	39	29,9	26	20,7	18	4,6	4	سيئة
100	153	52,9	81	26,8	41	15,0	23	5,2	8	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول أن 52.9% من المسنين علاقتهم سيئة مع المحيط الأسري مقابل 26.8% علاقتهم غير مستقرة، أما 15% فهي تمثل المسنين الذين علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم، بينما 5.2% فقط من المسنين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم.

وبُغية البحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك، أدخلنا متغير التقييم الذاتي للمسنين لحالتهم الصحية، فبتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² عند مستوى ثقة 0,05 ودرجة حرية 6 قدرت قيمة كا² المسحوبة بـ 28,789 في حين قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 12,59 مما يدل أن كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية إذن هناك فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين متغيري التقييم الصحي الذاتي للمسنين ونمط العلاقة السائد في الوسط الأسري، إذ تسوء علاقة المسنين بأفراد أسرهم بتدهور حالتهم الصحية بناء على تقييم الذاتي لحالتهم الصحية حيث صرح 54% من المسنين الذين حالتهم الصحية حسنة أن علاقتهم مع أفراد أسرهم هي غير مستقرة تتخللها المشاحنات والصراعات، بينما تسوء علاقتهم مع أفراد أسرهم كلما تدهورت حالتهم الصحية، أين صرح 81% من المسنين الذين يرون أن حالتهم متوسطة و45% من المسنين الذين قيموا حالتهم الصحية بالسيئة أن علاقتهم مع أفراد أسرهم هي سيئة ولهذا إلتحقوا بالمركز.

إن المسنين مع التقدم في العمر يتعرضون للتدهور في حالتهم الصحية العامة ويصابون بأمراض تجعلهم يفقدون كثيرا من أدوارهم الأسرية وقدرتهم على التفاعل الإجتماعي والمشاركة في

الحياة الاجتماعية عامة، فكلما كان الفرد بصحة جيدة كان وجوده بين أفراد أسرته ومجتمعه جيداً وقويًا إذ أوضحت الدراسات العلمية "أن ضعف الحالة الصحية للمسنين له أثره الكبير على حالتهم النفسية، ومظاهر العزلة والإنطواء، وعدم القدرة على التوافق في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين كما أنها إحدى الأسباب التي تقف عائقاً أمام ممارستهم للأنشطة المختلفة والإستمتاع بوقت فراغهم"¹

ويمكن أن نفسر هذا بمخلفات التغيير الاجتماعي والتطور التكنولوجي، وتغير نمط وظيفة الأسرة، وانتشار الفردانية، وإنعدام التضامن والتكافل الاجتماعي إذ أصبحت الأسرة عاجزة عن تأمين الرعاية الصحية للمسنين خاصة إلى كان هذا الأخير يعاني من التبعية المادية وعاجزا عن تأمين مصاريفه الطبية أو العلاجية من دواء...، فتلجأ الأسرة (أو بطلب من المسن نفسه) بإلحاقه بدار المسنين لعلها تؤمن له الرعاية الصحية التي إفتقدها في محيطه الأسري.

إذا" يظهر وبوضوح تأثير الوضعية الصحية على سوء العلاقات بين المسنين وأفراد أسرهم ومنه إلتحاقهم بدار المسنين كبديل عن الأسر التي باتت عاجزة في ظل التغييرات الإقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية وخروج المرأة العمل إلى التخلي عن كبار السن في مراكز ودور لرعايتهم وتأمين متطلباتهم الصحية والمادية التي عجزت أو تملصت الأسرة المعاصرة عن تأمينها وعن كيفية إلتحاق المسنين بدور العجزة يلخص نتائجه معطيات الجدول الموالي.

الجدول رقم 73: تأثير التقييم الصحي الذاتي للمسنين على كيفية إلتحاقهم بدور العجزة

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار التقييم الصحي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	20.8	5	29.2	7	50,0	12	حسنة
100	42	21.4	9	26.8	11	52,4	22	متوسطة
100	87	12.6	11	46,0	40	41,4	36	سيئة
100	153	16,3	25	37.5	58	45,8	70	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين التقييم الصحي الذاتي للمسنين وكيفية إلتحاقهم بدار المسنين أن 45.8% من المسنين إلتحقوا بالمركز بمفردهم مقابل

¹مصطفى محمد أحمد الفقي: مرجع سابق، ص74

37,5% كان إلتحاقهم عن طريق العائلة بينما صرح 16,3% من المسنين أن إلتحقوا بالمركز كان عن طريق الشرطة.

وقمنا بإدخال متغير الحالة أو الوضعية الصحية للمسنين من خلال تقييمهم الصحي الذاتي بهدف معرفة تأثيره على كيفية الإلتحاق بدار العجزة فإتضح لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين، إذ تقوم الأسرة بإصطحاب كبار السن إلى دار رعاية المسنين كلما ساءت وضعيتهم الصحية، حيث صرح 50,0% من المسنين الذين صحتهم حسنة أنهم إلتحقوا بدار العجزة بمفردهم دون أن يصطحبهم أحدا من أفراد الأسرة وأدلى بنفس التصريح 52,0% من المسنين الذين يرون أن حالتهم الصحية متوسطة، بينما أكد 46,0% من المسنين الذين يعانون من سوء وتدهور حالتهم الصحية أن إلتحاقهم بدار المسنين كان طريق أفراد العائلة الذين قاموا بإصطحابهم إلى المراكز بحجة تلقي العلاج بالمركز، إلا أنهم في صميم أنفسهم يعجزون عن الإهتمام بهم ورعايتهم خاصة إذا كانوا يعانون من صعوبة أو عجز حركي يلزمهم الفراش ويستوجب الرعاية المستمرة والمنتظمة من نظافة ومأكل ومشرب أي إشراف كلي عليهم مثل الرضيع الذي يعجز عن خدمة نفسه، هذا ما يتطلب وجود شخص من أفراد الأسرة لملازمته بإستمرار وتأمين الخدمة والدواء وهذه مشكلة قد تواجهها الأسرة العاملة، فقد يضطر أحد الأفراد لترك عمله ومصدر دخله والبقاء بجانب والده المريض أو والدته الضريرة، هذا ما يجعلهم في أحيان كثيرة يقومون بإلحاقه بدار العجزة من أجل تأمين الرعاية والتكفل الذي عجز أفراد الأسرة عن تأمينه، كما يؤثر مرض المسنين على ميزانية الأسرة إذا أنه يستلزم أعباء إضافية للعلاج والإحتياجات الخاصة وتهيئة المنزل العناية بالمريض، وهذا ما قد تعجز الأسرة عن تأمينه للمسن الذي لا يملك منحة تقاعد ولا تأمين (هذا لأنه إشتغل طيلة حياته دون تأمين) مما يجعله يشعر بأنه عبئ على أفراد أسرته، فيلتحق بدار العجزة وحده خاصة إذا كانت حالته الصحية تمكنه وتسمح له بذلك بحثا عن الرعاية والعناية الصحية التي لم تتوفر له في المحيط الأسري.

وتجدر الإشارة في النهاية إلى أنه رغم المشكلات التي يعاني منها المسنين المقيمين بدور العجزة وما تخلفه من مظاهر الإستياء وسوء التوافق الإجتماعي والنفسي إلا أن هذه الدور أصبحت واقعا إجتماعيا يتطلب التعامل معه في ظل التغيرات التي إعترت المجتمع والأسرة

المعاصرة. إذن يظهر تأثير الوضعية الصحية على إلتحاق المسنين بدور العجزة كبديل عن الأسر حيث بداية النهاية والصدقات المتأخرة.

الجدول رقم 74: التقييم الصحي الذاتي للمسنين وتأثيره على قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة

المجموع		قرار مشترك		قرار عائلي		شخصي		قرار الإلتحاق بالدار	التقييم الصحي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	24	16,7	4	33,3	8	50,0	12	حسنة	
100	42	9,5	4	52,4	22	38,1	16	متوسطة	
100	87	11,5	10	51,7	45	36,8	32	سيئة	
100	153	11,8	18	49,0	75	39,2	60	المجموع	

يشير الإتجاه العام لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين الوضعية الصحية للمسنين وقرار إلتحاقهم بدار المسنين أن المسنين إلتحقوا بمراكز الرعاية عن طريق قرارا عائلي، وهذا بنسبة 49.0% مقابل 39.2% إلتحقوا بالمركز بقرار شخصي في حين إلتحق 11.8% من المسنين بدار الرعاية بقرار مشترك بين المسنين وأسرهم.

وبهدف البحث عن أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير التقييم الصحي الذاتي للمسنين، فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين حيث كلما ساءت الوضعية الصحية للمسنين إرتفع إحتمال إلتحاقهم بدار المسنين من طرف العائلة وهذا ما يؤكد تصريح 50.0% من المسنين الذين حالتهم الصحية حسنة بأن قرار إلتحاقهم بالدار كان شخصيا أو فرديا، في حين حافظ على الإتجاه العام للجدول كل من المسنين الذين يقيمون حالتهم أو الصحية بالمتوسطة بالسيئة أين صرح 52.4% من المسنين الذين وضعيتهم الصحية متوسطة و51.7% من المسنين الذين حالتهم الصحية سيئة أن إلتحاقهم بدار رعاية المسنين كان بقرار عائلي محظ.

ويمكن تفسير هذا بتظافر مجموعة من العوامل الإجتماعية والإقتصادية، وحتى الثقافية فلقد أفرز تقدم العلم والتكنولوجيا والهجرة من الريف إلى المدينة وما نتج عنها من تفكك في الروابط الأسرية وظهور نمط أسري جديد -أسرة النواة- وعلاقات أسرية جديدة أين أصبحت الأسرة في المدينة والمجتمعات الصناعية لا تقوى على إحتمال أكثر من جيل واحد فتكونت بذلك عائلات صغيرة تقتصر على جيل واحد يصعب عليه تقبل جيل الأجداد لأن طبيعة المجتمع المعاصر، والتحول الإجتماعي السريع وما خلفه من ضيق في المسكن وإرتفاع مستوى الحياة ومعدلات

الإنفاق وزيادة الأمراض جعلهم عاجزين عن رعاية والإهتمام بالجيل الذي كان سببا في وجودهم وفي تحقيق كل الإنجازات التي كانوا يطمحون لتحقيقها أو الوصول إليها، وقد يزداد الوضع سوءا إذا صاحب كبار السن تدهور في حالتهم أو وضعيتهم الصحية فسرعان ما تقوم هذه الأسر بالتخلي عنهم وإلحاقهم بأي دار من دور العجزة ليدخل طي النسيان، نتيجة ضعف سلطتهم وقراراتهم في الوسط الأسري نتيجة ضعف الوضعية المادية والصحية.

الجدول رقم 75: علاقة التقييم الصحي الذاتي للمسنين بموقفهم من الإلتحاق بالدار

المجموع		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق		موقف المسن من الدار التقييم الصحي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	8,3	2	50,0	12	37,5	9	4,2	1	حسنة
100	42	14,3	6	47,6	20	26,2	11	11,9	5	متوسطة
100	87	25,3	22	40,2	35	26,4	23	8,0	7	سيئة
100	153	19,6	30	43,8	67	28,1	43	8,5	13	المجموع

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين الحالة الصحية للمسنين وموقفهم من الإلتحاق بالمركز أن 43.8% من المسنين إلتحقوا بالدار مضطرين مقابل 28.1% عارضوا إلتحاقهم لدار العجزة أما 19.6% من المسنين إلتحقوا بالدار دون إستشارتهم بينما وافق 8.5% من المسنين المبحوثين على تركهم وسطهم الطبيعي ألا وهو الأسرة للإلتحاق والعيش بدار العجزة. وقمنا بإدخال متغير الحالة الصحية للمسنين وبالضبط متغير التقييم الذاتي الصحي للمسنين بغية معرفة تأثير هذا الأخير على موقف المسنين من الإلتحاق بدار العجزة، فتبين لنا أنه مهما كانت الوضعية الصحية للمسنين فإن إنتقالهم للإقامة بدار العجزة كبديل عن الأسرة هو نتيجة ظروف إقتصادية وإجتماعية وصحية وثقافية إضطرتهم للإنتقال للعيش بالدار حيث صرح 50.0% من المسنين الذين قيّموا حالتهم الصحية بالحسنة أنهم إنتقلوا للعيش بالدار مضطرين في المقابل أكد 48% من المسنين الذين حالتهم الصحية متوسطة حسب تقييمهم أنهم إلتحقوا بالدار مضطرين كذلك، وأدلى بنفس التصريح 40% من المبحوثين الذين يعانون من مشاكل صحية كبيرة حيث أنهم يرون أن وضعيتهم الصحية هي سيئة وإنتقالهم للإقامة بالدار كانت نتيجة ظروف إضطرتهم لترك الأسرة. ولا يمكن أن نعتمد في تفسير هذه الظاهرة المعقدة من خلال هذه

المعطيات على عاملا واحدا فقط لأن هناك تظافر مجموعة من العوامل، ففعلا يمكن لتدهور الحالة الصحية أن يكون عاملا في إلتحاقهم أو إلتحاقهم بدور العجزة -كما تبينه المعطيات في الجدول أعلاه- من أجل تأمين التكفل الصحي للمسنين في ظل عجز الأسرة عن تقديمه لمسنينها، كما يمكن أن يلتحق المسنين الذين لا يعانون من أي مشكل صحي بالمركز بسبب تدهور وضعيتهم المادية وشعورهم بالتعبية المالية لأفراد أسرتهما إما الأبناء أو الإخوة ما قد يزعج الطرفين ويشعر المسن بالإستياء والمهانة فتجده أحيانا يمارض ليلفت إنتباه أفراد الأسرة الذي سرعان ما يحاول إقناعه للإلتحاق بدار العجزة من أجل التكفل العلاجي به، دون أن ننسى الغزو الثقافي والفكري والتي تعتبر بمثابة ضريبة يدفعها الفرد نتيجة التطور التكنولوجي والتحضر والتمدن وعلى رأس كل هذه العوامل ضعف الوازع الديني فالتنشئة السليمة القائمة على الأسس الدينية تجعل أفراد الأسرة يتسابقون لخدمة ذلك الشخص المسن لعلمهم يكسبون أجرا وثوابا في إطار الفلسفة الأجرية لأنهم على يقين بأن أبواك جنتك وبارك وهذا ما يفتقر إليه شبابنا وشاباتنا اليوم.

رغم الحاجة الماسة لوجود كبار السن ضمن أسرة تمنحهم الإستقرار والدفيء إلا أن الشبكات الأسرية ليست دائما نافعة فبعض المسنين يشعرون بعبئ الخلاف الأسري الذي يمكن أن يتسببوا به خاصة إذا كانوا دون سند أسري في الحياة وهذا هو شأن أغلب المسنين المبحوثين، إذ يعاني أغلب المسنين المقيمين بالدار من مشكل عدم الإستقرار الأسري هذا ما جعلهم يرجعون (إناثا وذكورا) للإقامة في المنزل العائلي الخاص بجميع الورثة إما لأنهم عزاب وعازبات لم يؤسسوا أسرا وإما لأنهم فشلوا في تأسيسهم أسرا فإنتهت علاقاتهم بالطلاق أو الترميل كما سبق الإشارة إليه هذا ما جعل أفراد أسرهم ينبذون وجودهم بينهم والعمل على خدمتهم (من طرف زوجة الأخ أو زوجة الإبن). وما قد يزيد الوضع سوءا هو تدهور الحالة الصحية وعدم وجود مصدر الدخل يؤمن من خلاله متطلباته وإحتياجاته -شخص المسن- إذا" وجود وتأسيس أسرة في ظل هذه الوضعية تعتبر سندا بالنسبة للمسنين، رغم هذا فإن الغالبية العظمى من كبار السن تفضل أن يكون لها منزلها الخاص بها مستقلا عن حياة أسر أبنائها وبناتها ذلك لأن إحياءات البيئة الإجتماعية تصلهم أنه غير مرغوب فيهم ضمن تلك الأسر.

إذا" يظهر جليا تأثير سوء وتدهور الوضعية الصحية للمسنين على التخلي عليهم وإحاقهم بدور العجزة، وربما دون استشارتهم أحيانا، هذا ما ينمي شعورهم بالإغتراب والوحدة. وحاولنا من خلال معطيات الجدول الموالي

الجدول رقم 76: علاقة التقييم الصحي الذاتي بتلقي المسنين الزيارات بالدار

المجموع		تلقى المسنين الزيارات بالدار				مصدر للدخل	التقييم الصحي الذاتي
		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	12	50,0	6	50,0	6	نعم	حسنة
100	12	66,7	8	33,3	4	لا	
100	24	58,3	14	41,7	10	المجموع	
100	14	64,3	9	35,7	5	نعم	متوسطة
100	28	85,7	24	14,3	4	لا	
100	42	78,6	33	21,4	9	المجموع	
100	38	60,5	23	39,5	15	نعم	سيئة
100	49	89,8	44	10,2	5	لا	
100	87	77,0	67	23,0	20	المجموع	
100	64	59,4	38	40,6	26	نعم	المجموع النهائي
100	89	85,4	76	14,6	13	لا	
100	153	74,5	114	25,5	39	المجموع	

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول أن أغلب المسنين لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم، وهذا بنسبة 74,5% مقابل 25,5% يتلقون الزيارات. وقمنا بإدخال متغير التقييم الذاتي الصحي للمسنين، لمعرفة تأثيره على مدى تلقي المسنين الزيارات من طرف ذويهم فتبين لنا أنه مهما كانت الحالة الصحية للمسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز فهم لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم، إذ صرح 58,3% من المسنين، طرف كما صرح 78,6% من المسنين الذين يعتقدون أن حالتهم الصحية متوسطة، أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم، وأكد أيضا 77% من المسنين الذين قيموا حالتهم الصحية بالسيئة أنهم لا يتلقون ولا يتبادلون الزيارات مع أفراد أسرهم وأهاليهم. وبُغية تفكيك هذه العلاقة قمنا بإدخال متغير ثالث تمثل في مدى إمتلاك المسنين مصدرا للدخل أي هل المسنين المبحوثين هم مستقلين أم تابعين إقتصاديا لأفراد أسرهم ؟

ولقد أفرز هذا المتغير علاقة جديدة، هي أنه كلما كان المسن يُعاني من التبعية المالية للأسرة إنقطع أهله عن زيارته، وهذا يؤكد ما توصلنا إليه في الفرضية السابقة، وهذا ما يمكن تفسيره بناءً على مبدأ النظرية التبادلية والتي تركز على مبدأ الأخذ والعطاء ومنه تحقيق أكبر منفعة من كل تفاعل إجتماعي بين الأفراد بأقل تكلفة، ووفقاً لهذا المبدأ لا يملك المسن ما يقدمه نظير رعايته والإهتمام به خاصة في هذه المرحلة العمرية المتأخرة أين تدب الشيخوخة في جسم الإنسان وما تخلفه هذه الأخيرة من المرض والوهن والعجز دون إستثناء الحالة النفسية والعاطفية والتي لا يمكن في كل الأحوال فصلها عن الحالة البدنية والصحية حيث صرح 66,7% من المسنين الذين حالتهم الصحية حسنة أنهم لا يملكون مصدراً للدخل وأنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أفراد أسرهم، وصرح في نفس السياق 85,7% من المسنين الذين وضعيتهم الصحية متوسطة أنهم لا يملكون مصدراً للدخل وإنما الأسرة هي من كانت تتكفل بهم وبمتطلباتهم، وأنهم لا يتلقون ولا يتبادلون الزيارات من طرف أفراد أسرهم وأقاربهم، وأدلى بنفس التصريح 89.8% من المسنين الذين حالتهم الصحية سيئة حيث أنهم يعانون من عدة مشاكل صحية أنهم لا يملكون مصدراً للدخل ولا يتبادلون كذلك الزيارات مع أفراد أسرهم، وهذا ما يؤثر كثيراً على حالتهم النفسية وبالتالي ينعكس سلباً على حالتهم البدنية والصحية بدليل تصريح 46,2% من المسنين الذين يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم أحياناً أنهم يشعرون بالقهر والتحسر بعد كل زيارة لأنهم يتذكرون المكانة والحالة التي وصلوا إليها، هذا بالإضافة إلى أنهم ينتظرون أو يأملون -حسب تصريحاتهم - في كل مرة أن يطلب أو يقرر أفراد أسرتهم لإقامتهم في وسطهم الطبيعي والأصلي ألا وهو الأسرة لكن دون جدوى، ولهذا الغرض قمنا بسؤال المسنين عن رغبتهم في العودة للإقامة مع أفراد أسرهم فكانت النتائج أن أبدى 58% من المبحوثين رغبتهم في العودة في المقابل صرح 42% أنهم لا يرغبون في العودة.

2- أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين وعلاقتها بالتحاقهم بدور المسنين

الجدول رقم 77: تأثير أنواع المشاكل الصحية على علاقة المسنين بأفراد الأسرة

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الأسرة أنواع المشاكل الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	37,5	9	41,7	10	8,3	2	12,5	3	لا أواجه مشكل صحي
100	64	60,9	39	17,2	11	17,2	11	4,7	3	نقص في السمع أو البصر
100	120	54,2	65	25,8	31	15,8	19	4,2	5	أمراض مزمنة
100	50	56,0	28	24,0	12	18,0	9	2,0	1	عجز حركي
100	*258	54,7	141	24,8	64	15,9	41	4,6	12	المجموع

يشير الإتجاه العام لمعطيات هذا الجدول أن 54,7% من المسنين علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم مقابل 24,8% علاقتهم غير مستقرة، أما 15,9% فهي تمثل نسبة المسنين الذين علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم في حين قدرت نسبة المسنين الذين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم بـ 4,6%. وقمنا بإدخال متغير أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين لمعرفة تأثيرها هذا الأخير على نمط أو نوع العلاقة التي تربط المسنين بأفراد أسرهم، دائما في إطار البحث عن أهم المشاكل الخفية المؤدية للإلتحاق المسنين بدور العجزة فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين، بحيث تسوء العلاقة بين المسنين وأفراد أسرهم كلما ساءت حالتهم الصحية وتنوعت المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين، في حين تميل العلاقات بينهم إلى عدم الإستقرار كلما كان المسنين لا يواجهون أية مشاكل صحية حيث صرح 41,7% من المسنين الذين لا يشكون من مشاكل صحية، وبالتالي هم في حالة صحية حسنة أن علاقتهم غير مستقرة مع أفراد أسرهم بينما صرح 60,9% من المسنين الذين يعانون من مشكل السمع أو النظر أن علاقتهم سيئة مع أفراد المحيط الأسري الذي كانوا يقيمون فيه قبل إلتحاقهم بالدار، وأدلى بنفس التصريح 54,2% من المسنين الذين يعانون من الأمراض المزمنة أي العلاقة بين المسن وأفراد الأسرة سيئة وفي المقابل حافظ 56,0% من المسنين الذين يعانون من العجز الحركي على الإتجاه العام للجدول من خلال تصريحاتهم التي تنص أن علاقتهم بأفراد أسرهم سيئة.

* المجموع الكلي يفوق عدد المبحوثين بسبب تعدد الإجابات

ويرجع هذا إلى عدة عوامل، إذ ينجم عن تراجع صحة المسنين تراجع في أدوارهم داخل وخارج الأسرة ومنه تراجع وضعهم المادي كذلك مما قد يولد بعض الصراعات والمشاكل وينعكس هذا على نوعية العلاقة بينه وبين أفراد أسرته فتميل العلاقات إلى اللإستقرار، كما أن تدهور أو بالأحرى سوء الحالة الصحية تؤثر كذلك في وضعية المسنين في الأسرة، وعلاقتهم مع ذويهم، فمع تقدم العمر تقل قدراتهم -المسنين- على الإحتمال فيصبحون كثيري الشكاوي من المتاعب الصحية مع أفراد أسرهم، وربما حب التردد على الأطباء مما يؤثر على نوعية العلاقة بينهما، وكل هذا ينعكس سلبا على نوعية الرعاية المقدمة لهم خاصة إذا كان المسنين في وضعية عائلية نوعا ما خاصة أي أنهم لم يؤسسوا أسرا أو فشلوا في تأسيسها وكانت النتيجة الحتمية الطلاق أو الإنفصال، فيبقى المسن في المنزل وحيدا ربما أحيانا طيلة النهار في ظل إنشغال كل أفراد الأسرة بأمور الحياة يتكبد الوحدة ويتسول الرعاية والعناية هذا ما يجعلهم يلتحقون أو يُلحقون بدار المسنين بهدف تأمين الرعاية البدنية المرجوة والتي لم تتوفر له في الوسط الأسري.وكيفية إلتحاقه بالدار ملخصة في معطيات الجدول الموالي.

الجدول رقم 78: أنواع المشاكل الصحية وعلاقتها بكيفية إلتحاق المسنين بالمركز

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار أنواع المشاكل الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	25,0	6	16,7	4	58.3	14	لا أواجه مشكل صحي
100	64	9,4	6	39,1	25	51.6	33	نقص في السمع أو البصر
100	120	15,8	19	37,5	45	46.7	56	أمراض مزمنة
100	50	14,0	7	46,0	23	40.0	20	عجز حركي
100	*258	14,7	38	37,6	97	47.7	123	المجموع

يتضح من خلال الإتجاه العام لهذا الجدول أن المسنين إلتحقوا بدار العجزة بمفردهم وهذا بنسبة 47.7% مقابل 37.6% كان إلتحاقهم الدار عن طريق عائلاتهم بينما صرّح 14.7% من المسنين أن إلتحاقهم بالدار كان عن طريق الشرطة.

* المجموع الكلي يفوق عدد المبحوثين بسبب تعدد الإجابات

وإرتأينا إدخال متغير نوعية المشاكل الصحية التي يواجهها أو يعاني منها المسنين لمعرفة تأثيرها على كيفية إلتحاق المسنين بالمركز فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين حيث صرح 58,0% من المسنين الذين لا يواجهون مشاكل صحية أنهم إلتحقوا بالمركز بمفردهم، وأدلى بنفس التصريح 52,0% من المسنين الذين يعانون من مشكل السمع والبصر وحافظ 47% من المسنين الذين يعانون من مشكل الأمراض المزمنة على الإلتجاه العام للجدول بتصريحاتهم مفادهم أنهم إلتحقوا بدار المسنين بمفردهم بينما غير الإلتجاه العام للجدول 46,0% من المسنين الذين يعانون من عجز حركي، حيث كان إلتحاقهم بدار المسنين عن طريق العائلة، ويمكن أن نفسر هذا بعدة عوامل إجتماعية على رأسها تغير وتدني دور ومكانة المسن في الوسط الأسري بتراجع دوره المهني والصحي في المجتمعات المعاصرة (والتي لم تكن لها وجودا في المجتمعات التقليدية) فقد تشكل كثرة شكاوي المسنين من الأمراض الصحية مصدر إزعاج وقلق لأفراد أسرته إذ يشعر المسن الذي يعاني من ضعف في السمع أو البصر بإنقطاع عن محيطه وعالمه الخارجي فيحاول في كل مرة إسترجاعه والعودة إليه لا إراديا من خلال رفع صوته أثناء الحديث أو رفع صوت التلفاز أو المذياع أو يضطر المتحدثين إليه من تكرار رسائلهم الصوتية هذا ما قد يثير حفيظة أفراد أسرته الذين عانوا مشقة عمل يوم كامل وينتظرون الخلود إلى الراحة وهذا ليس مبرر لسلوكهم - كما قد ينتاب المسن الشك والريب أنهم يتحدثون عنه لأنه يعتقد أنهم يتحدثون بصوت منخفض (لأنه يعاني من نقص في السمع) ما قد يكون مصدرا للإزعاج ونشوب المشاكل كيف لهم أن يقنعونه بأنه مخطئ في هذا ؟ ! كما يمكن لضعف النظر أن يخلف للمسن علاقات إعتيادية مع محيطه الأسري وقد يؤدي إستيائهم من تلبية متطلباته وخدمته إلى محاولته الاعتماد على نفسه ما قد يولد مشاكل أكبر تتعكس عليه وعلى محيطه الأسري بالسلب كأن يقع المسن ويصيب بكسور أو يلتطم بالجدران أو الآثاث أو بعض مستلزمات البيت الثمينة والتي تثير غضب وسخط وإستياء أفراد الأسرة، وقد يسلكوا سلوكيات سيئة أو يتلفظوا بألفاظ جارحة تجعل المسنين يقررون الإلتحاق بدار العجزة أو يلتحقون به بمفردهم سوى الفئة الأخيرة (التي تعاني من العجز الحركي) التي تقوم الأسرة بإلحاقها بالمركز إما إجباريا أو محاولة إقناعها بأن دخولها للدار سيكون مؤقتا من أجل تلقي العلاج فقط فتدخل بهذا طي النسيان وهذه العبارة التي لا طالما ترددت على مسامعي من طرف عدد كبير من المسنين المبحوثين والمقيمين بدار العجزة.

وفي الحقيقة أن رعاية وكفالة الأسرة لمسنينها لا تعود بالفائدة على المسن فحسب بل تعود على جميع أفراد الأسرة دون إستثناء لأنها تنمي الشعور بالانتماء الإنساني الذي لابد أن ينمو في الأسرة كبداية ويمتد بين أفرادها إلى جيرانهم وأفراد مجتمعهم ومنه إلى كل الوطن. ونود من خلال معطيات الجدول الموالي الحديث عن قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة.

الجدول رقم 79: تأثير أنواع المشاكل الصحية على قرار إلتحاق المسنين بدور العجزة

المجموع		مشترك		عائلي		شخصي		قرارالإلتحاق بالدار أنواع المشاكل الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	12,5	3	33,3	8	54,2	13	لا أواجه مشكل صحي
100	64	12,5	8	45,3	29	42,2	27	نقص في السمع أو البصر
100	120	10,0	12	50,8	61	39,2	47	أمراض مزمنة
100	50	8,0	4	62,0	31	30,0	15	عجز حركي
100	*258	10,5	27	50,0	129	39,5	102	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن 50% من المسنين إلتحقوا بدار العجزة بقرار عائلي مقابل 39,5% كان إلتحاقهم بدار المسنين بقرار شخصي، في حين تمثل 10,5% نسبة المسنين الذين إلتحقوا بدار العجزة بقرار أتخذ بالإشتراك والتشاور بين الطرفين، أي بين المسن وأسرته. وقمنا بإدخال متغير نوعية المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين بُغية البحث عن الأسباب الخفية المؤدية إلى إلتحاق المسنين بدور العجزة وتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين إذ كلما كان المسنين بحالة صحية جيدة وبالتالي لا يواجهون أي مشكل صحي كان قرار إلتحاقهم بالمركز شخصيا أو فرديا حيث صرّح 54,0% من المسنين الذين لا يشتركون من أي مشكل صحي أنهم إلتحقوا بدار العجزة بقرار شخصي في حين صرّح 45,3% من المسنين الذين يعانون من مشكل صحي تمثل في نقص السمع أو النظر أنهم إلتحقوا بالمركز بقرار عائلي محظ، وأدلى بنفس التصريح كل من فئة المسنين الذين يعانون من مشكل الأمراض المزمنة وفئة المسنين الذين يعانون من مشكل صحي عويص، (وهو العجز الحركي) أن إلتحاقهم بدار المسنين كان بقرار عائلي بنسب متفاوتة هي كالتالي 50,8% و 62,0% أين ترتفع النسبة بتدهور وسوء الحالة الصحية للمسنين.

* المجموع الكلي يفوق عدد المبحوثين بسبب تعدد الإجابات

ويمكن أن نفسر هذه الوضعية بتظافر عدة عوامل وأسباب أهمها فقدان الدور الاجتماعي للمسن بفقدانه لدوره المهني، إذ يضطر المسن بسبب سوء حالته الصحية أن يبقى في المنزل أكثر مما تعود عليه في السابق ليصتدم بواقع يرفض وجوده الدائم في البيت لأنه قد يزاحم النسوة في الحيز أو المجال الذي يسيطرون عليه منذ وقت طويل، هذا بالإضافة إلى أنه يقدم نصائح وتوجيهات ليست في محلها نتيجة قلة خبرته في هذا الميدان ما قد يولد توترات ومشاكل أسرية جديدة لم يعهدها، وقد يكون الوضع أسوأ إذا كان المسن يعاني من العجز الحركي ولا يقوى على خدمة نفسه، مما يولد علاقات إعتماضية مع الآخرين من أفراد الأسرة سرعان ما يصيبهم الملل والكره وكثرة الشكاوي من كلا الطرفين (المسن ومحيطه الأسري) فلا يتأخرون في أول فرصة تتاح لهم ليقوموا بإلحاقهم بدار العجزة خاصة إذا كانوا لا يحققون أية مصلحة أو منفعة مادية من خلال هذه العلاقة أو هذا التفاعل الاجتماعي لأن هذا الأخير عاجز عن تأمين متطلباته وإحتياجاته الصحية والمادية في عصر انتشرت فيه المصلحة في كل العلاقات الاجتماعية لتصل إلى علاقة ابن - أب أو حفيد - جد هذا ما جعل إنتشار دور العجزة وسنحاول من خلال معطيات الجدول الموالي معرفة موقف المسنين من إلحاقهم بدور العجزة.

الجدول رقم 80: المشاكل الصحية للمسنين وتأثيرها على موقفهم من الالتحاق بالدار

المجموع		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق		موقف المسنين من الإلتحاق بالدار أنواع المشاكل الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	4,2	1	54,2	13	37,5	9	4,2	1	لا أواجه مشكل صحي
100	64	21,9	14	43,8	28	26,6	17	7,8	5	نقص في السمع أو البصر
100	120	18,3	22	45,0	54	26,7	32	10,0	12	أمراض مزمنة
100	50	26,0	13	42,0	21	24,0	12	8,0	4	عجز حركي
100	*258	19,4	50	45,0	116	27,1	70	8,5	22	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين وموقفهم من الإلتحاق بدار العجزة أن المسنين إلتحقوا بالدار مضطرين، وهذا بنسبة 45%

* المجموع الكلي يفوق عدد المبحوثين بسبب تعدد الإجابات

مقابل 27,1% عارضوا فكرة إلتحاقهم بدار المسنين بينما لم يستشار 19,4% من المسنين المبحوثين عن طرف أهاليهم عن إنتقالهم للعيش بدار المسنين في حين أبدى 8,5% من المسنين موافقتهم للإنتقال للعيش بدار العجزة.

وإرتأينا إدخال متغير أنواع المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على موقف المسنين من الإلتحاق بالمركز، فتبين لنا أنه مهما كانت الحالة الصحية للمسنين فإنهم إلتحقوا بدار المسنين مضطرين أي بسبب ظروف إجتماعية وإقتصادية وثقافية وصحية قاهرة دفعتهم للتخلي عن أسرهم وأحيانا ممتلكاتهم والإنتقال لتمضية ما تبقى من حياتهم بدار العجزة بحثا عن الراحة والأمان وعن الرعاية بكل أنواعها هذا لأن أغلب المسنين وحتى المسنّات يعانون من مشاكل أساسها الميراث والإستلاء على المنزل العائلي وطردهم إلى الشارع أو إلتحاقهم في أحسن الحالات بهذه الدور خاصة إن كن مسنات وأميات. هذا دون أن نستثني تأثير الحالة الصحية للمسنين على إلتحاقهم بمركز العجزة، إذ يعتبر المرض مصدرا كذلك للضغط والتعاسة والمشاكل في الحياة الأسرية للمسنين، فبعض الأمراض -خاصة الحركية منها - تولد علاقات إعتماضية جديدة حيث تقوم الزوجة بدور الممرضة للزوج المريض إذ يتوجب عليها الإشراف على الدواء والطعام والنظافة... وغالبا ما تكون هي الأخرى مسنة ومعرضة للمخاطر، هذا ما يجعل من رعاية المسن عبئا على الزوجة فينتابها الملل والضجر وربما السخط، وتزداد تدمرا إذا كانت ذكرياتها عن معاملة الشريك ذكريات سيئة وغير مريحة ما قد يولد شعورا بالألم والعذاب، ويأخذ السلوك في مثل هذا الوضع طابع التشفي والتأثر فتجدها تسعى لا إراديا ولا شعوريا للإنتقام منه من خلال إهماله وعدم الإستجابة لطلباته وربما تجاهله وعدم التحدث إليه، هذا ما يؤثر على العلاقات بين الطرفين ويجعلها أكثر سوءا وتوترا (ويعد هذا الأخير نوعا من أنواع العنف اللفظي والرمزي وحتى الإهمال والذي إشتكى منه عدد من المسنين المبحوثين من خلال محادثتنا لهم في دراستنا الميدانية) هذا ما يجعله يطلب إلتحاقه بدار المسنين لعله يجد الراحة والسكينة والرعاية التي لم تتوفر له في الوسط الأسري هذا ما يفسر وجود 22,2% من المسنين المبحوثين متزوجين.

يوجد مصدر آخر للشقاء الزوجي في مرحلة الشيخوخة هو الفقر نتيجة إنخفاض الدخل وكثرة نفقات الأدوية والتردد على الأطباء والأخصائيين وإجراء الفحوصات والتحاليل الطبية خاصة إذا

كان المسن يعاني من مرض مزمن كالداء السكري أو ضغط الدم وإلتهاب المفاصل وهي أكثر الأمراض شيوعاً في هذه الفترة من العمر تستوجب إلتزامه بأدويته وطعامه الخاص به الذي يتمشى مع وضعه الصحي وهو في ظل كل هذه الظروف لا يملك مصدراً للدخل لأنه اشتغل في فترة شبابه دون تأمين هذا ما جعله في شيخوخته يقع في شباك الحاجة والعوز ينتظر أحداً من أفراد أسرته أو أبناءه أن يؤمنوا له متطلباته الأساسية وفي حالة عجزهم أو تملصهم من ذلك يجد نفسه مضطراً أن يلتحق بدار العجزة كملاد أخير عله يجد التكفل والرعاية الصحية والمادية المفترقة في محيطه الأسري، لكن التساؤل المطروح هنا هل يمكن للمسن بعد هذا العمر المتقدم أن يندمج ويقيم علاقات مع أشخاص ومكان لم يعهده من قبل ؟ هذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال البيانات المدونة في الجدول التالي.

الجدول رقم 81: أنواع المشاكل الصحية للمسنين وعلاقتها بتلقي الزيارات

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات أنواع المشاكل الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	58,3	14	41,7	10	لا أواجه مشكل صحي
100	64	73,4	47	26,6	17	نقص في السمع أو البصر
100	120	76,7	92	23,3	28	أمراض مزمنة
100	50	74,0	37	26,0	13	عجز حركي
100	*258	73,6	190	26,4	68	المجموع

يتضح من خلال القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن المسنين المقيمين بالمركز لا يتلقون الزيارات مع أهاليهم، وهذا بنسبة 73,6% مقابل 26,4% فقط يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وأقاربهم.

إرتأينا في إطار البحث عن أهم العوامل المؤدية إلى ذلك إدخال متغير نوعية المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين فتبين لنا أنه مهما كانت الوضعية للمسنين فهم لا يتبادلون ولا يتلقون الزيارات مع أهاليهم وأكدّ نفس التصريح 73,4% من المسنين الذين يعانون من مشكل نقص السمع أو البصر، وحافظ على الإتجاه العام للجدول كل من فئة المسنين الذين يعانون من مشكل العجز الحركي إذ أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أفراد أسرهم حسب النسب التالية 76,7%

* المجموع الكلي يفوق عدد المبحوثين بسبب تعدد الإجابات

و74,0% وهذا ما ينعكس سلبا عن توافق المسنين النفسي والاجتماعي "كما قد ينشأ لدى الأفراد ما يسمى بعصاب المؤسسات وهو اضطراب يحدث نتيجة إقتلاع المسنين من بيئتهم ليعيشوا في مجتمع مغلق وصارم ومُغاير فاقدين الصلة بالعالم الخارجي -لاسيما الأسرة- هذا ما يتطلب خبرة جديدة تفرض أنماطا جديدة من التكيف والتفاعل مع الآخرين"¹ مما يدل على أهمية إبقاء المسنين على صلة مع أفراد أسرهم، رغم أن هذا لا يتحقق دائما لأنه غالبا ما يكون إنتقال المسن إلى دار العجزة دون علمه إذ أن هناك حالات لمسنين لم يعلموا أنهم في مراكز الرعاية الخاصة بالمسنين إلا بعد أيام حيث قام بإقناعه أحد أبنائه أو أقاربه بأنهم ذاهبون لإجراء بعض التحاليل والفحوصات الطبية في إحدى المستشفيات وبعد دخولهم ذهبوا وتركوه في الدار، وهناك حالات أخرى تحاول الأسرة إقناع المسن بأن إلتحاقه بأحد دور العجزة أحسن له من حيث توفر الراحة والرعاية والإستقرار النفسي، وفي المقابل الظفر بالخدمات الصحية المجانية مقارنة بالبقاء وسط الأسرة الصغيرة التي تسودها المشاكل والصرعات والمضايقات والعاجزة عن تأمين مطالب المسن الشخصية والصحية فتجده يرضخ لرغباتهم ويستسلم ويرضى بالإلتحاق للإقامة بدار من دور العجزة المقترحة عليه من طرف أفراد الأسرة، وهناك حالات أخرى من المسنين الذين شاركوا في قرار إنتقالهم للإقامة في دار المسنين من خلال عملية الموازنة أو المقارنة بين ما يمكن لها أن تحقق من خدمات داخل المركز وخارجه وتقرر هذه الفئة برغبتها وإرادتها وقناعتها بالإلتحاق بدار العجزة نظرا لما قد تستفيده من ميزات، وقد وجد أن هذه الفئة هي الأكثر شعورا بالإندماج والتكيف في هذه المراكز أو هذه الدور والأقل قلقا وإكتئابا، رغم هذا نجد أن أغلب المسنين ومانسبته 54,65% من المبحوثين يرغبون في العودة للإقامة مع أهاليهم وأسرهم، مما يدل على أهمية الأسرة والروابط العائلية في حياتهم، لهذا تتمثل أهمية العاملين في دور المسنين العمل على إشعار المسنين بأن صلاتهم بأسرهم وأقاربهم لم تنقطع وذلك من خلال مساعدتهم على تمتين هذه الصلات عن طريق تنظيم زيارات متبادلة، فقد يؤدي ذلك إلى الرفع من معنوياتهم وتحسين نفسيتهم وإشعارهم بأهميتهم وسط أسرهم والمجتمع.

¹ وعد الشيخ : مرجع سابق، ص255

المبحث الثاني: التكاليف الصحية العلاجية للمسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على

التحاقهم بدور المسنين

1- المتابعة الطبية للمسنين وتأثيرها على التحاقهم بدور المسنين

الجدول رقم 82: تأثير المتابعة الصحية للمسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسن بأفراد الأسرة المتابعة الطبية للمسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	82	59,8	49	14,6	12	20,7	17	4,9	4	يخضع للكشف والمواعيد الطبية بشكل دوري
100	44	34,1	15	59,1	26	6,8	3	0	0	لا يخضع للكشف الطبي
100	27	63,0	17	11,1	3	11,1	3	14,8	4	يخضع للكشف عند الضرورة
100	153	52,9	81	26,8	41	15,0	23	5,2	8	المجموع

يشير الإتجاه العام لمعطيات هذا الجدول أن المسنين علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم، وهذا بنسبة 52,9% مقابل 26,8% علاقتهم غير مستقرة في حين صرح 15,0% من المسنين أن علاقتهم محدودة، أما 5,2% فهي تمثل نسبة المسنين الذين علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم. قمنا بإخال متغير الكشف الطبي لمعرفة تأثيره على علاقة المسنين بأفراد الأسرة، فنتبين أن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكده حسابنا لإختبار كا² أين قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 39,402 عند درجة حرية 6 ومستوى ثقة 0,05 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 12,59 إذن كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية مما يدل أن هناك فروق تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين.

حيث صرح 59,8% من المسنين الذين يخضعون للعلاج بشكل دوري أن علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم في حين صرح 59,1% من المسنين الذين لا يخضعون للعلاج والمتابعات الطبية أن علاقتهم غير مستقرة مع أفراد أسرهم، أما فئة المسنين الذين لا يخضعون للعلاج ولا يذهبون إلى الطبيب إلا إذا اقتضت الضرورة الصحية فإن علاقتهم سيئة كذلك مع أفراد أسرهم وهذا بالنسبة 63%، ومنه تسوء علاقات المسنين مع أفراد أسرهم والتي تكون سببا في انتقال المسنين للإقامة بدور الرعاية كلما كان أفراد أسرة المسنين هم الذين يتكفلون بمصاريف المتابعة "الطبية" أين أكد 76,8% من المسنين الذين يخضعون للعلاج الدوري أن أفراد أسرهم هم من يتكفلون ويؤمنون

مصارييف علاجهم هذا ما يجعل علاقة الطرفين مع بعضهم البعض سيئة وأدلى بنفس التصريح 73,3% من المسنين الذين يخضعون للمتابعة الطبية بشكل غير منتظم وإنما عند إقتضاء الضرورة الصحية فقط (أنظر معطيات الجدول التدعيمي رقم (1) في الملحق رقم (2)).

أما عدم إستقرار علاقة المسنين الذين لا يخضعون للمتابعة الطبية أبدا رغم إصابتهم ببعض الأمراض التي يستوجب المتابعة (حسب تصريحاتهم) فيمكن تفسيرها بضعفهم وعجزهم عن تسديد مصارييف العلاج والمتابعة في ظل تملص الأسرة عن التكفل بها وتسديدها حيث صرح 64,7% من المسنين الذين لا يخضعون للمتابعة الطبية رغم ضرورة ذلك أنهم عاجزون عن دفع مصارييف العلاج، هذا ما جعل علاقاتهم مع أفراد أسرهم غير مستقرة يشوبها الكثير من المشاكل والمضايقات الناتجة عن المخلفات الناجمة عن إصابتهم بالأمراض وعن إصرارهم الدائم على أسرهم بضرورة عرضهم على الأطباء، هذا ما جعلهم حسب تصريحاتهم يعرضون عليهم في كل مرة الإلتحاق بدار العجزة لتلقي العلاج المجاني هناك بحجة أنهم عاجزين عن التكفل الصحي بهم ودفع مصارييف علاجهم من المتابعات والمراجعات الطبية والتحاليل والأشعة، شراء الأدوية، خاصة إذا كان المسن لا يملك مصدرا للدخل ولا تأمينا أو ضمانا إجتماعيا من شأنه أن يخفف عن نفسه وأسرته، تكاليف التكفل العلاجي للمسنين والتي يمكن أن تشكل مصدر إستنزاف لدخل أفراد الأسرة في ظل غلاء المعيشة وتدهور القدرة الشرائية لفئة واسعة من أفراد المجتمع. إذن تشكل الأعباء الصحية التي يمكن أن تتكبدها أسر المسنين عاملا من عوامل إلتحاقهم بدور المسنين. وسنحاول من خلال البيانات المألخصة في الجدول الموالي معرفة كيفية إلتحاق المسنين بهذه الدور.

الجدول رقم 83: علاقة المتابعة الصحية للمسنين على كيفية إلتحاقهم بدور المسنين

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار المتابعة الطبية للمسن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	82	15,9	13	34,1	28	50,0	41	يخضع للكشف والمواعيد الطبية بشكل دوري
100	44	11,4	5	47,7	21	40,0	18	لا يخضع للكشف الطبي
100	27	25,9	7	33,3	9	40,7	11	يخضع للكشف عند الضرورة
100	153	16,3	25	37,9	58	45,8	70	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن 45,8% من المسنين إلتحقوا بدار العجزة بمفردهم، في المقابل إلتحق 37,9% منهم بالدار عن طريق عائلاتهم، بينما تمثل 16,3% المسنين الذين إلتحقوا بالدار عن طريق الشرطة، وإرتأينا إدخال متغير المتابعة الطبية للمسنين لمعرفة تأثيرها على كيفية إلتحاقهم بالدار، فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين حيث صرح 50,0% من المسنين الذين يخضعون للكشف والمواعيد الطبية بشكل دوري أن إلتحاقهم بدار المسنين كان بمفردهم، في حين صرح 47,7% من المسنين الذين لا يخضعون للكشف رغم إصابتهم ببعض الأمراض أن العائلة هي من قامت بمرافقتهم وإلحاقهم بالدار، في المقابل صرح 40,7% من المسنين قلبي التردد على الأطباء إلا في بعض الحالات المستعجلة التي تستوجب كإصابتهم ببعض الجروح أو بعض نزلات البرد في فصل الشتاء، وأن إلتحاقهم للإقامة بالدار كان بمفردهم.

ويمكن أن نفسر هذا بالعلاقات بين المسنين وأفراد أسرهم نتيجة التكفل الصحي وتوفير كل مستلزماتهم، إذ تسوء العلاقات بينهم كلما كان يعاني المسنين من العجز الصحي والتبعية المادية التي تستوجب التكفل بهم، وعرضهم على الأطباء والمختصين وإخضاعهم لتحاليل والكشوفات وحتى القيام بأشعة، وكل هذا يتطلب مصاريف كثيرة والتي تؤثر على ميزانية الأسرة، ضف إلى ذلك المرافقة التامة في ظل الإرتباطات المهنية لأفراد الأسرة، وقد يزداد الوضع سوء إذا صاحب هذه الوضعية عجز حركي تام للمسنين، مما يستوجب حملة والتنقل به في كل مرة من أجل عرضه على الأطباء، مما يجعل أفراد الأسرة من الزوج (ة) أو الأبناء أو الإخوة يقومون بسلوكات أو يتلفظون بألفاظ تسبب أذى نفسي وعاطفي كبير على المسنين أو تشعرهم بالذل والمهانة فتجعلهم يقررون الإلتحاق بالدار لعلهم يجدون العناية والرعاية الصحية المرجوة. أما فئة المسنين الذين لا يخضعون للعلاج في وسطهم الأسري فتقوم الأسرة إما إجباريا أو إختياريا بإلحاقهم بدار المسنين لتلقي العلاج والرعاية بكل أنواعها ربما لأنهم غير قادرين فعلا ماديا وصحيا على تأمينها أو لأنهم يتملصون من أداء واجبهم، في ظل تغير وظيفة الأسرة المعاصرة لصالح مؤسسات أخرى أصبحت تحل محلها، وهي دور العجزة.

ومنه يمكن أن نلاحظ أن إلتحاق المسنين بدور العجزة مرتبط بحالتهم الصحية وهي إستثمار يجب على الفرد البدء فيه منذ مرحلة الطفولة والشباب من خلال تعويد نفسه على نمط حياة وعيش صحي متوازن يرتكز أساسا على الغذاء الصحي والنشاط البدني من خلال ممارسة الرياضة ولو بالمشي 30 دقيقة على الأقل يوميا.

إذا" يظهر بوضوح تأثير الأعباء الصحية للمسنين على تدهور وسوء العلاقات بين المسنين والمحيط الأسري ومنه إلتحاقهم بدور المسنين. لكن من المسؤول عن قرار الإلتحاق أو إنتقال المسنين للإقامة بديار العجزة كبديل عن الأسرة؟

الجدول رقم 84: تأثير المتابعة الصحية للمسنين على قرار إلتحاقهم بالدار

المجموع		قرار مشترك		قرار عائلي		فردى (شخصى)		قرار إلتحاق المسنين بالدار
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المتابعة الطبية للمسنين
100	82	12,2	10	42,7	35	45,1	37	يخضع للكشف والمواعيد الطبية بشكل دوري
100	44	9,1	4	70,5	31	20,5	9	لا يخضع للكشف الطبي
100	27	14,8	4	33,3	9	51,9	14	يخضع للكشف عند الضرورة
100	153	11,8	18	49,0	75	39,2	60	المجموع

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين المتابعة الطبية للمسنين في الوسط الأسري وقرار إلتحاقهم بمركز العجزة، أن المسنين المبحوثين إلتحقوا بالدار بقرار عائلي وهذا بنسبة 49,0% مقابل 39,2% من المسنين كان إلتحاقهم بقرار شخصى أو فردي في حين كان قرار إلتحاق 11,8% من المسنين مشتركا بين الطرفين أي المسنين وأسرهـم.

ولتفسير هذه المعطيات إرتأينا إدخال متغير المتابعة الطبية للمسنين في الوسط الأسري،فتبين لنا أن هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما أثبتته حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة ب12,423 عند درجة حرية4 ومستوى ثقة 0,05 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية ب9,49 ، إذن كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية وبالتالي هناك فروق تجعلنا نقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين،حيث صرّح 45,1% من المسنين الذين يترددون على أطبائهم من أجل المتابعة الطبية والكشف بشكل دوري أن إلتحاقهم بدار المسنين كان بقرار تمّ إلتخاذه بمفردهم، في حين حافظ على الإلتجاه العام للجدول 70,5% من المسنين الذين لا

يخضعون للعلاج في الوسط الأسري مصرحين أن قرار إلتحاقهم بالدار كان عائليا محظ، أما المسنين الذين لا يعانون من مشاكل صحية مزمنة وإنما يقصدون الطبيب في حالة الضرورة الصحية فقط صرح 51,9% منهم أنهم هم من قرروا الإلتحاق بدار المسنين بحثا عن العناية والرعاية الصحية والإقتصادية التي إفتقدوها في الوسط الأسري.

يعاني العديد من المسنين من مشكلات صحية عويصة تعود لما يصاحب الشيخوخة من مظاهر الضعف والتدهور البيولوجي وحتى السيكولوجي، وترتبط الحالة الصحية للمسنين بالعديد من العوامل الاجتماعية كالمستوى التعليمي للمسنين وكفاءة الخدمات الصحية العلاجية والوقائية المقدمة لهم من طرف الوسط الأسري، ضف إلى ذلك بعض العوامل التي قد تزيد من حدة الظروف المرضية للمسنين وهي عجز غالبية المسنين على تحمل نفقات العلاج وإجراء الفحوصات الدورية اللازمة وحتى المراجعات الطبية الدورية بسبب ضعف الوضعية المادية للمسنين على تحمل نفقات العلاج وإجراء الفحوصات الدورية اللازمة وحتى المراجعات الطبية الدورية بسبب ضعف الوضعية المادية للمسنين في ظل غياب المساعدات والإعانات من طرف الدولة والمؤسسات والجمعيات الخيرية هذا إلى جانب بعض العوامل المرتبطة بالمسنين وأسرهم وهو عدم الوعي بطبيعة أمراض الشيخوخة وقلة خبرتهم في التعامل معهم، ما قد يؤدي إلى رداءة أو عدم كفاءة الرعاية المقدمة للمسنين وبالتالي إهمالهم. كما قد يعمل المسنين أو أسرهم على تقديم العلاج دون إشراف طبي غير مبالين بخطورة ما قد ينجز عن مثل هذه السلوكات غير المسؤولة، كل هذا ينعكس سلبا على نفسية وحيوية ونشاط وصحة المسنين فنجدهم أقل إقبالا على الحياة ويلجؤون إلى الوحدة والعزلة لأنهم غير راضون عن الرعاية المقدمة لهم في الوسط الأسري هذا ما يجعلهم يبحثون عن رعاية بديلة فيلتحق أو يلحق بدار العجزة إما موافقا أو مجبرا أو مضطرا، وهذا ما سنحاول معالجته من خلال معطيات الجدول الموالي الذي يربط علاقة المتابعة الطبية بموقف المسنين من الإلتحاق بدار العجزة.

الجدول رقم 85: المتابعة الطبية للمسنين وعلاقتها بموقفهم من الإلتحاق بالدار

المجموع		الموقف من الإلتحاق بالدار								تتذمر أفراد الأسرة	المتابعة الطبية للمسنين
		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	37	21,6	8	51,4	19	13,5	5	13,5	5	نعم	يخضع
100	45	20	9	44,4	20	24,4	11	11,1	5	لا	للكشف الطبي بشكل دوري
100	32	20,7	17	47,6	39	19,5	16	12,2	10	المجموع	
100	5	60	3	20	1	0	0	20	1	نعم	لا يخضع
100	39	15,4	6	38,5	15	43,6	17	2,6	1	لا	للكشف الطبي
100	44	20,5	9	36,4	16	38,6	17	4,5	2	المجموع	
100	6	16,7	1	50	3	33,3	2	0	0	نعم	يخضع
100	21	14,3	3	42,9	9	38,1	8	4,8	1	لا	للكشف عند الضرورة
100	27	14,8	4	44,4	2	37	10	3,7	1	المجموع	
100	48	25	12	47,9	23	14,6	7	12,5	6	نعم	المجموع
100	105	17,1	18	41,9	44	34,3	36	6,7	7	لا	
100	153	19,6	30	43,8	67	28,1	43	8,5	13	المجموع العام	

توضح القراءة الإحصائية لبيانات هذا الجدول أن المسنين المبحوثين إلتحقوا بدور العجزة مضطرين، وهذا بنسبة 43,8% مقابل 28,1% عارضوا إلتحاقهم بدار العجزة، أما 19,6% هي تمثل المسنين الذين إلتحقوا بالدار دون إستشارتهم في حين وافق 8,5% من المسنين على إلتحاقهم للإقامة بدار العجزة حسب تصريحاتهم.

وللبحث عن أهم العوامل المؤدية إلى ذلك قمنا بإدخال متغير المتابعة الصحية لمعرفة تأثير هذا الأخير على موقف المسنين من الإلتحاق بالإقامة بدار العجزة، حيث صرّح 47,6% من المسنين الذين يخضعون للمتابعة الطبية الدورية والمنتظمة من أجل الفحص والمراجعة الصحية أنهم إلتحقوا بالدار مضطرين أما 38,6% من المسنين الذين لا يخضعون للكشف الطبي أنهم عارضوا إلتحاقهم للإقامة بالدار وأن الأسرة هي من حاولت إقناعهم للإلتحاق إلى دار المسنين بحجة تلقي العلاج والخضوع للمراقبة والمتابعة الطبية، في حين حافظ على الاتجاه العام للجدول 44,4% من

المسنين الذين لا يخضعون للكشف الطبي بشكل منظم ودوري وإنما عند الضرورة فقط أنهم إنتقلوا الإقامة بدور العجزة مضطرين.

ولفك هذه العلاقة الترابطية إرتأينا إدخال متغير ثالث وسيط تمثل في مدى تضرر أفراد أسرة المسنين من خدمتهم ورعايتهم، والذي أبرز علاقة جديدة مفادها أنه كلما تضرر أفراد أسرة المسن من خدمته ورعايته، والإهتمام به إرتفعت نسبة المسنين الذين ينتقلون للإقامة بالدار مضطرين حيث صرح 51,4% من المسنين الذين كانوا يخضعون للعلاج في الوسط الأسري أنهم إنتقلوا بالدار مضطرين بسبب تضرر أفراد الأسرة من مساعدتهم ورعايتهم والتكفل بهم، في حين عارض 43,6% من المسنين الذين لا يخضعون للكشف الطبي والمتابعة الصحية رغم إصابتهم ببعض الأمراض التي تستوجب المراقبة الطبية وأنهم عارضوا إنتقالهم للإقامة بدار المسنين ولا يشكون من مشكل الرعاية الأسرية بإعتبارهم يخدمون أنفسهم خاصة إذ كن من جنس الإناث أي المسنات واللاتي تعودن على خدمة أنفسهن حتى ولو كن متعبات أو طاعنات في السن.

بينما صرّح المسنين الذين لا يترددون على الأطباء والمشافي إلا ناذرا في حالة الأمراض أو النوبات أو الأزمات المستعصية التي تستوجب التدخل المستعجل لحالاتهم أنهم إنتقلوا بالدار مضطرين، وهذا بناء على تصريح 50,0% من المسنين، لأن أفراد الأسرة يتذمرون ويتأفون من خدمتهم والإهتمام بهم الأمر الذي دفعهم للبحث عن رعاية بديلة لعلها تعوضهم عن الرعاية الصحية المفتقدة في الوسط الأسري، لهذا نجدهم يحاولون التكيف مع بيئتهم الجديدة وتكوين صدقات مع أبناء جيلهم، غير أن هناك عاملا مهما لا يقل أهمية عن سابقه والذي يلعب دورا فعالا في اندماج المسنين وهو إبقاء صلة المسنين مع عالمهم الخارجي من خلال العمل على إبقاء جسور التواصل بين المسنين وأهاليهم وأسرهم وأقاربهم، بل السعي على إصلاحها وإقناع الطرفين بأهمية هذا التواصل في حياة المسنين الذين اضطرتهم الظروف لإكمال بقية حياتهم في هذه الدور والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول الموالي.

الجدول رقم 86: تأثير المتابعة الطبية للمسنين على تلقي الزيارات من طرف الأهل

المجموع		لا		نعم		تلقي المسنين الزيارات المتابعة الطبية للمسنين
%	ك	%	ك	%	ك	
100	82	74,4	61	25,6	21	يخضع للكشف والمواعيد الطبية بشكل دوري
100	44	79,5	35	20,5	9	لا يخضع للكشف الطبي
100	27	66,7	18	33,3	9	يخضع للكشف الطبي عند الضرورة
100	153	74,5	114	25,5	39	المجموع

تبيّن القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول أن المسنين المبحوثين والمقيمين بالمركز لا يتلقون ولا يتبادلون الزيارات من طرف أفراد أسرهم وهذا بنسبة 74,5% مقابل 25,5% فقط من يتلقون الزيارات.

وإرتأينا إدخال متغير المتابعة الطبية للمسنين في الوسط الأسري لمعرفة تأثيره على مدى تلقي المسنين الزيارات من طرف أفراد أسرهم، فتبين لنا أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يثبتته حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة ب1,463 عند درجة حرية 2 ومستوى ثقة 0,05 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية ب 5,99 مما يدل أن كا² الجدولية أكبر من كا² المحسوبة هذا ما يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية والقائلة بعدم وجود علاقة بين المتغيرين.

حيث مهما كانت وضعية المسن العلاجية (خضع أو لم يخضع للعلاج في وسطه الأسري) فهم لا يتلقون ولا يتبادلون الزيارات من طرف أفراد أسرهم حيث صرح 74,4% من المسنين الذين كانوا ملتزمين بالمتابعة الطبية الدورية في الوسط الأسري أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أفراد أسرهم، وأدلى بنفس التصريح 79,5% من المسنين الذين لا يخضعون للعلاج في الوسط الأسري أنهم لا يتلقون كذلك زيارات من طرف أفراد أسرهم، وصرح أيضا 66,7% من المسنين الذين كانوا يخضعون للعلاج عند الضرورة الصحية فقط، أنهم لا يتلقون ولا يتبادلون الزيارات أيضا من طرف أفراد أسرهم، ولقد قمنا بسؤال المسنين عن السبب فصرح بعض المبحوثين بتحسر (ما فيناش فائدة)، وفعلا فئة المسنين التي تعاني من التبعية المالية أين يقوم أفراد الأسرة بالتكفل بكل مستلزماتهم ومتطلباتهم الإقتصادية والصحية هي الأقل حفا في تلقي الزيارات من طرف أفراد أسرهم وهذا ما يثبتته معطيات الجدول التديمي رقم (5) في الملحق رقم (2) حيث أفرزت تلك

العلاقة الإرتباطية على نتيحة مهمة وهي كلما كان للمسن مصدرا للدخل أي كلما كان المسن يحتكم على منحة كان حظه أوفر في تلقي الزيارات من طرف أسرته حيث صرح 81,4% و90% و66,7% من المسنين أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم لأنهم لا يملكون مصدرا للدخل.

وللأمانة، هناك فئة من المسنين الذين كانوا هم يرفضون إستقبال أفراد أسرهم حسب شهادة بعض عمال المركز رغم ترددهم عليهم مرات عدة، وهذا ما كان حال شيخ طاعن في السن كان شديد العزلة ولا يكلم أحدا وحسب تصريح عمال المركز لم يبرح غرفته منذ عدة سنوات حتى طعامه كان يتناوله في غرفته وكان يأتي أولاده لزيارته في نهاية كل أسبوع ويرفض لقاءهم بشدة ينتظرون ساعات وساعات دون جدوى وهذا هو وضعهم وحالهم منذ دخول والدهم إلى المركز وكان يرفض لقاءهم في كل مرة.

إذا سيطرت النظرة النفعية على كل التعاملات بين أفراد المجتمع بحيث ما يمكن تحقيقه من كل تفاعل اجتماعي بأقل تكاليف إجتماعي وفي ظروف زمني قصير ووصلت لتطول فئة المسنين من طرف الأقربون وهم الأبناء والأحفاد والإخوة. وقمنا في الجزء الأول من هذا المبحث معرفة تأثير المتابعة الصحية والكشف الصحي للمسنين بالوسط الأسري على التحاقهم بدور العجزة في حين سنحاول في الجزء الثاني منه معرفة تأثير مصدر شراء الدواء والذي يعتبر مؤثر الأعباء الصحية على إلحاق المسنين بدور الرعاية.

2- تأثير مصدر تأمين دواء المسنين في الوسط الأسري وعلاقته بإلتحاقهم بدورالعجزة

الجدول رقم 87: تأثير مصدر توفير دواء المسنين على علاقتهم بأفراد الأسرة

المجموع		سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة		علاقة المسنين بأفراد الأسرة مصدر توفير الدواء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	21	28,6	6	19,0	4	52,4	11	0	0	المبحوث (ة) من مداخله
100	27	25,9	7	22,2	6	33,3	9	18,5	5	الضمان الإجتماعي
100	61	86,9	53	8,2	5	0	0	4,9	3	أفراد الأسرة
100	41	34,1	15	59,1	26	6,8	3	0	0	غير معني
100	153	52,9	81	26,8	41	15,0	23	5,2	8	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مصدر تأمين الدواء للمسنين ونمط العلاقة السائد في وسطهم الأسري أن 52,9% من المسنين كانت علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم

مقابل 26,8 % كانت علاقتهم غير مستقرة، بينما صرح 15,0 % من المسنين أن علاقتهم بوسطهم الأسري كانت محدودة، في حين تمثل 5,2 % نسبة المسنين الذين كانت علاقتهم حسنة مع أفراد أسرهم. وقمنا بإدخال متغير مصدر توفير الدواء للمسنين فإتضح أن هناك علاقة بين المتغيرين وهذا ما يؤكد حسابنا ل χ^2 حيث قدرت قيمة χ^2 المحسوبة ب 97,164 عند درجة حرية 9 ومستوى ثقة 0,05 في المقابل قدرت قيمة χ^2 الجدولية ب 16,92 مما يدل على وجود فروق جوهرية تجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين ، حيث تسوء علاقة المسنين مع أفراد أسرهم كلما كانت الأسرة هي مصدر تأمين وتوفير الدواء للمسنين وتكون علاقتهم محدودة كلما كان المسن هو من يؤمن دواءه بنفسه إما عن طريق مداخله الخاصة، أو عن طريق الضمان الإجتماعي (بطاقة الشفاء) إذ صرح 52,4 % من المسنين الذين يقومون بتوفير أدويتهم بأنفسهم عن طريق مداخل أعمال كان يمارسونها بسبب الحاجة المالية ولأجل توفير متطالباتهم الصحية الأساسية - كالدواء مثلا - في المقابل صرح 86,9 % من المسنين الذين يقوم أفراد الأسرة بتأمين أدويتهم أن علاقتهم سيئة مع أفراد المحيط الذي كانوا يقيمون فيه قبل إلتحاقهم بدار العجزة.

رغم أهمية العلاقات الأسرية في حياة المسنين ورغبة بعض الأبناء في رعاية كبار السن إلا أن هناك عوامل وظروف تؤثر على طبيعة العلاقات بين الآباء والأبناء أو بين المسن وأفراد أسرته عامة تضغط على الأبناء وتعرقل قدراتهم على العطاء والإهتمام بأبائهم المسنين كالظروف الإقتصادية وإنتشار البطالة وظروف العمل والظروف الأسرية، هذا دون أن ننسى عامل مهم وهو "أن العلاقات الحالية تتأثر أيضا بنوع العلاقات السابقة، فالعلاقات التي كان يشوبها الصراع يصعب أن تتحول إلى حب وعطاء في الكبر، لأن الأبناء الذين لم يشعروا بالحب والعطاء في الصغر يصعب عليهم أن يبادلوا الحب في الكبر"¹

أما عن فئة المسنين الذين علاقتهم محدودة مع أفراد أسرهم فلقد صرح 75,0 % من المسنين الذين يقومون بشراء الدواء بأنفسهم و 38,9 % من المسنين الذين يعتمدون على الضمان الإجتماعي في تأمين أدويتهم أنهم إلتحقوا بدار المسنين لأن أفراد الوسط الأسري يتذمرون من

¹ سالمة حمد الشاعري: مرجع سابق ، ص ص 247- 248

خدمتهم ورعايتهم والإهتمام بهم بل ويمتنعون حتى عن مجالستهم أو الحديث إليهم حسب تصريحات بعض المسنين (أنظر معطيات الجدول التديمي رقم (2) في الملحق (2)). وما هذا إلا من مخلفات التغيير الإجماعي وما أنجز عنه تدني القيم والمعايير التي تحترم صغيرنا وتوفر كبيرنا وهي عصارة ضعف الوزع الديني والإبتعاد عن تعاليم ديننا الحنيف.

إذا" تسوء العلاقات بين المسنين وأفراد أسرهم كلما ارتفعت الأعباء الصحية للمسنين الملقاة على عاتق الأسرة والتي تكون عادة سببا في إنتقالهم للإقامة بدار العجزة. وسنتحدث في معطيات الجدول الموالي عن كيفية إلتحاق المسنين بهذه الدور.

الجدول رقم 88: مصدر توفير دواء المسنين وعلاقته بكيفية إلتحاقهم بدار العجزة

المجموع		الشرطة		العائلة		بمفردك		كيفية الإلتحاق بالدار مصدر توفير الدواء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	21	9,5	2	19,0	4	71,4	15	المبحوث (ة) من مداخله
100	27	22,2	6	18,5	5	59,3	16	الضمان الإجماعي
100	61	19,7	12	45,9	28	34,4	21	أفراد الأسرة
100	44	11,4	5	47,7	21	40,9	18	غير معني
100	153	16,3	25	37,9	58	45,8	70	المجموع

تبين القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مصدر توفير دواء المسنين وكيفية إلتحاقهم بدار العجزة أن 45,8% من المسنين إلتحقوا بالدار بمفردهم مقابل 37,9% كان إنتقالهم للإقامة بمركز العجزة عن طريق العائلة، في حين صرح 16,3% من المسنين أنهم إلتحقوا بدار العجزة عن طريق الشرطة.

وإرتأينا إدخال متغير المصدر الذي يؤمن من خلاله المسنين أدويتهم لمعرفة تأثير الأعباء الصحية للمسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدار العجزة، فإتضح أنه كلما كانت الأسرة هي مصدر تأمين وشراء الدواء للمسنين كان إلتحاقهم بالدور عن طريق العائلة، حيث صرح 71,4% من المسنين المسؤولين عن شراء أدويتهم أنهم إنتقلوا للإقامة بدار العجزة بمفردهم، وأدلى بنفس التصريح 59,3% من المسنين الذين يؤمنون أو يوفرون أدويتهم عن طريق الضمان الإجماعي، بينما صرح 45,9% من المسنين الذين تقوم الأسرة بالتكفل بشراء دواءهم أن إنتقالهم للإقامة بدار المسنين كان عن طريق عائلاتهم.

ويمكن أن نفسر هذه الوضعية بحدوث تحولات إجتماعية كبيرة غيرت من وضع المسن في الأسرة وأثرت على كفاءة الرعاية التي يتلقاها من أفراد أسرته، الأمر الذي دعى المسنين أو أسرهم للبحث عن وسيلة أو رعاية بديلة مادام أفراد الأسرة بدأوا في التخلي عن مسؤولياتهم أو أن المسنين أنفسهم أصبحوا يشعرون بالحاجة للبحث عن رعاية بعيدا عن رعاية الأبناء أو الأحفاد أو الوسط الأسري عامة تخفيفا للعبء الذي يلقيه عليهم خاصة إذا كان يعاني من عجز حركي أو إن إجتمعت كل العلل في جسمه النحيل الذي أعطى به الكثير من أجل الآخرين.

إذا" هناك علاقة بين المتغيرين، وهذا ما يؤكد حسابنا لإختبار كا² أي قدرت قيمة كا² المحسوبة عند مستوى 0,05 ودرجة حرية 6 بـ 15,084 في حين كانت تقدر قيمة كا² الجدولية 12,59 مما يدل على وجود فروق يمكن من خلالها أن تقبل الفردية البديلة والقائلة بوجود علاقة بين المتغيرين أي بين مصدر توفير الدواء وكيفية إلتحاق المسنين بدور العجزة، وهذا إما بقرار شخصي أو عائلي وهذا ما سنحاول معالجته من خلال بيانات الجدول الموالي.

الجدول رقم 89: علاقة مصدر شراء دواء المسنين بقرار إلتحاقهم بالدار

المجموع	قرار الإلتحاق بالدار						التعرض للإساءة في الأسرة	مصدر دواء المسن
	قرار مشترك		قرار عائلي		شخصي (فردى)			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	25	2	25	2	50	4	نعم
100	13	23,1	3	30,8	4	46,2	6	لا
100	21	23,8	5	28,6	6	47,6	10	المجموع
100	8	0	0	12,5	1	87,5	7	نعم
100	19	5,3	1	10,5	2	84,2	16	لا
100	27	3,7	1	11,1	3	85,2	23	المجموع
100	31	9,7	3	67,7	21	22,6	7	نعم
100	30	16,7	5	46,7	14	36,7	11	لا
100	61	13,1	8	57,4	35	29,5	18	المجموع
100	16	12,5	2	62,5	10	25	4	نعم
100	28	7,1	2	75	21	17,9	5	لا
100	44	9,1	4	70,5	31	20,5	9	المجموع
100	153	11,8	18	49,0	75	39,2	60	المجموع العام

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول أن المسنين المبحوثين إلتحقوا بدار العجزة بقرار إلتذته العائلة، وهذا بنسبة 49,0% مقابل 39.2% كان إلتقالهم للإقامة بدار العجزة بقرار فردي بينما صرح 11,8% من المسنين أن إلتحاقهم بالمركز كان بقرار ألتخذ بالتشاور والإشتراك بين المسنين وأفراد أسرهم.

وإرتأينا إدخال متغير مصدر توفير وتأمين أدوية المسنين، فإتضح لنا أن هنالك علاقة بين المتغيرين حيث صرح 47,6% من المسنين الذين يتكفلون بشراء أدويتهم من مداخلهم الخاصة أن إلتقالهما للإقامة بدار العجزة كان بقرار فردي، وأكّد نفس التصريح 85,2% من المسنين الذين يتكفل الضمان الإجتماعي بتوفير أدويتهم، بينما صرح 57,4% من المسنين الذين يعتمدون على أفراد أسرهم في تأمين وتوفير أدويتهم أن إلتحاقهم بدار العجزة كان بقرار عائلي محظ، ولم يتم إشتراك سوى 9,1% من المسنين في هذا القرار المصيري، وهو الإلتقال للإقامة بدار العجزة. ولنتفكيك هذه العلاقة الإرتباطية، قمنا بإدخال متغير ثالث وسيط تمثل في الإساءة للمسنين، هذا المتغير الذي إنصدما في تأثيره الكبير على إلتقال المسنين للإقامة بدار المسنين رغم إستقلاليتهم المادية والصحية أحيانا، أين أظهرت هذه العلاقة الإرتباطية علاقة جديدة مفادها أن سوء المعاملة التي يتعرض لها المسنين في الوسط الأسري هي عاملا من عوامل إلتحاقهم بالدور، أين صرّح 50,0% من المسنين الذين يعتمدون على أنفسهم وعلى مداخلهم في شراء أدويتهم أنهم إلتحقوا بدار العجزة لأن أفراد أسرهم يسيؤون معاملتهم، كما صرح 87,5% من المسنين الذين يؤمنون أدويتهم عن طريق الضمان الإجتماعي أن إلتحاقهم بدار المسنين كان نتيجة سوء معاملة الوسط الأسري لهم. بينما صرح المسنين الذين يعانون من التبعية الإقتصادية حيث يتكفل أفراد أسرهم بشراء أدويتهم ومستلزماتهم أن إلتحاقهم بالدار كان بقرار تم إلتخاذه من طرف العائلة كما أنهم كانوا يعانون من سوء المعاملة في الوسط الأسري وهذا بنسبة 67,7%، من خلال الإحاءات المتكررة أنهم تعبوا وهم عاجزون عن التكفل العلاجي بهم ومحاولة إلتحاقهم بالدار بحجة تلقي العلاج هناك ثم إعادتهم بعد التعافي إلى كنف الأسرة وهذا ما لم يتحقق بالنسبة لعدد كبير من مقيمي المركز حسب تصريحاتهم.

وتجدر الإشارة إلى أن أغلب أنواع الإساءة التي كان يتعرض لها المسنين في الوسط الأسري كانت إساءات لفظية وهذا بنسبة 43,8% (أنظر الجدول التدعيم رقم (1) في الملحق (2)) كالتأفف عند طلب خدمة ما كإحضار كوب من الماء أو الإشراف على تناول الأدوية أو المرافقة إلى بيت الخلاء....

رغم هذا فإن هذا السلوك هو منبوذ خاصة إذا كان ضد فئة ضحت وقدمت الكثير من أجل إستمرار ذلك البناء الأسري الذي يسعى كل فرد للإستلاء عليه، وهذا ما يجعل المسنين أقل دافعية وإقبالا على الحياة وفي ظروف مماثلة ما سيكون موقف المسنين من الإنتقال للإقامة في دور العجزة؟ وهذا ما سنحاول معالجته من خلال نتائج الدراسة الميدانية الملخصة في معطيات الجدول الموالي.

الجدول رقم 90: موقف المسنين من الإلتحاق بدار العجزة وعلاقته بمصدر توفير الدواء

المجموع		لم أستشار		مضطر		معارض		موافق		موقف المسن من الدار مصدر توفير الدواء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	21	14,3	3	52,4	11	23,8	5	9,5	2	المبحوث من مداخله
100	27	0	0	55,6	15	37,0	10	7,4	2	الضمان الإجتماعي
100	61	29,5	18	41,0	25	18,0	11	11,5	7	أفراد الأسرة
100	44	20,5	9	36,4	16	38,6	17	4,5	2	غير معني
100	153	19,6	30	43,8	67	28,1	43	8,5	13	المجموع

يشير الإتجاه العام لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مصدر توفير دواء المسنين موقفهم من الإلتحاق بالمركز أن المسنين المبحوثين إلتحقوا بدار العجزة مضطرين، وهذا بنسبة 43,8% مقابل 28,1 عارضوا إنتقالهم للإقامة بالدار، بينما أبدى 8,5% من المسنين موافقتهم عن إنتقالهم للعيش بدار المسنين.

وقمنا بإدخال متغير مصدر توفير أدوية للمسنين لمعرفة تأثيره على موقف المسنين من الإلتحاق بالدار فتبين لنا أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين، وهذا ما أثبتته حسابنا لإختبار كا² حيث قدرت قيمة كا² المحسوبة بـ 16,886 عند مستوى ثقة 0,05 ودرجة حرية 9 في المقابل قدرت قيمة كا² الجدولية بـ 16,92 مما يدل عن عدم وجود فروق جوهرية تجعلنا نقبل الفرضية الصفرية، حيث مهما كان المصدر الذي يؤمن من خلاله المسن الأدوية فإن إلتحاقه بالمركز كان

نتيجة ظروف قاهرة دفعته لإتخاذ قرار الانتقال للعيش بدار المسنين وهو في هذه الفترة المتأخرة من العمر والتي يكون فيها أحوج للعلاقات الإجتماعية والدفيء العائلي، حيث صرح المسنين الذين يؤمنون أدويتهم خارج دائرة الأسرة وذلك إما عن طريق مداخيلهم الخاصة وعن طريق الضمان الإجتماعي، حسب النسب التالية 52,4%، 55,6%، أنهم إلتحقوا بدار المسنين مضطرين في حين صرح 41,0% من المسنين الذين يعتمدون على أفراد أسرهم في توفير أدويتهم أنهم إلتحقوا كذلك بدار العجزة مضطرين بسبب ظروف قاهرة لخصها المسنين في كلمة واحدة وهي تدمير وسخط أفراد الوسط الأسري من خدمتهم ورعايتهم ماديا ومعنويا، خاصة منهم فئة المسنين الذين يعانون من العجز الصحي - المقعدين - منهم والذين يستوجب الإهتمام بهم (تفرغ تام وكلي)، حيث بشكل الحرمان من البيئة الأسرية الطبيعية لدى المسنين أهمية كبيرة وخاصة العاجزين منهم عن تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين وكذلك الذين يتميزون بشخصية تقتدر بها المهارات الإجتماعية اللازمة لتحقيق التكيف الإجتماعي مع المتغيرات الجديدة ومع البيئة الإجتماعية الجديدة ألا وهي دار العجزة. وهذا ما يؤكد مجدي أحمد عبد الله قائلا " لقد أصبح حرمان المسنين من البيئة الأسرية الطبيعية بإيداعهم في دور الرعاية الخاصة من الظواهر النفسية والاجتماعية الخطيرة في حياة الفرد (...) وهنا يأتي دور الأبناء في رعاية آبائهم في هذه المرحلة من العمر، فعليهم أن يحققوا لهم الطمأنينة والشعور بالقيمة والحماية والرضا عن الحياة"¹

من خلال هذا العرض يتضح أن ظروف المسنين مختلفة غير أن النتيجة مشتركة وهو إقتلاعهم من وسطهم الطبيعي ألا وهو الأسرة وإلحاقهم بدور المسنين مما ينعكس سلبا على توافقهم النفسي والإجتماعي داخل وخارج الأسرة ويجعله يشعر بالخوف واللاستقرار وهذا ما سنحاوله معالجته من خلال معطيات الجدول الموالي.

¹مجدي أحمد محمد عبد الله : مرجع سابق ،ص199

الجدول رقم 91: مصدر دواء المسنين وتأثيره على تلقي الزيارات

المجموع		لا		نعم		تلقي الزيارات
%	ك	%	ك	%	ك	مصدر دواء المسن
100	21	90,5	19	9,5	2	المبحوث من مداخله
100	27	40,7	11	59,3	16	الضمان الإجتماعي
100	61	80,3	49	19,7	12	أفراد الأسرة
100	44	79,5	35	20,5	9	غير معني
100	153	74,5	114	25,5	39	المجموع

يتضح من خلال القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مصدر توفير الأدوية للمسنين وتلقي الزيارات من طرف أفراد أسرهم، أن أغلب المسنين لا يتلقون الزيارات من طرف أفراد أسرهم وهذا بنسبة 74,5 % مقابل 25,5 % يتلقون الزيارات.

وعمدنا إلى إدخال متغير مصدر شراء وتوفير الأدوية للمسنين لمعرفة تأثير هذا الأخير على مدى تلقي المسنين الزيارات من طرف أفراد أسرهم فنتبين لنا أنه مهما كان مصدر الأدوية فالمسنين لا يتلقون الزيارات بإستثناء فئة المسنين الذين يعتمدون على الضمان الإجتماعي في تأمين أدويتهم الضرورية ، حيث صرّح 90,5 % من المسنين الذين يشترون الأدوية من مداخلهم الخاصة أنهم لا يتلقون الزيارات من طرف أهاليهم وأكدّ نفس التصريح 80,3 % من المسنين الذين تقوم الأسرة بشراء وتوفير أدويتهم، في حين غير الإتجاه العام للجدول 59,3 % من المسنين الذين يوفر لهم الضمان الإجتماعي أدويتهم .

ويمكن أن نفسر هذه المعطيات بناء على النظرية النفعية أو التبادلية التي سبق الإشارة إليها بحيث يقوم أفراد الأسرة بزيارة المسنين الذين من الممكن أن يحققوا من زيارتهم مكسبا ماديا لأن فئة المسنين الذين يؤمنون أدويتهم من خلال الضمان الإجتماعي في الغالب من يتحكمون على المعاش تقاعد وبالتالي هم أوفر حظا في تلقي الزيارات من طرف أفراد أسرهم من أجل إصطحابهم خارج المركز بعد إمضاء تصريح بالخروج المؤقت للمسن بغرض سحب معاش تقاعدهم أو أموالهم من مراكز البريد أو البنوك ثم إعادتهم إلى دار العجزة حسب تصريحات الكثير من المسنين وبعض عمال المركز، وهذا ما قد يزيد في تدهور صحة المسنين ونفسياتهم ويعيق عملية إندماجهم في دور الرعاية الإجتماعية للمسنين أو ما يعرف عندنا بدور العجزة.

إستنتاج الفرضية الثالثة:

قمنا في هذا الفصل بإختبار الفرضية الثالثة والتي تنص على أن الرعاية الصحية المقدمة للمسنين في المحيط الأسري تؤثر على إلتحاقهم بدار المسنين، وهذا من خلال بعدين إثنين هما الوضعية الصحية للمسنين والتكاليف العلاجية وتأثيرهم على إلتحاق المسنين بدور العجزة وذلك بناء على مجموعة من المؤشرات حيث تمثل المؤشر الأول في التقييم الصحي الذاتي للمسنين أين لخصنا نتائج الإرتباطات فيمايلي:

* أثبت الارتباط بين التقييم الصحي الذاتي للمسنين وعلاقتهم بأفراد أسرهم أنه كلما ساء الحالة الصحية للمسنين وزاد عجزهم ساءت علاقتهم مع وسهم الأسري وهذا بنسبة 45% و81% هي نسبة المسنين الذين وضعيتهم الصحية متوسطة هذا ما يدفع الأسرة بإلحاقهم بدار المسنين كلما تدهورت وضعيتهم الصحية وهذا بنسبة 52%

*مهما كانت الوضعية الصحية للمسنين فإن إنتقالهم للإقامة بدار المسنين كان نتيجة ظروف إضطرتهم للإلتحاق بدار المسنين.

* لم يكن للوضعية الصحية للمسنين تأثيرا واضحا بحيث مهما كانت حالتهم الصحية فإنهم لا يشعرون بالاندماج في المركز لأن الإندماج مرتبط بعوامل وظروف أخرى.

* تبين من خلال العلاقة الإرتباطية لمتغيرات ثلاثية بين التقييم الصحي الذاتي وتلقي المسنين الزيارات من طرف ذويهم ومصدر الدخل كمتغير وسيط ثالث أنه كلما كان المسن يعاني من التبعية المالية لأفراد أسرته، تمنع أفراد أسرته عن زيارته بالمركز وهذا بنسبة 85%

* تمثلت أهم النتائج المتحصل عليها من خلال تحليلنا للجداول المركبة بين أنواع المشاكل الصحية كمؤشر ثاني ومؤشرات المتغير التابع والتي افتحناها بعلاقة المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين بعلاقته مع أفراد أسرته والتي بينت أنه تسوء علاقة المسنين مع أفراد أسرهم كلما تنوعت المشاكل الصحية لكن بنسب متفاوتة في حين تميل إلى الإستقرار كلما كانت الحالة الصحية للمسنين حسنة ولا يعاني من أي مشكل صحي، وهذا بنسبة 42%

* أما عن قرار إلتحاق المسنين فلقد تبين من خلال الجدول الإحصائي الذي يربط العلاقة بين أنواع المشاكل الصحية وقرار إلتحاق المسنين بالدار أنه كلما ساءت الحالة وتنوعت المشاكل

الصحية وزاد عجز المسنين كان قرار إلتحاقهم بالدار من طرف العائلة حيث إلتحق 62% من المسنين الذين يعانون من العجز الحركي، هذا ماجعل المسنين يلتحقون مهما كانت حالتهم الصحية بدار المسنين مضطرين حسب تصريحاتهم.

*المسنين المبحوثين لا يشعرون بالاندماج مهما كان نوع المشكل الصحي الذي يعانون منه بما في ذلك فئة المسنين الذين لا يواجهون أي مشكل صحي لكن بنسب متفاوتة بحيث كلما تعقدت وساءت الوضعية الصحية للمسنين(خاصة العجز الحركي) تراجع إندماجهم بالمركز إذ تحول هذه الأخيرة دون ممارسة ومشاركة المسنين في النشاطات الترفيهية أو الخرجات والرحلات.....

* توصلنا من خلال العلاقة الإرتباطية إلى أنه مهما كان نوع المشكل الصحي الذي يعاني منه المسنين فهم لايتلقون الزيارات من طرف أهاليهم إذن لا توجد علاقة بينهما.

*تمثل الشطر الثاني من تحليلنا للجداول الإحصائية من خلال بعد التكفل الصحي بالمسنين من خلال التكاليف الصحية العلاجية للمسنين في الوسط الأسري وتأثيرها على إلتحاقهم بدور العجزة، وذلك من خلال مؤشري المتابعة الصحية ومصدر توفير أو تأمين أدوية المسنين، والذي كانت بدايته بربط المتابعة الصحية للمسنين وتأثيرها على نمط العلاقة بين المسنين وأسره حيث تسوء علاقة المسنين بأفراد أسره(والتي تعتبر سببا في إنتقالهم للإقامة بالمركز) كلما تكفل المحيط الأسري للمسنين بمصاريف العلاج والمتابعة الصحية وهذا بنسبة 77% ويكون قرار إلتحاقهم عن طرق العائلة كلما كان المبحوث لا يخضع للعلاج في الوسط الأسري ويتم إلقاه بالدار بحجة الخضوع للعلاج الجيد والمجاني هناك وهذا بنسبة 70.5%

* أما عن موقف المسنين من الإلتحاق بالمركز فتبين أن المسنين إضطروا للإنتقال من أجل الإقامة بالدار مهما كانت وضعيتهم العلاجية (سواءا يخضعون للعلاج ام لا؟) وبعد إدخالنا لمتغير ثالث وسيط تبين لنا أن سخط وتذمر أفراد أسره من خدمتهم هو من جعلهم ينتقلون للإقامة بالدار بحثا عن الرعاية التي إفتقدوها في الأسرة وهذا بنسبة 51%

* بينما أسفرت نتائج العلاقة الإرتباطية للمؤشر الثاني والمتمثل في مصدر شراء أو تأمين الأدوية للمسنين عن النتائج التالية:

* تعرف علاقة المسنين مع أفراد أسرهم تدهورا وتساءوا كلما كانت الأسرة مصدر توفير وشراء الأدوية للمسن وهذا بنسبة 87% وتميل العلاقة إلى المحدودية كلما كان المسن هو المسؤول عن تأمينها إما عن طريق مداخله الخاصة التي يحصل عليها من خلال ممارسة مهن مؤقتة بسبب الحاجة المادية من أجل تأمين ضرورياته وهذا بنسبة 52.4% أو تأمينه عن طريق الضمان الاجتماعي وهذا بنسبة 33.3%

* لقد أسفرت نتائج العلاقة الارتباطية بين مصدر شراء أدوية المسنين وقرار إلحاقهم بالمركز على علاقة غير واضحة الأمر الذي جعلنا ندخل متغير ثالث وسيط والذي أفرز نتيجة جديدة مفادها أن إلحاق المسنين بالمركزين بدار العجزة كان شخصا رغم إستقلاليتهم المادية هذا ما جعل نتساءل عن السبب وإتضح من خلال المتغير الرائد أن المسنين يتعرضون للإساءة من طرف أفراد أسرهم وهذا بنسبة 50% وهي نسبة المسنين الذين يوفرون الدواء بأنفسهم من مداخلهم مقابل 67.7% في فئة المسنين الذين تتكفل الأسرة بتوفير وتأمين أدويتهم وهذا من خلال الإساءة اللفظية التي تصدرت أنواع الإساءة الموجهة للمسنين (44%) عن طريق الإحباط المتكررة أنهم تعبوا وهم عاجزون عن التكفل بعلاجهم ومحاوولا تهم الكثيرة من أجل إلحاقهم بدور العجزة من أجل تلقي العلاج.

* لم تعطي العلاقة الارتباطية بين مصدر شراء أدوية المسنين وموقفهم من الالتحاق بالمركز أي دلالة إحصائية، إذ مهما كان مصدر تأمين الدواء فإلتحاق المسنين كان نتيجة ظروف إضطرتهم لذلك.

* أما تلقي الزيارات ومصدر توفير الدواء فالمسنين لا يتلقون الزيارات بإستثناء فئة المسنين الذين يؤمنون الدواء عن طريق الضمان الاجتماعي ويفسر هذا بناءا على النظرية التبادلية بحيث يسعى أفراد الأسرة لزيارة المسنين الذين من الممكن أن يحققوا من وراء ذلك مكسبا ماديا لأن غالبيتهم تملك معاش تقاعد بإعتبارهم كانوا ينتمون لفئة النشطة في وقت ما وبالتالي يملكون تأمين إجتماعي يوفرون من خلاله الدواء عن طريق بطاقة الشفاء.

الإستنتاج العام:

خلصت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج العلمية الهامة التي كانت توحى في معظمها بعد التحليل السوسولوجي للمعطيات الميدانية وتحليل فرضيات البحث إلى أن هناك تأثير للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية على ظاهرة إلتحاق المسنين بدور العجزة، وهذا من خلال سرد وتقديم النتائج والحقائق الميدانية التي توصلت إليها هذه الدراسة الميدانية وهي كالتالي:

- أغلبية المبحوثين ينتمون إلى الفئة العمرية 60-65 سنة وهذا بنسبة 50.3% مما يدل أن أغلب المسنين المبحوثين والمقيمون بالدار هم في بداية شيخوختهم، إذ اتضح نه كلما إرتفعت الفئة العمرية إنخفض عدد المسنين المبحوثين والمقيمين بدار العجزة حيث قدرت نسبة المسنين الذين يفوق سنهم 80 سنة نسبة 2.6%

- نسبة المسنين المقيمين بالدار أكبر من نسبة المسنات 65.4% مقابل 34.6% وهذا لعدة إعتبرات إجتماعية وثقافية وصحية .

- أسفرت نتائج الدراسة الميدانية إلى أن المبحوثين لديهم مستوى تعليمي منخفض يتوزعون بين الأميين والتعليم القرآني وهذا بنسبة 43.1% و 34.0% في المقابل قدرت نسبة المبحوثين الحاملين لمستوى تعليمي جامعي ب 0.7% إذ كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين انخفض نسبة المسنين الحاصلين على هذا المستوى التعليمي وهذا لإعتبرات تاريخية على رأسها الاستعمار الفرنسي وسياسة التجهيل وطمس الهوية والشخصية الجزائرية ولإعتبرات اجنماعية وثقافية وهي التنشئة الاجتماعية للمرأة التي كانت توجه أساسا أنذاك نحو القيام بالأعمال المنزلية لأن مهمتها الأساسية هي الزواج والإنجاب ومنه رعاية الزوج والأبناء ولإعتبرات إقتصادية تتمثل في أن المصدر الأساسي للعيش في العائلة الجزائرية التقليدية هو الزراعة وخدمة الأرض والتي لم تكن تتطلب مستويات تعليمية كبيرة وإنما هي مهنة مورثة من الأب إلى الجدن هذا ماجعل التعليم حكرا على نسبة قليلة جدا من المسنين.

- يعاني أغلب المسنين المبحوثين من عدم الإستقرار الأسري التي تعتبر من العوامل التي تسرع بإلتحاقهم بدار العجزة إذ يتوزع المبحوثين بين المطلقين والعزاب حسب النسب التالية 41,8% و 28,1% و 22,2% هم أرامل في حين أصغر نسبة تقدر ب 7,8% هي من نصيب المتزوجين.

أكثر من نصف المبحوثين ليس لديهم أبناء وذلك بنسبة 51,1% مقابل 5,2% لديهم أكثر من 7 أبناء، ومن بين خصائص المجتمع الاحصائي هو أن أغلب المسنين كانوا يعملون خلال فترة نشاطهم وهذا بنسبة 70% في المقابل لا يملك سوى 20.9% منحة تقاعد لأنهم كانوا يعملون دون تأمين إجتماعي، الأمر الذي جعلهم يقعون في شباك الاحتياج والعوز عاجزين عن توفير مستلزماتهم. أكثر من نصف المسنين 57% لا يملكون أي مصدر للدخل أما البقية فإن نسبة 19% منهم يقل دخلهم عن 18000 دج في حين تتناقص النسبة بإرتفاع الدخل إذ يقدر نسبة المسنين الذين يفوق دخلهم الشهري 38000 دج ب 5,2%.

لا يتمتع أغلب المبحوثين بالصحة إذ يقم 60,1% من المبحوثين صحتهم بالسيئة، في حين 23,5% صحتهم متوسطة بينما نسبة قليلة من تتمتع بالصحة الحسنة وهذا بنسبة 16,3% كما سجل أعلى نسبة من الأمراض التي يعاني منها المسنين عي ضغط الدم وهذا بنسبة 27%، يليه إتهاب المفاصل بنسبة 22,6% ثم الداء السكري بنسبة 16,3% وأضعف نسبة كانت من نصيب المسنين الذين يعانون من أمراض القلب والشرايين، وهذا بنسبة 4,1%.

وقمنا في هذا الجانب الميداني كذلك بإختبار ثلاث فرضيات تبحث عن العوامل المؤثرة في إلتحاق المسنين بدور العجزة.

تمثلت الفرضية الأولى في تأثير تهميش مكانة المسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور العجزة من خلال دراسة تأثير المركز الاجتماعي والمتمثل في المستوى التعليمي للمسنين والمكانة السوسيو- مهنية ودراسة مكانتهم في الأسرة من خلال عامل السلطة في إتخاذ القرار والتي توصلت إلى النتائج التالية:

- تغيرت مكانة المسنين في الأسرة الجزائرية المعاصرة بتغير معايير التقييم، فلم يحافظ المسن على المكانة التي كان يتمتع بها في الأسرة التقليدية بإعتباره رمزا للعائلة وصاحب السلطة المطلقة، بل فقد المسن الإحترام والسلطة والمكانة بين أفراد الأسرة الحديثة
- تغيرت معايير التقييم فلم يعد يقيم الفرد - لاسيما - المسنين على ما يحمله من علم ومكانة مهنية وإنما ما يحققه من مال من خلال تلك الوظيفة، إذ أصبح المال بالدرجو الأولى أحد المؤشرات المهمة والأساسية في فرض المكانة الأسرية للمسنين ونتج عن ضعف وضعيتهم

- المادية إتساع الفجوة الأسرية بينهم وبين أفراد أسرهم، ومنه تدني مكانتهم في الأسرة وإنتقالهم للعيش بديار العجزة .
- فقد المسنين سلطتهم وقراراتهم في الوسط الأسري بفقدانهم لمكانتهم وأدوارهم المهنية ومنه العائدات المادية التي تعزز مركزهم ومكانتهم وسلطتهم وقراراتهم في الأسرة.
- تتعزز مكانة المسنين في العائلة بوجود السند الاجتماعي وهما الزوج(ة) والأبناء غير أن الكثير منهم يعانون من عدم الاستقرار الأسري إما العزوبة أو الطلاق أو الترميل.
- أدى تدهور المركز الاجتماعي للمسنين وتغير معايير التقييم إلى تراجع سلطة وقرارات المسنين في الوسط الأسري في ظل سيطرة النظرة المادية التي أصبحت أحد المؤشرات المهمة في تعزيز مكانة المسنين نتج عنه تهميش مكانتهم في الأسرة ما أدى بهم للإلتحاق بدار العجزة أما الفرضية الثانية فحاولنا من خلالها دراسة المستوى المعيشي للمسنين بناء على الدخل ومستويات إنفاق المسنين والتي أسفرت عن النتائج التالية:
- كلما إنخفض المدخول الشهري التقديري للمسنين ساءت علاقتهم مع أفراد أسرهم ومنه إلتحاقهم بدور العجزة .
- ينتج عن إنعدام أو قلة مصادر دخل المسنين إلتحاقهم بدور العجزة عن طريق أسرهم نتيجة غياب التضامن بين الأجيال.
- يعتبر إشتغال المسنين دون تأمين إجتماعي من أسباب وقوع المسنين في شباك العوز والإحتياج بسبب تغير المفاهيم والمبادئ والقيم، فلم يعد الابناء تأمينا للكبر والمستقبل في الأسرة المعاصرة كما كان في الأسرة الجزائرية التقليدية.
- أفرزت الأنظمة الاقتصادية الحديثة القائمة على العمل المأجور والتقاعد مشكل إعالة والتكفل الاقتصادي بالمسنين في الأسرة (أغلب المبحوثين كانوا معالون من طرف أفراد الأسرة) في ظل غياب التكافل والتضامن الأسري.
- تولد مستويات إنفاق المسنين التبعية المادية لأسرهم ما يجعلهم عاجزين عن تأمين مصاريفهم ومتطلباتهم نتيجة إرتفاع الأسعار وزيادة الأعباء الاجتماعية والصحية في المقابل ثبات معشات التقاعد (أغلب المبحوثين لا يدخرون ويستندون)

- إذاً يؤثر إنخفاض المستوى المعيشي للمسنين على إلتحاقهم بدور العجزة نتيجة إنخفاض مداخيلهم الشهرية وإنعدام مصادر دخلهم وما خلفته الأنظمة الاقتصادية الحديثة من مشكل إعالة والتكفل الاقتصادي بهذه الفئة بسبب غياب التكافل والتضامن في الوسط الأسري

من بين نتائج الفرضية الثالثة والتي تبحث في تأثير الرعاية الصحية للمسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور العجزة من خلال عاملي الوضعية الصحية للمسنين والتكاليف العلاجية (التكفل العلاجي) للمسنين مايلي:

- تسوء علاقة المسنين بأفراد أسرهم بسوء الحالة الصحية حسب تقييمهم الصحي الذاتي، مما يولد علاقات إعتماضية بين المسنين ومحيطهم الأسري سرعان ما يتم التخلي عنهم وإلحاقهم بدورالعجزة

- يلتحق المسنين بدور العجزة بقرار عائلي كلما ساءت حالتهم الصحية.

- يرتفع إحتمال إلتحاق المسنين بدار العجزة كلما تنوعت وتعقدت المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين خاصة العجز الحركي.

- ينجم عن سوء الوضعية الصحية للمسنين - العجز الحركي- تدمير وتملص أفراد الأسرة عن تقديم الرعاية والعناية بكبار السن وسوء معاملتهم، هذا ما يجعلهم يبحثون عن رعاية صحية بديلة في المؤسسات الرسمية.

- تعتبر المرافقة الطبية والتكفل العلاجي للمسنين من طرف أفراد الأسرة في ظل عجز المسنين عن تأمينها عاملا من عوامل إلتحاق المسنين بدور العجزة .

إذاً تؤثر الرعاية الصحية المقدمة للمسنين في الوسط الأسري على إلتحاقهم بدور العجزة بسبب تدهور وضعيتهم الصحية وتنوع مشاكلهم الصحية، مما يولد علاقات إعتماضية بين المسنين ومحيطهم الأسري تستوجب المرافقة والمتابعة الطبية والتكفل العلاجي المستمر أين يتم إسناده لمؤسسات رسمية (دور العجزة) في ظل تملص المؤسسات الرسمية عن الإلتزام بتقديم هذه الرعاية الصحية.

الخاتمة

لقد توصلنا في الأخير من خلال هذه الدراسة إلى حقيقة هامة، هي أن مسألة رعاية المسنين تقف ضمن موضوعات الساعة التي يجب ان يتفطن إليها الباحثون والمختصون، لأن هذه الفئة هي كثيرة المعاناة بسبب قصور إمكانياتهم المادية وهجر العلاقات الاجتماعية وانتشار الأمراض البدنية والنفسية منها والتي تعتبر جزءا من تقدم العمر هذا بالإضافة إلى صعوبة تقبل التغيير الاجتماعي والتكيف مع النسق الاجتماعي هذا ما يجعلهم كثيري التصادم والصراع مع الوسط او البيئة الاجتماعية التي يقيمون بها نتيجة تدهور القدرة الشرائية ومداخل الأسرة والمسنين ما يجعلهم يفقدون مكانتهم ودورهم الأسري بفقدانهم عملهم ومكانتهم السوسيو- مهنية بسبب التقاعد الذي من شأنه أن يخلق أزمة اقتصادية بسبب تراجع مداخل المسنين وأزمة نفسية اجتماعية حيث يعجز المسنين عن شغل وقتهم فنجدهم يحاولون البحث عن أدوار جديدة داخل الأسرة ما قد يجعله يدخل في صراع مع النساء الاتي اعتدن شغل هذا المجال منذ سنوات خاصة إذا رافق كل هذه الظروف تدهور وسوء في الحالة الصحية ما قد يولد علاقات اعتمادية تؤثر في كفاءة الرعاية الصحية المقدمة للمسنين في الوسط الأسري، وبالتالي التحاقهم بدور المسنين غير أن هذه المؤسسات الإيوائية تأسست من أجل تحسين معاملة المسنين وصيانة كرامتهم قد فشلت في تيسير حصول المقيمين على احتياجاتهم المعيشية اليومية كما أنها فشلت في توفير المناخ الاجتماعي السليم عن طريق توفير الخدمات الطبية والمختصين الأكفاء هذا بالإضافة إلى عجزهم في إدماج المسنين المقيمين في أنشطة مفيدة. وبصفة عامة فشلت في تحقيق وتوافق وتكيف المسنين في المركز مما يجعلنا نقول أن الخدمات المقدمة لا تتعدى الخدمات الإيوائية، وبالتالي تبقى فئة المسنين في بلادنا مهمشة رغم ارتفاع أعدادها.

وفي الختام نتساءل في ظل إرتفاع عدد المسنين نتيجة تحسن المستوى المعيشي وارتفاع أمل الحياة بسبب تطور الطب الوقائي والعلاجي والقضاء على الأمراض التي كانت تؤدي بحياة الأفراد في سن مبكرة، هل جهزت الجزائر نفسها بمختلف مؤسساتها وهيكلها الصحية للتكفل بهذه الفئة التي تعرف ارتفاعا متزايدا ومستمرًا؟

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

القرآن الكريم

أولاً- قائمة المراجع باللغة العربية

- القواميس والمعاجم:

1- ابراهيم مصطفى وآخرون : المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، الجزء 1، 2، دون بلد نشر، دون سنة نشر.

2- بدوي أحمد زكي : معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1982

3- غيث محمد عاطف : قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1979

4- مداس فاروق : مصطلحات علم الاجتماع، دار مهني، الجزائر، 2003

5- مذكور إبراهيم : معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975

6- همام طلعت: قاموس العلوم التقنية والاجتماعية، مؤسسة الرسالة، ط1، 1984

- الكتب:

7- إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة بيروت، ط2، 1986

8- إحسان محمد الحسن: مدخل إلى علم الاجتماع، دار النشر والطباعة، بيروت، ط1، 1988

9- أحمد عبد الحميد حسن : ديناميات العنف، النظريات المفسرة، دار الجيل، بيروت، 2000.

10- أنجرس موريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصة، الجزائر، 2013

11- الباتلي أحمد بن عبد الله : رعاية المسنين في السنة النبوية، دار الحضارة، الرياض، ط1، 2007.

12- البطريق محمد كمال ومحمد نجيب توفيق: مجالات الرعاية الاجتماعية وتنظيماتها، دار الحماية للطباعة، ط2، 1970.

13- التيجاني ثريا: القيم الاجتماعية والتلفزيون في المجتمع الجزائري، دار الهدى، الجزائر، 2011

- 14- الجولاني فادية عمر : الأسرة العربية، تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغير اتجاهات الأجيال، المكتبة المصرية، الإسكندرية 2004.
- 15- الجوهري يسري: المضمون البشري في الجغرافيا، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2001
- 16- الحسن حسام محمد: علم اجتماع العائلة ، دار وائل، عمان، ط1، 2005.
- 17- الخشاب مصطفى: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985 .
- 18- الخولي سناء : الزواج والعلاقات الأسرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1983
- 19- الخولي سناء: الأسرة في عالم متغير . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2011.
- 20- القدس محمد: التغير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، دار مجدلاوي، عمان، ط1، 1996.
- 21- الزيدي عكلة علي جاسم: سيكولوجيا الكبر والشيخوخة، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009
- 22- السروجي طلعت محمد وماهر أبو المعاطي : ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية ، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، 2009 .
- 23- السمالوطي نبيل محمد توفيق : الدين والبناء العائلي، ، دار الشروق، جدة، ط1، 1981
- 24- السويدي محمد : مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغيير في المجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
- 25- السيد عبد العاطي السيد، عبد الله محمد عبد الرحمان : محاضرات في علم الاجتماع الصناعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
- 26- الشاذلي عبد الحميد محمد: التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2011
- 27- الشيخ وعد: إرشاد الكبار وذويهم، منشورات جامعه دمشق، 2006-2007.
- 28- الطرزي عبد الله: مبادئ في علم السكان، دار الفرقان، عمان، ط2، 1991 .
- 29- الطنوبي محمد عمر : التغير الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1995.
- 30- العود ناصر بن صالح، عبد العزيز بن علي غريب: الحماية الاجتماعية لكبار السن، مركز الدراسات والبحوث لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.
- 31- العيش الفضيل : قانون الأسرة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005

- 32- الغريب عبد العزيز بن علي بن رشيد: المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضريّة، سلسلة الرسائل الاجتماعية، السعودية، 2005.
- 33- الفرسان عبد العال سيد حسن: تقويم خدمة المسنين، دار الثقافة، القاهرة، 1986.
- 34- الفقي مصطفى محمد أحمد: رعاية المسنين (بين العلوم الوضعية والتصور الإسلامي)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2008.
- 35- الفوال صلاح مصطفى : علم الاجتماع البدوي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.
- 36- القناوي هدى: سيكولوجية المسنين، مركز التنمية البشرية والمعلومات، مصر، ط1، 1987.
- 37- النبال مايسة أحمد وعفاف محمد عبد المنعم : الشيخوخة (مظاهرها ومحدداتها بين النظرية والتطبيق)، دون دار نشر ،دون بلد نشر ،2011
- 38- النوبي محمد علي محمد : الخرف لدى المسنين، دار الصفاء، عمان ،ط1، 2012.
- 39- النوبي محمد علي محمد: الزهايمر لدى المسنين، دار صفاء، ط1 ،دون سنة نشر، عمان.
- 40- الهوري عادل مختار : التغيير الاجتماعي والتنمية في الوطن العربي، مكتبة الفلاح، الكويت، 1988.
- 41- بركات حلیم : المجتمع العربي المعاصر، بحث استطلاعي اجتماعي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط6، 1986.
- 42- بركات حلیم : النظام الاجتماعي وعلاقته بمشكلة المرأة العربية ، مركز الوحدة العربية، بيروت، ط1، 1982.
- 43- بلحاج نادية : المرأة والوضع الأسري، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 1997.
- 44- بن أشنهو عبد اللطيف، تر: نخبة من الأساتذة: تكون التخلف في الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1979.
- 45- بن غالب طاهر: الخدمة الاجتماعية، مفهوم شامل، دار حامد، عمان، ط1، 2014.
- 46- بوتنفوشت مصطفى : العائلة الجزائرية التطور والخصائص الحديثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984 .
- 47- بوحوش عمار ومحمد الذنبيبات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.
- 48- بوحوش عمار: دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1985.

- 49- بومخلوف محمد وآخرين : واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري "القطيعة المستحيلة"، دار الملكية للطباعة والنشر والتوزيع والاعلام، الجزائر، ط1، 2008.
- 50- بيومي أحمد محمد: علم الاجتماع، الدار الجامعية، الإسكندرية، دون تاريخ نشر.
- 51- حلمي عبد القادر: مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط6، 2009
- 52- حمادي علي يونس : مبادئ علم الديموغرافيا، دار وائل، عمان، ط2010، 1.
- 53- حميش عبد الحق : رعاية الشيخوخة في الإسلام، دار الأرقم بن أبي الأرقم، الشارقة، 2010.
- 54- خضر زينب: مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، مجلس السكان الدولي، مصر، 2010.
- 55- خلف عبد الجواد مصطفى: علم اجتماع السكان، دار المسيرة، عمان، ط2، 2013.
- 56- خليفة عبد اللطيف محمد: دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب، القاهرة، 1997.
- 57- درويش يحي حسن : رعاية المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992.
- 58- دعيبس محمد يسري ابراهيم : التربية الأسرية وتنمية المجتمع (رؤية في أنثربولوجيا الزواج والأسرة والقرابة)، سلسلة الأسرة التربوية (3)، مصر، 1997.
- 59- دعيبس محمد يسري ابراهيم : الحياة الاقتصادية للمسنين، البيطاس سنتر، الإسكندرية، 2000.
- 60- دعيبس يسرى: أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، " دراسة أنثربولوجيا مقارنة "، توزيع البيطاش سنتر، الإسكندرية، ط1، 2002
- 61- دليو فضيل ، علي غربي وآخرون : الأسس المنهجية في العلوم الإجتماعية، دار البعث، قسنطينة، 1999
- 62- رشاد أحمد عبد اللطيف : في بيتنا مسن (مدخل إجتماعي متكامل)، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2000.
- 63- زايد أحمد واعتماد علام : التغير الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2006.
- 64- سالم سماح سالم: ممارسة الخدمة الإجتماعية مع المسنين، دارالمسيرة، عمان ط1، 2015
- 65- سيد سلامة ابراهيم : رعاية المسنين، المكتب العلمي، الإسكندرية، 1997،
- 66- سيد منصور عبد المجيد وزكرياء أحمد الشريني: الأسرة على مشارف القرن 21، دار الفكر العربي، ط1، 2000.
- 67- سيماتي الطيب : التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي وفق القانون الجديد، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2014.

- 68- شمس الدين أحمد محمد: العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الإجتماعية، مؤسسة يوم المستشفيات، القاهرة، 1981.
- 69- طلعت ابراهيم لطفي: أساليب وأدوات البحث الاجتماعي : دار غريب، القاهرة، 1995.
- 70- عباس عبير : في علم اجتماع الشيخوخة، أنماط التفاعل وأوجه الحياة للجماعات العمرية المتقدمة، العربية للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2014.
- 71- عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد : الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، مكتبة نهضة الشرق، مصر، 1992
- 72- عبد الحميد محمد نبيل: العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الدار الفنية، القاهرة، دون سنة نشر.
- 73- عبد السلام حسن: نحن المعمرون، دار المعارف، القاهرة، 1952
- 74- عبد القادر محمود رضوان : سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، دون سنة النشر
- 75- عبد المعطي حسن مصطفى: سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشرف، القاهرة، ط1، 2005
- 76- عبد المقصود علي فوزي وآخرون : التربية السكانية، مفهوما، مشكلاتها، سياستها، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2014.
- 77- عبد المنعم عاشور : صحة المسنين (كيف يمكن رعايتها)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2009.
- 78- عبيدات محمد وآخرون : منهجية البحث العلمي، دار وائل، عمان، 1999.
- 79- عثمان عبد الفاتح السيد علي الدين : الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة الشيخوخة والمسنين، عين الشمس، القاهرة ، دون سنة نشر.
- 80- عزت إسماعيل سيد : الشيخوخة أسبابها ومضاعفاتها وطرق الوقاية منها والإحتفاظ بحيوية الشباب، وكالة المطبوعات، الكويت، ط1، 1999.
- 81- عفيفي عبد الخالق محمد: بناء الأسرة والمشكلات الأسرية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2011.
- 82- علي محمد علي وآخرون دراسات في علم الاجتماع الطبي، دارالمسيرة، الأردن، ط4، 2015.
- 83- عميرة جويذة: احصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، دون بلد النشر، ط1، 2007.

- 84- غباري محمد سلامة وآخرون: مدخل في الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية، المكتب التجاري الحديث، الإسكندرية، 1988.
- 85- غريب سيد أحمد وآخرون: دراسات في علم الإجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995.
- 86- غيث محمد عاطف: التغير الاجتماعي والتخطيط، دار المعارف، القاهرة، 1966.
- 87- غيث محمد عاطف: التغير الاجتماعي في المجتمع القروي، دار النهضة العربية، بيروت، ط1، دون تاريخ نشر.
- 88- فهمي محمد سيد: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2012.
- 89- فهمي محمد سيد: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1998.
- 90- لبيب علي: جغرافية السكان، الثابت والمتحول، الدار العربية للعلوم، بيروت، دون سنة نشر.
- 91- مجدي أحمد محمد عبد الله: مقدمة في سيكولوجية الشيخوخة وطب المسنين، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2013.
- 92- محمد سليمان سناء: مرحلة الشيخوخة وحياة المسنين (بين الآمال والآلام)، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2008.
- 93- محمد علي محمد: علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط2، 1981.
- 94- محمد فهمي سامية وسمير حسن منصور: الرعاية الإجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2004.
- 95- محمود حسن: الرعاية الإجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1963.
- 96- محمود حسن: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981.
- 97- محمود سامي: لا للشيخوخة المبكرة، الدار المصرية للنشر والإعلام، القاهرة، ط1، 1993.
- 98- محمود نجيب توفيق: الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المسنين، المؤتمر الدولي الخامس للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث، القاهرة 1980.
- 99- محي الدين مختار: محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982.

100- معتوق جمال : منهجية العلوم الاجتماعية والبحث الاجتماعي، دارمرابط، الجزائر، ط1، 2009.

101- معن خليل معن : علم إجتماع الأسرة ، دار الشروق، عمان، ط1 ، 2000.

102- ملحق دلال إستيتية : التغير الاجتماعي والثقافي: دار وائل، عمان، ط2، 2008.

103- منصور سمير حسن وآخرون : الأسرة والسكان من منظور الخدمة الإجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.

104- ميخائيل أسعد يوسف : رعاية الشيخوخة ، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة ، 2000.

105- وافي علي عبد الواحد: الأسرة والمجتمع، دار نهضة مصر للطباعة والنشر، القاهرة، ط8، دون تاريخ نشر.

106- يحي مرسى عيد بدر: المسنون في عالم متغير، مقدمة في علم الشيخوخة، دارالوفاء، الإسكندرية، ط1، 2007.

- المجالات:

107- فرح صباح : «مشكلات المسنين» دراسة اجتماعية ميدانية في دار رعاية المسنين في بغداد مجلة ديالى، العدد 47، بغداد، 2010.

108- عيساني نور الدين: «ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها»، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة ورقلة، العدد19، 2015

109- كيطان طالب عبد الرضا وثائر رحيم كاظم : «مشكلات المسنين في دور الدولة»، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، العراق، العدد 3، 2009.

- التقارير:

110- الأمم المتحدة : التمية في عالم يشيخ، دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية 2007، نيويورك، 2007.

111- الأمم المتحدة : المرأة في العالم 2000، نيويورك، 2002.

112- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: قانون العقوبات، رئاسة الجمهورية، الأمانة العامة للحكومة، الجزائر، 2015.

- 113- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 28، بتاريخ 5 جويلية 1983، الجزائر
- 114- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، الجزائر، العدد 16 بتاريخ، 21، مارس 2012.
- 115- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، عدد ، بتاريخ 01/06/1994، الجزائر.
- 116- الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، جامعة الدول العربية : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002.
- 117- المجلس الاقتصادي والاجتماعي : التقرير الوطني حول التنمية البشرية 1998، الدورة العامة 13، ماي، 1999 المجلس الاقتصادي والاجتماعي : نظرة حول الاقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، الدورة العامة 17، الجزائر، ماي 2001
- 118- المجلس الاقتصادي والاجتماعي : نظرة حول الاقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة الدورة العامة 17، الجزائر، ماي 2001 .
- 119- شقيرحافظ وآخرون: فئة المسنين في المنطقة العربية، الإتجاهات الإحصائية ومنظور السيايات، المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة لسكان المنطقة العربية وجامعة الدول العربية، القاهرة، 2017 .
- 120- مكتب العمل الدولي : العمالة والحماية الاجتماعية في السياق الديموغرافي الجديد، التقرير 4، جونيف، 2012 - 2013.
- 121- ناصر بن صالح العود، عبد العزيز بن علي غريب: الحماية الاجتماعية لكبار السن، مركز الدراسات والبحوث لجامعة نايف، العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007،
- 122- ولد عباس جمال: مرشد حقوق الأشخاص المسنين، وزارة التضامن والأسرة، الجزائر، 2003.

- الرسائل الجامعية

- 123- بوعزيز كريمة : الحالة الصحية والظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر وعلاقتهما ببعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية (دراسة ميدانية بمدينة بجاية)، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2013/2014، (غير منشورة)
- 124- بوغالي حاجي : العوامل المتحركة في الوضعية السوسيو اقتصادية للمسنين في الجزائر، دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية ، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2016/2017 (غير منشورة) .

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الفرنسية

Livres:

- 125- Bourdieu Pierre : sociologie de L'algerie , PUF, Paris,1987
- 126- Bourdieu pierre : Famille et société ,Les stratégies matrimoniales , Annales, numéro spécial ,1972
- 127- Boutefnouchet Mostapha : la famille Algerienne, évolution et caractéristique récents, Alger, 1982.
- 128- Boutefnouchet mostapha : systeme sociale et changement sociale en algerie, OPU, Alger, sans date
- 129- Carrello j, Lance g : le futur des retraites et retraite du futur répartition ,UREF, paris ,2009.
- 130- Chaulét Claudine : La terre, les frères et l'argent, OPU,Alger, Tome1, 1987.

- 131– Cherif Assia, Oudah Rebrab, Saliha Badrouni Mohamed et autres
population âgée en Algérie : dynamique et tendance, DGRST/CRASC
Alger,2014
- 132– Frantz fanon : Sociologie d'une révolution ,Maspero, paris, 1972
- 133– Gerard Francois Dumon: le monde et les hommes ,les grand Litec,
France ,1955
- 134– Guy Rocher : Les changements social ,générale introduction à la
sociologie, HMH, Paris,1968
- 135– Lucette Jarosz : Vieillesse et vieillissement en Algerie, Alger, OPU,
1983
- 136– Vandeveld Helene : Participation de la femme dans la vie politique
et sociale depuis l'indépendance, DE.S.E.S, sience sociale et
politique, Alger ,1960

Rapports:

- 137– Fouzi amokran :dynamique démographique en Algerie,
caractéristique émergentes, ministre de la santé et la population et de
la réforme hospitalière, UNFPA, Alger, 2001
- 138– Ministère de la population et de la réforme hospitalière (direction de
la population :(Situation démographique et sanitaire ,[2017–2000]
Alger, juillet ,2017
- 139– Ministère de la solidarité national : les personne âgées en Algerie
par chiffres , Alger, Avril ,2011.
- 140– ONS : Recensement général de la population et de
l'habitat,1966,1977 1987,1998,2008.

Thèses :

- 141- Dupre Leverque Delphine: Une ethnologue en maison de retraite , édition des archives contemporaines, France ,2001
- 142- Mallon Isabelle << :Vivre en maison de retraite>>,presses universitaires de Rennes, France, 2004.

Revues :

- 143- CENEAP : <<Population et Developpement>>, Revue du ceneap, N35, Alger, 2007.
- 144- J.M Robine: <<Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie>> population,T (1-2), 2001.
- 145- Bruno schumaker In Jacque Dupaquier: <<le Vieillissement de la population dans le monde>>, Bultin du rayonnement, CNRS, N=°42 paris, 2006.
- 146- Vallin jet Meslé F : <<transition sanitaire : tendances et perspectives>>, Médecine, Vol 16 n=° 11 , 1986.

- المواقع الإلكترونية:

- [www .cnr .g/ar/presentation](http://www.cnr.dz/ar/presentation) vu le 15/02/2017
- [http//cnr-dz.com/ar/la-revalorisation](http://cnr-dz.com/ar/la-revalorisation) annuelle des pension et des allocations de retraite
- [http://or:Wikipedia .org/wiki.صحة/](http://or:Wikipedia.org/wiki/صحة)
- [www.cnr.z/a r/la-retraite](http://www.cnr.dz/ar/la-retraite) -anticipée

الملاحق

الملحق رقم 1

جامعة الجزائر -2-

التاريخ.../.../...

مكان المقابلة:.....

رقم الإستمارة:.....

تدخل هذه الاستمارة في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه المعنونة ب "عوامل التحاق المسنين بدور العجزة" لذا نرجو منكم المساعدة الموضوعية وذلك بالإجابة عن الأسئلة الموجهة إليكم ونتعهد لكم بالسرية التامة ونؤكد لكم أن هذه المعلومات ستستغل لأغراض علمية بحتة ولكم منا جزيل الشكر.

المحور الأول:البيانات العامة.

1- السن :.....

2-الجنس: 1- ذكر 2- أنثى

3-المستوى التعليمي: 1- أمي 2- تعليم قرآني 3- ابتدائي

4- متوسط 5- ثانوي 6- جامعي

4-الحالة العائلية: 1- أعزب 2- متزوج 3- مطلق

4- أرمل(ة)

5- هل لديك أبناء 1 - نعم 2- لا

6- عدد الأبناء: 1- دون أبناء 2- 1-3 3-4-6 7 فأكثر

7- 1- ذكور .. 2- الإناث

8- منطقة الإقامة قبل الإلتحاق بالمركز.....

المحور الثاني: مكانة المسن في الأسرة وعلاقتها بالتحاقه بدار العجزة

9- مع من كنت تقيم قبل التحاقك بالمركز؟

1- لوحده 2- الزوج(ة) 3- الأبناء 4- آخرين

حدّد من هم ؟.....

10- من هو صاحب القرار في الأسرة؟

1- أنت صاحب القرار 2- تستشار أحيانا 3- قراراتك متجاهلة تماما

11- عندما كانت تحدث خلافات أو نزاعات بين أفراد أسرتك كيف كنت تتصرف لفض النزاعات؟

1- تفرض سلطتك وتوقف الخلافات 2- لا تتدخل أبدا

3- تتدخل عند الضرورة 4- آخر حدد.....

12- عندما كنت تتخذ أي قرار، كيف كانت استجابة أفراد أسرتك لقراراتك؟

1- التنفيذ دون نقاش 2- لا ينفذ 3- يتناقشون حول تنفيذه

4- آخر حدد.....

13- كيف كانت ردة فعلك عند رفض أحد أفراد أسرتك قراراتك؟

1- الحوار ومحاولة الإقناع 2- العقاب الفوري 3- تجاهل الموضوع

4- آخر حدد.....

14- هل كان يستشيرك أفراد أسرتك في مشاريعهم وأمورهم الخاصة؟

1- نعم دائما 2- لا أبدا 3- أحيانا

15- إذا كان الجواب بلا لماذا؟

16- هل كنت تعبر عن رأيك بحرية في أسرتك؟ 1- نعم 2- لا

17- هل كنت تشعر بأنك عبئ على أفراد أسرتك؟ 1- نعم 2- لا

18- إذا كان الجواب ب "نعم" منذ متى انتابك هذا الإحساس؟

1- بعد فقدان الزوج 2- بعد زواج الأبناء 3- بعد تدهور الصحة 4- آخر

حدد.....

المحور الثالث: تأثير المستوى المعيشي على التحاق المسن بدار العجزة

19- هل كنت تعمل فيما مضى؟ 1- نعم 2- لا

20- إذا كان الجواب ب "نعم" ماذا كنت تشتغل؟.....

21- هل لديك مصدر للدخل؟ 1- نعم 2- لا

22- إذا كان الجواب ب "نعم" بكم تقدر؟.....

23- ما كان مصدر عيشك؟.....

24- هل كنت تعمل بعد التقاعد؟ 1- نعم 2- لا

25- إذا كان الجواب ب"نعم" لماذا؟

- 1- الحاجة المالية 2- ملء وقت الفراغ 3- الحفاظ على منزلتك في الأسرة
- 26- هل كان هناك أفراد من العائلة يعملون؟ 1- نعم 2- لا
- 27- إذا كان الجواب ب"نعم" هل كانوا يساعدونك ماديا؟
- 28- هل كنت تملك مسكنا؟ 1- نعم 2- لا
- 29- إذا كان الجواب ب"نعم" ما نوعه؟
- 1- فيلا 2- شقة 3- بيت تقليدي 4- بيت قصديري
- 30 ماهي وضعية إقامتك؟

31- هل وضعيتك المادية المنخفضة هي سبب تواجدك بالمركز؟

- 1- نعم 2- لا

المحور الرابع: الحالة الصحية وعلاقتها بالتحاق المسن بدار العجزة

- 32- هل تعاني من مرض ما؟ 1- نعم 2- لا
- 33- إذا كان الجواب ب"نعم" ما هو هذا المرض؟
- 34- ماهو تقييمك لصحتك؟ 1- حسنة 2- متوسطة 3- سيئة
- 35- هل كنت تخضع العلاج والمتابعة الطبية قبل التحاقك بالمركز؟
- 1- نعم 2- لا
- إذا كان الجواب ب"نعم" من كان يتكفل بتكاليف العلاج؟
- 1- وحدك 2- أفراد الاسرة
- 36- إذا كان الجواب ب"لا" لماذا؟
- 1- العجز عن دفع مصاريف العلاج 2- العجز الصحي وصعوبة التنقل للطبيب
- 3- الشعور بأنك عبيء على أفراد أسرتك آخرحدد
- 37- هل كنت تعاني من:

- 1- لا أواجه مشكل صحي 1- نعم 2- لا
- 2- أمراض مزمنة 1- نعم 2-
- 3- نقص في السمع والنظر: 1- نعم 2- لا

4- عجز في الحركة: 1- نعم 2- لا

38- إذا كان الجواب ب"نعم" من كان يتولى خدمتك في المنزل؟

1- لا أحد 2- الزوج(ة) 3- الأبناء 4- آخرون

حدد.....

39- هل كانوا يتذمرون من خدمتك؟ 1- نعم 2- لا

40- هل تتناول كنت تتناول الادوية؟

1- نعم 2- لا

41- من كان يقوم بشراء الدواء؟

1- المبحوت(ة) من مداخله 2- الضمان الاجتماعي 3- أفراد الأسرة

42- كيف كانت حالتك الصحية قبل دخولك للمركز؟

1- جيدة 2- حسنة 3- سيئة

43- كيف هي الآن؟ 1- على حالها 2- تحسنت 3- ساءت

44- هل حالتك الصحية هي سبب تواجدك بالمركز؟ 1- نعم 2- لا

45- هل كنت تتعرض للإساءة داخل الأسرة؟ 1- نعم 2- لا

46- ما نوع الإساءة التي كنت تتعرض لها؟

1- الإساءة المعنوية 1- نعم 2- لا

2- الإساءة المالية 1- نعم 2- لا

3- الإهمال: 1- نعم 2- لا

4- الإساءة البدنية 1- نعم 2- لا

المحور السادس: معلومات حول المسن بالمركز.

47- كيف كانت علاقتك بأفراد أسرتك؟

1- حسنة 2- محدودة 3- غير مستقرة 4- سيئة

48- منذ متى وأنت مقيم بالمركز؟.....

49- من أحضرك للمركز؟ 1- بمفردك 2- العائلة 3- الشرطة

50- هل إلتحاقك بالمركز كان ب :

1- قرار شخصي 2- قرار عائلي 3- قرار مشترك

51- كيف كان موقفك من الالتحاق به؟

1- موافق 2- معارض 3- مجبر 4- لم تستشار

52- كيف هي علاقتك بعمال المركز لك؟

1- علاقة مساعد- مقيم 2- علاقة انسانية 3- علاقة أخوة

53 - هل هناك برامج ترفيهية داخل المركز؟ 1- نعم 2- لا

54 - إذا كان الجواب ب"نعم"

في ما تتمثل؟.....

55- كيف تقضون يومكم بالمركز؟

1- مشاهدة التلفاز 2- النوم 3- الحديث مع بعضكم البعض

4 - آخر حدد.....

56- هل تحس بالاندماج بالمركز؟ 1- نعم 2- لا 3- نوعا ما

إذا كان الجواب بلا لماذا؟.....

57- هل تتلقى زيارات منذ دخولك للمركز؟ 1- نعم 2- لا

58- ما هو شعورك بعد الزيارات؟.....

59 - هل تتمنى العودة إلى أهلك؟ 1- نعم 2- لا

60- هل أنت على علم بوجود قانون يعاقب كل من تخلى على والديه في مركز المسنين؟

1- نعم 2- لا

61- هل تعتقد أن مثل هذه المراكز هي سبب عقوق الوالدين؟

1- نعم 2- لا 3- ربما

جداول تدعيمية

الملحق رقم 2

جدول رقم (1) : أهمية قرارات المسنين في الأسرة وعلاقتها بمصدر دخلهم

المجموع	لا		نعم		أهمية قرارات المسن المصدر الدخل
	%	ك	%	ك	
5	100	0	100	5	أنا من يتخذ القرارات
17	100	17.6	82.4	14	أستشار أحيانا
131	100	58.8	41.2	54	يتجاهلون قراراتي دائما
153	100	52.3	47.7	73	المجموع

جدول رقم (2): يوضح مدى إستشارة المسنين في الأسرة

الاستشارة	ك	%
دائما	41	26.8
لا استشار	90	58.5
أستشار أحيانا	22	14.4
المجموع	153	100

جدول تدعيمي رقم (3): تأثير مصدر دخل المسنين على موقفهم من الإلتحاق بدار العجزة

المجموع	لم أستشار		مضطر		معارض		موافق		الموقف من الدار مصدر للدخل المسنين	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
73	100	15.1	11	49.3	36	21.9	16	13.7	10	نعم
80	100	48.8	39	35.0	28	12.5	10	3.8	3	لا
153	100	32.7	50	41.8	64	17	26	8.5	13	المجموع

جدول تدعيمي رقم (4): أسباب شعور المسنين بأنهم عبئ على أفراد أسرهم

الشعور بأنك عبئ على أفراد الأسرة	ك	%
بعد وفاة الزوج	23	15
بعد التوقف عن العمل	25	16.3
بعد تدهور حالتك الصحية	46	30.1
بعد وفاة الوالدين	10	26.1
المجموع	134*	87.6

* هناك 19 مبحوث لا يشعرون أنهم عبئ على أفراد الأسرة

جدول تدعيمي رقم (5): أهمية قرارات المسنين في الأسرة وعلاقته بأسباب شعور المسن أنه عبئ على أفراد الأسرة

المجموع	أسباب ثقافية		ضيق المسكن		صحية		مادية		أهمية قرارات المسنين	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
5	100	0	0	40	2	60	3	0	0	أنا من يتخذ القرارات
17	100	0	0	11.6	2	41.2	7	47.1	8	أستشار أحيانا
131	100	6.1	8	1.5	2	33.6	44	58.8	77	يتجاهلون قراراتي دائما
153	100	5.2	8	4.6	7	34.6	53	55.6	85	المجموع

جدول رقم (6): يبين كيفية قضاء المسنين يومهم بالدار

ك	%	كيفية قضاء المسن يومه في الدار
24	11.8	تبادل أطراف الحديث مع النزلاء
49	24	مشاهدة التلفاز
35	17.2	اقضي يومي في النوم
96	47.1	الجلوس في وحدة
204	100	المجموع

جدول رقم (7): يوضح مدى وجود نشاطات ترفيهية بالدار

ك	%	نشاطات ترفيهية بالمركز
150	39.3	حفلات وخرجات
124	32.5	تدريس
47	12.3	طرز وخياطة
61	16.0	شطرنج
382	100	المجموع

جدول رقم (8): تأثير المستوى التعليمي على مصدر دخل المسنين

المجموع	لا		نعم		مصدر للدخل المستوى التعليمي للمسنين
	%	ك	%	ك	
66 100	72.7	48	27.3	18	أمي
52 100	57.7	30	42.3	22	تعليم قرآني
28 100	25.0	7	75.0	21	ابتدائي
4 100	0	0	100	4	متوسط
2 100	0	0	100	2	ثانوي
1 100	0	0	100	1	جامعي
153 100	55.6	85	44.4	68	المجموع

جدول رقم (9): تأثير منصب المسنين على التعبير عن رأيه بحرية في الأسرة

المجموع	لا		نعم		التعبير عن رأيك بحرية الوضعية المهنية	
	%	ك	%	ك		
46	100	78.3	36	21.7	10	عاطل عن العمل
45	100	68.9	31	31.1	14	عامل
12	100	41.7	5	58.3	7	موظف
26	100	88.5	23	11.5	3	مهنة حرة بسيطة
19	100	42.1	8	57.9	11	مهنة حرة عالية
5	100	20.0	1	80.0	4	إطار عالي
153	100	67.3	103	32.7	50	المجموع

جدول رقم (10): علاقة مصدر دخل المسنين بوضعيتهم المهنية

المجموع	لا		نعم		مصدر للدخل الوضعية المهنية	
	%	ك	%	ك		
46	100	100	46	0	0	بطل
45	100	6.7	3	93.3	42	عامل
12	100	8.3	1	91.9	11	موظف
26	100	80.8	21	19.2	5	مهنة حرة بسيطة
19	100	47.4	9	52.6	10	تجارة
5	100	0	0	100	5	إطار
153	100	52.3	80	47.7	73	المجموع

جدول رقم (11): تأثير المستوى التعليمي للمسنين بشعور المسنين بعد تلقي الزيارات من طرف الاهل

المجموع	لاشئ		القهر والتحسر		الفرح والسعادة		شعور المسن بعد ا	
	%	ك	%	ك	%	ك		
100	26.7	4	40	6	33.3	5	أمي	
12	100	8.3	1	66.7	8	25	3	تعليم قرآني
6	100	16.7	1	83.3	5	0	0	ابتدائي
3	100	100	3	0	0	0	0	متوسط
2	100	100	2	0	0	0	0	ثانوي
1	100	100	1	0	0	0	0	جامعي
*39	100	30.8	12	48.7	19	20.5	8	المجموع

* ملاحظة : عدد المسنين الذين يتلقون الزيارات هو 39 فقط.

جدول رقم (12): علاقة المسنين بأفراد الأسرة بمصدر شراء الأدوية والتذمر من خدمة المسنين في الأسرة

المجموع	علاقة المسن بأفراد أسرته								التذمر	مصدر شراء دواء المسن
	سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة			
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100 8	12.5	1	12.5	1	75	6	0	0	نعم	المبحوث من مداخله
100 13	23.1	3	38.5	5	38.5	5	0	0	لا	
100 21	19	4	28.6	6	52.4	11	0	0		المجموع
100 09	33.3	3	33.3	3	22.2	2	11.1	1	نعم	الضمان الاجتماعي
100 18	16.7	3	22.2	4	38.9	7	22.4	4	لا	
100 27	22.2	6	25.9	7	33.3	9	18.5	5		المجموع
100 26	7.7	3	88.5	23	0	0	3.8	1	نعم	أفراد الأسرة
100 35	8.6	2	85.7	30	0	0	5.7	2	لا	
100 61	8.2	5	86.9	53	0	0	4.9	3		المجموع
100 05	20	1	80	4	0	0	0	0	نعم	
100 39	64.1	25	28.2	11	7.7	3	0	0	لا	
100 44	59.1	26	34.1	15	6.8	3	0	0		المجموع

جدول رقم (13): موقف المسنين من الالتحاق بالدار وعلاقته بتوفير الأدوية وخدمة المسنين في الأسرة

المجموع	موقف المسن بالالتحاق بالمركز								التذمر	مصدر شراء دواء المسن
	لم أستشار		مضطر		معارض		موافق			
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100 8	25	2	62.5	5	12.5	1	0	0	نعم	المبحوث من مداخله
100 13	7.7	1	46.2	6	30.8	4	15.4	2	لا	
100 21	14.3	3	52.4	11	23.8	5	9.5	2	المجموع	
100 09	0	0	66.7	6	33.3	3	0	0	نعم	الضمان الاجتماعي
100 18	0	0	50	9	38.9	7	11.1	2	لا	
100 27	0	0	55.6	15	37	10	7.4	2	المجموع	
100 26	26.9	7	42.3	11	11.5	3	19.2	5	نعم	أفراد الأسرة
100 35	31.4	11	40	14	22.9	8	5.7	2	لا	
100 61	29.5	18	41	25	18	11	11.5	7	المجموع	
100 05	60	3	20	1	0	0	20	1	نعم	
100 39	15.4	6	38.5	15	43.6	17	2.6	1	لا	
100 44	20.5	9	36.4	16	38.6	17	4.5	2	المجموع	

جدول رقم (14): تأثير مصدر شراء الدواء للمسنين والمتابعة الطبية على علاقة المسنين بأفراد الأسرة

المجموع	علاقة المسنين بأفراد الأسرة								المتابعة الطبية	مصدر شراء دواء المسن
	سيئة		غير مستقرة		محدودة		حسنة			
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100 26	23.1	6	34.6	8	30.8	8	11.5	3	المبحوث	المبحوث من
100 56	76.8	43	5.4	3	16.1	9	1.8	1	أفراد الاسرة	مداخله
100 82	59.8	49	14.6	12	20.7	17	4.9	4	المجموع	
100 12	50.0	6	8.3	1	25.0	3	16.7	2	المبحوث	الضمان
100 15	73.2	11	13.3	2	0	0	13.3	2	أفراد الأسرة	الاجتماعي
100 27	63.0	17	11.1	3	11.1	3	14.8	4	المجموع	
100 38	31.6	12	26.3	10	28.9	11	13.2	5	المبحوث	أفراد الأسرة
100 71	76.1	54	7.0	5	12.7	9	4.2	3	أفراد الاسرة	
100 44	34.1	15	59.1	26	6.8	3	0	0	المجموع	
100 44	34.1	15	59.1	26	6.8	3	0	0	المجموع العام	
109 100	60.6	66	13.8	15	18.3	20	7.3	8		
153 100	52.9	81	26.8	41	15.0	23	5.2	8		

جدول رقم (15): يبين أنواع الإساءة التي يتعرض إليها المسنين في الأسرة

%	ك	أنواع الاساءة
43.8	56	لفظية
21.9	28	مالية
30.5	39	إهمال
3.9	5	بدنية
100	128	المجموع

شبكة الملاحظة:

سنقوم بعرض شبكة الملاحظة التي قمنا بتسجيلها خلال دراستنا الاستطلاعية والميدانية والتي مكنتنا من التمحيص والتدقيق أكثر في واقع المسنين لمراكز العجزة والمسنين أين منعنا من التصوير من طرف المسؤولين هناك وهي كالتالي:

1- دار العجزة سيدي موسى:

التاريخ	التوقيت	مكان الملاحظة	نوع الملاحظة	ماذا ألاحظ
2017/04/03	9:30	المدخل الرئيسي لدار العجزة	ملاحظة مباشرة	أول ما لفت انتباهي عند وصولي للمركز هو انعدام ممر أو درج لأن المركز يقع على الطريق السيار فيضطر الزوار والعمال وحتى المسنين لقطع الطريق السيار الذي قد تصل سرعته الى 120 كلم/ساعة لاستعمال الحافلة مما يشكل خطرا كبيرا.
2017/04/15	12:00	باحة المركز بالقرب من المدير العام	ملاحظة مباشرة	الساعة تشير الى 12 بعد الزوال وقت تقديم الغذاء لاحظت امرأة تجر "شاربو" به الغذاء (معكرونة وسلطة فلفل وطماطم وبصل) وأخرى تجر الخبز والطريق كان مغائرا لطريق المطعم وعندما استفسرت وعرفت أن الطعام يقدم لبعض المسنين في غرفهم رغم قدرتهم العقلية والبدنية على الوصول للمطعم المحاذي لغرفهم مما يشجعهم على الكسل والخمول كذلك العزلة وبالتالي الشعور بالملل.

<p>أثناء تجولي بحديقة المركز والباحة وحتى ساحة المركز، لفت انتباهي مسنين جالسين لساعات طويلة على الكراسي وآخرين جالسين في الحديقة دون أي تفاعل أو حديث بينهم، وجوههم عابسة، يعيشون فراغا موحشا ودون أمل كأنهم ينتظرون النهاية، ويرجع كل هذا إلى غياب أماكن التسلية والترفيه وحتى نشاطات داخل المركز سوى طاولة اللعب (بيلياردو) الموجودة بالمقهى أين يتجمع بها بعض المسنين لمشاهدة التلفاز فقط، ومحو الأمية وقاعة الرياضة التي علمنا من خلال تصريحات المقيمين أنها مقفلة منذ مدة طويلة جدا، وهذا عكس ما صرح به المسؤول والذي التمس عذرا بأن المفاتيح ليست معه.</p> <p>كل هذا في ظل العزلة التي يعرفها المركز حيث يقع بعيدا عن المدينة. وهذا ما التمسناه من تدمير وسخط المقيمين فجراء بعد المدينة لا يسمح لهم بالخروج إلا نادرا بالتصريح.</p>	ملاحظة مباشرة	حديقة المركز والساحة وحتى البهو	11:15	

أكثر ما شد انتباهي نظافة المكان ونظافة المسنات وهناك نشاطات يدوية رائعة قامت بها المسنات تحت إشراف مربية متخصصة لكن أكثر ما يقلق ويضجر المسنات هو سلب الحرية وكأنهن في سجن فهناك باب حديدي مقفل بالمفتاح ليل نهار لمنع الاختلاط باعتبار المركز يضم الجنسين معا.	ملاحظة مباشرة	داخل المركز (عمارة النساء)	10:30	2017/05/03
---	---------------	-------------------------------	-------	------------

2- دار العجزة باب الزوار

التاريخ	التوقيت	مكان الملاحظة	نوع الملاحظة	ماذا ألاحظ؟
2017/06/11	11.00	الدهو أمام المراحيض	مباشرة	أول ملاحظة سجلتها هي قلة النظافة بالمركز، فهناك حديقة تتوسط المركز رائعة، بها كراسي وطاولات في كل ركن. أحيانا، أدعو المقيمين لتبادل أطراف الحديث بها (ملء الاستمارة)، فلم أتمكن من الجلوس أو حتى وضع أوراقتي ولوازمي على الطاولات المليئة بالغبار والأوساخ. دون أن أنسى الصراصير التي كانت تغزوا المراحيض فلقد شاهدت أحد المسنين يحاول التخلص منها باستعمال المكنسة لأن غرفته محاذية للمراحيض وهي ترعجه كثيرا لأنها تدخل لغرفته حسب تصريحه (ولقد غضبت مني ومنه المربية لأنني كنت أسجل بعض الملاحظات وهو يشتكي من هذا الوضع).
2017/06/5	8:30	حديقة المركز	ملاحظة مباشرة	دخلت المركز في الصباح الباكر على غير العادة فلاحظت مسنا وسط الحديقة جالسا على كرسي مكبوبا مطأطء الرأس، اقتربت منه وكان يبدو من ملامح وجهه أنه طاعن في

السن وفعلا (يبلغ من عمره 96 سنة) كان يحمل إبرة وخيطا وكان يحاول ترفيع ملابسه بصعوبة كبيرة بسبب ضعف بصره حيث كان يرتدي نظارات وصرح بأنه لا يرى جيدا رغم وجود خياطة بالمركز، والتي لم تلمس يوما الإبرة والخيط حسب تصريح المقيمين بالمركز.				
دخلت مطعم المركز بدعوة من رئيسة المصلحة لتناول وجبة الغذاء. والأمر الإيجابي في هذا المركز هو اتجاه كل المقيمين للمطعم بمجرد سماع رن الجرس وهو دليل على جاهزية الوجبات (لا تقديم للوجبات في الغرف). إلا أن الشيء الذي شد انتباهي هو الهدوء المخيم على القاعة والبرود، لا حديث ولا اتصال بين المسنين فلا نسمع إلا صوت الملاعق ترتطم بالصحن وكأنهم في عجلة من أمرهم للرجوع الى وحدتهم.	ملاحظة مباشرة	مطعم المركز	12 :00	2017/06/25
الساعة تشير الى الواحدة بعد الظهر، بمجرد سماعي لأذان الظهر قصدت المصلى لأرى وأترقب سلوك المصلين لكن كانت المفاجأة فلم ألاحظ في ذلك المصلى سوى شخصين اثنين ولم يتبادلا أطراف الحديث قط وسرعان ما عادا الى غرفتيهما مما يدل على أن المسنين يعيشون في عزلة تامة ويتحاشون بعضهم البعض.	ملاحظة مباشرة	مصلى المركز	13 :30	2017/07/2

3- دار العجزة دالي ابراهيم:

التاريخ	التوقيت	مكان الملاحظة	نوع الملاحظة	ماذا ألاحظ؟
2017/07/13	13 :30	المركز	مباشرة	في أول يوم قصدت فيه المركز، كان هناك تأخر كبير في إحضار الأكل فالساعة قاربت

<p>الثانية ولم يحضر الأكل مما أثار سخط المقيمت، والمركز الخاص بالمسنات لا تستطعن الصبر فكد يغمى على بعضهن من شدة الجوع. وعند استفساري عن الأمر أكدت المسؤولة التربوية المتخصصة بأن هذا الأمر لم يحدث من قبل وأنه لأول مرة.</p>				
<p>يوجد بالطابق السفلي للمركز غرف جماعية تضم 5 أشخاص، فهناك اختلاط بين الأصحاء والمرضى (أصحاب الانهيار العصبي) وبالتالي لاحظت استياء وتذمر الأصحاء من هذا الوضع. وفي تلك الأثناء تخرج مسنة وتبدأ بالبكاء والصراخ بأعلى صوتها تبحث عن أغراضها التي بين أيديها بحجة أنها سُرقت منها.</p>	مباشرة	غرفة جماعية بالطابق السفلي	10 :30	2017/08/18
<p>مطعم المركز جميل جدا مزين بستائر وبه طاولات كبيرة جدا موزعة على المطعم وبها كراسي متينة من الخشب، والحائط مزين بإطارات جميلة جدا إلا أنه لا يعرف الاستقرار حاولت أن أجلس معهم وألاحظ سلوكهم فلم يتوقف الشجار بين المسنات على الطاولات رغم وجود في كل طاولة من المسؤولة الى المساعدة الاجتماعية الى المنظفات إلا أنهم تخرجن عن السيطرة وتتشاجرن (المقيمت) على أتفه الأمور، لاحظت قلق وتوتر ولا استقرار بينهن عكس الهدوء والتحاشي الذي لاحظته في المراكز الأخرى.</p>	بالمشاركة	مطعم المركز	12 :30	2017/08/21
<p>قررت أن أقضي يوما كاملا معهم بالمركز وألاحظ سلوكياتهم، لاحظت أنهم تخدمن</p>	مباشرة	كل الأماكن	يوم كامل	2017/08/28

<p>أنفسهن حتى المكفوفات، فوجدتهن تغسلن ملابسهن وتنظمن غرفهن واحداهن تقيم بالطابق الأول (أي تصعد الدرج وتنزل لأن المطعم في الطابق السفلي). فيما يخص النظافة هذا يتوقف على نظافة المقيمة فهناك غرف قمة في النظافة وأخرى تتسم بالفوضى والقدارة. ولاحظت في كل طابق وجود قاعة كبيرة وفسحة للجلوس، فيها تلفاز وأرائك، لكن لم ألمح مسنة واحدة قصدت ذلك المكان أو جلست فيه وكأنهن تتحاشين الجلوس والحديث مع بعضهن البعض. لاحظتُ فقط بعض المسنات جالسات متفرقات عن بعضهن في حديقة المركز المزينة بمختلف الزهور الرائعة بعد الساعة الرابعة.</p>				
<p>يوجد مكتب واحد وهو جد ضيق يضم مختصين في علم النفس (إحداهما عاملة وأخرى متربصة)، ومساعدة اجتماعية وهي امرأة نشيطة جدا وتؤدي عملها بتفاني تسهر على راحة وصحة المقيمت من خلال مراقبة المركز عدة مرات الذهاب إلى المستشفيات لمحاولة تأمين العلاج أو حتى برمجة عمليات للمقيمت إذا تطلب الأمر كذلك. ومن خلال حديثي معها اتضح أن المركز (وباقى المراكز الأخرى) لا تسير وفق الشروط المنصوص عليها في القانون الداخلي للمركز من بينها أن يكون المسن دون روابط عائلية وسالما من الناحية العقلية ودون مسكن أو مأوى، إلا أن هناك... من أصحاب العاهات وهناك الكثير من الحالات من لديهم أولاد وتم التخلي عنهم</p>	<p>مباشرة</p>	<p>مكتب المساعدة الاجتماعية + المساعدة النفسية</p>	<p>16 :00</p>	<p>2017/08/30</p>

بالمركز حسب تصريحات المساعدة الاجتماعية.				
--	--	--	--	--